



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Magneettisairaalamallin avulla kohti vetovoimaista terveydenhuoltoa - Kuvaileva kirjallisuuskatsaus magneettisairaalamallista hoitohenkilökunnan näkökulmasta

Haapsaari, Heli & Nissi, Mirka

2017 Laurea



LAUREA

AMMATTIKORKEAKOULU

Laurea-ammattikorkeakoulu

Yhdessä enemmän

Magneettisairaalamallin avulla kohti vetovoimaista
terveydenhuoltoa - Kuvaileva kirjallisuuskatsaus
magneettisairaalamallista hoitohenkilökunnan näkökulmasta

Heli Haapsaari ja Mirka Nissi
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2017

Heli Haapsaari ja Mirka Nissi

Magneettisairaalamallin avulla kohti vetovoimaista terveydenhuoltoa - Kuvaileva kirjallisuuskatsaus magneettisairaalamallista hoitohenkilökunnan näkökulmasta

Vuosi 2017 Sivumäärä 42

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata magneettisairaalamallia hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Magneettisairaala termiä ryhdyttiin käyttämään Amerikassa niistä sairaaloista, jotka maanlaajuisesta hoitajapulasta huolimatta saivat houkuteltua hoitajia töihin ja pidettyä heidät työsuhteessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada magneettisairaalamallia tarkastelemalla tietoa vetovoimaisen sairaalan eli magneettisairaalan vetovoimatekijöistä. Opinnäytetyön kysymykset olivat; Mitkä tekijät magneettisairaalamallissa lisäävät hoitohenkilökunnan työhyvinvointia? Millaista on johtaminen magneettisairaalamallissa hoitohenkilökunnan näkökulmasta? ja miten magneettisairaalamallissa on otettu huomioon hoitohenkilökunnan asiantuntijuuden kehittäminen?

Opinnäytetyön menetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, jonka aineisto koostui suomalaisista sekä kansainvälisistä tutkimuksista. Tarkan ja johdonmukaisen hakuprosessin tuloksena kirjallisuuskatsaukseen valikoitui kaksi (2) tieteellistä artikkelia, yksi (1) ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, yksi (1) pro gradu -tutkielma sekä kuusi (6) englanninkielistä tutkimusta. Opinnäytetyön aineiston analyysi toteutettiin laadullisella sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön keskeisimmässä tuloksissa nousi esille, että hoitohenkilökunnan työhyvinvointiin vaikuttavat johtaminen, työympäristö, yhteistyö, vaikutusmahdollisuudet, päätöksenteko, palkkaus sekä uralla etenemisen mahdollisuudet. Magneettisairaalamallissa johtaminen oli osallistavaa, kannustavaa sekä näkyvää ja helposti lähestyttävää. Asiantuntijuutta pyritään kehittämään perehdytys- ja täydennyskoulutuksilla sekä systemaattisilla kehittämisohjelmilla. Magneettisairaalamallissa hyväksi koetut aineettoman palkitsemisen menetelmät, kuten kiitosta ja palautteen antoa olisi hyvä ja helppo hyödyntää kaikissa sairaaloissa. Lisäksi kiinnostava jatkok tutkimusaihe olisi selvittää magneettisairaaloitten koulutusmahdollisuuksia vielä tarkemmin.

Asiasanat: magneettisairaalamalli, magneettisairaala, vetovoimainen sairaala, asiantuntijuus, hoitohenkilökunnan hyvinvointi, johtaminen hoitotyössä

Heli Haapsaari and Mirka Nissi

Towards Attractive health care with the Help of the Magnet Hospital Model - A descriptive literature review about the magnet hospital model from the perspective of the nursing staff

Year	2017	Pages	42
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to describe the magnet hospital model from the perspective of nursing personnel. The term Magnet Hospital was first used in American hospitals which attracted nurses to work and keep them in employment despite a nationwide shortage of nurses. The aim of this thesis was to obtain information about the magnet hospital attraction factors by looking at the model of the magnet hospital. The questions in this thesis were; what are the factors in the magnet hospital model which increase the well-being of the nursing staff; What is leadership in the magnet hospital model from the perspective of nursing staff; and how does the magnet hospital model take into account the development of the nursing staff's expertise?

The thesis method was descriptive literature review. The Material of this thesis consists of Finnish and international research. As a result of the process of a specific and consistent literature search two (2) scientific articles, two (2) master's thesis and six (6) English scientific studies were chosen. The thesis materials were analysed by a qualitative content analysis.

The main results of the thesis were that leadership, working conditions, co-operation, work effectiveness, decision making, salary and opportunities for career development increase the well-being of the nursing staff. In the magnet hospital model leadership was supportive, visible and approachable. Familiarization, updating education and systematic development programs are good methods to develop nurse's expertise. In a magnet hospital, immaterial rewarding methods such as giving compliments and feedback has been experienced as a good way to reward the nursing staff. This method would be easy to utilize in every hospital. Additionally, an interesting topic for further research would be to examine magnet hospitals' educational opportunities more closely.

Keywords: Magnet hospital model, magnet hospital, expertise, nurses well-being, nursing leadership

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Hoitotyön kehitys	8
3	Vetovoimainen terveydenhuolto	9
3.1	Magneettisairaalamalli	10
3.2	Asiantuntijuus hoitotyössä.....	13
3.3	Hoitotyön johtaminen	14
3.3.1	Tiedolla johtaminen	16
3.3.2	Osaamisen johtaminen	17
3.3.3	Osallistava johtaminen	17
3.4	Työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä hoitoalalla.....	18
4	Taustana kehittämistyö	20
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kysymykset	20
6	Opinnäytetyön toteutus.....	21
6.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus aineistonkeruumenetelmänä.....	21
6.2	Aineistonkeruun toteutus	22
6.3	Opinnäytetyön aineiston analyysi	27
7	Opinnäytetyön tulokset	28
7.1	Hoitohenkilökunnan työhyvinvointi magneettisairaalamallissa	28
7.2	Johtaminen magneettisairaalamallissa hoitohenkilökunnan näkökulmasta....	30
7.3	Hoitohenkilökunnan asiantuntijuuden kehittäminen magneettisairaalamallissa	31
8	Pohdinta	32
8.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu.....	32
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	33
8.3	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	34
	Lähteet	36
	Taulukot	39
	Liitteet.....	40

1 Johdanto

1900-luvun alusta lähtien Suomen sairaanhoito ja hoitotyön kehitys ovat saaneet oleellisen osan hakemalla kansainvälisiä vaikutteita Euroopasta sekä Yhdysvalloista (Lauri 2007, 31). Lähitulevaisuudessa kasvavan potilasmäärän vuoksi hoito edellyttää laaja-alaista osaamista, kustannustehokkuutta sekä uutta työvoimaa sosiaali- ja terveysaloille. Terveystieteiden kehityksen vetovoimaisuutta voitaisiin lisätä ottamalla mallia vetovoimaisista terveydenhuollon organisaatioista eli niin sanotuista magneettisairaaloista. (Laaksonen, Miettinen, Mäkipää & Saarinen 2012). ”Magneettisairaala-aste” on ollