

Hoitotyöntekijöiden työnjako ja työn sisältö Helsingin terveystieteiden keskuksen sairaaloiden vuodeosastoilla

Merkel Tuija

Pro gradu -tutkielma

Terveystieteiden tutkimus

Itä-Suomen yliopisto

Sosiaali- ja terveysjohtamisen
laitos

Marraskuu 2011

SISÄLTÖ

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	3
1.1 Tutkimuksen tausta ja tarkoitus	3
1.2 Tutkimustehtävät	6
2 TYÖNJAKO JA OSAAMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA.....	8
2.1 Työnjako käsitteenä.....	8
2.2 Työnjako ja osaamisen hyödyntäminen	10
3 TYÖNJAKO JA OSAAMINEN JOHTAMISEN KYSYMYKSENÄ.....	16
3.1 Terveydenhuollon osaaminen.....	16
3.2 Osaamisen johtaminen.....	18
3.3 Optimaalinen työnjako ja tuottavuuden parantaminen terveydenhuollossa.....	21
4 TUTKIMUSKOHDDE, AINEISTO JA MENETELMÄT	27
4.1 Tutkimuksen metodologinen lähtökohta	27
4.2 Tutkimuskohde	27
4.2 Aineisto ja menetelmät	28
4.3 Aineiston analysointi	29
5 TULOKSET	33
5.1 Vastaaajien taustatiedot.....	33
5.2 Ei-hoidollisten tehtävien sisältö ja määrä vuodeosastoilla.....	34
5.3 Aika ja hoidollisien tehtävien suorittaminen vuodeosastoilla.....	37
5.4 Hoitotyöntekijöiden tunnistamia kehittämiskohteita	40
6 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT	54
6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset	54
6.2 Tulosten tarkastelu ja päätelmät	58
6.2 Jatkotutkimusaiheita	64
LÄHTEET	66

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Analysoitavan aineiston koko ja % - osuus Tuottavuuden lisääminen Helsingin terveystieteiden tutkimuksessa aineistosta (N=198).....	31
TAULUKKO 2. Hoitotyöntekijöiden taustatiedot.	33
TAULUKKO 3. Työhön kuuluvat tehtävät, joihin hoitotyöntekijät valitsivat vastausvaihtoehdon päivittäin tai useasti päivässä.	35
TAULUKKO 4. Työhön kuuluvat tehtävät, joihin hoitotyöntekijät valitsivat vastausvaihtoehdon harvoin tai ei koskaan.	35
TAULUKKO 5. Tukipalvelujen eli hoitotyötä välillisesti avustavien palvelujen riittävyys vuodeosastoilla.	37
TAULUKKO 6. Hoitotyöntekijöiden tehtävät ja niistä suoriutuminen edellisen työvuoron aikana.	39
TAULUKKO 7. Hoitotyöntekijöiden tunnistamia kehittämiskohteita	53

LIITTEET

LIITE 1. Tässä tutkimuksessa analysoitujen vastauksien kysymyspatterit.....	75
LIITE 2. Esimerkki sisällön analyysistä.....	78

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, terveystieteiden tiedekunta

MERKEL, TUIJA Työnjako ja henkilöstön osaamisen hyödyntäminen Helsingin
terveyskeskuksen sairaaloiden vuodeosastoilla.

Pro gradu -tutkielma, 78 sivua, 2 liitettä (4 sivua)

Ohjaajat: FT Helena Taskinen, TtM Kaija Kokkonen

Marraskuu 2011

Avainsanat: Työnjako terveydenhuollossa, tukipalvelut, osaamisen hyödyntäminen,
osaamisen johtaminen (YSA)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Helsingin terveyskeskuksen sairaaloiden vuodeosastojen hoitotyöntekijöiden ei-hoidollisten tehtävien ja tukipalvelujen määrää ja sisältöä. Tarkoituksena oli myös kuvata sitä, millaisia kehittämisen kohteita hoitotyöntekijät tunnistavat työnsä sisällössä, keskinäisessä työnjaossa ja osastojen tehtävien organisoimisessa. Terveydenhuollon hoitotyön järjestelyt ovat muuttumassa kustannusten nousun ja vähenevien henkilöstöresurssien vuoksi, joten jokaisen hoitotyöntekijän ammattikoulutusta ja osaamista on pystyttävä hyödyntämään optimaalisesti ja suunnitelmallisesti terveydenhuollon toimintakentässä.

Tässä tutkimuksessa käytettiin Tuottavuuden lisääminen Helsingin terveyskeskuksessa – hanketta varten koottua valmista aineistoa. Alkuperäisen tutkimuksen kohderyhmänä olivat Helsingin terveyskeskuksen Kaupunginsairaalan sairaaloiden vuodeosastojen hoitotyöntekijät ja aineisto koottiin sähköisellä kyselyllä. Kyselyn vastausprosentti oli 26 prosenttia (N=198). Likertin asteikolliset kysymykset analysoitiin kvantitatiivisesti. Kvantitatiivisessa analyysissä tilastollisena menetelmänä oli ristiintaulukointi ja keskiarvojen vertailu ja kvalitatiivisena menetelmänä sisällön analyysi. Laadullinen aineisto eli avoimet kysymykset analysoitiin kvalitatiivisesti induktiivista otetta käyttäen.

Hoitajien tehtäviin kuului päivittäin suoritettavien hoidollisten tehtävien lisäksi myös useita ei-hoidollisia tehtäviä, jotka jakautuivat välilliseen hoitotyöhön ja tukipalveluihin. Hoitajin työnkuvaa määritteli tehtävien runsaus ja ajan puute, jolloin osa ei-hoidollisista ja tukipalvelutehtävistä pystyttiin hoitamaan vain osittain tai ne jäivät tekemättä. Tutkimustuloksen perusteella hoitotyöntekijät pitivät vuodeosastojen tukipalvelujen määrää osittain riittävänä. Hoitotyöntekijät tunnistavat kolme kehittämisaluetta työympäristössään: työnjako, työnsisältö ja osaamisen hyödyntäminen. Kehittämisen ja muutoksen keskellä hoitotyöntekijät kaipasivat johdon tukea.

Tutkimusaihe antaa monia mielenkiintoisia jatkotutkimuskohteita, kuten työnjaon näkökulmat ja mahdollisuudet, osaamisen johtamisen vaatimukset ja palvelujen aikajanan pidentäminen ja sen vaikutukset.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social and Business Studies,
Department of Health and Social Management, Health Management Sciences

MERKEL, TUIJA The division of labor and the using the knowledge of staff in primary health care hospitals wards in Helsinki.

Master`s thesis, 78 pages, 2 appendices (4 pages)

Advisors: PhD Helena Taskinen, MSc. Kaija Kokkonen

November 2011

Keywords: Division of labor in health care, support services, using knowledge, knowledge management

The purpose of this study was to describe the number of tasks and the contents of indirect care and support services of staff in the health care in primary health care of the hospital wards in Helsinki. The aim was also to describe what kinds of development targets the staff of health care identify in the content of their work, in the division of labor and the organization of tasks in the wards. The increase of the health care costs and reduction of personnel resources are changing the health care, and therefore, it should be made possible to utilize nurses' education and knowledge optimally and in a planned way in the field of health care.

In this study readily collected material was used from the project called Increase the Productivity in Health Care in Helsinki Health Care Centre. In that initial study the target group was hospital wards of Helsinki City Hospital health care staff, and from whom the material was collected using an internet survey. The response rate was 26 % (N=198). Likert-scale questions were analyzed quantitatively. The quantitative analysis of the statistical method was cross-tabulation and comparison of averages and the qualitative method was content analysis. The open questions were analyzed qualitatively by inductively.

In addition to the nurses' daily direct care tasks, there were several non-care activities that were divided into indirect care and support services. The volume of tasks and the lack of time dictated the nurses' job, and the part of non-care functions and support services could be done only partly or remain undone. The result of the research showed that the staff of hospital wards considers the support services partially sufficient in the hospitals. The staff of wards was recognize three development areas in their working environment: division of labor, content of labor and using knowledge. In the middle of development and changes, the staff of wards needed consistent support by the management of the organization.

This research topic opens up further interesting research topics, such as the perspectives and opportunities of division of labor, requirements for knowledge management and the extension of the timeline of services and its effects to the health care.

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

1.1 Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Tämä tutkimus kohdistuu terveyskeskuksen sairaaloiden vuodeosastojen hoitotyön järjestelyihin eli hoitotyöntekijöiden keskinäiseen työnjakoon ja työn sisältöön. Erityisenä kiinnostuksen kohteena on hoitajien ei-hoidollisten tehtävien määrä ja sisältö. Tutkimus perustuu Helsingin kaupungin henkilöstökeskuksen, Helsingin terveyskeskuksen ja Itä-Suomen yliopiston, silloisen Kuopion yliopiston, loppuvuodesta 2008 käynnistyneeseen arviointi- ja kehittämishankkeeseen - Tuottavuuden lisääminen Helsingin terveyskeskuksessa aineistoon. Tuottavuuden lisääminen Helsingin terveyskeskuksessa -hankkeen päätavoitteena on Helsingin kaupungin terveysasemien vastaanottoiminnan työn ja Akuuttisairaalan eli nykyisen Kaupunginsairaalan sairaaloiden vuodeosastojen hoitotyön tehokkuuden, tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantaminen työ- ja toimintaprosesseja uudistamalla. Hanketta rahoittaa Helsingin kaupungin henkilöstökeskus ja Helsingin kaupungin terveyskeskus. (Kinnunen, Ryynänen, Taskinen ja Kylänen 2010.)

On ollut odotettavissa, että vuoden 2010 jälkeen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä siirtyy eläkkeelle koko ajan suurempia määriä ja ammattitaitoisista henkilöistä tulee olemaan pulaa. Ennen kaikkea, jos koulutuspaikkoja ei mitoiteta riittävästi ja näin saadaan puuttuvia resursseja terveydenhuoltoon. Tämän vuoksi on myös pyrittävä löytämään muita toimivia keinoja turvata terveydenhuollon henkilöstöresurssit, hyvä ammattitaito ja toimivat palvelut. Keinoina laadukkaiden palvelujen ylläpitämiseen terveydenhuollossa ovat, esimerkiksi toiminnan järjestäminen uudelleen ja työn jakaminen tarkoituksenmukaisemmin. (Lehto, Kananoja, Kokko ja Taipale 2001, 215; Vuori ja Siltala 2005, 185.)

Terveydenhuollon organisaatioiden työnjako peilaa yhteiskunnallista työnjakoa ja näin työnjako sitoutuu yhteiskunnan rakenteeseen ja tuotannollisuuteen. Toisin sanoen

yhteiskunnan rakenteiden muutokset ja sen muuttuvat vaatimukset muokkaavat myös terveydenhuollon organisaatiomuotoja uudella tavalla ja vaikuttavat näin myös niiden tarjoamiin palveluihin. Organisaatioiden kannalta työnjako nähdään tuotannollisena työn osiin jakamisena ja töiden järjestämisenä, missä huomioidaan ihmisten suhde toisiinsa ja vastuullisuus tehtävien suorittamisesta. (Furrer, Thomas ja Goussevskaia 2008, 3; Pikkalainen ja Kaatrakoski 2009, 2, 19, 20.)

Monimuotoisia palveluja ylläpitävän perusterveydenhuollon henkilöstö koostuu moniammatillisista tiimeistä ja kansalaisten terveyden- ja sairaanhoidosta huolehtivat usean eri ammattiryhmän edustajat. Riittävien palvelujen takaamiseksi ja laadun säilyttämiseksi, terveydenhuollossa on suuntauksena pyrkimys eri ammattiryhmien koulutuksen ja osaamisen laajempaan ja kokonaisvaltaisempaan käyttöön eli jokaisen ammattitaidon optimaaliseen hyödyntämiseen. Samalla pyritään tukemaan ja vahvistamaan perusterveydenhuollon henkilöstön erityisosaamista laadukkaasti ja tehokkaasti muun muassa suunnitelmallisella työnjaolla. (Lehto ym. 2001, 217.)

Kirjallisuuden ja tutkimuksen perusteella terveydenhuollossa henkilöstön väliselle työnjaolle ja moniammatilliselle yhteistyölle on selkeä tarve (Ryynänen, Kinnunen, Myllykangas, Lammintakanen ja Kuusi 2004; Kunnamo 2005; Lammintakanen ja Kinnunen 2006; Peltonen 2009). Samaan aikaan kun henkilöstöresurssit hupenevat terveydenhuollossa, sen tarjoamien palvelujen kysyntä kasvaa. Yhteiskunnallisesti vaaditaan laadukkaita terveystalouksia ja tarkoituksenmukaisempaa toimintaa. Tämä johtaa siihen, ettei terveydenhuollossa ole mahdollisuutta jättää hyödyntämättä henkilöstön moniammatillisia taitoja. Terveystalouden henkilöstön saama korkeatasoinen koulutus, hyvä ammattipätevyys ja lisääntyvä työkokemus eli toisin sanoen osaaminen, on pystyttävä hyödyntämään optimaalisesti perusterveydenhuollossa ja sen toimintaympäristöissä.

Työnjaosta (Suominen ja Henriksson 2008; Lehtomäki 2009; Peltonen 2009) ja sairaaloiden vuodeosastojen tukipalveluista on tehty tutkimusta sekä kansallisesti, että kansainvälisestikin. Tutkimusta on tehty potilashoidon ja tukipalvelujen välistä suhteista sairaaloiden vuodeosastoilla ja hoitohenkilöstön hoitamiseen vapautuvasta ajasta (Peltokorpi, Turtiainen ja Kämäräinen 2009; Thompson ja Stanowski 2009), hoidon kustannusten laskemista hoitotyönlaatu säilyttäen (Shamian, Hagen, Hu ja Fogarty

1992), työtovereiden välisestä käyttäytymisestä, kommunikaatiosta ja johtajuuden vaikutuksista hoitotyö- ja tukipalveluhenkilöstöön (Orr 2010) ja myös osaamisen hyödyntämisestä hoitotyöympäristössä, työtyytyväisyydestä ja hoidon tuottavuudesta (Baernholdt ja Mark 2009). Tutkimusta on tehty myös hoitajien työajan käytöstä ja työajan jakautumisesta määriteltyjen tehtäväkategorioiden kesken (Urden ja Roode 1997; Cardona, Tappen, Terrill, Acosta ja Eusebe 1997 Hendrich, Chow, Skierczynski ja Lu 2008).

Terveysthuollon palvelut paranevat, kun hoitotyöntekijöiden asiantuntemus ja osaaminen lisääntyvät. Terveysthuollon työyhteisöjen ja työntekijöiden asiantuntemus muodostuu henkilöstön yhteisten käsitysten ja kokemusten kautta potilaita hoidettaessa muun muassa moniammatillisissa tiimeissä. Asiantunteva henkilöstö on oikeassa paikassa oikeaan aikaan ja toimii tarkoituksenmukaisella tavalla haluttujen tavoitteiden saavuttamiseksi. (Vuori 2005, 35.) Henkilöstön asiantuntemusta, osaamista ja moniammatillista yhteistyötä on tuettava tarkoituksenmukaisella työnjaolla ja työyhteisöjen suunnitelmallisella kehittämisellä, jota voidaan perustella tutkitulla tiedolla.

Työnjako antaa pohjan ammatillisen koulutuksen, ammattitaidon ja osaamisen hyödyntämiselle ja samalla työnjako selkeyttää terveysthuollonhenkilöstön toimintaa ja organisaatiokokonaisuutta. Työnjaossa huomioidaan muun muassa organisaation tavoitteet, työnkuvat ja tehtävät eli organisaation kokonaisrakenne ja kaikki järjestelmät. Työn laajentaminen tuo terveysthuollon työtehtäviin uusia alueita suoritettaviksi ja työn rikastaminen lisää yksilön vastuuta kokonaisuuden hallinnassa eli työn alusta loppuun viemisessä. (Viitala 2005, 196, 223.)

Kuten Peltonen (2009, 174) toteaa, selkeän terveysthuollon työnjaon etuina ovat muun muassa hoitohenkilöstön töiden suunnitelmallisuuden lisääntyminen ja työn sisällön monipuolistuminen. Työmenetelmiä tutkimalla ja kehittämällä voidaan työntekoa ja tehtävänkuvia järjeistää eli rationalisoida, jolloin suunnitelmallisesti saadaan toiminta kustannustehokkaaksi. Karsitaan pois hoitotyön päällekkäisyyksiä ja näin tehostetaan toimintaa työyhteisössä. Työnjaon kehittämisen lisäksi myös yksittäisten hoitotyöntekijöiden päätöksiin tulee kiinnittää huomiota, sillä he tekevät rationaalisia päätöksiä päivittäisissä tehtävissään ratkoessaan vastaantulevia ongelmia ja

käyttären työskentelyssä hyväksi ja tehokkaaksi todettuja tutkittuja menetelmiä. (Michelsen 2001, 12.)

Terveydenhuollossa tapahtuva työnjako on tutkimuskohteena ajankohtainen tulevaisuuden mukanaan tuomia ja myös ennakoituja vaatimuksia tarkasteltaessa. Inhimillisten ja taloudellisten resurssien vähyys terveydenhuollossa, lisää tarvetta jokaisen työyhteisön jäsenen saamalle koulutukselle, osaamiselle ja kokemukselle, joita pyritään hyödyntämään tarkoituksenmukaisella työnjaolla samalla turvaten palvelujen tarjonta. (Shamian ym. 1992; Baernholdt ja Mark 2009; Thompson ja Stanowski 2009; Peltokorpi ym. 2009).

Hoitotyössä hoidon laatu ja tuottavuus liitetään yhteen. Hoidon laadun taustalla on jatkuva kehittäminen (Sarala ja Sarala 2010) ja sitä kautta tuottavampien työmenetelmien ja työtapojen löytyminen. Kehittämisen rinnalla on tärkeää myös toiminnassa tapahtuva muutos, joka saadaan aikaan muun muassa luopumalla vanhoista perinteistä (Halinen, Kärkkäinen, Ämmälä, Lohela & Lepäntalo 2005) ja sitoutumalla omaan perustehtävään ja ammattiin (Cardona, Tappen, Terrill, Acosta ja Eusebe 1997). Hoitotyön tuottavuuden taustalla ovat taas muun muassa hoitotyöntekijöiden ajan käyttö (Urden ja Roode 1997), tukipalvelujen järjestäminen työnjaollisesti (Thompson ja Stanowski 2009) ja koko hoitohenkilöstön oikea mitoitus (Dixon, Kaambwa, Nancarrow, Martin ja Bryan 2010). Myös työssä koettu tyytyväisyys on hoitotyön tuottavuuden taustalla (Baernholdt ja Mark 2009).

1.2 Tutkimustehtävät

Tutkimuksen kohteena ovat Helsingin Kaupunginsairaalan sairaaloiden vuodeosastojen hoitotyön työjärjestelyt; hoitotyöntekijöiden toimenkuvat, osastojen hoitotyöntekijöiden tehtävien organisointi ja keskinäinen työnjako osaaminen hyödyntäen ja ammattiryhmien kokemukset työnjaosta, työsisällön muutoksesta ja kehittämisestä. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Kaupunginsairaalan sairaaloiden vuodeosastojen hoitotyöntekijöiden työnjakoa ja ei-hoidollisten tehtävien ja

tukipalvelujen määrää ja sisältöä sekä kuvata hoitotyöntekijöiden arviointeja työnjaon ja osastojen toiminnan kehittämistä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Missä määrin ja mitä ei-hoidollisia tehtäviä sisältyy hoitotyöntekijöiden työhön vuodeosastoilla?
2. Mitä työnjaon ja työnsä sisällön kehittämiskohteita hoitotyöntekijät tunnistavat?

2 TYÖNJAKO JA OSAAMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA

2.1 Työnjako käsitteenä

Työnjako on yksi ”sosiaalisen järjestyksen olennainen perusta”. Toisin sanoen yhteiskunnan toimivuus perustuu työnjakoon, jota ohjaa laki ja moraalit. Moraali myös sitoo sääntöjensä avulla yhteisöt toimiviksi kokonaisuuksiksi. Yksilöt puolestaan sitoutuvat yhteisöön oman erikoistumisensa kautta täydentäen olemassaolollaan yhteiskunnan kokonaisuutta ja työyhteisöä. Koska yksilön omat pyrkimykset sulautuvat työyhteisön pyrkimyksiin ja päämäärään, määrittelee sosiaalinen toiminta työnjakoa. (Durkheim 1990, 49, 360–361, 363, 367–368.)

Kiianmaa (1996, 127) kirjoittaa Weberin ajatusten pohjalta, että työ voidaan teknisesti jakaa joko työn lopputuloksen tai työtehtävän luonteen mukaan. Toisin sanoen tekeekö työntekijä oman määritellyn työtehtävän alusta loppuun itse tähdäten työn lopputulokseen tai onko työtehtävät jaettu työntekijöiden kompetenssin mukaan työtehtävien luonteeseen perustuen. Vartola (2004, 175) taas nojaa Simonin ajatukseen, jonka mukaan organisaation työnjako on sekä horisontaalista että vertikaalista ja mitä ylemmäksi vertikaalisessa työnjaossa nousee, sen enemmän oikeus ja velvollisuus tehdä päätöksiä jakavat työtä.

Taylor tutki uransa aikana systemaattisesti terästehtaan työnjakoa: työmiehien työskentelyä, työn tuottavuuden rajoituksia ja työmiesten oppimista toinen toiselta tehtävistä suoriutumisessa. Taylorin tutkimuksen tarkoituksena oli parantaa työn tuottavuutta tieteellisesti selvittäen mihin työntekijät pystyvät omilla resursseillaan ja analysoida paras tapa tehdä työtä. Taylorin ajatuksena oli, että jokainen on paras jossakin tehtävässä ja näin myös tuottava. (Simha ja Lemark 2010, 235–236; Sarala ja Sarala 2010, 18.) Taylorin opeissa korostui oikean työmiehen valinta kulloiseenkin tehtävään. Hän oli myös sitä mieltä, että työnjaossa oli loppujen lopuksi kysymys työntekijöiden asennemuutoksesta. Taylor jakoi työ myös osastoihin, jolloin muodostui työnjohto ja työntekijät. (Taylor 1916, 66, 70.) Taylorin mukaan työntekijä saattoi siis

olla ensimmäisen luokan työntekijä pelkästään hallitsemiensa taitojen avulla, mutta johtajilta hän vaati myös koulutusta, johon vain harvat olivat etuoikeutettuja tuohon aikaan (Simha ja Lemak 2010, 240).

Sarala ja Sarala (2010, 14) määrittelevät työnjaon organisaation toimintajärjestelmän yhdeksi tekijäksi, jota ilmentävät henkilöstön asema organisaatiossa ja siihen kuuluva valta. Työnjakoon vaikuttavat myös henkilöstön päätöksentekomahdollisuudet ja organisaatiossa tapahtuva toiminta. Organisaation toiminnassa kaikki toiminnan mahdollistavat tekijät ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa toisiinsa, jolloin muutos yhdessä tekijässä, esimerkiksi työnjaossa, vaikuttaa muihin tekijöihin, kuten esimerkiksi työntulokseen ja laatuun. Työyhteisössä onkin tehtävä selkeä määrittely tiimin jäsenten välisestä roolijaosta ja sen mukanaan tuomista vastuista (Fredericks, Goldstein ja Rathwell 2009, 30), sillä tehtävien määrittämisen ja tiedon ja kokemuksen kautta määräysvalta siirtyy työhön eli henkilöstön toimintaan (Follett 1949, 1-2; Sarala ja Sarala 2010, 28).

Työnjako voi olla eri ammattiryhmien taitojen hyödyntämistä ja käyttämistä kulloisenkin tilanteen tai ajankohdan aiheuttamien vaatimusten mukaan vaihdellen, mutta se voi olla myös yksittäisten ammattiryhmien rooliin kuuluvaa tehtävien yhdistämistä. Toisin sanoen tällöin yksilöiden tehtäväkuvat ovat laajat ja monipuoliset. (Buchan ja Calman 2004, 12.)

Sibbald, Shen ja McBried (2004, 28) kirjoittavat työnjaon pitävän sisällään yksilön osaamista ja kokonaisuuksien hallintaa, vanhemman ja nuoremman työntekijän välistä töiden jakamista tai moniammatillisten tiimien toimintaa. Heidän mukaan työnjako voi olla muun muassa uusien tehtäväkuvien perustamista, olemassa olevien tehtävien laajentamista tai tehtävien siirtämistä ammattiryhmältä toiselle. Työnjakoa voidaan toteuttaa siirtämällä joko henkilöstöä tehtävien mukaan, muokkaamalla palveluja tarpeen mukaan tai vaihtamalla palvelujen tarjoajaa ja työntekijöitä organisaation sisällä tai luomalla kokonaan uusi tehtäviä organisaatioon.

Tehtävien hoitaminen on tiettyjen kriteerien mukaan palkatun henkilöstön vastuulla (Weber 1964, 73). Tässä tutkimuksessa se tarkoittaa sitä, että terveydenhuollon hoitohenkilöstön välinen työnjako perustuu ammatilliseen koulutukseen, kokemuksen

kautta saatuun osaamiseen ja työyhteisön ja johdon mahdollistamaan osaamisen hyödyntämiseen. Toisin sanoen jokaisen ammattitaito pyritään hyödyntämään työtehtävien suorittamisessa optimaalisesti jakaen työ huomioiden yksilöiden saama ammatillinen pätevyys ja koulutuksen ja kokemuksen kautta vahvistunut osaaminen. Optimaalinen työnjako pitää sisällään hoidon laadun ja työn tuottavuuden parantamisen.

2.2 Työnjako ja osaamisen hyödyntäminen

Sosiaali- ja terveysministeriön Kansallinen terveyshanke 2002–2007 määrittelee terveydenhuollon työnjaon organisaation toimintaympäristössä tapahtuvaksi toiminnan muutokseksi. Tällöin henkilöstön toimintaa muutetaan tarkoituksenmukaisemmaksi esimerkiksi toimenkuvien uudelleen järjestelyjen avulla. Näin pyritään optimoimaan terveydenhuoltohenkilöstön tekemä työ ammatillisen koulutuksen antamien valmiuksien mukaan. Toiminnan muuttaminen voidaan tehdä muun muassa siirtämällä toimintoja erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, henkilöstön tehtäväkuvia laajentamalla, siirtämällä tehtäviä henkilöstöryhmältä toiselle tai järjestelemällä uusia tehtäväkuvia huomioiden organisaation tehtäväkokonaisuus ja henkilöstön riittävä koulutus ja tarvittava osaaminen. Tällaisella ammattiryhmien välisellä työnjaolla pyritään vastaamaan terveydenhuollon palvelutarpeen lisääntyvään kysyntään. Toisin sanoen terveydenhuollon hoidon saatavuutta kehitettäessä, on kiinnitettävä riittävästi huomiota tulevaan palveluntarpeeseen ja palveluiden joustavaan tuotantotapaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 12–13; STM 2004, 16.)

Ajatuksena on ollut, että jo vuoden 2010 loppuun mennessä sosiaali- ja terveydenhuoltoon tarvittaisiin kymmeniä tuhansia uusia työntekijöitä suurien ikäluokkien saavuttaessa eläkeikä. Pätevää henkilökuntaa on kuitenkin vaikea saada ja virkoja jää täyttämättä huonon palkkauksen, työn vaativuuden ja pitkien työpäivien vuoksi. Hoitotyön osaamistason vaatimukset, hoitotyön standardit, lisääntyvät tarvittavien ja tarjottavien monipuolisten hoitomahdollisuuksien seurauksena. Myös tieteelliseen tietoon perustuvan hoitamisen omaksuminen ja sisäistäminen tuovat hoitohenkilöstölle lisähaasteensa. Tämän johtaa muun muassa siihen, että eri

ammattikuntien välisiä raja-aitoja on pyrittävä alentamaan, ja muutettava työskentelyä tarkoituksenmukaisemmaksi tehtäväsiirron, työnjaon ja moniammatillisen tiimityöskentelyn avulla. (Ryynänen ym. 2004, 34–35, 37–38; Lammintakanen ja Kinnunen 2006, 22.) Osaavan henkilöstön ja riittävien resurssien takaamiseksi terveydenhuollossa, korkeatasoisen koulutuksen ylläpitäminen on myös tärkeää (Kirpal 2004b, 274, 276).

Työnjako perusterveydenhuollossa on tutkimuksen mukaan terveyden – ja sairaanhoidossa välttämätöntä. Tällöin pyritään hoitajien koulutuksen ja ammattipätevyyden hyödyntämiseen, kuten esimerkiksi lääkärin ja sairaanhoitajan välisessä työnjaossa on tapahtunut. (Lehto ym. 2001; Uotila 2004; Macdonald, Rogers, Blakman ja Bower 2008; Meretoja 2008; Torppa, Kokkonen, Raumavirta-Koivisto, Iivanainen ja Pitkälä 2009; Peltonen 2009; Dierick-van, Angelique, Melsemakeris, Dercky, Spreeuwenberg ja Vrijhoef 2009.) Myös terveydenhuollon vaatimusten lisääntyminen ja vaatimusten muutokset työvoiman riittämättömän saamisen lisäksi, aiheuttavat painetta kehittää perinteistä perusterveydenhuoltoa (Kinnunen ym. 2010, 8).

Terveydenhuollon työnjako on siis onnistunut, kun se on tarkoituksenmukaista (Metsämuuronen 2000; Rautakorpi, Honkanen, Huikko, Anttila, Klaukka, Leistevo, Mäkelä, Palva, Roine, Sarkkinen, Varonen ja Huovinen 2002; Anttila ja Kujala 2004; Halinen ym. 2005; Meretoja 2008; Peltonen 2009; Fredericks, Goldstein ja Rathwell 2009). Toisin sanoen työnjaolle on selkeät ja vahvat perusteet, yhteiseen hyvään tähtäävät tavoitteet ja koko työyhteisön vankkumaton yhteishenki ja tuki. Työnjakoa kehitettäessä johtaminen muuttuu aineettoman pääoman johtamiseen ja inhimillisten resurssien tukemiseen tarkoituksenaan optimoida henkilöstön tekemä työ.

Suominen ja Henriksson (2008, 627–629, 634) perehtyivät tutkimuksessaan työnjaon toteuttamiseen vanhusten kotihoidossa hoitajien suorittaessa arkipäivän työtehtäviä. Tutkijat tunnistivat ryhmähaastattelujen avulla millaisia työnjakomalleja työntekijöiden puheista nousi esiin. Työnjakomalleja tunnistettiin haastattelujen saadun aineiston perusteella viisi kotihoidossa vallitsevien toimintakäytäntöjen mukaan: tiimilähtöinen työnjako, tehtävälähtöinen työnjako, asiakaslähtöinen työnjako, työntekijän ammatilliseen osaamiseen liittyvä työnjako ja resurssilähtöinen työnjako. Nämä mallit esiintyivät arjen työskentelyssä tilanteen mukaan vaihdellen.

Satakunnassa ja Varsinais-Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon henkilöstö on sitoutunut tehtäviinsä ja innostunut toimiessaan omassa ammatissaan. Heidän tyytyväisyyttään lisää hyvä toimintaympäristö ja oman yksikkönsä kokeminen toimivana. Resurssien niukkuus näyttää myös tiivistävän ammattiryhmien välistä yhteistyötä. (Saxen, Jaatinen & Kivelä 2008, 249–250.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä työnjaon kehittämisestä tehdyssä tutkimuksessa todetaan, että työnjaon suunnittelu, tehtävien uudelleen organisointi ja toiminnan kehittäminen vaativat henkilöstöltä moniammatillista yhteistyötä. Halutut päämäärät ja tavoitteet voidaan saavuttaa henkilöstön yhteistoiminnalla ja hyvällä tiimityöllä. (Kärkkäinen, Tuominen, Seppälä ja Karvonen 2006, 2651.)

Cardona ym. (1997, 28–36) tutkivat hoitohenkilöstön työajan käyttämistä eri työvuoroissa vanhusten pitkäaikaisosastolla. Tuloksen mukaan hoitajien työajasta suurin osa (70 %) oli suoraa potilastyötä, mistä potilaiden avustaminen hygienian hoidossa (22 %) ja syömisessä (12 %) veivät aikaa suurimman osan. Tutkimuksen mukaan hoitajien tehtäviä kuvasti päällekkäisyys eli he suorittivat useita tehtäviä samaan aikaan. Urden ja Roode (1997, 34–41) tekemän hoitajien työaikatutkimuksen mukaan ajan käytössä esiintyi vaihtelua osastojen erikoisalan mukaan. Esimerkiksi tutkituista erikoisaloista lasten tehohoidon osastolla välittömään hoitotyöhön hoitajat käyttivät eniten aikaa työajastaan (42 %) työvuoronsa aikana ja kirurgisella vuodeosastolla vähiten (32 %).

Hendrich, Chow, Skierczynski ja Lu (2008, 25–34) hoitohenkilöstön työajan käyttämistä koskevassa tutkimuksessa huomioitiin myös osastojen arkkitehtuuri. Osaston muodolla ei huomattu olevan tilastollista merkitystä hoitajien työajan käyttöön ja liikkumiseen eri osastoja keskenään verrattaessa. Liikkumisen määrään ja työajan käyttöön vaikuttivat työvuorot, joiden aikana osaston yksilöiden väliset vaihtelut olivat suuremmat kuin sairaalan eri osastojen väliset erot. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstöltä kului työajasta paljon aikaa (38.6 %) kansliassa potilastietoja kirjaten ja hoitotyön suunnitelmaa tehden. Esimerkiksi työvuoronsa aikana hoitajat käyttivät vain 31 minuuttia (7.2 %) työajasta potilaan tilan tarkkailuun ja vitaalitoimintojen mittaamiseen.

Kirpal (2004a, 199–221; Kirpal 2004b, 274–304) tekemän sairaanhoitajan ammatti-identiteettiä koskevan laajan kansainvälisen tutkimuksen mukaan, sairaanhoitajan työn vaatimustaso oli noussut viimeisenä vuosikymmenenä. Sairaanhoitajien koulutus todettiin korkeatasoiseksi ja se antoi laajan tieto-taitokompetenssin muuttuvien vaatimusten hallitsemiseksi. Sairaanhoitajien ammattitaidon uudet standardit, tiedon ja taidon hallinnan vaatimusten lisääntyminen, tehtävien laajuus ja fyysinen ja psyykinen rasittavuus, vastuun kasvaminen, ajan puute ja matala palkkaus kuitenkin huononsivat tutkimuksen mukaan uusien hoitajien rekrytointia. Sairaanhoitajat kokivat voimattomuutta, stressiä ja motivaation laskua nopeasti muuttuvissa tilanteissa ja hoitotyön ihanteen ja ei-hoidollisten tehtävien vaatimusten aiheuttamassa ristiriidassa. Hoitajille ei jäänyt riittävästi aikaa hoitaa potilastyötään niin laadukkaasti, kuin he olisivat halunneet.

Työnjaon uudistaminen korostaa hoitajien ammatillisen osaamisen kokonaisvaltaisuutta eli laaja-alaista tieto- ja taitohallintaa. Tämä johtaa koulutuksen laatuvaatimusten tehostamiseen. Valmistuvien sairaanhoitajien on koulutuksensa jälkeen hallittava ammatillinen tiedonala ja monitieteellisen tieto ja perustettava osaaminen näyttöön eli tutkittuun tietoon. Hoitohenkilöstön on myös huomioitava toiminnassaan työn tuottavuus, tuloksellisuus ja vaikuttavuus. Peruskoulutus, mahdollisuus jatko- ja täydennyskoulutukseen ja työstä saatava kokemus muokkaavat ammattihenkilöstöstä oman alansa asiantuntijoita. (Palta ja Laaksonen 2008, 42–43; Peltonen 2009, 35–36.)

Koska perinteiset ja totut työnkuvat terveydenhuollon työntekijöillä muuttuvat, on terveydenhuollon ammattikoulutukseen kiinnitettävä huomiota ja koulutusta lisättävä myös jo ammattipätevyyden saaneiden hoitajien osalta erilaisin jatko- ja lisäkoulutuksin, huomauttavat Keough, Stevenson, Martinovich, Young ja Tanabe (2011, 201) ja ehdottavat lisäksi mentorien käyttöä terveydenhuollossa. Wendel, Durso, Cayea, Arbaje ja Tanner (2010, 208) pohtivat geriatrisen sairaanhoidon koulutuksen lisäämistä terveydenhuollon työntekijöille, koska väestö vanhenee yhä iäkkäämmäksi ja monisairaammaksi.

Kela ja Kuntoutus Peurunka tekivät Hiljainen tieto käyttöön – tutkimuksen. Tutkimukseen osallistuneiden kuntoutujien arvioidessa omaa osaamistaan ammatillisen koulutuksen, työkokemuksen ja henkilökohtaisten ominaisuuksien kautta, kokemuksen

merkitys nousi esiin osaamisen edellytyksenä. Kun verrattiin hoitohenkilöstön arviointeja osaamisen lähtökohdista rakennusosalalla työskentelevien arviointeihin, nähtiin koulutuksen ja täydennyskoulutuksen merkitys suurempana osaamisen lähtökohtana hoitohenkilöstön parissa. Henkilökohtaiset ominaisuudet jäivät arvioinnissa kolmannelle sijalle. (Paloniemi 2008, 258–261.)

Suominen ja Henriksson (2008, 636) huomioivat tutkimuksessaan lähihoitajien jäämisen työnjaollisen keskustelun ulkopuolelle. Lähihoitajien ammatillinen toimenkuva oli selkiytymätöntä ja heidän mahdollisuus oman ammattitaitonsa käyttämiseen oli rajattu. Lähihoitajien tehtäväkuvaa rajasi korkeammin koulutetut ammattiryhmät, mutta toisaalta kouluttamattomat pystyivät toimipaikkakoulutuksen ja toimenpideluvan turvin suoriutumaan lähihoitajien tehtävistä. Kivinen (2008, 200) miettii tutkimuksessaan terveydenhuollon hoitotyöntekijöiden koulutuksen ja todellisen työn kohtaamista arjessa ja sitä, miten esimerkiksi perushoitajien virkojen vähentäminen erikoissairaanhoidossa on vaikuttanut sairaanhoitajien työnkuvaan.

Terveyspalvelujen muutokset asettavat hoitotyöntekijöiden koulutuksen, osaamisen ja näiden hyödyntämisen ja osaamisen johtamisen tärkeään asemaan. Henkilöstöjohtamisella pyritään lisäämään hoitotyöyhteisöön vetovoimaisuutta riittävän henkilöstön palkkaamiseksi ja terveyspalvelujen laadun takaamiseksi. Samalla pyritään terveydenhuollon toiminnan kehittämiseen ja ylläpitämiseen hyvällä ja ammattitaitoisella hoitohenkilökunnalla ja kustannustehokkuuteen inhimillisten voimavarojan tarkoituksenmukaisella johtamisella. Hyvä hoitotyön johtaja tukee hoitotyöntekijöistä hoitotyön normien mukaiseen itsenäiseen päätöksentekoon ja myös vastuun kantamiseen tehdyistä päätöksistä. (Lammintakanen & Kinnunen 2006, 23; Hintsala 2006, 49; Vallimies-Patomäki 2006, 62.)

Terveydenhuollon organisaatioiden ja työyhteisöjen toiminnan ja toimivuuden onnistumiseksi ei riitä pelkästään osaavien moniammatillisten tiimien olemassaolo, vaan hoitotyöyhteisöt vaativat jatkuvaa kehittämistä ja kehittymistä niin yksilötasolla kuin yhteisötasollakin. Vaatimuksia esittävät muun muassa kiire, kaventuvat resurssit, muuttuvat ja haasteelliset käytännöt, monialainen verkostoituminen ja laajeneva yhteistyö ja vuorovaikutus. Tarvitaan hoitotyöyhteisön moniulotteisuutta, tiimien

moniammatillisuutta ja kaikkien hoitotyön toimijoiden joustavuutta. (Lindström ja Leppänen 2002, 14; Collin 2007, 210; Seppänen-Järvelä ja Vataja 2009, 9.)

Terveydenhuollon ytimenä ovat perusterveydenhuollon moniammatillinen henkilöstö ja perusterveydenhuollon laajat verkostot. Perusterveydenhuollon tarkoituksena on taata kansalaisille oikeudenmukainen ja vaatimustenmukainen terveyden- ja sairaanhoito (Meretoja 2008). Terveydenhuollossa onkin tulevaisuuden suuntauksena pyrkimys eri ammattiryhmien ammattitaidon laajemman ja kokonaisvaltaisamman käytön tukemiseen ja erityisosaamisen vahvistamiseen, laadukkaasti ja tehokkaasti ja työnjakoa korostaen. Tavoitteena on terveystalouden saatavuuden parantaminen ja palveluntarjoajien työvoiman riittävyys. (Lehto ym. 2001, 217; Kärkkäinen ym. 2006, 2651.)

Terveydenhuollon hoitotyöntekijöiden välinen sujuva ja tehokas yhteistyö, jokaisen ammattitaidon optimointi ja keskinäinen työnjako vaativat järjestelmällistä terveydenhuollon kehittämistä ja tehtävien uudelleen organisointia. Perustan toimivalle yhteistyölle luo moniammatillisuuden korostaminen ja tiimityöskentelyperiaatteen kehittäminen hoitotyöyhteisöissä. Tällaisen terveydenhuollon kehityksen taustalla on yhteistyöhön kykenevät ammattiryhmät, ammattikuntien väliset selkeät henkilöstösuhteet ja toiminta mahdollisuuksien ja vastuun kantamisen selkeä määrittäminen. (Ryynänen ja Myllykangas 2000, 48; Kärkkäinen ym. 2006, 2651; Peltonen 2009, 41.)

Yksilö on terveydenhuollon organisaatioiden osaamisen edellytys. Toisin sanoen ilman yksilöiden osaamista, ei organisaatioissakaan ole osaamista. Yksilöiden osaamisen hallinta, osaamisen johtamisen avulla, tähtää osaamisen hyödyntämiseen terveydenhuollon organisaatiossa. Toisin sanoen pyritään hyödyntämään mahdollisimman tehokkaasti yksilöiden osaamista eli niitä mahdollisia resursseja, joita ei ole vielä käytetty tai lisäämään yksilöiden osaamista esimerkiksi koulutuksen avulla. (Hannula ym. 2003, 2.)

3 TYÖNJAKO JA OSAAMINEN JOHTAMISEN KYSYMYKSENÄ

3.1 Terveysthuollon osaaminen

Osaaminen on järjestettyä tietoa (Kuusi 1986, 154; Hannula, Kukko ja Okkonen 2003, 5), jota voidaan hyödyntää käytännön toiminnoissa terveydenhuollossa eli optimoida hoitotyöntekijöiden osaaminen hoitotyössä. Terveysthuollon palvelujen tuottamisen perustana on tieto ja osaaminen. Tiedon ja osaamisen taustalla on taas koulutus ja oppiminen. Osaamisen arvo, osaamisen kehittäminen ja osaamisen hyödyntäminen tarvitsevat johtamista, mikä suuntaa osaamista kohti tavoiteltavia päämääriä terveydenhuollossa. (Ojala 2008, 15.)

Terveysthuollon organisaatioiden ja työyhteisöjen kehittäminen on toiminnan kehittämistä organisaation visioiden suuntaisesti, niin että halutut tavoitteet saavutetaan. Myös yhteiskunnallisten muutosten tuomat vaatimukset organisaatiolle ja sen tarjoamille palveluille, on huomioitava organisaation toimintaympäristön kehittämisessä ja toiminnan muokkaamisessa. Tämän lisäksi kehittymistä ja osaamista tukeva johtaminen, yhdessä tarkoituksenmukaisen työnjaon kanssa, lisäävät työyhteisön hyvinvointia, hoitotyöntekijöiden keskinäistä vuorovaikutusta ja mahdollisuutta oman työnsä vaikuttamiseen. (Seppänen-Järvelä ja Vataja 2009, 13–18; Sarala ja Sarala 2010, 13.)

Osaamisen käsite voidaan rinnastaa ammattitaitoon. Esimerkiksi Vartiainen, Teikari ja Pulkkis (1990, 39–42) mukaan, osaaminen muodostuu taidosta selvittää vastaan tulevia tai ennakoituja ongelmia, asettaa toivottuja tavoitteita omalle toiminnalle ja taidoista käyttää kontekstiin sopivia menettelytapoja ja näin saavuttaa halutut tavoitteet. Terveysthuollon osaamisen taustalla on riittävät tiedot, eli korkeatasoisella koulutuksella saatu perusasioiden hallinta, ja taidot, jotka opitaan työssä kokemuksellisesti hoitotyön vaatimia menettelytapoja toistamalla. Osaaminen edellyttää yksilön kykyä selviytyä uusista tilanteista muun muassa reflektiota käyttäen. Osaava

yksilö tietää mitä tehdään, miten se tehdään ja miksi tehdään. Osaaminen on tekemisen ja tietämisen ymmärrys. (Aaltonen ja Wilenius 2002, 159.)

Räsänen (1996, 144–151) kirjoittaa ammattitaidon pitävän sisällään yksilön omaksumat säännöt eli tehtäväominaisuudet, joiden hallinnan avulla hän pystyy suoriutumaan uusista vastaan tulevista tehtävistä laadukkaasti muun muassa päättelyä apuna käyttäen. Ammattitaito muodostuu erilaisista henkisistä, teknisistä ja sosiaalisista kyvyistä ja näiden hallinnasta. Se on myös jatkuvaa kehittymistä sitoutumisen, ymmärryksen ja joustavuuden avulla tarkoituksenmukaisesti hoitotyön päämäärän ja tavoitteen saavuttamiseksi.

Julkunen (2007, 27, 47) ohjaa Sennettin (2004;2007) ajatuksen pohjalta, että yhteiskunnissa ja terveydenhuollossa vallitsevan suuntauksen ja ajatuksen mukaan, jokaisen yksilön on käytettävä ja edelleen kehitettävä omaa ammattitaitoaan ja pätevyyttään mahdollisimman hyvin. Osaaminen ei ole pelkästään yksilön vuosien aikana saatua työkokemusta, vaan osaaminen on kyky tehdä asioita toisella tavalla. Osaaminen ja osaamisen hyödyntäminen vaativat yksilöltä joustavuutta ja monipuolista pätevyyttä ja ammattitaitoa. Samoin itsensä kehittämisen ja uuden oppimisen tarve korostuvat. (Eteläpelto 2007, 137.)

Osaaminen muodostuu yksilö tiedoista ja taidoista, mutta yksilön osaaminen tarvitsee tuekseen myös motivaatiota. Osaaminen tarvitsee myös terveydenhuollon organisaation antamia mahdollisuuksia tehdä ja toimia ja selkeän päämäärän, mitä tavoitella. (Salonen 2002, 25.) Mutta muuttuvissa vaatimuksissa, yksilön osaamisen saavuttaminen ja sen säilyttäminen eivät ole itsestään selvää, koska terveydenhuollon muutokset tuovat koko ajan uusia asioita sisäistettäväksi, mikä lisää virheen ja epäonnistumisen riskiä. Tämä tuo epävarmuuden tunnetta hoitotyöntekijöille ja työyhteisöille. (Viitala 2005, 112.)

Ammattitaito on monien osien ja tekijöiden summa. Se ei ole pelkästään tehtävien suorittamista, vaan erilaisia valmiuksia, mitä yksilö tarvitsee selviytyäkseen työssään. Tällaisia valmiuksia ovat terveydenhuollossa muun muassa sosiaaliset taidot, fyysiset taidot, henkinen kyvykkyys ja kyky ongelmanratkaisuun. Myös yksilön asennoituminen tehtävien suorittamiseen ja hänen motivoituneisuutensa vaikuttavat ammattitaitoon. (Viitala 2005, 114–115.)

3.2 Osaamisen johtaminen

Muun muassa sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 mukaan, on terveydenhuollossa huomioitava johtaminen ja asiantuntemus ja johtamisessa on huomioitava hoitotyöntekijöiden osaaminen, niin että jokaisen hoitotyöntekijän ammattitaitoa voidaan käyttää optimaalisesti. (Huotari 2009, 10). Asiantuntevalla johtamisella vaikutetaan terveydenhuollon palvelujärjestelmien kehittämiseen, niiden ylläpitoon ja asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen, kuten myös toiminnan vaikuttavuuden ja tuottavuuden parantamiseen (Niiranen 2006, 193).

Osaamisen johtaminen (knowledge management) on suomennettu monella eri tavalla, kuten esimerkiksi tiedon johtaminen ja tietämyshallinta. Kivinen (2008, 61, 193.) määrittelee osaamisen johtamisen terveydenhuollossa: ”Tiedon ja osaamisen johtaminen on strategisten tavoitteiden mukaista, suunnitelmallista tiedon ja osaamisen hallinnan sekä oppimisen prosesseja yhdistävää ja edistävää toimintaa terveydenhuollon organisaatiossa ja niissä vallitsevissa kulttuureissa”.

Osaamisen johtaminen on Viitalan (2005, 38) mukaan: ”Systemaattista johtamistyötä, jonka tarkoituksena on turvata yrityksen tavoitteiden ja päämäärien edellyttämä osaaminen nyt ja tulevaisuudessa”. Osaamisen johtaminen on myös terveyspalvelujen tarpeen ennakoimista, terveydenhuollon toiminnan muutoksen hallintaa ja toiminnan kehittämistä ja uudelleen suuntaamista tarvittavat resurssit huomioiden. Ihmisten johtaminen korostuu osaamista johdettaessa. (Koskinen 2006, 55, 58; Laine 2007, 21, 37.)

Osaamisen johtaminen on Kirjavaisen (1997, 309) mukaan organisaation valmiuksien käyttämistä, jolloin henkilöstön osaaminen korostuu. Osaaminen on jakautunut koko organisaatioon ja sitoutunut organisaatioon kokemuseräiseksi osaamiseksi. Osaamisen johtamalla pyritään terveydenhuollon organisaatioiden eri tasoissa olevien valmiuksien eli osaamisen ja ammattitaidon, optimaaliseen hyödyntämiseen, edelleen kehittämiseen

ja tavoitteiden saavuttamiseen ymmärtämällä valmiuksista muodostuvan moniammatillisen verkostoa hallinta.

Kivinen (2008, 56–58) kuvaa osaamisen johtamisen käsitettä artikkelianalyysin pohjalta nousseilla ominaisuuksilla. Terveydenhuollossa osaamisen johtaminen pitää sisällään tavoitteiden mukaisen kehyksen eli niin sanotun systeemisyiden, minkä avulla terveydenhuollon organisaation rakenne ja toimintatapa muodostuvat. Yhdistävyys kuvaa organisaation kokonaisuutta, joka on muodostunut eri osatekijöiden prosessimaisena summana. Osatekijöitä ovat muun muassa erilaiset tiedot, taidot, tavoitteet, resurssit ja toiminta. Tiedon ja osaamisen johtaminen on järjestelmällistä toimintaa eli näiden asioiden hallintaa, jolla muun muassa hyödynnetään osaamista tarkoituksenmukaisesti. Oppiminen kuvaa osaamisen johtamisessa uuden tiedon muodostumista ammattikoulutuksen, vuorovaikutuksen ja kokemuksen kautta, ja edistävyys kehittymisen ja kehityksen johtamista.

Osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa vaatii selkeästi määriteltyä visiota siitä, mitä kohti pyritään, mitä halutaan saavuttaa ja minkälainen organisaation tehtävä on nyt ja tulevaisuudessa. Strategian ja suunnittelun avulla hoitotyöntekijöiden osaaminen suunnataan tavoitteiden suuntaiseksi ja hoitohenkilöstön osaaminen hyödynnetään tavoitteiden mukaisesti. Tämä vaatii jatkuvaa kehittämistä ja arviointia. Toisin sanoen terveydenhuollon toiminnalle asetetaan raamit selkeällä kuvalla tavoitteesta ja keinoista niiden saavuttamiseksi (Kirjavainen ja Laakso 2000, 22, 46, 53; Viitala 2005, 14–15, 77.)

Osaamisen johtaja huomio oman toimintansa lisäksi, kuinka ja millaisia menetelmiä käyttäen osaamista johdetaan. Johtamiseen vaikuttavat myös hoitotyönyhteisö ja hoitotyöntekijöiden keskinäinen työnjako ja noudatettavat normit. Terveydenhuollon organisaation rakenne ja järjestelmät antavat osaamisen johtamiselle kehykset. Organisaation johdon on, osaamisen johtamisen onnistumiseksi, huomioitava terveydenhuollossa ja työyhteisöissä tarvittava osaaminen, ja tavoitteiden saavuttamiseksi on pidettävä huolto henkilöstön osaamisesta. Terveydenhuollon johdon on myös ymmärrettävä edellä mainittujen asioiden välinen yhteys. Yksilöiden ja organisaation osaamisen välinen synteesi muodostuu sosiaalisilla verkostoilla ja yksilöiden keskinäisellä vuorovaikutuksella. Myös terveydenhuollon organisaatioiden

piteiden on mahdollistettava osaamisen kehittymisen ja tuettava osaamisen johtamista ja hyödyntämistä. (Viitala 2005, 19, 165.)

Osaamisen johtamisella vaikutetaan yksilöiden työympäristöön ja mahdollisuuksiin olla luova ja oppia (Ojala 2008, 16). Käytännössä osaamisen johtaminen voi olla esimerkiksi esimiehen antamaa tukea ja ohjausta hoitotyöntekijöille toimintaedellytysten ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Osaamisen johtaminen strategisena suunnitteluna on taas yksilöiden osaamisen yhdistämistä hoitotyön kokonaisuuksiksi toiminnan tuloksellisuuden parantamiseksi. (Laine 2007, 39.)

Osaamisen johtaminen on prosessi, johon vaikuttavat muun muassa terveydenhuollon organisaatioiden rakenne ja määritellyt hoitotyön tehtävät ja tavat tehdä työtä. Siihen vaikuttavat myös henkilöstön rekrytointi, perehdyttäminen, osaamisen kartoittaminen, työyhteisöjen kehittäminen ja työhyvinvointi. On oltava toimivat tietojärjestelmät, uuden oppimista tukevat käytännöt ja kokonaisuuden hallinta. (Viitala 2005, 193.)

Van Beveren (2003, 92) mukaan terveydenhuollon hierarkkinen ja jäykkä rakenne, kuten myös organisaatiossa ilmenevä muutosvastarinta, ovat onnistuneen osaamisen johtamisen esteenä. Tällöin eri ammattiryhmät, työskentelevät organisaatiossa rinnakkain omilla hoitotyön tehtäväalueillaan ilman kattavaa yhteistyötä ja moniammatillisia verkostoja, jolloin koulutuksen ja kokemuksen tuoma tieto myös jää eri ammattiryhmien sisälle. Osaamisen johtamisen esteenä on myös yksilöiden ja ammattiryhmien haluttomuus tiedon jakamiseen, kuten myös moniammatillisen koulutuksen puuttuminen. Ammattiryhmät pitävät hankkimansa tiedot oman ryhmänsä sisällä myös siksi, etteivät he asiantuntijoina ole valmiita valtansa heikkenemiseen. Tutkimuksen mukaan moniammatillisen koulutuksen lisääminen, tiimityö ja vuorovaikutus ryhmien välillä edesauttavat osaamisen johtamista. (Kivinen 2008, 88–89.)

Currie, Finn ja Martin (2007, 406–415) toteavat tutkimuksessaan, että tietoa pitäisi jakaa tehokkaammin eri sektoreiden välillä, kuten myös eri terveydenhuollon organisaatioiden rajojen yli ja eri ammattiryhmien kesken. Tiedon ja osaamisen johtamisen esteenä ovat muun muassa erilaiset poliittishallinnolliset päätökset, juridiset ongelmat tiedon jakamisessa ja ammatilliset rajat ja ammattiryhmien yhteistyön

asettamattomat rajoitukset. Myös hoitohenkilöstön inhimilliset ja sosiaaliset näkökulmat nousevat esiin vaatien oma huomionsa. Terveysthuollon organisaatioissa on siis kiinnitettävä huomiota hallinnon asettamiin rajoihin, eri ammattiryhmien toimivaltaan ja huomioitava yksilöiden ja työyhteisön henkilökohtaiset ja sosiaaliset näkökulmat.

Hiljaisen tiedon katoaminen terveydenhuollosta eläköitymisen seurauksena on korostanut osaamisen johtamisen arvoa. Koska osaaminen on yksilöiden oppimista, kokemusta ja tietotaitoa, on johtamisella pyrittävä ohjaamaan hoitotyöntekijöiden osaamista tavoitteiden suuntaisesti ja kyettävä näin hyödyntämään hajallaan olevaa tietoa (Ojala 2008, 26, 81).

3.3 Optimaalinen työnjako ja tuottavuuden parantaminen terveydenhuollossa

Terveydenhuollon tuottavuuden taustalla on laatu, joten on pyrittävä kehittämään työyhteisöjen toimintaa tehokkaammaksi ja vaikuttavammaksi esimerkiksi työnjakoa uudistaen ja hoitotyöntekijöiden osaamista optimaalisemmin hyödyntäen. Ennen kaikkea on pyrittävä muuttamaan hoitotyöntekijöiden toimintatapoja hoitotyön laadun parantamiseksi ja tätä kautta tuottavuuden lisäämiseksi eli on saatava aikaan haluttu ja suunniteltu muutos kehittämistyön seurauksena. (Sarala ja Sarala 2010, 94.)

Työnjaolla ja toiminnan kehittämisellä pyritään vastaamaan terveydenhuollossa esiin nousevien jatkuvien muutosten haasteisiin. Mutta pystyäkseen vastaamaan haasteisiin, on terveydenhuollon organisaatioiden kyettävä myös muuttamaan. Toisin sanoen terveydenhuollon organisaatioiden toiminnassa tapahtuvien ja haluttujen muutosten aikaansaamiseksi, kuten uusi työnjako, on pystyttävä vaikuttamaan hoitotyöyhteisöjen kulttuuriin, jolloin saadaan niin kutsuttujen syvärakenteiden muokkaantumista muutosten mukana. On myös vaikutettava hoitotyön sisällöllisiin haasteisiin, ryhmädynamiikkaan ja vuorovaikutukseen terveydenhuollon organisaatiossa, eikä vain hoitotyön ammattiryhmiin. (Sinkkonen ja Kinnunen 1999, 319; Seppänen-Järvelä 2009, 69–70.)

Muutoksen aikaansaaminen terveydenhuollon organisaatiossa ja muutoksen tuloksellisuus edellyttävät myös hoitotyöntekijöiden sitoutumista sekä organisaatioon että omaan ammattiinsa ja tehtäväänsä (Vartola 2004, 224), mikä voi tapahtua esimerkiksi tutkimuksen avulla, kuten Cardona, Tappen, Terrill, Acosta ja Eusebe (1997, 20–36) tutkimuksensa tuloksissa huomasivat. Tehty tutkimus poisti aikaisempaa työyhteisössä vallinnutta epävarmuutta ja keskinäisiä epäluuloja hoitohenkilöstön työajan käytön suhteen, se lisäsi henkilöstön yleistä työmoraalia ja paransi samalla työn tehokkuutta ja sai aikaan muutoksia työtavoissa ja tehtävien organisoinnissa.

Hoitotyönyhteisön kehitys ja toiminnan muutos tapahtuvat liittämällä hoitotyöntekijöiden yksilölliset kokemukset omasta henkilökohtaisesta kehittymisestä yhteen koko työyhteisön kehittymisen kanssa. Eli jaetaan hoitotyöntekijöiden yksilöllinen osaaminen hoitotyöntekijöiden ja työyhteisöjen yhteiseksi osaamiseksi vuorovaikutuksen avulla. Näin hoitotyöntekijöiden halukkuus ja sitoutuneisuus oman työnsä kehittämiseen, toimintatapojen muuttumiseen ja työyhteisön kehittämiseen, ohjaa koko hoitotyönyhteisöä kohti yhteistä päämäärää, haluttua muutosta, työyhteisön ja johdon tukeksi henkilöstön voimavaroja erilaisin tukitoimin, tavoitteiden saavuttamiseksi. Tällainen työssä oppiminen, kokemuksellinen oppiminen, toteutuu monipuolisella ohjauksella ja tiedolla ja työyhteisön suoman mahdollisuuden ja tuen kautta. (Viitala 2005, 109, 57; Ranta 2005, 9, 101; Poikela ja Järvinen 2007, 178; Collin 2007, 199.)

Terveydenhuollon organisaatiossa tapahtuvat toiminnan muutokset vaativat koko hoitohenkilöstön sitoutumista uuden toimintamallin tiedon sisäistämiseen ja tiedon levittämiseen ja sitä kautta toimintamallin käyttöön ottoon ja vanhasta toimintamallista poisoppimiseen. Uuden toimintamallin tai uuden työnjaon käytäntöön siirtyminen ei onnistu vain tiedon antamisella henkilöstölle tai toimintaprojektin läpi viemisellä, vaan johdon on oltava selvillä muun muassa hoitotyönyhteisössä jo olemassa olevasta tiedosta, osaamisesta ja osaamisen tarpeista, ja mahdollistettava jokaiselle yksilölle osaamisensa hyödyntäminen. Johdon on myös tuettava työyhteisöä niin, että uusi toimintamalli otetaan käyttöön ja samalla hoitohenkilöstöä ohjataan luopumaan vanhasta tavasta toimia. Näin muutosvastarinta saadaan mahdollisemman heikoksi. (Viitala 2005, 180.)

Henkilöstö on muutosvastarintainen, jos tietoa muutoksesta ei ole riittävästi saatavilla ja luottamus johtoon on heikko. Muutos nostaa myös pelkoa omasta kyvykkyydestä hoitaa uusia asioita ja pelkoa vanhan menettämisestä. Muutosta ei nähdä ehkä hyvänä asiana, jos taustalla on epäonnistuneita tai jatkuvia muutoksia ja henkilöstö on väsynyttä ja kyllästynyttä. Myös yksilön psyykinen ja fyysinen tilanne muutoksessa voi aiheuttaa muutosvastarintaa. (Viitala 2005, 183.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin ylilääkäreille, ylihoitajille ja osastonhoitajille tehdyn kyselyn mukaan työnjaon varjopuoliksi nousivat vanhat hierarkkiset perinteet ja omaksutut asenteet. Pelättiin myös uusien velvollisuuksien tuomaa vastuutta ja uuden oppimista. Myös palkkaukseen liittyvät asiat liittyivät kielteiseen mielipiteeseen työnjaosta. (Halinen ym. 2005, 3523–3526.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen työntekijöitä voidaan kehittää pyrkimällä eroon esteistä, joita voivat asettavat esimerkiksi hoitotyön vanhat ja totut toimintatavat ja vastuukysymysten esiin nostaminen. (Uotila 2004, 14.)

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen työnjakoa uudistettaessa on kiinnitettävä huomiota muutoksen aiheuttamiin vaikutuksiin koko hoitotyöryhmissä huomioiden, koska hoitotyötä tehdään tiimeissä ja moniammatillisena ja – monialaisena yhteistyönä. Johtajalta vaaditaan henkilöstöresurssien oikeaa kohdentamista ja mitoittamista muuttuvissa tilanteissa ja oikeiden henkilöiden sijoittamista kulloiseenkin tehtävään. (Järvi 2007)

Vaikuttavuus ja tuottavuus ovat merkittäviä tekijöitä suunnitellessa terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilöstöresursseja ja arvioitaessa niitä. Arviointi on vaikeaa hoitotyön monitahoisuuden ja – tasoisuuden vuoksi. Talouden kiristyessä ja henkilöstöresurssien vähetessä on pyrittävä muun muassa hoitohenkilöstön tuottavuuden lisäämiseen esimerkiksi työnjakoa muuttaen ja hoitajien osaaminen hyödyntäen. Tutkimuksessaan hoitohenkilöstön tuottavuuden arvioinnissa Urden ja Roode (1997, 34–41) vertasivat hoitohenkilöstön ajan käyttöä välittömän ja välillisen hoitotyön, työyksikköön liittyvien ja henkilökohtaisten toimintojen ja potilastietojen dokumentoinnin osalta työn mallintamisen (work sampling) avulla edellä mainittuja kategorioita käyttäen. Työn mallintaminen tapahtuu mittaamalla eri tehtäviin käytetty aika. He myös vertasivat erikoisalojen ja työvuorojen välisiä eroja ajan käytössä. Tutkimus osoitti

työnmallintamisen olevan työn tuottavuuden ja hoitotyön tuloksellisuuden arvioinnissa tehokkaampi, kuin esimerkiksi potilasluokittelun, sillä työn mallintamisella saatu tieto oli kuvailevampaa ja antoi tarkkaa tietoa esimerkiksi potilaiden välittömään hoitoon käytetystä ajasta.

Terveydenhuollon palvelujen tuottavuutta voidaan lisätä valitsemalla oikea henkilö kulloiseenkin tehtävään, eli terveydenhuollon organisaatioissa hyödynnetään hoitotyöntekijöiden osaamista tarkoituksenmukaisesti käyttämällä ja työnjaolla. Myös tarjottavien palvelujen on tuotettava haluttuja tuloksia, ja palveluilla saavutettava tiettyjä päämääriä henkilöstön osaamisen avulla. (Sibbald ym. 2004, 34.) Terveydenhuollon työnjakoa parannettaessa ei tule unohtaa palvelujen käyttäjien, potilaiden, tarpeita, sillä hoitotyöntekijöiden tekemisen tulisi keskittyä juuri palvelujen käyttäjiin ja tehokkuuden nimissä tyydyttää sekä palvelujen käyttäjiä, että palvelujen tarjoajia (Buchan ja Calman 2004, 12, 22).

Thompson ja Stanowski (2009, 76–78) artikkelin mukaan hoitajien ja tukipalveluhenkilöstön yhteistoimintaa ja työnjakoa parantamalla saavutettiin taloudellista ja laadullista hyötyä sairaaloille. Työnjaolla pystyttiin hyödyntämään hoitohenkilöstön resurssit paremmin, parantamaan potilaan ja henkilöstön tyytyväisyyttä palveluihin, sitouttamaan hoitajat paremmin työhönsä ja samalla pystyttiin vähentämään sairaalainfektioiden esiintymistä laadukkaalla hoitamisella. Tulevaisuudessa terveydenhuollossa edellytetään moniammatillista yhteistyötä, organisaation rakenteiden ja kulttuurin sopeutumista muuttuvan ympäristön vaatimuksiin.

Baernholdin ja Markin (2009, 994–100) tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstön työtyytyväisyys ja parempi tuottavuus saavutettiin luomalla hyvät tukipalvelut sairaaloihin ja mahdollistamalla hoitohenkilöstön autonominen toiminta hoitoyksiköissä. Tutkimuksessa verrattiin kaupunkien ja maaseudun sairaaloita keskenään, työtyytyväisyyteen ja sairaaloiden liikevaihtoon nähden. Vertailtavien sairaaloiden välillä oli eroja yksiköiden koossa, potilaspaikkojen määrässä, henkilöstön määrässä, teknologiassa ja koulutusmahdollisuuksissa, mutta tutkimuksessa huomattiin, että asioilla ei ollut vaikutusta työtyytyväisyyteen tai liikevaihtoon. Työtyytyväisyyden todettiin johtuvan tukipalvelujen, muun muassa turvallisuus, sosiaalityö, ruuanjakelu ja

tarviketilaukset ja liinavaatteista huolehtiminen, riittävydestä sairaaloissa. Hyvät tukipalvelut vaikuttivat työympäristöön, työtyytyväisyyteen ja hoitotyön tuloksellisuuteen positiivisesti.

Dixon, Kaambwa, Nancarrow, Martin ja Bryan (2010, 1-6) totesivat tutkimuksessaan, että työnjako vähensi tarjottavien palvelujen kustannuksia, mutta vain mitoittamalla henkilöstö oikein. Lisäämällä tukipalveluja tarjoavaa henkilöstöä ja vähentämällä hoitohenkilöstöä kustannusten huomattiin nousevan, mutta suosimalla moniammatillista henkilöstöä ja työnjakoa, hoitotyön tuottavuus parani.

Shamian ym. (1992, 110–115) tutkimuksessa tarkasteltiin hoitoaikojen lyhentämistä kirurgisilla ja tehohoidon osastoilla, koska taloudellisen tilanteen kiristymisen kannalta on tarpeellista ymmärtää hoitoresurssien kustannuksiin vaikuttavat muuttajat. Tutkittiin hoidollisten, ei-hoidollisten ja teknisten tukipalvelujen ja hoitotyöhön käytetyn ajan välistä suhdetta. Muuttujina olivat muun muassa elvytysryhmä, ympärivuorokautinen apteekki, keskusvarastotoimitukset ja tietokoneyksikkö. Tutkimuksessa huomattiin, että perusta hoitokustannusten ymmärtämiselle muodostuu kustannuslaskennan menetelmistä ja kustannusten ennakoinnista. Tuloksista ilmeni myös, että kokonaisvaltaiset ja kaikkia osastoja koskevat päätökset vaikuttavat eri tavalla eri hoitoyksiköissä. Tämä tarkoittaa sitä, että omaan alaansa erikoistuneet hoitoyksiköt eivät välttämättä hyödy keskenään samanlaisista tukipalveluista.

Terveydenhuollossa paremman tuottavuuden taustalla on laadun lisäksi myös yhteistyökykyinen ja sitoutunut henkilöstö. Hoitohenkilöstön keskinäiset negatiiviset ihmissuhteet heijastuvat työyhteisöön ja palvelujen käyttäjiin heikentäen hoitotyön laatua, työviihtyvyyttä ja sitoutumista työhön. Työyhteisön aiheuttama negatiivinen ilmasto vaikuttaa terveydenhuollon organisaatioiden tulokseen ja tuottavuuteen alentavasti. (Manderino ja Berkey 1997, 54; Orr 2010, 129.)

Orr (2010, 129–134) teki tutkimuksen keskenään erilaisten sairaaloiden hoitohenkilöstön ja tukipalveluja, siivous, laitteistohuolto, turvallisuus ja liinavaatehuolto, tuottavan henkilöstön välisistä yhteistyökyvyistä, työyhteisöjen ilmapiireistä ja näihin vaikuttavista ominaisuuksista. Tutkimuksen mukaan onnistuneen yhteistyön ja työyhteisöjen positiivisen ilmaston ominaisuuksiksi nousivat onnistunut

kommunikaatio, hyvät ihmissuhteet ja oppiminen työyhteisössä. Kommunikaation tuli muun muassa olla kaksisuuntaista ja sanojen ja ilmaisujen merkitykseltään samaa tarkoittavaa ammattiryhmistä riippumatta. Ihmissuhteita ilmensi vuorovaikutus, toisten auttaminen ja arvostaminen ja työyhteisön ammattiryhmien selkeät roolit. Ymmärtääkseen asetetut odotukset ja täyttääkseen toistensa odotukset, oli ammattiryhmien opittava kokemuksellisesti toisten tapa suoriutua tehtävistä. Johdon käyttäytymisellä ja tavalla ajatella todettiin olevan merkitystä työyhteisön yleiseen käyttäytymiseen toisia ammattiryhmiä kohtaan. Yhteistyön kehittymiseen vaikuttavat muun muassa henkilöstön keskinäiset valtarakenteet, työyhteisön kulttuuri ja henkilöstön ja organisaation odotukset.

Peltokorpi, Turtiainen ja Kämäräinen (2009, 39–42) tekivät tutkimuksen Helsingin kaupungin terveystieteiden keskuksen kolmella vuodeosastolla. Osastojen resurssien ja palvelujen riittävyyden turvaamiseksi, oli mietittävä työnjaon uudistamista ja osaamisen hyödyntämistä tukipalvelujen osalta uudestaan ja näin vapauttaa koulutettu hoitohenkilöstö kliiniseen hoitotyöhön. Tukipalveluista tutkimuksessa oli tarkastelun kohteena ruuanjakelu, lakanoiden vaihto ja hoitotarviketilauksen tekeminen. Tutkimuksen mukaan vuodeosastojen tukipalvelujen uudella työnjaolla ja tehtävien jakamisella henkilöstön kesken saatiin osastoittain lisää kliinistä hoitotyöaikaa yhden henkilötyövuoden verran vuodessa. Helsingin kokoisella alueella säästöä tulisi arvioitua satoja henkilötyövuosia. Tutkimuksen mukaan tukipalvelujen uudelleen järjestämisellä voitiin myös parantaa hoitotyön laatua saavuttaen kokonaisuhoiton tehokkaampi kustannusvaikuttavuus. Tukipalvelujen uudelleen järjestäminen vaatisi tukipalveluhenkilöstön riittävää määrää, tehtävien selkeyttämistä ja hoitohenkilöstön suunnitelmallista toimintaa kliinisessä hoitotyössä.

4 TUTKIMUSKOHDE, AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Tutkimuksen metodologinen lähtökohta

Tämä tutkimus soveltuu tutkimuskohteensa ja metodologiansa puolesta terveyshallintotieteen tutkimusalaan. Terveyshallintotieteen tutkimuskenttää kuvastaa monitieteisyys, jossa vaikuttavat muun muassa yhteiskunta-, käyttäytymis- ja sosiaali- ja terveystieteet ja se pyrkii tutkimuksen avulla vastaamaan yhteiskunnan muuttuviin tarpeisiin eli tutkimaan reaalimaailman muutoksia. Terveyshallintotiede tutkii muun muassa organisaatioiden mikrotason poliittishallinnollista ohjausta ja organisaatioiden sisäisiä ilmiöitä ja uuden tiedon soveltamista niiden toiminnoissa, kuten oppivan organisaation malleja. Terveyshallintotieteen tutkimus on joustavaa ja se pyrkii käytännönläheisyyteen. Sen tutkimuskenttään kuuluvat muun muassa hallinnollinen päätöksenteko, palvelujen järjestäminen, johtaminen, henkilöstön työpanos, potilaiden hoito ja laatu. Laatu käytetään myös arvioitaessa terveydenhuollon toiminnassa tapahtuvien muutosten kriteerinä. (Sinkkonen ja Kinnunen 1999, 317–322.)

4.2 Tutkimuskohde

Helsingin kaupungin terveyskeskus on Suomen suurin. Terveyskeskus huolehtii kaupunkilaisten perusterveydenhuollosta ja tarjoaa palveluja yli 90 toimipisteessä. Se tarjoaa palveluja kaupunkilaisille päivystys ja vuodeosasto toiminnan lisäksi myös psykiatria, sisätautien, geriatrian, neurologian ja fysiatrian erikoissairaanhoidossa. (Helsingin kaupunki 2011.) Terveyskeskustasoisesta sairaalahoidosta vastaa Kaupunginsairaalan sairaalat: Haartmanin, Herttoniemen, Laakson ja Malmin sairaalat ja Marian ja Suursuon sairaalat. Kaupunginsairaalan toimintaan kuuluvat myös kotisairaaloiminta, kuntoutustoiminta ja terveyskeskuspäivystys. Marian sairaalan siirtyi Helsingin terveyskeskukseen HUSista 2008 ja sen päivystysyksikön toiminnat muuttivat syyskuussa 2009 uuteen Haartmanin sairaalaan. (Kinnunen ym. 2010, 19, 73.)

Kaupunginsairaalan sairaaloiden hoitoa vaativat potilaat tulevat vuodeosastoille joko kotoa päivystyksen kautta tai perusterveydenhuollon pysyväispaikoista, palvelutalo, vanhainkoti ja pitkäaikaishoitolaite, lääkärin läheteellä tai erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon suunnitellusti. Hoitajaksojen pituus on vaihteleva, mikä johtuu hoidettavien potilaiden korkeasta iästä ja monista sairauksista. Hoitotyön luonnetta vuodeosastoilla kuvaa kuntouttava työote, jonka tavoitteena on potilaiden toimintakyvyn palauttaminen ja ylläpitäminen potilaan tukiverkosto, omaiset ja kotiapu, ja kotiolot huomioiden. (Kinnunen ym. 2010, 12, 20, 25.)

Kaupunginsairaalan sairaaloiden vuodeosastojen työnjakomalleina ovat ”moduuli-, tiimi- ja työparimallit”. Myös omahoitajajärjestelmää käytetään potilaiden hoitamisessa. Sekä sairaanhoitajien että perushoitajien työkuvat ja tehtävät ovat samansuuntaiset keskenään lääkehoidon ollessa vain sairaanhoitajien vastuulla. Osastoilla on käytössä sähköinen potilastietojärjestelmä ja hiljaisen raportin – käytäntö eli jokainen huolehtii työvuoroon tullessaan riittävän tiedon saannin vuodeosastolla hoidettavien potilaiden sen hetkisestä tilanteesta ja kuntoutus- ja hoitosuunnitelmasta. (Kinnunen ym. 2010, 29–30.)

4.2 Aineisto ja menetelmät

Tuottavuuden lisääminen Helsingin terveyskeskuksessa – hankkeessa Kaupunginsairaalan sairaaloita oli tutkimuksessa mukana: Haartmanin, Herttoniemen, Malmin ja Laakson sairaalat. Yksiköittäin tutkimuskohteena oli mukana Haartmanista osastot P2 ja osastot 5 ja 6, Herttoniemen akuuttiyksiköistä osastot 1 - 4 ja Laakson akuuttiyksiköistä osastot 1, 4 - 7 ja osastot 10 ja 13, myös kuntoutusyksiköistä oli mukana K2 - 3, K12 ja K14 - 15 ja Malmin akuuttiyksiköistä tutkimuksessa oli mukana A1 ja A3 - 5 ja päivystysyksikkönä Malmilta M1 - 3. (Kinnunen ym. 2010.)

Tämän tutkimuksen aineisto muodostuu Tuottavuuden lisääminen Helsingin terveyskeskuksessa – hankkeessa kootusta Helsingin terveyskeskuksen

Kaupunginsairaalan sairaaloiden vuodeosastojen hoitotyöntekijöille suunnatusta sähköisestä kyselystä. Hankkeessa käytettyä sähköistä kyselylomaketta kehitettiin ja muokattiin hankkeen projekti- ja ohjausryhmässä. Kyselylomakkeessa hyödynnettiin osittain RN4CAST – hankkeen kyselylomaketta. Hankkeen projektiryhmässä oli mukana kohdeorganisaatioiden johtajat ja edustajat ja käytännön hoitotyön ja lääketieteen edustajat. (Kinnunen ym. 2010.)

Sähköinen kysely toteutettiin 1.1- 31.3.2010 välisenä aikana. Sähköisen kyselyn kohdejoukkona oli Helsingin terveystieteiden Kaupunginsairaalan sairaaloiden vuodeosastojen potilaiden hoitoon osallistuva henkilöstö. Potilaiden hoitoon osallistuva moniammatillinen hoitohenkilöstö koostui 26 vuodeosaston lääkäreistä, osastonhoitajista, apulaisosastonhoitajista, sairaanhoitajista, perushoitajista, lähihoitajista, fysioterapeuteista ja toimintaterapeuteista. Kohdejoukon ulkopuolella rajattiin kahdeksan vuodeosastoa, joihin kohdistui samaan aikaan toinen kyselytutkimus (RN4CAST – hanke). Systemaattisella satunnaisotannalla muodostetun otoksen koko oli 750 henkilöä. Sähköiseen kyselyyn vastasi 198 hoitohenkilöstön työntekijää vastaausprosentin jäädessä 26 prosenttiin. (Kinnunen ym. 2010.)

4.3 Aineiston analysointi

Tässä tutkimuksessa aineisto käsitellään sekä kvantitatiivista eli määrällistä että kvalitatiivista eli laadullista tutkimusotetta käyttäen. Määrällinen aineisto analysoidaan ristiintaulukoinnin avulla ja havainnollistetaan taulukoita käyttäen. Ristiintaulukoinnin avulla voidaan todentaa esimerkiksi kahden muuttujan välistä yhteyttä eli riippuvuutta ja nähdä ne havainnollisesti. Kyselyyn vastanneiden taustatietoja selvennetään myös keskiarvojen avulla. (Heikkilä 2005, 16–17, 210; Vilka 2007, 13–14.) Likertin asteikolliset kysymykset analysoin määrällisesti käyttäen SPSS – ohjelmaa.

Laadullinen aineisto analysoidaan sisällön analyysin avulla kuvaten tutkimuskohdetta (Karjalainen 2010, 19). Janhonen ja Nikkonen muotoilevat Pietilän (1973) ajatuksen mukaan sisällön analyysin mahdollisuutta käyttää kvalitatiivisessa tutkimuksessa joko

aineiston sisällön kuvaamiseen tai päätelmien tekemiseen tutkimuksen kohteesta. Sisällön analyysissä tutkimusaineisto tiivistyy abstrahoinnin avulla ja tutkittava ilmiö kuvaillaan selkeästi. Aineistosta erotellaan abstrahoinnin avulla samanlaisuudet ja erilaisuudet ja muodostetaan kuvaavia luokkia, jotka ovat yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. (Janhonen ja Nikkonen 2003, 21–23.) Avoimet kysymykset käsittelin sisällön analyysiä käyttäen aineistolähtöisesti eli induktiivisesti.

Erilaisten tutkimusmenetelmien, kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen, käyttämisellä tutkimuksessa on toisiaan täydentävä merkitys. Saatuja tutkimustuloksia käytetään joko samanaikaisesti, tai täydentämään toisen menetelmän tulosta tarkoituksena kokonaiskuvan hahmottuminen. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 58–59.) Tutkimuksen taustalla oleva teoreettinen viitekehys antaa käsitteille ja luokille niiden merkityksen, joista muodostetaan kategorioita ja ajatuskokonaisuuksia (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen ja Saari 1994, 144–145).

Alkuperäinen sähköinen kyselykaavake sisälsi 36 kysymyspatteria. Kysymysten sisältö jakautui aihealueittain: ”Taustatiedot, työyksikön toiminta ja johtaminen, Laatu ja turvallisuus ja Työkäytänteet ja muutosvalmius”. Tässä tutkimuksessa valitsin analysoitavaksi niiden kysymysten (Liite 1) sisällön, jotka kuvastivat tutkimaani ilmiötä eli hoitotyöntekijöiden ei-hoidollisten tehtävien määrä ja sisältö vuodeosastoilla ja heidän tunnistamansa kehittämiskohteet työnjaossa ja työn sisällössä. Tutkimukseni tiedonantajiksi valitsin hoitotyöntekijät eli sairaanhoitajat (apulaisosastonhoitaja, erikoissairaanhoitaja ja sairaanhoitaja) ja perushoitajat (lähihoitaja, perushoitaja ja hoitaja), jotka uudelleen koodasin näihin kahteen ryhmään kaikista alkuperäiseen kyselyyn vastanneista hoitotyöntekijöistä.

Eli koska tässä tutkimuksessa tutkimuskohteena oli Kaupunginsairaalan sairaaloiden vuodeosastoja hoitotyöntekijöiden eli sairaanhoitajien ja perushoitajien ei-hoidollisten tehtävien määrä ja sisältö, rajasin analysoitavista vastauksista pois muiden kuin hoitotyöntekijöiden vastaukset. Tutkimusaineisto muodostui hoitotyöntekijöiden ryhmästä (Taulukko 1.), jonka osuus oli 66 % koko aineistosta (N=198).

TAULUKKO 1. Analysoitavan aineiston koko ja % - osuus Tuottavuuden lisääminen Helsingin terveystieteiden keskuksessa aineistosta (N=198).

	n	%
Sairaanhoitajat	91	46
Perushoitajat	40	20
Yhteensä	131	66

Tässä tutkimuksessa käytin havaintomatriisiin SPSS – ohjelmassa vietyä aineistoa. SPSS – ohjelmaan syventymisen jälkeen, aloitin tutustumisen aineistoon ajamalla muuttujien suorat jakaumat tiedonantajien vastauksista (n=131). Tähän tutkimukseen valitsemistani Likertin asteikollisista vastauksista katsoin suorien jakaumien lisäksi histogrammeja, jotka osittain osoittautuivat epäsymmetrisiksi vastausten epätasaisen jakautumisen vuoksi.

Likertin asteikollisista kysymyspattereista toinen oli neljä luokkainen ja toinen viisi luokkainen. Vastausten epätasaisen jakautumisen vuoksi ja poistaakseni niin sanotut nolla luokat vastauksista, yhdistin eli uudelleen koodasin viisiluokkaisen kysymyspatterin vastausvaihtoehdot yhdistämällä vastausten vaihtoehdoista molemmista ääripäistä kaksi vastausvaihtoehtoa yhdeksi vastausvaihtoehdoksi. Näin sain kahdesta vastausvaihtoehdosta ”Ei koskaan” ja ”Muutaman kerran kuukaudessa” yhdistämällä vastausvaihtoehdon harvoin tai ei koskaan ja kahdesta vastausvaihtoehdosta ”Päivittäin” ja ”Useita kertoja päivässä” yhdistämällä vastausvaihtoehdon päivittäin tai useasti päivässä. Vastausvaihtoehdoista ”Muutaman kerran viikossa” säilytin alkuperäisessä muodossaan, jolloin sain viisiluokkaisesta kysymyspatterista kolmiluokkaisen. Neljälukkoisen Likertin asteikollisen kysymyspatterin säilytin alkuperäisessä muodossa.

Muuttujien uudelleen koodauksen ja vastausvaihtoehtojen ääripäiden yhdistämisen jälkeen, tein ristiintaulukoinnin valitsemieni Likertin asteikollisten vastausten muuttujien ja hoitotyöntekijät -muuttujan välillä. Vastaajien taustatietoja analysoidessani, käytin myös keskiarvojen vertailua. Fisherin tarkkaa testiä käyttämällä tarkastelin tilastollisia eroja sairaanhoitajien ja perushoitajien välillä eri tehtäviä suoritettaessa vuodeosastoilla eli selvitin oliko tehtävien tekemisessä selkeitä eroja näiden ammattiryhmien välillä.

Avoimia kysymyksiä oli kolme, joista kaksi oli analysoitavaksi valitsemieni kysymyspattereiden viimeisinä kysymyksinä ja yksi oli sähköisen kyselyn itsenäinen kysymys. Avoimet kysymyksen käsittelin sisällön analyysin ja abstrahoinnin (Liite 2) avulla. Avointen kysymysten analysoinnissa käytin hoitotyöntekijöiden (sairaanhoitajat ja perushoitajat) antamia vastauksia.

Aineiston analysointiyksikkönä käytin sanoja ja viimeisen avoimen kysymyksen kohdalla myös lauseita, koska pidemmät vastaukset mahdollistivat sen. Aluksi luin vastaukset läpi useampaan kertaan hahmottaakseni aineiston kokonaisuudessaan. Sen jälkeen aloitin sanojen ja lauseiden koodaamisen. Koodauksella huomioin sanat ja lauseet, jotka liittyivät asettamiini tutkimuskysymyksiin. Käytin sanojen ja lauseiden autenttista muotoa.

Sanojen ja lauseiden koodaamisen jälkeen, poistin samaa tarkoittavat sanat ja lauseet. Suoritin sanojen ja lauseiden koodaamisen uudelleen ryhmitellen sanat ja lauseet samankaltaisiin ja erikaltaisiin ryhmiin. Ryhmistä muodostui alakategorioita, jotka nimesin sisällön mukaan. Abstrahoin eli tiivistin aineistoa ja annoin sanoille yhteisen nimittäjän, joka kuvasi alakategoria sisällä olevia sanoja ja lauseita. Yhdistin alakategorioita ryhmien nimittäjien mukaan niitä kuvailevaksi yläluokiksi. Yläluokkien muodostamisen jälkeen pystyin tekemään aineistosta johtopäätöksiä saaden vastauksen tutkimuskysymykseeni.

5 TULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

Sairaanhoidon naisvaltaisuudesta kertoo se, että miehiä vastanneista sairaanhoitajista oli 11 % ja vastanneista perushoitajista miehiä oli vain vajaa 3 %. Hoitotyöntekijöiden keski-ikäksi muodostui 43 (vaihteluväli 19–63 vuotta). Koulutuksena sairaanhoitajilla oli pääsääntöisesti Ammattikorkeakoulu- tai opistoasteen tutkinto ja perushoitajista suurin osa oli saanut kouluasteen tai 2.asteen koulutuksen. Toimiminen nykyisissä tehtävissä hajaantui alle vuoden työsuhteista yli 20 vuoden (vaihteluväli 0-24 vuotta) työsuhteisiin, kuten myös työsuhteiden pituus (vaihteluväli 0-24 vuotta) Helsingin terveyskeskuksessa. Hoitotyöntekijöistä suurin osa toimi vakinaisessa tehtävässä.

TAULUKKO 2. Hoitotyöntekijöiden taustatiedot.

Muuttuja	Sairaanhoitajat (n=91) %	Perushoitajat (n=40) %	Yhteensä (n=131) %
Sukupuoli			
Nainen	89	98	92
Mies	11	3	8
Ikä			
Keski-ikä	41	44	43
Vaihteluväli	22–60	19–63	19–63
Ammatillinen koulutus			
AMK tai opistoasteen koulutus	93	7	66
Kouluasteen- tai 2.asteenkoulutus	11	89	27
Nykyisessä tehtävässä toimiminen			
Vaihteluväli	0-20	0-24	0-24
Työskentely Helsingin terveyskeskuksessa			
Vaihteluväli	0-19	0-24	0-24
Työsuhteen laatu			
Vakinainen	87	90	88
Määräaikainen	13	10	12

5.2 Ei-hoidollisten tehtävien sisältö ja määrä vuodeosastoilla

Hoitotyöntekijöiden päivittäiseen työnkuvaan kuuluu olennaisena osana useita ei-hoidollisia tehtäviä, joita he suorittavat välittömän hoitotyön rinnalla. Sairaanhoitajien ei-hoidolliset tehtävät ovat vastausten mukaan ruokailuun liittyviä, potilaiden huoneen ja välineistön kunnossapitoa koskevia ja potilaan kotiuttamiseen ja toimistotöihin lukeutuvia tehtäviä. Myös puhelimeen vastaaminen ja muut kuin sairaanhoitoon liittyvät tehtävät ja hoidot kuuluvat myös heidän toimenkuvansa. Perushoitajien vastauksista nousivat esiin heidän toimenkuvansa kuuluvana tehtävänä ruokailuun kuuluvat toimet, potilashuoneista ja välineistöä huolehtiminen, puhelimeen vastaaminen ja toimistotöiden tekeminen.

Hoitotyöntekijät vastasivat lähes yksimielisesti tukipalveluista ruuanjakeluun liittyvien tehtävien kuuluvan teidän tehtäviinsä päivittäin tai useita kertoja päivässä (Taulukko 3.). Vain muutamalle hoitotyöntekijälle (5 %) ei tehtäviin kuulunut ruokailuun liittyvät toimet. Välillisenä hoitotyönä pidettävään puhelimeen vastaamisen toteutti päivittäin tai useasti päivässä reilusti yli puolet hoitotyöntekijöistä. Vain 2 % hoitajista ei vastannut puhelimeen juuri ollenkaan. Myös päivittäiset tai useita kertoja päivässä tehtävät toimistotyöt nousivat hoitotyöntekijöiden vastauksista voimakkaana esiin. Päivittäin tai useita kertoja päivässä hoitajien tehtäviin kuului myös muita hoitoja kuin sairaanhoitoon liittyviä hoitoja. Perushoitajista (56 %) vastasi kuitenkin, että edellä mainittu tehtävä kuului heille vain harvoin tai ei koskaan.

Puolet hoitotyöntekijöistä oli sitä mieltä, että potilashuoneista ja potilaiden hoitoon liittyvistä välineistä huolehtiminen kuului myös päivittäin heille. Kun taas harvoin tai ei koskaan, potilaiden huoneita tai välineitä siivosi 32 % hoitotyöntekijöistä. Sairaanhoitajista noin puolet vastasi, että heille kuuluu päivittäin tai useita kertoja päivässä myös muita kuin sairaanhoitoon liittyviä tehtäviä hiljaisina aikoina. Perushoitajien vastauksien hajaantuessa heidän kokemuksiensa mukaa kaikille vastausvaihtoehdoille melko tasaisesti.

Välillisen hoitotyön tehtävistä potilaan kotiutukseen kuuluvat kotiuttamislähetteen ja – kuljetuksen järjestäminen, kuului noin puolelle vastanneista sairaanhoitajista (n=91)

päivittäin tai useita kertoja päivässä. Perushoitajista (n=40) taas reilusti alle puolet (31 %) oli kotiuttamiseen liittyvien asioiden kanssa tekemisissä.

TAULUKKO 3. Työhön kuuluvat tehtävät, joihin hoitotyöntekijät valitsivat vastausvaihtoehdon päivittäin tai useasti päivässä.

Työhön yleensä kuuluvat tehtävät	Sairaanhoitajat (n=91) %	Perushoitajat (n=40) %	Yhteensä (n=131) %	p- arvo Fisher
Ruokatarjotinten jakaminen ja keruu	93	90	92	.706
Puhelimeen vastaaminen	86	59		.001
Toimistotyöt	74	61	70	.167
Muu kuin sairaanhoitoon sisältyvä hoito	59	31		.356
Potilashuoneiden ja / tai välineiden puhdistaminen	56	44	52	.422
Muut kuin sairaanhoitoon liittyvät tehtävät hiljaisina aikoina	49	40	47	.720
Kotiuttamislähetteen ja – kuljetusten järjestäminen	46	31	41	.195

Hoitotyöntekijöistä reilusti yli puolet vastasi, etteivät rutiininomaiset verinäytteet ja potilaiden kuljetus sairaalan alueella kuuluneet heille juuri koskaan (Taulukko 4.). Muutaman kerran viikossa kuuluvana työtehtävä hoitotyöntekijöistä (41 %) vastasi tukipalvelutehtäviinsä kuuluvaksi tarvikkeiden ja välineiden hankinnan vuodeosastolla. Näistä sairaanhoitajien vastaukset hajaantuivat eri vastausvaihtoehtojen kesken niin, että 26 % oli asian kanssa tekemisissä päivittäin, 37 % ilmoitti sen viikoittaiseksi tehtäväkseen ja 38 % ei ollut tilausten kanssa juurikaan tekemisissä. Perushoitajista 51 % teki tarviketilauksia muutaman kerran viikossa.

TAULUKKO 4. Työhön kuuluvat tehtävät, joihin hoitotyöntekijät valitsivat vastausvaihtoehdon harvoin tai ei koskaan.

Työhön yleensä kuuluvat tehtävät	Sairaanhoitajat (n=91) %	Perushoitajat (n=40) %	Yhteensä (n=131) %	p- arvo Fisher
Rutiininomaiset verinäytteet tutkimuksia varten	82	92	85	.005
Potilaiden kuljetus sairaalan alueella	83	77	81	.723

Hoitotyöntekijöille kuuluvien tehtävien kohdalla sairaanhoitajien ja perushoitajien välillä ei tutkimustuloksen mukaan ollut tilastollista eroa muiden kuin rutiininomaisten verinäytteiden ottamisen ja puhelimeen vastaamisen osalta. Rutiininomaisten

verinäytteiden ottamisen kohdalla tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($p=0.005$) selittyy sillä, että tehtävä ei kuulunut perushoitajien tehtäviin, mutta muutaman sairaanhoitajan tehtäviin se kuului. Myös puhelimeen vastaamisen tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p=0.001$) selittyy sillä, että sairaanhoitajat vastasivat perushoitajia enemmän puhelimeen. Perushoitajien vastauksen perusteella he eivät pitäneet puhelimeen vastaamista tehtäviinsä kuuluvana asiana.

Avoimessa kysymyksessä hoitotyöntekijöiltä kysyttiin heidän tehtäviinsä yleensä kuuluvista sairaanhoitoon kuulumattomista hoidoista ja pyydettiin kertomaan mikä kyseinen hoito pitää sisällään. Hoitotyöntekijöiden eli sairaanhoitajien ja perushoitajien vastauksista nousi esiin tehtäviä jotka voidaan luokitella sekä hoidollisiin että ei-hoidollisiin tehtäviin, kuten esimerkiksi:

”esimiestehtävät”, ”hallinnolliset työt”, ”hoitokärryt, potilaskaapit ym.”, ”huoneiden järjesteleminen ja kaappien täyttäminen”, ”kirjaaminen”, ”kouluttaminen”, ”lähiesimiehen tehtävät”, mm. kynsien leikkaus, parranajo, kylvetys ym.”, ”omaisten voinnista huolehtiminen”, ”omaisten hoito”, ”omaisten tukeminen”, ”opiskelijan ohjaus”, ”pahvilootien litistys”, ”pesut, syöttäminen, siivous, hoitoapulaisten työt, järjestäminen”, ”potilastietojärjestelmän käytön ohjaaminen ja neuvonta”, ”siivoaminen”, ”tarvikkeiden tilaus, ruuanjako, roskapussien tyhjenty, eritteiden siivous”, ”varastotilaukset”, ”varastotilausten purkua” ja ”välinehuolto ja roskat”.

Vastauksista saatavien sanojen ryhmittelemisen ja abstrahoinnin jälkeen hoitotyöntekijöiden kokemina sairaanhoitoon kuulumattomien hoitojen alakategorioiksi muodostuivat: 1) henkilöstö- ja hallinnolliset tehtävät, 2) perushoidosta huolehtiminen, 3) omaisten huomioiminen, 4) ruokailuun liittyvät tehtävät, 5) yleisestä siisteydestä huolehtiminen, 6) tarvikelogistiikka ja 7) hoitotyön kirjaaminen ja potilastietojärjestelmän hallinta.

Luokittelemalla edellä luetellut alakategoriat yläluokkiin saadaan vastaus annettuun kysymykseen. Yläluokat ovat: 1) henkilöstöhallinto, 2) hoitotyö ja 3) tukipalvelut.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että hoitotyöntekijöiden muina hoitoina kuin sairaanhoitoon liittyvinä hoitoina nousi yllättäen esiin myös hoitotyön ydin eli potilaiden perushoito ja siihen kuuluvat toimet kuten parranajo ja kylvetys. Myös omaisten huomioiminen ja tukeminen ja hoitotyön kirjaaminen kuuluvat olennaisena osana potilaiden hoitotyöhön. Tämä huomio herättää pohdiskelemaan sitä, että nouseeko ajatus näiden hoidollisten tehtävien pitäminen sairaanhoitoon kuulumattomana hoitona esimerkiksi hoitohenkilöstön ammattikoulutuksien mukanaan tuomasta tai työyhteisössä muokkaantuneista tehtävänkuvista, niiden rajauksesta tai niiden selkeydettömyydestä.

Kuten edellä on kuvattu, kuuluu hoitotyöntekijöiden päivittäisiin tehtäviin sairaanhoidollisten tehtävien lisäksi useita ei-hoidollista ja tukipalveluihin luokiteltuja tehtäviä. Hoitotyöntekijöiden arvioinnin mukaan, tukipalvelujen riittävydestä vuodeosastoilla kysyttäessä, sairaanhoitajista vain 4 % oli sitä mieltä, että tukipalveluja oli vuodeosastoilla riittävästi ja perushoitajista tätä mieltä oli 13 % (Taulukko 5.). Vuodeosastojen tukipalveluja ei pitänyt riittävänä 11 % sairaanhoitajista ja 3 % perushoitajista.

TAULUKKO 5. Tukipalvelujen eli hoitotyötä välillisesti avustavien palvelujen riittävyys vuodeosastoilla.

Tukipalvelut (hoitotyötä välillisesti avustavat palvelut) ovat osastollamme riittävät	Sairaanhoitajat (n=90) %	Perushoitajat (n=40) %	Yhteensä (n=131) %
Täysin eri mieltä	11	3	9
Jonkin verran eri mieltä	30	40	33
Jonkin verran samaa mieltä	54	45	52
Täysin samaa mieltä	4	13	7

5.3 Aika ja hoidollisien tehtävien suorittaminen vuodeosastoilla

Hoitotyöntekijöiden vastausten perusteella suurin osa kysymyspatteristossa esitetyistä tehtävistä oli ehditty hoitaa edellisen työvuoron aikana (Taulukko 6.) tehtävien runsaudesta huolimatta joko kokonaan tai osittain. Lääkehoitoon, kivun hallintaan ja

hoidon dokumentointiin liittyvien tehtävien suorittamisissa esiintyi sairaanhoitajien ja perushoitajien välillä tilastollisia eroja. Muilla tehtäväalueilla ei tilastollista merkittävyyttä esiintynyt tehtävien suorittamisessa eli hoitotyöntekijät suoriutuvat vaadituista tehtävistä samalla tavalla.

Lääkkeen annon ajallaan hoiti 90 % sairaanhoitajista ja 69 % perushoitajista ($p=0.000$). Tämän tilastollisesti erittäin merkittävän eron selittänee se, että 21 % perushoitajista ilmoitti, ettei lääkehoito kuulunut heidän tehtäviinsä. Potilaiden kivun hallinnan ilmoitti ehtineensä tehdä 89 % sairaanhoitajista ja 74 % perushoitajista ($p=0.023$). Tehtävän suorittaminen ja sen tilastollisesti melkein merkittävä ero sairaanhoitajien ja perushoitajien välillä selittynee edelleen sillä, ettei kaikkien perushoitajien tehtäviin kuulunut lääkehoito, joka mielletään ensimmäisenä toimenpiteenä kivunhallinnassa. Asianmukaisesta dokumentoinnista ehti huolehtimaan edellisen työvuoron aikana 61 % hoitotyöntekijöistä. Dokumentoinnin osalta hoitajien välillä oli tilastollisesti merkittävä ero ($p=0.008$). Hoidon dokumentoinnin osalta perushoitajat (80 %) kerkesivät suoriutua sairaanhoitajia (53 %) paremmin. 87 % hoitotyöntekijöistä ilmoitti ehtineensä suoriutua edellisen työvuoronsa aikana erilaisista hoidoista ja toimenpiteistä.

Potilaan perushoittoon kuuluvasta suuhygienian hoidosta sekä sairaanhoitajat että perushoitajat kerkesivät suoriutumaan yhtä huonosti. Sairaanhoitajista vain 36 % ja perushoitajista 44 % ($p=0.227$) vastasi ehtineensä suoriutua suuhygienian hoidosta kokonaan, eikä heidän välillään esiintynyt merkittävää tilastollista eroa. Hoitotyöntekijät suoriutuvat myös huonosti hoitosuunnitelmien ja hoitoketjujen laatimisesta tai päivittämisestä (27 %, $p=0.315$) ja hoitojen suunnittelusta (40 %, $p=0.172$).

Hoitotyöntekijöistä yli puolet ilmoitti, että oli ehtinyt huolehtimaan potilaiden ihonhoidosta (58 %) ja potilaiden asentohoidoista (57 %) edellisen työvuoronsa aikana. Myös potilaiden rauhoittelun oli ehtinyt hoitamaan yli puolet (54 %) vastanneista hoitotyöntekijöistä. Potilaiden ja omaisten ohjauksesta ehti huolehtimaan vain vajaa puolet hoitotyöntekijöistä (45 %). Potilaiden riittävästä seurannasta ehti huolehtimaan 60 % sairaanhoitajista ja 73 % perushoitajista ($p=0.498$). Puolet hoitotyöntekijöistä vastasi ehtineensä hoitamaan potilaan kotiuttamiseen kuuluvat tehtävät kokonaan edellisen työvuoronsa aikana.

TAULUKKO 6. Hoitotyöntekijöiden tehtävät ja niistä suoriutuminen edellisen työvuoron aikana.

Tehtävä	Sairaanhoitajat (N=91) %	Perushoitaja (N=40) %	Yhteensä (N=131) %	p -arvo Fisher
Riittävä potilaiden seuranta				.498
En ehtinyt tehdä	3	3	3	
Ehdin tehdä osittain	36	24	32	
Ehdin tehdä	60	73	64	
Ihohoito				.584
En ehtinyt tehdä	3	0	2	
Ehdin tehdä osittain	41	33	39	
Ehdin tehdä	54	67	58	
Suuhygienia				.227
En ehtinyt tehdä	17	5	13	
Ehdin tehdä osittain	46	47	46	
Ehdin tehdä	36	44	38	
Kivun hallinta				.023
En ehtinyt tehdä	0	3	1	
Ehdin tehdä osittain	11	18	13	
Ehdin tehdä	89	74	84	
Potilaiden rauhoittelu/ keskustelu potilaiden kanssa				.429
En ehtinyt tehdä	3	3	3	
Ehdin tehdä osittain	58	47	54	
Ehdin tehdä	39	51	43	
Potilaiden ja omaisten ohjaus				.386
En ehtinyt tehdä	5	2	4	
Ehdin tehdä osittain	53	41	49	
Ehdin tehdä	40	56	45	
Hoidot ja toimenpiteet				1.0
En ehtinyt tehdä	1	0	1	
Ehdin tehdä osittain	12	10	12	
Ehdin tehdä	86	90	87	
Lääkkeiden anto ajallaan				.000
En ehtinyt tehdä	0	0	0	
Ehdin tehdä osittain	10	10	10	
Ehdin tehdä	90	69	84	
Ei koske työtäni	0	21	6	
Potilaiden ja omaisten valmistelu kotiuttamiseen				.452
En ehtinyt tehdä	7	0	5	
Ehdin tehdä osittain	38	46	40	
Ehdin tehdä	51	49	50	
Hoidon asianmukainen dokumentointi				.008
En ehtinyt tehdä	2	3	2	
Ehdin tehdä osittain	44	18	36	
Ehdin tehdä	53	80	61	
Hoidosuunnitelmien/ hoitoketjujen laatiminen				.315
En ehtinyt tehdä	24	21	23	
Ehdin tehdä osittain	50	42	48	
Ehdin tehdä	22	37	27	
Hoidon suunnittelu				.172
En ehtinyt tehdä	14	11	13	
Ehdin tehdä osittain	51	37	47	
Ehdin tehdä	34	53	40	
Potilaan asennon korjaaminen tarpeeksi usein				.466
En ehtinyt tehdä	3	3	3	
Ehdin tehdä osittain	43	31	40	
Ehdin tehdä	52	67	57	

Kysymyspatteriston viimeisessä eli avoimessa kysymyksessä hoitotyöntekijöiltä kysyttiin muista tehtävistä, kuin kysymyspatterissa luetelleista tehtävistä, jotka jäivät edellisen työvuoron aikana tekemättä ajan puutteen vuoksi. Vastaukset olivat:

”kaappien täyttäminen joka huoneesta”, ”kahvitarjoilu”, ”kirjaamiseen toivoisi työrauhaa”, ”oma ruokailu”, ”omasta ruokailusta huolehtiminen” ja opiskelijaohjaus ja opetus”.

Sanojen rytmittelyyn, tiivistämisen ja luokittelun jälkeen hoitohenkilöstössä muutama koki, ettei ehtinyt ajan puutteen vuoksi huolehtimaan omista tauoistaan työpäivän aikana. Ajan puutteen vuoksi jouduttiin luopumaan opiskelijoiden ohjaukseen kuuluvista tehtävistä ja tukipalveluihin kuuluvista tehtävistä.

5.4 Hoitotyöntekijöiden tunnistamia kehittämiskohteita

Hoitotyöntekijöistä pääasiallisesti sairaanhoitajat vastasivat avoimeen kysymykseen. Vastausten perusteella hoitotyöntekijät tunnistivat kolme kehittämisaluetta (Taulukko 7.), joista he löysivät kehittämistä ja muutosta kaipaavia asioita. Kehittämisaluet koskivat työnjakoa, työnsisältöä ja osaamisen hyödyntämistä. Kehittämisalueet pitivät sisällään tukipalveluihin liittyvien tehtävien uudelleen järjestämistä, hoitotyötoimintoihin ja työskentelymalleihin liittyvien asioiden tarkastamista ja ammattitaidon parempaa hyödyntämistä.

Tukipalvelujen uudelleen järjestämishalukkuuden taustalla oli ajatus koulutuksen vajaakäytöstä, riittämättömästä työajasta ja kiireen tunteesta, joka koettiin resurssien vähyytenä ja laadun heikentymisenä. Hoitotyöhön koettiin kärsivän liiallisista tehtävistä ja työnkuvien laajuudesta ja ammattitaitoa haluttiin sekä lisätä että hyödyntää.

Työnjako.

Sairaanhoitajat kokivat tehtäviinsä kuuluvan paljon sellaista, mikä ei vastannut heidän ammatillista koulutustaan ja mitä tehtävien suorittamisessa ei myöskään tarvittu. Samoin he kokivat, että tukipalveluihin luettavien tehtävien suorittaminen työvuoron aikana vei liikaa aikaa välittömästä hoitotyöstä ja potilaan hoidosta.

Sairaanhoitajat toivoivat kehittämisellä voitavan hioa työnjakoa ja muuttaa tehtäviä niin, että he pystyisivät käyttämään työajastaan suuremman osuuden potilaiden välittömään hoitotyöhön, kuten seuraavista sairaanhoitajien vastauksista ilmenee:

”Hoitajan työhön liittyy paljon sellaista, mitä voisi tehdä joku muu henkilö. esim. tavaroiden ja välineiden tilaaminen ja saapuneiden tavaroiden purkaminen ja paikoilleen asettaminen.”

”Työnjakoa voisi joskus hieman hioa, tilanteesta riippuen näin kyllä tapahtuukin. Esim. ruokahuoltoon menee sairaanhoitajan työaikaa usein liian paljon.”

”Sairaanhoitajien tehtävänä ei koulutusta vaativia tehtäviä esim. osa siivousta, ruuanjakoa yms.”

”...ja saada ”vapautusta” itse perushoidosta esim sänkyjen petaus.”

”Ruuanjakoon ei pitäisi mielestäni sairaanhoitajien osallistua, sen ajan voisi käyttää potilaiden asennon korjaamiseen tai hoidon suunnitteluun.”

”Se aika, kun minä tyhjentelen roskapusseja ja raahaan pyykkisäkkejä, on pois potilaideni hoidosta, vai odotetaanko, että en käy ollenkaan kahvitauolla ja ruokailemassa? Joskus tuntuu kiireisinä päivinä, että voimavaroja kohtuuttomasti vie kaikki muu, mikä ei minusta kuulu hoitajan toimenkuvaan.”

Työnjakoa kehittämällä sairaanhoitajat toivoivat saavansa lisää aikaa välittömään hoitotyöhön ja kuntouttavan työotteen mukaiseen hoitoon, mikä ilmenee seuraavista sairaanhoitajien vastauksista:

”Tällaisten toimintojen suorittaminen vie aikaa välittömästi potilashoidosta ja hoidon suunnittelusta.”

”Liian paljon aikaa menee tilausten tekoon, yleiseen siisteyteen ja puhelimeen vastaamiseen.”

”Sairaanhoitajille tulisi suoda enemmän aikaa varsinaisiin sairaanhoidollisiin tehtäviin...”

”Nykymiehityksellä herkemmin tehdään asioita potilaan puolesta ajan riittämättömyyden puitteissa, jolloin kuntouttaminen saattaa pitkittyä.”

Hoitotyöntekijät kokivat ajanpuutteen ja tehtävien runsauden aiheuttavan kiirettä, joka aiheutti riittämättömyyden tunnetta. Tehtävät pyrittiin suorittamaan mahdollisimman hyvin, mutta todettiin esimerkiksi kuntouttavan työotteen ainakin kärsivän kiireestä. Kiireestä huolimatta eräs perushoitajista totesi kokevansa tyytyväisyyttä omassa työssään.

Näin sairaanhoitajat ja perushoitajat kokivat kiireen ja sen aiheuttaman kehittämistarpeen:

”Aamuvuorossa on kiireistä, ruokatauon ehtii just pitää.”

”Hoitajat eivät kerkeä ja pysty hoitamaan työtänsä tarpeeksi hyvin ja riittämättömyyden tunne on ainiainen.”

”Tehdään välttämättömät työt niin hyvin, kun on mahdollista.”

”Vaikka työmme on muuttunut kiireiseksi ja usein hyvin raskaita potilaita hoidamme, olen ollut tyytyväinen työhöni.”

”Helposti kiireeseen vedoten tehdään potilaan puolesta asioita, joita potilas itsekin voisi tehdä.”

Työnjaon kehittämisen ja työmenetelmien muuttamisen taustalla oli ajanpuutteen ja kiireen aiheuttamana myös työssä koettu kuormittavuus, jota toivottiin hoitotyötä kehittämällä tasattavan.

Sairaanhoitajat kuvasivat työn kuormittavuutta seuraavalla tavalla:

”...joten kuormitus kasvaa.”

”Työnjaossa pitäisi huomioida tasapuolisuus potilashoidossa. Se ei kuitenkaan aina toteudu, koska raskashoitaisia potilaita, tilanteet muuttuvat saman työvuoronkin aikana. Toista hoitajaa ei saa auttamaan potilaiden nostoissa, pitää yksin työskennellä.”

”Työmenetelmiä voisi muuttaa, työvuorot jaettava tasapuolisesti, ettei liikaa kuormitusta synny toisille.”

”Sairaanhoitaja kuormittuu liikaa ja se näkyy virheinä esim. lääkehuollossa.”

”Työn kuormittavuuden tasaaminen.”

Hoitotyöntekijät kokivat myös henkilöstöressurssien olevan alimitoitettuja runsaiden tehtäviensä keskellä. Resurssien toivottiin kehittyvän myönteiseen suuntaan huomioiden hoitotyössä ja palvelujen tarpeessa tapahtuneet ja tapahtuvat muutokset, kuten seuraavista sairaanhoitajien ja perushoitajien vastauksesta selviää:

”Tiimityöskentely tökkii välillä pahasti kun on paljon sijaisia myös hoitajissa.”

”Mielestäni muutosta kaivataan nimenomaan palkkaukseen työn vaativuuden ja raskauden vuoksi motivoimaan ja saamaan lisää ammattilaisia työkentälle sekä ehdottomasti lisää resursseja hoitohenkilökunnan määrään.”

”Sairaanhoitajista on aina pulaa...”

”Potilaskannan muuttuneet taudit sekä organisaatiomuutokset eivät ole otettu huomioon henkilökuntamitoituksissa.”

”Henkilöstöä pitäisi lisätä, potilaat raskas hoitoisia ja moni ongelmaisia.”

”Henkilökuntamitoitusta pitäisi tarkastaa.”

Sairaanhoitajat kokivat kiireen ja ajanpuutteen alentavan hoitotyön laatua. Osa jo tehdyistä muutoksista työtavoissa koettiin vaikuttavan hoidon laadun heikentymisen lisäksi myös potilasturvallisuuteen. Joidenkin aikaan saatujen muutosten vaikutuksia ei pystytty vielä arvioimaan.

Sairaanhoitajien vastauksien perusteella hoitotyönkäytänteitä haluttiin kehittää ja uudista edelleen:

”Muutokset toimintatavoissa eivät ole vielä arvioitavissa.”

”15 potilasta on liian paljon omaksua ja hallita, ja potilaan kokonaisvaltainen hoito kärsii. Ei tunne potilaita syvällisesti niin kuin ennen vaan pintapuolisemmin. Näitä en koe myönteisenä kehityksenä enkä työtä helpottavana vaan askeleena taakse päin, koen hoidon laadun tällä tyylillä huonontuvan”

”...ja itse asia eli potilas ja kokonaisvaltainen hoito jää vähemmälle, ja tästä tulee väsynyt ja syyllinen olo.”

”Käytäntöjä on joskus PAKKO muuttaa, että työ saataisiin luistamaan, rutiinien muuttaminen lisää motivaatiota, tarkkuutta, herättelee ajattelemaan potilasturvallisuutta.”

”Potilasturvallisuus vaarantuu liian vähällä miehityksellä!!!.”

”Yksi hoitajista vastaa kaikkien 15 potilaan lääkehoidosta, ja sitä en koe potilasturvallisena.”

Työnsisältö.

Sairaanhoitajien tehtäväkuva on laaja ja se koostuu useita ei-hoidollisista ja hoidollisista tehtävistä. Osalla sairaanhoitajista on tehtäväkuvansa lisäksi niin sanottuja erityistehtäviä, joiden suorittaminen vie myös aikaa jo kiireen rytmittävästä työpäivistä.

Erilaisten tehtävien suorittaminen jo ennestään kiireisessä aikataulussa ja erityistehtäviin sijoittuminen samaan aikatauluun koettiin yhdeksi kehittämisen kohteeksi, kuten sairaanhoitajien vastaukset kuvastavat:

”Erityistehtäviin ei ole mielestäni annettu riittävästi aikaa. Erityistehtävät esim. pegasos-pääkäyttäjätehtävät joutuu usein hoitamaan oman työn ohessa.”

”Apulaisosastonhoitajana on haastavassa tilanteessa kun joutuu toimimaan normaalin potilastyön ohessa välillä myös esimiehenä os. hoitajan sijaisena. Apul. osastonhoitajana pitäisi ehtiä huolehtia osaston hoitotyön kehittämisestä, opiskelijaohjausasiat, olla aina se kannustava ja tukea antava lähiesimies. Toimenkuva on aika haastava!”

”Kuntoutus jää sairaanhoitajien työksi.”

”Yleensäkin tuntuu että sairaanhoitajien työnkuva laajenee jatkuvasti...”

Hoitotyöntekijöille on kertynyt liikaa työnkuvaan kuuluvia tehtäviä ja tämä koettiin jo osittain ahdistavanakin, kuten sairaanhoitaja ja perushoitaja asian toteavat:

”Siinä sivussa vaaditaan vielä uudet kirjaamiset, lisä kuntoutukset, braden mittaukset, näytteiden otteet yms käytännöt ja vaatimukset.”

”Pitäisi olla enemmän aikaa potilaan kuntouttamiseen; ylösnostamiseen vuoteesta, kävelyharjoituksiin, omatoimisuuteen kannustamiseen. Ajoittainen henkilökunnan vähyys, lääkehoito, omaisten kanssa keskustelut, kirjalliset työt (raportin kirjoittaminen, hoitosuunnitelmien laatiminen ym) vievät toisinaan liikaa aikaa potilaan kuntouttamiselta.”

Osastoilla hoitotyön ja potilashoidon toimintaperiaatetta eli kuntouttavaa työtettä tulee sekä sairaanhoitajien ja perushoitajien mukaan vielä kehittää. Kuntouttavan työtteen kehittämisen toivottiin huomioivan sekä potilaan kokonaisvaltaisen kuntoutuksen että ammattihenkilöstön tuoman osaamisen ja avun potilaiden hoidossa.

Kuntouttavan työtteen todettiin olevan tärkeä osa potilaan hoitotyötä, mutta vievän myös paljon aikaa, kuten hoitotyöntekijöiden vastauksissa ilmenee:

”Fysioterapeutti aamutoimiin mukaan jotta aamusta asti saisi asianmukaista konsultaatiota uusille potilaille.”

”Kuntoutus tarkoittaa täällä vain liikuntakyvyn kuntoutusta/ylläpitoa. Tarvittaisiin myös mielenkuntoutusta -> virkistystoimintaa.”

”Potilaan kuntoutus on tärkeä osa hoitotyötä...”

”Potilaan henkinen ja fyysinen hoito ja kuntouttava työote, joka vie aikaa!”

”Kaipaam lisää käsipareja esim. iltavuorossa kuntouttavan työtteen ylläpito on hankalaa, kun väkeä on vähemmän töissä. Kuntoutus painottuu aamuvuoroihin käytännön syistä”

Hoitotyöntekijät toivoivat myös eri työskentelymallien edelleen kehittämistä ja niiden toimivuuden tehostamista. Seuraavassa hoitotyöntekijöiden vastauksia ja ajatuksia koskien osastoilla olevia työskentelymalleja:

”Työparimalli olisi toimivampi.”

”Meillä on siirrytty tiimityöskentelymalliin, jossa kolmella hoitajalla on 15 potilasta.”

”Tiimityötä kehitetään edelleen, hyvä asia. ...tavoitteena olisi, että kaikki työskentelisivät em. työnjakomallin mukaisesti.”

”Omahoitajuus paremmin käyttöön.”

Sekä sairaanhoitajat ja perushoitajat kokivat tarvetta kehittää ja kehittyä hoitotyön dokumentoinnissa ja hoitosuunnitelmien laadinnassa. Se ei ollut vielä vakiintunut joustavaksi ja sujuvaksi käytännöksi ja rutiiniksi ja näin ollen vaati vielä paljon aikaa ja vaivaa toteutuakseen halutulla tavalla.

Näin hoitotyöntekijät kokivat vastauksissaan hoitotyön dokumentoinnin:

”Nykyinen rakenteinen kirjaaminen vie enemmän aikaa; pois potilailta.”

”Uusi hoitosuunnitelman kirjaaminen vie paljon aikaa ja vaatii harjoittelua, eikä ole helppokäyttöinen.”

”Kirjaaminen vie liikaa aikaa, on monimutkaista ja vaikeaselkoista...Suusanallisesti voidaan usein välittää totuudenmukaisempi kuva tapahtumista ja todellisuudesta, kuin mitä ”kehdataan” kirjata.”

”Sähköisen potilaskertomuksen käyttö ei ole kaikille selvää, että sinne kirjattaisiin riittävästi ja sieltä löydettäisiin olennainen tieto.”

Hoitotyön dokumentoinnin hankaluus ja tehtävien runsauden aiheuttama kiire vaikuttivat myös selkeästi hoitotyön suunnitelmalliseen toteutukseen eli hoitotyöntekijät eivät välttämättä noudattaneet potilaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa. Sairaanhoitajat muun muassa tiedostivat, ettei heillä ollut riittävästi aikaa paneutua hoitotyön suunnitelmiin, mikä vaati asioiden uudelleen järjestämistä ja kehittämistä.

Tämä selviää sairaanhoitajien antamista vastauksista:

”Haluaisi olla enemmän potilaan kanssa ja suunnitella hoitoa, tarkastaa kuntoutussuunnitelmat, lääkehoidot jne.”

”Osa henkilökunnasta ei riittävästi osaa ottaa tietoa hiljaisesta raportista. Tietämys potilaasta ei ole ajantasaista ja potilaan kanssa toimitaan samoin, kuin ennekin...Potilaiden hoitosuunnitelmia luetaan ja uusia tehdään, mutta potilaan hoito ei silti riittävästi perustu niihin.”

”Ja läheskään aina ei ehdi lukemaan kaikkea sitä mitä pitäisi.”

”Lyhyt suullinen raportti vuoron vaihteessa.”

Osaamisen hyödyntäminen.

Ammatillisen koulutuksensa lisäksi ja ammattitaitonsa ylläpitämiseksi sekä sairaanhoitajat että perushoitajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta. Koulutuksen avulla koettiin työnhallinnan ja osaamisen parantuvan ja hoitotyöntekijöiden oman vastuun hoitotyössä lisääntyvän.

Lisäkoulutus siis koettiin hoitotyöntekijöiden mielestä tarpeelliseksi ja se pitäisi mahdollistaa kaikille tasapuolisesti:

”Koulutusta kaikille, ei samoja henkilöitä aina koulutukseen.”

”Henkilökuntaa koulutettaisiin enemmän, tulos vastuuta jokaiselle omaan tekemiseen.”

”Osastolla hoidetaan yhä enemmän hallinnollia asioita, mutta koulutusta on harvoin.”

Hoitotyön ja hoitotyön menetelmien kokonaisvaltainen kehittäminen koettiin tarpeelliseksi ja kehittämisen mukanaan tuomia uudistuksia odotettiin. Kehittämishankkeisiin toivottiin saatavan lisää aikaa ja myös mahdollisuutta olla vaikuttamassa tehtäviin päätöksiin.

Seuraavassa sairaanhoitajien ajatuksia kehittämisestä ja kehittämishankkeista:

”Osastollamme on aloitettu potilaiden toimintakykyä ylläpitävä toimintatapa – projekti. Eilen aiheesta oli ensimmäinen osastotunti.”

”Fysioterapeutit eivät ehdi kuntouttaa potilaita eivätkä he työskentele viikonloppuisin.”

”Hoitotyön kehittämistä, uudistamista tarvitaan.”

”Annettuihin kehittämisasioihin/hoitohenkilökunnan opettamiseen ei koskaan anneta ylimääräistä aikaa vaan se on toteutettava omien töiden lisänä.”

”Toivoisi, että päätöksentekoon otettaisiin myös hoitohenkilökunta mukaan ja huomioitaisiin heidänkin mielipiteet.”

”Toimintakykyä edistävä hoitotyö-hanke on käynnistetty ja osaston vastuuhenkilöt valittu.”

Muutaman hoitotyöntekijä koki kuitenkin kehittämistä ja hankkeita olevan liikaa samaan aikaan ja niiden vaativat liikaa voimavaroja. Myös hankkeiden potilaslähtöisyys herätti ajatuksia hoitotyöntekijöissä.

Seuraavaksi muutaman sairaanhoitajan ajatuksia kehittämisestä ja kehittämishankkeista:

”Vaaditaan koko ajan liikaa...liikaa muutoksia samaan aikaan. Joka paikkaan pitää revetä ja tehdä ja jatkuvasti tulee uutta toimintaa tai uusia tapoja, mutta missään ei näy kiitosta!”

”Muutoksiin pitäisi valmistaa paremmin ja miettiä mitkä muutokset ovat todella järkeviä ja palvelevat potilaita.”

”Kehittämishankkeita on paljon, joita pitää vetää oman työn ohessa.”

Kehittämisen kohteeksi hoitotyöntekijät nostivat myös potilaiden sijoittumisen tarkoituksenmukaiseen hoitolaitokseen tai hoivakotiin akuuttiosastojen sijaan. Nyt osastoilla oli paljon potilaita, jotka eivät kaivanneet juuri akuuttiosastojen ylläpitämiä palveluita, mutta joutuvat odottamaan tarvitsemiaan hoivapaikkoja.

Näin muutama sairaanhoitaja kirjoitti:

”Potilaat, jotka eivät tarvitse meidän osaston tyyppistä hoitoa jonnekin muualla (psykkiset ongelmatapaukset ja pitkäpaikkaa jonottavat.)”

”Liikaa potilaita väärässä paikassa, hoitajaksot aivan liian pitkiä, paljon odottelijoita.”

”Osastollamme hoidetaan liikaa potilaita jotka eivät kuulu meille.”

”Kuntouttavaan työotteeseen liittyen sosiaaliviraston vetämättömyys (osastollamme on useita jonottajia jotka turhaan vievät akuuttisairaalapaikan, sillä pärjäisivät hyvin vähemmän akuutissa hoitopaikassa), sekä mielestäni tarvitaan lisää aktiviteetteja potilaille – ft:ja ja sosiaalihoitajia lisää?”

”Osastojen välistä yhteistyötä tulisi parantaa.”

Hoitotyöntekijöiltä vaaditaan ammatillisen koulutuksen lisäksi työn monipuolista hallintaa eli osaamista. Osaamista on pystyttävä hyödyntämään ja osaamisen

hyödyntämiselle on myös annettava mahdollisuus työyhteisössä. Osaaminen ja osaamisen hyödyntäminen nousevat kehittämisen alueeksi mietittäessä työnjakoa ja tehtävien uudelleen järjestelyä. Osaamisvajeet on myös huomioitava ja pyrittävä osaamisen kehittämiseen puuttuvilta osin.

Näin muutama sairaanhoitaja vastasi osaamisen näkökulmasta:

”...shkin joutuu koulutustaan vastaan tekemään vastuullista työtä ja miettii ja varmistaa että varmaan menee oikein.”

”Hyvien työntekijöiden ansiosta osasto on toiminut kohtuullisen hyvin toistaiseksi.”

”Ammattitaitoista ja sitoutunutta henkilökuntaa tarvittaisiin enemmän päivittäiseen hoitotyöhön osastolla jotta olisi mahdollisuus antaa kuntoutujille enemmän aikaa päivittäisiin toimintoihin heidän itsensä tekemisen kautta.”

”Vaaditaan liikaa ainakin apulaisosastonhoitajilta hoitotyön-, hallinnon- ja kehittämistyön osaamista ja hallitsemista.”

”Lisäksi hoitotyönkäytännöistä olisi hyvä keskustella sillä osaamisvajetta esiintyy joidenkin asioiden suhteen.”

Hoitotyöntekijöiden vastausten mukaan henkilöstön työhön sitoutuminen kaipaa kehittämistä. He kokivat, että sijaiset ja uudet työntekijät eivät sitoudu samalla tavalla tehtävien hoitamiseen kuin vanhemmat työntekijät. Tämän koetaan vaikuttavan negatiivisesti sekä potilashoittoon ja työyhteisöön.

Sairaanhoitajien ja perushoitajien vastauksia sitoutumisesta:

”Lyhytaikaiset sijaiset eivät sitoudu samalla lailla kuntouttavaan työotteeseen kuin vakituiset...”

”Kun johto muistuttaa meitä mitä varten tänne tullaan, siis hoitamaan potilaita, on kun osa henkilökunnasta ei sitä ottaisi kuuleviin korviinsa.”

”...uudet tulokkaat eivät ole sitoutuneet työhönsä vanhojen työntekijöiden kaltaisella antaumuksella ja vastuulla.”

”Enempi täytyisi olla yhteistyöhalukkuutta työtehtävissä/työntekijöillä päivittäin/öisin.”

Sekä sairaanhoitajat että perushoitajat ajattelivat hoitotyöntekijöiden motivaation olevan hukassa. Motivaation heikkouteen vaikuttavat muun muassa työn vaativuus, kiire ja ajanpuute, mutta myös ajatus työnkuvan supistamisesta ja kokemus määräyksinä tulevista uusista työmenetelmistä.

Ohessa hoitotyöntekijöiden ajatuksia motivaatiosta:

”Tällainen ei motivoi pidemmän päälle tekemään töitä.”

”Nykyisin työpaikkademokratiaa ei työyhteisössä (koko sairaalassa) tunnu olevan. Tuntuu, kun hoitohenkilökunta olisi vain pelinappuloita tai räsynukkeja, joita heitellään ja viskellään sinne tänne. Määräyksiä toisen perään. Työmotivaatio tuntuu olevan hukassa lähes jokaisella.”

”Olen saanut hoitaa potilaita itsenäisesti ja kokonaisvaltaisesti...Nyt kun työnkuvaani supistetaan niin etten voi hoitaa kokonaisvaltaisesti pelkään että motivaationi katoaa...koen että ammattitaitoni kyseenalaistetaan!”

”Minusta teen hyvää ja arvokasta työtä, jota itse kunnioitan suuresti. Myös colleegoita jokaista, kunnioitan.”

Kaiken keskellä kaivattiin lähiesimiehen tukea ja läsnäoloa. Toivottiin lähiesimiehen olevan tavoitettavissa, jolloin turvallisuuden tunne osastoilla säilyisi.

Ohessa kahden sairaanhoitajan ajatuksia lähiesimiehestä:

”Osastonhoitaja enemmän läsnä (paljon kokouksia, projekteja yms.).”

”Lähin esimies voisi olla paljon lähempänä työntekijöitä ja erityisesti kenttätöissä. Hän on monissa projekteissa mukana eri tahoilla, jolloin työntekijät ikään kuin ajelehtivat.”

TAULUKKO 7. Hoitotyöntekijöiden tunnistamia kehittämiskohteita .

Tunnistettuja kehittämiskohteita	→	Kehittämisaalueet
Ei-hoidolliset tehtävät – riittämätön aika – kiire – kuormittavuus – riittävät resurssit – laatu – turvallisuus	Tukipalvelut	Työnjako
Tehtäväkuvan laajuus – liikaa tehtäviä – kuntouttava työote – työskentelymallit – dokumentointi ja hoitosuunnitelmien laatiminen – hoidon suunnitelmallinen toteutus	Hoitotyö	Työnsisältö
Ammatillinen koulutus – lisäkoulutus – kehittäminen – osaaminen – sitoutuminen – motivaatio	Ammattitaito	Osaamisen hyödyntäminen

6 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT

6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset

Tuottavuuden lisääminen Helsingin terveystieteiden keskuksessa – hanke 2008–2010 varten kerättyä aineiston käyttämiseen haettiin lupaa voimassa olevien käytänteiden mukaan ja aineistoa on käsitelty ja säilytetty luottamuksellisesti tutkijan tietokoneella salasanalla varustetun tiedoston sisällä. Aineistoa on käytetty vain tässä tutkimuksessa tutkimuskohteena olevan ilmiön tutkimiseen (Hallamaa, Lötjönen, Sorvali ja Launis 2006, 17), eikä aineistosta ole annettu tietoja asiaan kuulumattomille henkilöille.

Tutkimuseettiset kysymykset pitävät sisällään sekä aineiston hankintaan ja tutkittavien suojaamiseen liittyvät asiat. Valmiin aineiston käyttämisessä, aineiston hankintaan liittyvät eettiset kysymykset koskevat lupakäytäntöjä ja aineiston asianmukaista säilyttämistä. Tutkittavat jäävät tuntemattomiksi ja kasvottomiksi tiedonantajiksi, jotka kuitenkin inhimillistyvät tutkimusaineiston perusteella. Henkilöimättömyys ei poista eettisten käytänteiden merkitystä tutkittavien suojaamisessa tiedonantajina. Tutkimuseetiikka ja tutkimuksen aikana esiin nousevat eettiset kysymykset korostuvat inhimillisiä ilmiötä ja henkilöstön kokemuksia tutkittaessa. Tutkimuksen alussa tehdään valinta muun muassa siitä, mitä halutaan tutkia asettamalla tutkimuskysymykset. Valmiin aineiston käyttäminen vaikeutti tutkimuskysymysten hahmottamista, koska en tuntenut tutkimuskohdetta. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26, 28.) Tutkimuksen aiheen hallitsemiseksi ja tutkimusongelman ja ilmiön terävöittämiseksi, pyrin rajaamaan tutkimuksen aihepiiri selkeäksi kokonaisuudeksi. Tällä pyrin aiheen ja ilmiön kiinnostavana pysymiseen ja tutkimuksen mahdollisimman ehyeen kokonaisuuteen. (Metsämuuronen 2009, 37.)

Tutkijan etiikan kulmakivinä olivat tässä tutkimuksessa normit, arvot ja hyveet ja tutkija noudatti eettisiä periaatteita ja hyvää tieteellistä käytäntöä tutkimuksen alusta loppuun. Vilkan (2007, 89) mukaan nämä ohjaavat tutkijaa tutkimuksen suunnittelussa, aineiston hankinnassa, aineistoa analysoidessa ja tuloksia esitettäessä. Tutkijan noudattamia

eettisiä vaatimuksia olivat muun muassa Pietarisen vuonna 2002 tutkijoille tekemät vaatimukset. Joiden mukaan tutkija on kiinnostunut uudesta tiedosta, sen hankkimisesta ja tiedon luotettavuudesta. Tutkimuksessa ei syyllistyä vilppiin tai vahingontekoon, vaan tutkimus tehdään moraalisia arvoja noudattaen ja vastuullisesti. Tutkija pyrkii tutkimuksen edistämiseen ja tutkimus- ja ammatilliseen kollegiaalisuuteen. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.)

Hyvä tieteellinen käytäntö sisältää muun muassa eettisesti kestävästä tutkimustavan ja menetelmät, rehellisyyden ja avoimuuden ja muiden kunnioittamisen sekä sidonnaisuuksien ilmoituksen. Se kattaa myös tutkimuksen suunnitteluun, toteutukseen ja raportointiin liittyvät kysymykset. (Hirvonen 2006, 31; Kuula 2006, 34–35.) Tutkijana olen pyrkinyt toteuttamaan hyvään tieteelliseen käytäntöön perustuvaa tutkimusta ja toimimaan sen vaatimalla tavalla myös tutkijana.

Tutkimuksessa noudatetaan anonymiteetin vaatimuksia aineiston osalta ja tämä on pyritty huomiomaan myös tuloksia esitettäessä. Tutkimusaineistoa ei ole luovutettu ulkopuolisille henkilöille ja se säilytettiin varmistaen, ettei se joudu ulkopuolisten nähtäväksi salasanalla suojattuna tiedostona henkilökohtaisella tietokoneella. Aineiston analysointi vaiheessa pyrin siihen, etteivät tiedonantajat identifioitu eli ettei heitä voi tunnistaa tutkimuksesta. Sisällön analyysissä autenttisia lainauksia esitettäessä, on myös aina huomioitava, ettei lainauksista voida tunnistaa tiedonantajia. Valmiin aineiston käyttäminen ja tutkittavien henkilöimättömyys muodostivat minulle tutkijana tutkimusympäristön, kontekstin ja ilmiön tuntemattomuuden, jolloin voisin tietämättömydessäni rikkoa anonymiteettisuoja kirjoituksessani. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 179–180.)

Tulosten raportti kirjoitin aineistosta saatujen tietojen perusteella ilman vilppiä. Toisin sanoen, raportissa ei sepitettä tai vääristellä tutkimustuloksia, vaan ne perustuvat tutkittavien antamiin vastauksiin ja niistä tehtyyn analyysiin. Laadullinen tutkimusmenetelmä antoi tukea tulosten luotettavuudelle ja tulkinnalle johtopäätöksiä tehdessäni. Olen myös pyrkinyt mahdollisimman selkeästi ja yksityiskohtaisesti kirjoittamaan auki tutkimusmenetelmät, tulosten analysoinnin ja saatujen tulosten perusteella tehdyt johtopäätökset. Myös tutkimuksen aikana esiin tulevat eettiset kysymykset on pyritty kirjoittamaan auki. (Kuula 2006, 36–37, 39.)

Tutkimuksen luotettavuus rakentuu valitun tutkimusilmiön, tutkimusympäristön, tutkimuskysymysten, tutkimusmenetelmien ja tutkimuksen taustalla olevan teorian ympärille. Näiden tekijöiden on oltava keskenään soveltuvia, harkittuja ja suunniteltuja. Toisin sanoen valitaan ja rajataan tutkittava ilmiö, päätetään miten sitä lähestytään ja miten aineisto kootaan ja mitä menetelmiä käyttäen se analysoidaan. Määritellään myös teoria ja aikaisempi tutkimus, johon tutkimus perustuu ja selvitetään ilmiön taustalla oleva suurempaan kokonaisuuteen ja sen sisällään pitämät käsitteet. Näiden valintojen kestävyys koko tutkimuksen ajan lisää tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Tutkimustulosten on vastattava tutkijan asettamiin kysymyksiin ja johtopäätösten on perustuttava tutkimuksen avulla saatuihin tutkimustuloksiin. (Aira ja Seppä 2010, 809.)

Tämän tutkimuksen kohde on valittu sen kiinnostavuuden ja ajankohtaisuuden mukaan ja sen tarkoituksena on antaa realistista tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja saada käsitys tämän hetkisestä hoitotyöntekijöiden ei-hoidollisten tehtävien määrästä ja laadusta ja heidän tunnistamistaan kehittämisalueista. Tieto siitä, miten asiat ovat, avaa mahdollisuuden hyödyntää käytännön toimintojen ja menetelmien kehittämistä, kuten työnjako (Puolimatka 2002, 466, 473). Valittu tutkimuskohde määritteli käyttämäni tutkimusmenetelmät (Puolimatka 2002, 467) ja määrällisen ja laadullisen tutkimuksen avulla pyrin havainnollistamaan ei-hoidollisten tehtävien määrää ja laatua ja mittaamaan onko sairaanhoitajilla ja perushoitajilla eroa tehtävien suorittamisessa ja selittämään hoitotyöntekijöiden kokemuksia hoitotyöstä ja sen kehittämisestä. (Aira ja Seppä 2010, 805–806). Erilaisten tutkimusmenetelmien käyttäminen mahdollisti kokonaiskuvan saamisen hoitotyöntekijöiden työnkuvasta ja kokemuksista (Puolimatka 2002, 467).

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta tutkimuksen tulos on määrällisestä osaltaan helpommin yleistettävissä sen mitattavuuden ja puolueettomuutensa vuoksi, sillä tutkijan vaikutus tuloksiin on pieni, sillä tulokset perustuvat aineistosta saatuihin tietoihin. Tulosten yleistettävyyttä heikentää tutkimuksen tiedonantajien vähäinen määrä. (Aira ja Seppä 2010, 807.) Laadullisessa osuudessa tutkimuksen vastausprosentin pieni määrä ei itsessään vaikuta tuloksen yleistettävyyteen, vaan tuloksen yleistettävyyden esteenä on tutkittavan ilmiön kohdesidonaisuus. Toisin sanoen tulokseen ja siitä tehtäviin päätelmiin vaikuttavat tiedonantajat ja heidän kokemuksensa, heidän toimintaympäristönsä ja itse tutkija kokemuksineen, myös

ilmiön monitahoisuus, kerrostunut todellisuus ja aika vaikuttavat ilmiön muodostumiseen. (Aira ja Seppä 2010, 807)

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden lisäämiseksi raportin aukikirjoittamisessa huomioidaan tutkijan tekemien päätöksien näkyminen. Myös analyysin ymmärtämiseksi ja kuvaamiseksi tulokset kirjoitetaan auki. Koska laadullisen tutkimuksen tulokset eivät ole toistettavissa, pyrin tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseen valittujen menetelmien ja valintojen tarkalla kuvaamisella, analyysin ja tulosten kuvailulla, taulukoiden käyttämisellä ja kirjoittamalla raporttiin tiedonantajien autenttisia tekstilainauksia. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 160; Aira ja Seppä 2010, 807.)

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että sain tutkimustuloksia asettamiini tutkimuskysymyksiin ja ne myös selittävät ja antavat kuvan tutkimuskohteena olevasta ilmiöstä. Päätelmät ja johtopäätökset perustuvat tutkimustuloksiin, jotka ovat saatu sekä laadullisilla että määrällisillä tutkimusmenetelmillä. Olen myös pyrkinyt kirjoittamaan tutkimusraportin auki mahdollisimman yksiselitteisesti ja selkeästi (Aira ja Seppä 2010, 807, 809). Tutkimuksessa saadut tulokset ovat samansuuntaisia aikaisemman kansallisen ja kansainvälisen tutkimuksen kanssa.

Oman hankaluutensa tulosten tulkintaan ja johtopäätöksien tekemiseen ja lopulta raportin kirjoittamiseen toi oma yli 20 vuoden kliinisen sairaanhoidollinen työkokemukseni. Toisaalta kokemukseni auttoi ilmiön käsittelemistä ja ymmärtämistä, mutta se myös mielestäni rajoitti tutkimusraportin ja pohdinnan kirjoittamista, koska yritin välttää omien kokemusteni heijastumista kirjoittamastani tekstistä. En halunnut raportissa olevan omaa tulkintaani laadullisen tutkimusosuuden sallimaa käytännettä enempiä, joten yritin pitää kirjoittamani tekstin mahdollisimman neutraalina.

Myös määrällisen tutkimusmenetelmän käyttäminen oli minulle tutkijana uutta, mutta uutuudesta huolimatta koinkin yllättäen vaikeammaksi tutkimusraportin kirjoittamisen kuin määrällisen tutkimusotteen hallinnan. Kokemattomuus ja virheiden pelko rajoitti luovaa määrällisten tulosten aukikirjoittamista ja pidättäydäinkin aika suoraviivaisessa tulosten mekaanisessa aukikirjoittamisessa.

6.2 Tulosten tarkastelu ja päätelmät

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Helsingin terveystieteiden keskeisen sairaaloiden vuodeosastojen hoitotyöntekijöiden ei-hoidollisten tehtävien ja tukipalvelujen määrää ja sisältöä. Tarkoitus on myös kuvata sitä, millaisia kehittämiskohteita hoitotyöntekijät tunnistavat työnsä sisällössä, keskinäisessä työnjaossa ja vuodeosastojen tehtävien organisoinnissa. Tulosten perusteella saadaan kuva vuodeosastojen hoitotyöntekijöille kuuluvista ei-hoidollisista tehtävistä ja niiden sisällöistä ja tunnistetuista kehittämiskohteista, jonka avulla voidaan tehdä päätelmiä.

Hoitotyön toimintakenttää kuvastaa myös tässä tutkimuksessa perinteisesti naisvaltaisuus ja ammattikouluttaneisuus. Hoitohenkilöstö koostui eri-ikäisistä hoitajista, jotka olivat toimineet kyseisessä tehtävässään alle vuodesta yli 20 vuoden ajan. Hoitotyöntekijöiden vastausten perusteella heidän tehtäväkuvansa on laaja, joka koostuu useista päällekkäisistä tehtävistä. Osa tehtävistä ei vastaa hoitotyöntekijöiden perustehtävänsä varten saamaa koulutusta, kuten esimerkiksi tukipalveluihin kuuluvat tehtävät, mutta he tuntevat näiden tehtävien vievän heidän voimavarojaan ja aikaansa liian paljon.

Tutkimustuloksen mukaan melkein kaikkien hoitotyöntekijöiden päivittäisiin tehtäviin kuuluu useita kertoja päivässä ruokatarjotinten jakaminen ja kerääminen. Tämän lisäksi hoitotyöntekijät mahdollistivat potilaiden sujuvan ruokailun siihen vaadittavien toimintojen avulla. Riippuen osastojen koosta ja potilaiden omista voimavaroista, voi ruokailuun ja siihen kuuluviin toimintoihin kulua paljon aikaa. Puhelimeen vastaaminen kuuluu myös hoitotyöntekijöiden toimenkuvaan, vaikkakin osa perushoitajista ilmoitti vastaavansa puhelimeen vain muutaman kerran viikossa. Vastauksista ei käynyt ilmi se, että kuinka puhelimeen vastaaminen käytännössä hoidettiin. Oliko puhelimeen vastaaminen pääsääntöisesti lähimmän sairaanhoitajan kuin perushoitajan tehtävänä, vaikkakin hän olisi potilashuoneessa hoitotyössä. Tämä selittäisi tilastollisen eron tutkimustuloksissa. Myös rutiininomaisten verinäytteiden ottaminen kuului vähyydessäänkin enemmän sairaanhoitajien toimenkuvaa, mikä näkyi tilastollisena merkitsevyyserona tuloksissa.

Myös erilaiset toimistotyöt täyttivät hoitotyöntekijöiden työpäivää sekä sairaanhoitajien ja perushoitajien mielestä. Hoitotyöntekijöiden toimistotyöt muodostuivat tämän tutkimuksen mukaan potilaiden hoitoon ja kotiuttamiseen liittyvistä tehtävistä: hoidon asianmukainen dokumentointi, hoitosuunnitelmien ja hoitoketjujen laatiminen ja päivittäminen, potilaiden kotiuttamislähetteen tekeminen ja kuljetusten järjestämien, Hieman reilut puolet sairaanhoitajista ilmoitti tehtäviinsä kuuluvan päivittäin muita kuin sairaanhoitoon liittyviä hoitoja, joista yllättäen nousi esiin potilaiden perushoitoon kuuluvia tehtäviä. Näistä tehtävistä esimerkiksi parranajo ja pesut voitaisiin luokitella kuntouttavan työotteen mukaisiksi toimiksi ja tehdä ne niin, että potilas saisi aikaa niistä suoriutumiseen itse.

Tukipalvelujen osalta myös potilashuoneisiin ja potilaiden välineistöön liittyvät asiat ja yleinen siisteys kuuluvat hoitotyöntekijöille päivittäin. Näihin tehtäviin aineiston mukaan kuului muun muassa välinehuoltoa, sänkyjen pesua, roskapussien viemistä ja lakanoiden vaihtoa. Tukipalvelutehtävistä myös tarvikkeiden ja välineiden hankkiminen vuodeosastoille ei kuulunut pääsääntöisesti hoitotyöntekijöiden työnkuvaan päivittäin, vaan viikoittain, mutta tutkimuksesta ei selvinnyt tähän tehtävään silloin käytetty aika. Toisin sanoen jos hankinnat ovat rutiininomaisia, niihin tehtävään ei välttämättä mene paljon aikaa, mikä taas puolustaisi automaattisesti osastolle tulevia säännöllisiä tilauksia. Riippumatta joidenkin tukipalveluiksi luettavien tehtävien kuulumisesta hoitotyöntekijöiden päivittäiseen työnkuvaan, vain muutama hoitaja piti tukipalveluja riittämättömänä vuodeosastoilla.

Tehtävien ajallaan suorittamisessa oli tilastollista eroa sairaanhoitajien ja perushoitajien välillä lääkkeiden annossa ja potilaiden kivun hallinnassa, mikä selittyy sillä, ettei perushoitajien työnkuvaan kuulu lääkkeiden antaminen. Tosin kivunhallintaan kuuluu lääkityksen lisäksi muitakin toimenpiteitä, kuten potilaan rauhoittelu ja asentohoidot, joiden suorittamisessa ei sairaanhoitajien ja perushoitajien välillä ollut eroja. Myös dokumentoinnin osalta tehtävien suorittamisessa löytyi tilastollinen ero. Hoitotyön dokumentoinnin kerkesivät suorittaa perushoitajat sairaanhoitajia paremmin. Jäikö perushoitajille työpäivän aikana enemmän aikaa vapaaksi tehtävien suorittamiselta kuin sairaanhoitajille, koska sekä sairaanhoitajat ja perushoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että kirjaaminen oli kaiken kaikkiaan hankalaa ja aikaa vievää.

Tutkimuksesta nousi myös esiin koettu kiire ja työajan riittämättömyys kaikkien vaadittujen tehtävien hoitamiseen laadukkaasti ja täysipainoisesti. Hoitotyöntekijöiden työnkuvat näyttivät tutkimuksen mukaan runsailta, sillä päivittäin hoidettavia tehtäviä oli työpäivän aikana paljon. Tehtävien paljous aiheutti työnhallinnan puutetta, hoitotyön laadun ajateltiin kärsivän ja pelättiin mahdollisia hoitovirheitä. Tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijät kokivat perustehtävän, ei-hoidollisten ja tukipalvelutehtävien ja hoitotyön kehittämisen aiheuttavan liikaa päällekkäistä työtä, mutta samalla he kokivat tarvetta selviytyä kaikesta mahdollisimman hyvin.

Tutkimustuloksen mukaan hoitotyöntekijät pystyivät suoriutumaan hyvin suoraan potilaan tilaan vaikuttavista tehtävistä, kuten kivun hallinnasta, erilaisista hoidoista ja toimenpiteistä ja lääkkeiden annosta. Myös potilaiden seuranta, perushoitoon kuuluvia tehtäviä ja vuorovaikutukseen liittyvät tapahtumat pyrittiin hoitamaan hyvin. Hoidon suunnitteluun kuuluvat toimet jäivät vähemmälle huomiolle, samoin potilaan hoitoon tai tilaan vain vähän vaikuttavien asioiden hoitaminen. Eli työvuoron aikana pyrittiin suoriutumaan kokonaan tehtävistä, joilla oli suora vaikutus potilaan vointiin, mutta aineiston perusteella koettiin muun muassa kuntouttavan työotteen jäävän kiireen vuoksi vähemmälle huomiolle. Toisin sanoen hoitotyöntekijöillä ei ollut tehtäviensä keskellä aikaa antaa potilaiden suoriutua omien voimavarojen mukaan päivittäisistä toimista. Hoitosuunnitelmien tekeminen jäi hoitotyöntekijöillä myös kiireen vuoksi vähemmälle huomiolle, joka aineiston perusteella vaikutti suoraan potilaan hoitolinjoihin ja tietoon potilaan hoidon tavoitteista ja niihin pyrkimisestä, näin potilaiden ja heidän kuntouttamisensa ei sujunut suunnitelmallisesti.

Hoitohenkilöstö tunnisti erilaisia kehittämiskohteita työnjaossa, työnsisällössä ja osaamisen hyödyntämisessä. Kehittämiskohteet löytyivät tukipalvelujen uudelleen järjestämisen, hoitotyötoimintojen ja ammattitaidon hyödyntämisen alueilta. Työnjaon avulla haluttiin vaikuttaa tukipalvelujen uudelleen järjestämiseen ja sitä kautta työnhallinnan parantamiseen ja hoitotyön laadukkuuden tehostamiseen. Kehittämällä työnjakoa toivottiin hoitotyöntekijöiden tehtävien muuttuvan enemmän hoidollisiksi ja antavan hoitotyöntekijöille enemmän aikaa toteuttaa potilaiden hoitotyötä ja kuntouttavan hoitotyön periaatteen täyttävää hoitamista. Myös ajanpuutteen ja kiireen ajateltiin helpottavan, jolloin työn kuormittavuus pienenisi myös. Tukipalveluista

vapautuvalla ajalla saataisiin lisää resursseja hoitotyöhön eli vapautettaisiin hoitajat koulutustaan vastaavaan työhön ja tehtävien suorittamiseen.

Työnsisällön kehittämisen halun taustalla oli hoitotyöntekijöiden laajat tehtäväkuvat ja runsaat tehtävämäärät. Todettiin useiden hoidettavien tehtävien aiheuttavan kuntouttavan työotteen jäämistä kiireen jalkoihin, jolloin kiireen vuoksi ei välttämättä pystytty toimimaan potilaan kuntoutuksen ja hoitosuunnitelman vaatimalla tavalla omatoimisuutta korostaen. Edelleen kehittämisen kohteeksi hoitotyöntekijät nostivat myös osastoilla olevat työskentelymallit. Mallit koettiin hoitotyön tehokkaampana mahdollistajana. Hoitotyön dokumentointi ja hoitosuunnitelmien tekeminen kaipasivat myös kehittämistä niiden rutinoituneeksi osaksi päivittäistä hoitotyötä. Nyt ne koettiin hankalaksi ja aikaa vieviksi. Myös niiden käyttäminen suunnitelmallisesti potilashoidossa kaipasi kehittämistä, sillä potilastietoja ei osattu tai ei ehditty hyödyntämään optimaalisella tavalla, jolloin potilaan hoitaminen perustui hoitajan kokemukseen.

Osaamisen hyödyntämisen mahdollistamisen taustalla oli saatu ammatillinen koulutus ja työssä saatava lisäkoulutus. Koettiin tehtävien laajuuden ja vaativuuden aiheuttavan tarvetta saada lisäkoulutusta, kehittää ja hyödyntää osaamista ja kehittää hoitotyötä kokonaisuudessaan. Kehittämishankkeita todettiin olevan paljon, minkä koettiin pääpiirteissään hyvänä asiana, vaikkakin jotkut jatkuvan kehittämisen kokivat stressaavana. Kehittämishankkeiden toteuttamista hankaloitti se, että kehittäminen tehtiin pääsääntöisesti omien tehtävien lomassa, jolloin aikaa ei tuntunut olevan riittävästi. Hoitotyön ja toimintatapojen kehittämisen ajateltiin kuitenkin sitouttavan ammattitaitoista hoitohenkilöstöä paremmin ja motivoivan heitä laadukkaampaan ja potilaslähtöisempään hoitotyöhön. Lähiesimies koettiin tärkeäksi ja turvallisuutta tuovaksi tekijäksi. Tämä kertoo sen, että lähiesimiehellä on tärkeä tehtävä muun muassa hoitotyön kehittämisessä ja henkilöstön sitouttamisessa uusiin käytänteisiin.

Kuten tutkimus osoittaa, on terveydenhuollon hoitohenkilöstön työnkuva laaja ja se koostuu sekä hoidollisista että ei-hoidollisista tehtävistä. Hoidolliset tehtävät ovat välitöntä hoitotyötä koskevat tehtävät, kun taas ei-hoidolliset tehtävät kuuluvat pääsääntöisesti niin kutsuttuihin tukipalveluihin. Hoitajille kuuluu näiden tehtävien lisäksi muitakin osastojen toimintaan liittyviä tehtäviä eli välillisiä hoitotyön tehtäviä,

kuten muun muassa puhelimeen vastaamista, potilaiden hoidon suunnittelua, dokumentointia ja kotiuttamiseen liittyvien asioiden järjestelyä. Tehtävien moninaisuuden ja päällekkäisyyden vuoksi, hoitajat usein kokevat välittömän hoitotyön jäävän muiden tehtävien puristukseen. Aika ei riitä kaikkien tehtävien kokonaisvaltaiseen ja laadukkaaseen hoitamiseen, mikä puolestaan heikentää hoitotyön tuottavuutta. Toimintoja on siis kehitettävä, tehtäviä siirrettävä ammattiryhmien kesken ja työnjakoa mietittävä uudelleen.

Tämän vuoksi terveydenhuollon yhdeksi ominaisuudeksi on noussut työnjako, jota riittämättömän henkilöstön ja työn kuormittavuuden vuoksi tullaan käyttämään yhä enemmän palvelujen tuottamisessa ja järjestämisessä. Työnjaon optimaalisuus riippuu kontekstista ja voi vaihdella terveydenhuollon organisaatioista ja tuotetuista palveluista riippuen. Terveydenhuollon organisaatioiden johdon on ratkaistava työnjaon tarkoituksenmukaisuus ja hoitotyöntekijöiden ammattikoulutuksen ja osaamisen optimaalinen hyödyntäminen, hankkimalla näyttöä hoitohenkilöstön ammattipätevyydestä, tarvittavasta lisäkoulutuksesta, työnjaon tuloksellisuudesta, hoidon laadusta ja mahdollisista työnjaon esteistä. (Sibbald ym. 2004, 36; Duffield, Roche, Diers, Catling-Paull ja Blay 2010, 2249.)

Toiminnan kehittämisellä ja työnjakoa uudistamalla on tarkoitus pyrkiä hoitajien ammattipätevyyden ja osaamisen optimointiin, välittömän hoitotyön lisäämiseen ja hoitotyön laadun ja tuottavuuden parantamiseen ja resurssien ja tarjottavien palveluiden riittävyteen. Tähän pyritään pääasiallisesti hoitajien keskinäistä työnjakoa uudistamalla, tukipalveluja muokkaamalla ja lisäämällä ja tehtäviä selkeyttämällä, kuten myös Peltokorpi ym. (2009) tekemästä tutkimuksesta hyvin ilmenee.

Toisin sanoen, koska päivittäinen työaika ei riitä kaikkien tehtävien laadukkaaseen hoitamiseen, on työnjaon merkitys ja hyödyllisyys ja työnjaon tuomat palvelumahdollisuudet mietittävä huolellisesti sekä terveydenhuollon organisaatioiden tasolla että yksikkötasolla. On selvítettävä muun muassa tarvittavan henkilöstön määrä ja rakenne, myös tukipalvelujen osalta, joka määräytyy vuodeosastojen potilaiden hoidon tarpeesta ja heille annettavista palveluista. Myös hoitotyön järjestelyihin ja saavutettuihin ja mahdollisesti saavutettaviin tuloksiin, tulee kiinnittää huomiota työnjakoa parannettaessa. (Urden ja Roode 1997, 34–41; Flynn ja McKeown 2009, 765;

Peltokorpi ym. 2009; Dixon ym. 2010, 5.) Henkilöstölle on annettava myös mahdollisuus vahvistaa ja ymmärtää terveydenhuollon organisaatioissa tulevaisuudessa tarvittavaa osaamista ja mahdollisuus kehittää itseään hallitakseen hoitotyön muuttuvat tilanteet (Kirjavainen ja Laakso-Manninen 2000, 150).

Vuodeosastojen hoitotyöntekijät ovat tietoisia työympäristöön ja sen toimintaan vaikuttavista asioista. He tunnistavat työyhteisöissään sekä toimintaa auttavia tekijöitä että toimintaa heikentäviä tekijöitä. Toimintaa heikentävien tekijöiden poistamiseksi tai helpottamiseksi, on työyhteisöjen toimintaympäristöä kehitettävä hoitotyöntekijöiden mukaan. On myös asetettava yhteisiä tavoitteita, joihin kehittämällä ja muutoksella pyritään. Sillä tavoitteiden asettaminen antaa vapauden uusien mahdollisuuksien löytymiselle ja keinoille saada tuloksia ja onnistuneita päätöksiä aikaan terveydenhuollossa (Nutt 1999, 79).

Kuten Koskinen (2006, 59) kirjoituksessaan toteaa, ovat johtamisen kulmakiviä strategia, visio ja arvot. Johtaminen on myös asetettujen terveydenhuollon tavoitteiden saavuttamista. Johtamisella voidaan näin ollen tarkoittaa sekä hoitotyön strategista suunnittelua että hoitotyön käytännön toimintaa (Laine 2007, 37). Kivisen (2008, 194, 198) tutkimuksessa korostui sitoutumisen tärkeys terveydenhuollon organisaatioiden strategiaan ja hoitotyön tavoitteiden saavuttamiseen tiedon ja osaamisen hyödyntämisessä ja johtamisessa. Myös avoimuus, luottamuksellisuus ja hoitohenkilöstön keskinäinen vuorovaikutus koettiin tärkeäksi. Avain asemassa on myös se, että miten hoitotyöyhteisössä ajatellaan organisaation strategiasta (Kirjavainen 1997, 275).

Terveydenhuollossa ja sen organisaatiossa toiminnan muutos tapahtuu ensisijaisesti poliittishallinnollisen ohjauksen kautta vaikuttamalla palveluihin ja palveluketjuihin. On yhä edelleen tutkittava terveydenhuollon organisaatioiden sisäisiä ilmiöitä ja sovellettava saatua tietoa käytäntöön. Tutkimuksella on myös pyrittävä vaikuttamaan terveydenhuollon organisaatioiden syvärakenteisiin yhteisöllisiin ilmiöitä tutkimalla. Vain näin saadaan aikaan hoitotyön tavoitteiden mukainen muutos. (Sinkkonen ja Kinnunen 1999, 317–319.) On muistettava, että vanhan tiedon hylkääminen on hankalampaa, kuin uuden tiedon hankinta (Easterby-Smith 1997, 1093).

”Yksi hoitotyön tulevaisuuden skenaario on tekemisestä tietämiseen ja tiedon jakamiseen, joka korostaa hoitotyöntekijän itsenäisyyttä ja vastuuta, mutta myös työn sisällön muutoksia.” Tämän päivän luovuus ja keksinnöt ovat huomisen käytäntöä ja hoitokulttuuria ja se edellyttää nyt koulutuksen, tutkimuksen ja käytännöntyöskentelyn sujuvaa yhteistyötä. (Lammintakanen & Kinnunen 2006, 9.) Pelkkä asioiden tiedostaminen ja käytänteiden ja toimintojen kehittäminen ei yksistään riitä, vaan on saatava aikaan muutos, jonka seurauksena uudet käytännöt istutetaan osaksi jokapäiväistä hoitotyötä ja jonka seurauksena ymmärrys, oman osaamisen optimoinnista ja työnjaosta, lisää hoitotyön tuottavuutta ja laadukkuutta. Pyrkimällä aktiivisesti muutokseen, voidaan asioihin vaikuttaa.

6.2 *Jatkotutkimusaiheita*

Terveydenhuollon monitahoisuus ja monitasoisuus antaa tutkimukselle aina uusia ilmiöitä tutkittavaksi. Jo yksistään työnjaon ja siihen liittyvien tekijöiden tutkiminen, tulee olemaan monen tutkimuksen aiheena. Terveydenhuollon työnjakoa tulee tutkia erilaisia näkökulmia käyttäen ja erilaisista lähtökohdista, kuten on jo tehty käyttäen muun muassa arkkitehtuuria, aikaa, koulutusta ja osaamista tutkimuksessa. Työnjaon toteutuskeinot ja ympäristöt, joissa työnjakoa on toteutettu, antavat myös mielenkiintoisen tutkimusalueen. Seurantatutkimusta tulee tehdä, jolloin saadaan tietoa työnjaon vaikuttavuudesta ja tuottavuudesta terveydenhuollossa. Saadaan myös tutkittua tietoa muutosten onnistumisesta ja hallinnasta, muutosten pysyvyydestä ja vaikutuksista terveydenhuollon eri alueilla.

Terveydenhuollon työnjako antaa mielenkiintoisen pohjan myös johtamisen tutkimukselle, kuten osaamisen johtaminen: mitä osaamisen johtamisessa tulee huomioida työnjakoa kehitettäessä, miten osaamisen johtaja toimii ja mitä hän saavuttaa osaamista johtamalla. Myös henkilöstön näkökulma osaamisen johtamisessa antaisi tutkimukselle aiheita. Mielenkiintoisia olisivat myös tutkimukset työnjaon vaikutuksista ammattiryhmien väliseen vuorovaikutukseen, työyhteisöjen työilmastoon ja

työhyvinvointiin ja miten työnjako vaikuttaa työhön rekrytointiin, sitoutumiseen ja työnteon motivointiin.

Työnjaon ja työajan tutkimisen rinnalle nostaisin myös palvelujen aikajanan tutkimisen. Kuten tässä tutkimuksessa käytetystä aineistosta yhdestä vastauksesta nousi esiin, ja jota asiaa olen itsekseni pohtinut, jää vuodeosastoilla potilaille paljon aikaa, jolloin mitään ei tapahdu. Toiminta on keskittynyt arkipäiviin ja virka-aikaan, jolloin erilaiset tehtävät ja toiminnon kuormittavat kahdeksan tunnin ajalle. Voitaisiinko tätä kuormittamista helpottaa esimerkiksi jatkamalla terveydenhuollon virka-aikaa kahdella tunnilla tai lisäämällä ryhmätoimintaa lauantapäiville, kuten kuntoutusta, liikuntaa tai toimintaterapiaa. Millaiseksi tällöin muodostuisi hoitotyön vaikuttavuus, tehokkuus ja tuottavuus ja millaisia vaikutuksia tällaisilla muutoksilla olisi terveydenhuollon kustannuksiin, hoitoaikoihin ja tyytyväisyyteen niin palvelun käyttäjien kuin palvelujen tarjoajien keskuudessa.

LÄHTEET

Aaltonen Mika ja Wilenius Markku 2002. Osaamisen ennakointi. Pidemmälle tulevaisuuteen, syvemmälle osaamiseen. kauppakamarisarja. Johtamistaito. Edita Prima Oy, Helsinki.

Aira Marja ja Seppä Kaija 2010. Laadullinen ja määrällinen tutkimus lääketieteessä. Suomen lääkärilehti 9(65), 805–810.

Anttila Pekka & Kujala Santero 2004. Tehtävänsiirtoja, työnjakoa vai yhteistyötä. Suomen Lääkärilehti 42, 3961.

Baernholdt Marianne ja Mark Barbara A. 2009. The nurse work environment job satisfaction and turnover rates in rural and urban nursing units. Journal of Nursing Management. Dec; 17(8): 994–1001.

Saatavissa:

<http://web.ebscohost.com.ezproxy.uef.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=110&sid=c6070776-e587-6f65>

Buchan James ja Calman Lynn 2004. Skill-mix and policy change in health workforce: nurses in advanced roles. OECD Health Working papers. DELSA/ ELSA/ WD /HEA 2004/8.

Saatavissa: <http://www.oecd.org/dataoecd/30/28/33857785.pdf>

Cardona Providencia, Tappen Ruth, Terrill Mildred, Acosta Mildred ja Eusebe Maria 1997. Nursing Staff Time Allocation in Long-Term Care: A Work Sampling Study. The Journal of Nursing Administration 27(2), 28–36.

Collin Kaija. 2007. Työssä oppiminen prosesseina ja ohjauksen haasteina. Teoksessa Eteläpelto Anneli, Collin Kaija ja Saarinen Jaana (toim.). Työ, identiteetti ja oppiminen. WSOY Oppimateriaalit Oy, 198–215.

Currie Graeme, Finn Rachael ja Martin Graham 2007. Spanning boundaries in pursuit of effective knowledge sharing within networks in the NHS. Journal of Health Organization and Management 7 (1), 90-95.

Dierick-van Daele, Angelique T.M., Melsemakeris Job, Dercky Emmy, Spreuwenberg Cor ja Vrijhoef Hubertus. 2009. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing 65 (2), 391-401.

Dixon Simon, Kaambwa Bilingsley, Nancarrow Susan, Martin Graham P. ja Bryan Stirling 2010. The relationship between staff skill mix, costs and outcomes in intermediate care services. BMC Health Services Research 10(221), 1-7 pages.

Duffield Christine, Roche Michael, Diers Donna, Catling-Paull Christine ja Blay Nicole 2010. Staffing, skill mix and model of care. Journal of Clinical Nursing 19, 2242-2251.

Durkheim Émile 1990. Sosiaalisesta työnjaosta. Alkuteos: De la division du travail social 1893. Suomentanut: Randell Seppo. Oy Gaudeamus Ab. Helsinki.

Eteläpelto Anneli 2007. Työidentiteetti ja subjektiivisuus rakenteiden ja toimijuuden ristiaallokossa. Teoksessa Eteläpelto Anneli, Collin Kaija ja Saarinen Jaana (toim.) Työ, identiteetti ja oppiminen. WSOY Oppimateriaalit Oy, 90–142.

Easterby-Smith Mark 1997. Disciplines of Organisational Learning: Contributions and Critiques. Human relations 50(9), 1085-1113.

Fredericks Erin, Goldstein Judah ja Rathwell Thomas 2009. Gettin It Right: Case Studies of Effective Management of Chronic Disease Usin Primary Health Care Teams. Health Council Of Canada. Toronto.

Saatavissa: http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2009/CaseStudies_FINAL.pdf

Flynn Maria ja McKeown Mick 2009. Nurse staffing levels revisited: a consideration of key issues in nursing staffing levels and skill mix research. Journal of Nursing Management 17, 759-766.

Follett Mary Parker 1949. The illusion of final authority. teoksessa: Freedom ja coordination. Management publications, London, 1-15.

Furrer Oliver, Thomas Howard ja Goussevskaia Anna. 2008. The stucture and evolution of the strategic management field: a content analysis of 26 years of strategic management researcg. International Journal of Management Reviews 10(1), 1-23.

Glegg Stewart 2003. Managing organization futures in a changing world of power/knowledge. Teoksessa Tsoukas Haridimos ja Knudsen Christian. The Oxford handbook of organization theory. Oxford University Press, 536–567.

Halinen Minna, Kärkkäinen Oili, Ämmälä Martti, Lohela Pentti & Lepäntalo Mauri 2005. Selvitys ultraäänitutkimuksia tekevien lääkärin ja hoitajien välisestä työnjaosta. Suomen Lääkärilehti 36, 3523–3526.

Hallamaa Jaana, Lötjönen Salla, Sorvali Irma ja Launis Veikko 2006. Etiikkaa ihmistieteille? Teoksessa Hallamaa Jaana, Launis Veikko, Lötjönen Salla ja Sorvali Irma (toim.). Etiikkaa ihmistieteille. Suomen Kirjallisuuden Seura. Hakapaino Oy, Helsinki, 11–27.

Hannula Mika, Kukko Marianne ja Okkonen Jussi 2003. Osaamisen ja tietämyksen hallinta suomalaisessa suuryrityksessä. BRC. From Idea to Knowledge. research reports 6. e-Business Research Center. Tampere University of Technology and University of Tampere. Cityoffiset Oy, Tampere.

Heikkilä Tarja. 2005. Tilastollinen tutkimus. Business. Edita. Edita Prima Oy, Helsinki.
Karjalainen Leila. 2010. Tilastotieteen perusteet. Pii-Kirjat. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu

Helsingin kaupunki 2011. Terveyskeskus. Hel.fi kotisivut. Saatavissa: <http://www.hel.fi/hki/Terke/fi/Etusivu>.

Hendrich Ann, Chow Marilyn P., Skierczynski Boguslaw A. ja Lu Zhenqiang 2008. A 36-Hospital Time and Motion Study: How Do Medical-Surgical Nurses Spend Their Time? *The Permanente Journal* 12(3), 25-34.

Hintsala Arjaterttu 2006. Nais- ja mieshoitajien arvioita autonomiasta hoitotyössä. Teoksessa Miettinen Merja, Hopia Hanna, Koponen Leena ja Wilskman Kaarina (toim.) *Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006. Sairaanhoidajaliitto. Gummerus Kirjapaino Oy, 45–57.*

Hirvonen Ari 2006. Eettisesti hyvä tutkimus. Teoksessa Hallamaa Jaana, Launis Veikko, Lötjönen Salla ja Sorvali Irma (toim.). *Etiikkaa ihmistieteille. Suomen Kirjallisuuden Seura. Hakapaino Oy, Helsinki, 31–49.*

Huotari Päivi 2009. Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimessa. Neljän kunnan sosiaali- ja terveystoimen esimiesten käsityksiä strategisesta osaamisen johtamisesta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Johtamistieteiden laitos. Tampereen Yliopistopaino Oy. Juvenes Print, Tampere.

Janhonen Sirpa ja Nikkonen Merja. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Helsinki.

Julkunen Raija 2007. Työ – talouden ja minän välissä. Teoksessa Eteläpelto Anneli, Collin Kaija ja Saarinen Jaana (toim.). *Työ, identiteetti ja oppiminen. WSOY Oppimateriaalit Oy, 18–48.*

Järvi Ulla 2007. Tehyn sopimus iskee lääkäreiden ja hoitajien työnjakoon. *Suomen Lääkärilehti* 2007. Julkaistu 29.11.2007.

Saatavissa:

http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.uku.fi:2048/uutinen.html?opcode=show/news_id=53

Kankkunen Päivi ja Vehviläinen–Julkunen Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy.

Karjalainen Leila. 2010. Tilastotieteen perusteet. Pii-Kirjat. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.

Keough Vici A., Stevenson Autum, Martinovich Zolan, Young Robert ja Tanabe Paula 2011. Nurse Practitioner Certification and Practice Settings: Implications for Education and Practice. *Journal of Nursing Scholarship* 43(2), 195-202.

Kiianmaa Antero 1996. Moderni totemismi. Tutkimus työelämästä, solidaarisuudesta ja sosiaalisesta verkostosta keskiluokkaistuvassa Suomessa. Kehityksen avaimet Ky. Keuruuprint Oy. Jyväskylä.

Kinnunen Juha, Ryyänen Olli-Pekka, Taskinen Helena ja Kylänen Marika 2010. Tuottavuuden lisääminen Helsingin terveystieteiden keskuksessa. Lähtötilanteen raportti. Helsingin kaupunki, terveystieteiden keskus, Raportteja 2010:2, Helsinki.

Kirjavainen Paula ja Laakso-Manninen Ritva 2000. Strategisen osaamisen johtaminen. Yrityksen tieto ja osaaminen kilpailuedun lähteeksi. Oy Edita Ab, Helsinki.

Kirjavainen Paula 1997. Strateginen oppiminen tietointensiivisessä organisaatiossa. teoriaa luova case – tutkimus oppimisesta kahden tietoyrityksen strategisessa kehityksessä. Turun kauppakorkeakoulun julkaisija. Sarja A-2. Turku.

Kirpal Simone 2004a. Researching work identities in a European context. *Career Development International* 9(3), 199-221.

Kirpal Simone 2004b. Work identities of nurses. Between caring and efficiency demands. *Career Development International* 9(3), 274-304.

Kivinen Tuula 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatiossa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Terveydenhallinnon ja – talouden laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 158.

Kokko Simo, Peltonen Eija ja Honkanen Virpi 2009. Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja. Raportti perusterveydenhuollon vahvistamistoimien suunnittelutyöstä. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Avauksia. 13/2009. Valopaino Oy. Helsinki.

Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/7d0e5ef6-fe16-475c-b2e1-54979f48d2ad>

Koskinen Keija 2006. Johda yrityksesi osaamista – näkökulmia pk-yrityksille. 2. painos. Turun kauppakorkeakoulu. Yritystoiminnan tutkimus- ja koulutuskeskus. Dark Oy, Vantaa.

Kunnamo Ilkka 2005. Voiko sairaanhoitaja hoitaa infektioita? *Suomen Lääkärilehti* 60, 4477-4478.

Kuula Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Kuusela Pekka 2006. Rakenne, toimijuus ja realistinen yhteiskuntateoria. Teoksessa Kuusela Pekka ja Niiranen Vuokko (toim.) 2006. Realismin haaste sosiaalitieteissä. Painettu Suomessa, 77-108.

Kuusi Osmo 1986. Tietoyhteiskunnan alueellinen eteneminen Suomessa. Teoksessa Tietoyhteiskunta meissä – pelot, toiveet, teot. Joukkotiedotusteknologian tutkimusohjelma. Liikenneministeriö. Valtion painatuskeskus, Helsinki, 150-173.

Kärkkäinen Oili, Tuominen Juha A, Seppälä Anja ja Karvonen Jaakko 2006. Lääkärin ja hoitajien välisen työnjaon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. *Suomen Lääkärilehti* 24, 2647-2652.

Saatavissa:

<http://www.fimnet.fi.ezproxy.uku.fi:2048/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000026099>

Laine Pertti 2007. Osaamisen johtaminen ja HRD – tarua vai totta? Kuvaus viiden case-organisaation henkilöstön kehittämisen käytännöistä. Julkaisusarja A. Turun kauppakorkeakoulu, Porin yksikkö. Nro A20/ 2007.

Lammintakanen Johanna ja Kinnunen Juha 2006. Hoitotyön osaamisvaatimukset ja merkitys tulevaisuuden terveystalveissa. Teoksessa Miettinen Merja, Hopia Hanna, Koponen Leena & Wilskman Kaarina (toim.). Inhimillisten voimavarojen johtaminen, Hoitotyön vuosikirja. Sairaanhoidtajaliitto, Gummerus Kirjapaino Oy, 9-28.

Lehto Juhani, Kananoja Aulikki, Kokko Simo ja Taipale Vappu 2001. Sosiaali- ja terveydenhuolto. WSOY. Juva.

Lehtomäki Leila 2009. Valtakunnallisista suosituksista talon tavoiksi. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Kansanterveyden tutkijakoulu. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, yleislääketieteen vastualue.

Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7758-4.pdf>

Lindström Kari ja Leppänen Anneli (toim.) 2002. Työyhteisön terveys ja hyvinvointi. Työterveyslaitos. Vammalan Kirjapaino Oy.

Macdonald Wendy, Rogers Anne, Blakeman Tom ja Bower Peter 2008. Practice nurses and the facilitation of self-management in primary care. *Journal of Advanced Nursing* 62 (2), 191–199.

Manderino Mary A. ja Berkey Neva 1997. Verbal Abuse of staff Nurses by Physicians. *Journal of Professional Nursing* 13 (1), 48-55.

Meretoja Olli 2008. Perusterveydenhuollon alasajo ei voi jatkua. *Suomen Lääkärilehti* Julkaistu 24.01.2008.

Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.uku.fi:2048/kommentti/index.html?opcode=show/news>

Metsämuuronen Jari 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 4. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Metsämuuronen Jari 2000. Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Sosiaali- ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet. Euroopan sosiaalirahasto. Tavoite 4-ohjelma. Oy Edita Ab. Helsinki.

Michelsen Karl-Erik 2001. Työ, tuottavuus, tehokkuus. Rationalisointi suomalaisessa yhteiskunnassa. Rationalisoinnin seniorikilta Ry. Vammalan kirjapaino Oy.

Niiranen Vuokko 2006. Johtamisen kausaaliset voimat ja mekanismit. Teoksessa Kuusela Pekka ja Niiranen Vuokko (toim.) 2006. Realismin haaste sosiaalitieteissä. Painettu Suomessa, 193–218.

Nutt Paul C. 1999. Surprising, but true: Half the decisions in organisations fail. *Academy of management executive* 13(4), 75-90.

Otala Leenamajja 2008. Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu. WSOYpro. WS Bookwell Oy, Porvoo.

Orr Debora E. 2010. Characteristics of positive working relationships between nursing and support service employees. *Journal of Nursing Administration*. Mar; 40(3), 129-134. Saatavissa: <http://ovidsp.ovid.com.ezproxy.uef.fi:2048/sp-3,3.0b/ovidueb.cgi?S2=434f4ela73d37e&c3cf382bf182e042c714oace>

Paloniemi Susanna 2008. Hiljaisen tiedon jakaminen työyhteisössä – työssä oppimisen rajapinnalla. Teoksessa Toom Auli, Onnismaa Jussi ja Kajanto Anneli (toim.) 2008. Hiljainen tieto. Tietämistä, toimimista, taitavuutta. Aikuiskasvatuksen 47. vuosikirja. Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Paltta Hannele ja Laaksonen Kristiina 2008. Sairaanhoidaja koulutuksen osaamisvaatimukset päivitettiin. *Sairaanhoidaja – Sjuksköterskan* 6-7(81), 42–43.

Peltokorpi Antti, Turtiainen Ann-Marie ja Kämäräinen Vesa. 2009. Tukipalveluiden uudelleenjärjestämisellä tehokkuutta vuodeosastohoitoon. *Premissi* 6, 39–45.

Peltonen Eija 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Vertaileva tutkimus. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Opetus- ja tutkimusyksikkö. Kuopion yliopistollinen sairaala.

Saatavissa: <http://www.uku.fi/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1227-4.pdf>

Pikkalainen Jaana ja Kaatrakoski Heli 2009. Organisaatioiden kehittäminen yhteiskunnallisen työnjaon muutoksessa. *Tykes raportteja* 66. Helsinki 2009.

Saatavissa: http://tyohallinto.fi/mol/fi99_pdf/fi/03_tutkimus_ja_kehittaminen

Poikela Esa ja Järvinen Annikki. 2007, Työssä oppimisen prosessimalli oppimisen johtamisessa ja osaamisen arvioinnissa. Teoksessa Eteläpelto Anneli, Collin Kaija ja Saarinen Jaana (toim.). *Työ, identiteetti ja oppiminen*. WSOY Oppimateriaalit Oy, 178–197.

Puolimatka Tapio 2002. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus ja totuusteoriat. *Kasvatus* 33(5), 466–474.

Ranta Ritva. 2005. Kehittyvä työyhteisö. Kehittyminen ja uudistuminen ihmisenä ja organisaationa. *Yritys kirjat*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Rautakorpi Ulla-Maija, Honkanen Pekka, Huikko Solja, Anttila Heidi, Klaukka Timo, Leistevuo Jorma, Mäkelä Marjukka, Palva Erkki, Roine Risto, Sarkkinen Hannu, Varonen Helena ja Huovinen Pentti 2002. Hoitajat – liian vähän käytetty voimavara infektioiden hoidossa? *Suomen Lääkärilehti* 44, 4480-4483.

Saatavissa

:<http://www.fimnet.fi.ezprox.uku.fi:2048/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000017734>

Ryynänen Olli-Pekka, Kinnunen Juha, Myllykangas Markku, Lammintakanen Johanna ja Kuusi Osmo 2004. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. *Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi*. Esiselvitys. Tulevaisuusvaliokunta. Teknologian arviointeja 20.

Ryynänen Olli-Pekka ja Myllykangas Markku 2000. Terveystieteiden etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. WSOY. Juva.

Räsänen Juhani 1997. Kehityksen ulottuvuuksia. Kehityssuuntautunut oppiminen ja – arviointi. Jyväskylän yliopiston Täydennyskoulutuksen Johtamiskoulutuksen julkaisi 8. Julkiviestintä Oy:n, Suomen Työvalmennusakatemia julkaisu. Päijät Paino Oy.

Salonen Timo 2002. Kehittyvä organisaatio muuttuvassa ympäristössä – osaamisen johtaminen ja hallinta Puolustusvoimissa. Julkaisusarja 1. Tutkimuksia n:o 24. Diplomityö. Maanpuolustuskorkeakoulu, Johtamisen laitos. Helsinki.

Sarala Urpo ja Sarala Anita 2010. Oppiva organisaatio. Oppimisen, laadun ja tuottavuuden yhdistäminen. 9. painos. Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus, HHY Yhtymä.

Seppänen-Järvelä Riitta 2009. Kehittämisen johtaminen ja organisoiminen. Teoksessa: Seppänen-Järvelä Riitta ja Vataja Katri (toim.) 2009. Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä. WS Bookwell Oy, Juva.

Seppänen-Järvelä ja Vataja. Mitä työyhteisölähtöinen prosessikehittäminen on? Teoksessa: Seppänen-Järvelä Riitta ja Vataja Katri (toim.) 2009. Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä. WS Bookwell Oy, Juva.

Shamian Judith, Hagen Betty, Hu Teh-Wei ja Fogarty Tony E. 1992. Nursing resource requirement and support services. Nursing Economic\$. Mar-Apr:10(2): 110–115. Saatavissa:

<http://web.ebscohost.com.ezproxy.uef.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=110&sid=abeca9aa-f9a8-443d-9533>

Sibbald Bonnie, Shen Jie ja McBride Anne 2004. Changing the skill-mix of the health care workforce. Journal of Health Services Research & Policy 9 (suppl 1), 28-38.

Simha Aditya ja Lemak David J. 2010. The value of original source readings in management education. The case of Frederick Winslow Taylor. Journal of Management History. 16(2); 233-252.

Sinkkonen Sirkka ja Kinnunen Juha 1999. Terveystieteiden eriytymisprosessi, terveyshallintotieteen eriytymisprosessi ja suhde lähitieteisiin. Hoitotiede 11(6), 311–342.

Saxen Ulla, Jaatinen Pekka & Kivelä Sirkka-Liisa 2008. How does a shortage of physicians impact on the job satisfaction of health center staff? Scandinavian Journal of Primary Health Care 2008 (26); 248–250.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21. Hukkanen Eija ja Vallimies-Patomäki Marjukka. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopilotista. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Saatavissa:[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3641.pdf&title=Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3641.pdf&title=Yhteistyö+ja+työnjako+hoitoon+pääsyn+turvaamisessa+fi.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:13. Terveyskeskus toimivaksi. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen kenttäkierroksen raportti. Helsinki.

Saatavissa:http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3684.pdf&title=Terveyskeskus_toimivaksi_fi.pdf

Suominen Tuula ja Henriksson Lea 2008. Työnjako vanhusten kotihoidossa. Yhteiskuntapolitiikka 73 (2008):6, 625–639.

Syrjälä Leena, Ahonen Sirkka, Syrjäläinen Eija ja Saari Seppo.1994. Laadullisen tutkimuksen työtapa. Kirjayhtymä. Kirjapaino West-Point Oy, Rauma.

Taylor Fredrick Winslow 1916. The principles of scientific management. Teoksessa: Shafritz J.M., Ott J.S. ja Jang Y.S. Classics of organization theory. Sixth edition, 61-71.

Thompson Pamela ja Stanowski Anthony 2009. Maximizing nursing produktivity: the benefits of improved collaboration between nursing and support services. Health care Financial Management. Jan; 63(1): 76-85.

Saatavissa:

<http://web.ebscohost.com.ezproxy.uef.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=110&sid=6f671e10-8atc>

Torppa Martina A, Kokkonen anne, Raumavirta-Koivisto satu, Iivanainen Antti A.T. ja Pitkälä Kaisu H. 2009. Päivystyspotilaiden hoitoon ohjautuminen ja hoidon tarkoituksenmukaisuus terveysasemalla päivääikaan. Suomen Lääkärilehti 17, 1583-1588.

Uotila Eila. 2004. Terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestäminen, toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:3. Edita Prima Oy. Helsinki.

Urden Linda D. ja Roode Jeanne L. 1997. Work Sampling: A Decision-Making Tool for Determining Resources and Work Redesign. The Journal of Nursing Administration 27(9), 34–41.

Vallimies-Patomäki Marjukka 2006. Hoitajien tehtäväkuvat uudistuvat. Teoksessa Miettinen Merja, Hopia Hanna, Koponen Leena & Wilskman Kaarina (toim.). Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006. Sairaanhoidtajaliitto. Gummerus Kirjapaino Oy, 61–86.

Van Beveren John 2003. Does health care for knowledge management? Journal of Knowledge Management 7(1), 90-95.

Vartiainen Matti, Teikari Veikko ja Pulkkis Anneli 1989. Psykologinen työnopetus. 516. Otatieto. Toinen painos. Karisto Oy, Hämeenlinna.

Vartola Juha 2004. Luku 6. Hallintotieteen paradigmatkriisi ja byrokratiateorian nousu hallintotieteen perusteoriaksi. ja Luku 7. Pätevä ja hyvä virkamiesjohtaja hallintotieteellisessä ajattelussa. Teoksessa Vartola Juha. Näkökulmia byrokraatiaan. 149–245.

Vehviläinen-Julkunen Katri 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen Marita ja Vehviläinen-Julkunen Katri (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY oppimateriaalit Oy, 26–34.

Viitala Riitta 2005. Johda osaamista. Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Inforviestintä Oy. Kolmas painos. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu 2008.

Vilka Hanna. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Virkkunen Jaakko (toim.) 2002. Osaamisen johtaminen muutoksessa. Ideoita ja kokemuksia toisen sukupolven knowledge managementin kehittämisestä. Työelämän kehittämisohjelma. Työministeriö. Raportteja 20. Helsinki.

Vuori Jari 2005. Terveys ja hallinnon käsitteet. Teoksessa Vuori Jari (toim.). Terveys ja johtaminen, Terveyshallintotiede terveystieteiden yhteisössä. WSOY, Porvoo, 34–73.

Vuori Jari ja Siltala Juha 2005. Työorientaatiot, hyvinvointi ja johtamistehtävät. Teoksessa Vuori Jari (toim.). Terveys ja johtaminen, Terveyshallintotiede terveydenhuollon yhteisössä. WSOY, Porvoo, 162–188.

Weber Max 1964. Bureaucracy. Teoksessa: Shafritz Jay M., Ott J. Steven ja Jang Yong Suk 2005. Classics of organization theory. Sixth edition. Thomson Wadsworth. United States of America, 73-78.

Wendel Inez V., Durso Samuel C., Cayea Danielle, Arbaje Alicia I. ja Tanner Elisabeth 2010. Implementing Staff Nurse Geriatric Education in the Acute Hospital Setting. CNE Series. Medsurg Nursing 19(5), 274-280.

Wheelock Leslie Delapena ja Callahan Jamie L. 2006. Mary Parker Follett: A Rediscovered Voice Informing the Field of Human Resource Development. Human Resource Development Review. June; 5(2): 248-273.

LIITE 1. Tässä tutkimuksessa analysoitujen vastauksien kysymyspatterit**A) TAUSTATIEDOT**

1. Organisaatio, jossa työskentelet
 1 Akuuttisairaalaosasto
 2 Terveysasemaosasto

4. Sukupuolesi
 1 Nainen
 2 Mies

5. Ikäsi (vastaus lukuna)

6. Ammatillinen koulutuksesi
 1 Yliopistotutkinto
 2 AMK tai opistoasteen tutkinto
 3 Kouluasteen tai 2.asteen tutkinto
 4 Muu, mikä?

8. Kauanko olet työskennellyt nykyisessä tehtävässäsi? (vastaus lukuna)

9. Kauanko olet työskennellyt Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksessa? (vastaus lukuna)

10. Millainen on työsuhteesi?
 1 Vakinainen
 2 Määräaikainen tai sijainen

B) TYÖYKSIKÖN TOIMINTA JA JOHTAMINEN

11. Missä määrin seuraavat seikat mielestäsi näkyvät nykyisessä työssäsi?

	Täysin eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	Jonkin verran samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
13. Tukipalvelut (hoitotyötä välillisesti avustavat palvelut) ovat osastollamme riittävät.				

C) LAATU JA TURVALLISUUS

26. Kuuluuko työhösi yleensä seuraavia tehtäviä?

	Ei koskaan	Muutamankerran kuu-kaudessa	Muutamankerran viikossa	Päivittäin	Useita kertoja päivässä
1. Ruokatarjotinten jakaminen ja keruu					
2. Kotiuttamislähetteen ja – kuljetuksen järjestäminen (myös pitkäaikaishoitoon siirtyville)					
3. Rutiinomaiset verinäytteet tutkimuksia varten					
4. Potilaiden kuljetus sairaalan alueella					
5. Potilashuoneiden ja/tai potilaiden välineiden puhdistaminen					
6. Muu kuin sairaanhoitoon liittyvät tehtävät hiljaisina aikoina					
7. Tarvikkeiden tai välineiden hankkiminen					
8. Puhelimeen vastaaminen					
9. Toimistotyöt					
10. Muu kuin sairaanhoitoon sisältyvä hoito					
11. Mikä hoito?					

27. Mitkä seuraavista toimista olivat edellisen työvuorosi aikana tarpeen, mutta jäivät tekemättä, koska sinulla ei ollut aikaa tehdä niitä?

	En ehtinyt tehdä	Ehdin tehdä osittain	Ehdin tehdä	Ei koske työtäni
1. Riittävä potilaiden seuranta				
2. Ihonhoito				
3. Suuhygieniä				
4. Kivun hallinta				
5. Potilaiden rauhoittelu/ keskustelu potilaiden kanssa				
6. Potilaiden ja omaisten ohjaus				
7. Hoidot ja toimenpiteet				
8. Lääkkeiden anto ajallaan				
9. Potilaiden ja omaisten valmistelu kotiuttamiseen				
10. Hoidon asianmukainen dokumentointi				
11. Hoitosuunnitelmien/ hoitoketjujen laatiminen tai päivittäminen				
12. Hoidon suunnittelu				
13. Potilaan asennon korjaaminen tarpeeksi usein				
14. Muu, mikä?				

D) TYÖKÄYNTÄNTEET JA MUUTOSVALMIUS

36. Avoin kysymys: ”Lopuksi sinulla on mahdollisuus kertoa työsi sisältöön/ kuntouttavaan työotteeseen/ työnjakoon/ hoitokäytäntöihin tai muista työhösi liittyvistä asioista, jotka mielestäsi kaipaavat muutosta tai kehittämistä osastollasi”.

LIITE 2. Esimerkki sisällön analyysistä

26. ”Kuuluuko työhösi yleensä seuraavia tehtäviä? 11. Mikä hoito?”			
Aineistosta koodatut sanat (osa sanoista)	Sanojen rytmittely	Alakategoriat	Yläluokat
<ul style="list-style-type: none"> – esimiestehtävät – hallinnolliset työt –hoitokärryt, potilaskaapit ym –huoneiden järjesteleminen ja kaappien täyttäminen – kirjaaminen – kouluttaminen – lähiesimiehen tehtävät – mm. kynsien leikkaus, parranajo, kylvetys ym. – omaisten voinnista huolehtiminen – omaisten hoito – omaisten tukeminen – opiskelijan ohjaus – pahvilootien litistys – pesut, syöttäminen, siivous, hoitoapulaisten työt, järjestäminen – lakanoiden vaihto – potilastietojärjestelmän käytön ohjaaminen ja neuvonta – siivoaminen – tarvikkeiden tilaus, ruuanjako, roskapussien tyhjentely, eritteen siivous – varastotilaukset – varastotilausten purkua – välinehuolto ja roskat – sänkyjen pesu 	<p>1) esimiestehtävät, hallinnolliset työt, kouluttaminen, lähiesimiehen tehtävät, opiskelijan ohjaus ja potilastietojärjestelmän käytön ohjaaminen ja neuvonta</p> <p>2) huoneiden järjestäminen, hoitokärryt, pahvilootien litistys, siivous, järjestäminen, siivoaminen, ruuanjako, roskapussien tyhjentely, eritteen siivous, sänkyjen pesu, lakanoiden vaihto, välinehuolto, roskat, sänkyjen pesu</p> <p>3) kirjaaminen</p> <p>4)kynsien leikkaus, parranajo, kylvetys, pesut ja syöttäminen</p> <p>5) omaisten voinnista huolehtiminen, omaisten hoito ja omaisten tukeminen</p> <p>7) potilaskaapit, kaappien täyttäminen, tarvikkeiden tilaus, varastotilaukset ja varastotilausten purkua</p>	<p>1) henkilöstö- ja hallinnolliset tehtävät</p> <p>2) ympäristön siisteys</p> <p>3) kirjaaminen</p> <p>4) perushoidosta huolehtiminen</p> <p>5) omaisten huomioiminen</p> <p>6) tarvikelogistiikka</p>	<p>1) henkilöstöhallinto</p> <p>2) kirjaaminen + omaisten huomioiminen + perushoidosta huolehtiminen = hoitotyö</p> <p>3) ympäristön siisteys + tarvikelogistiikka = tukipalvelut</p>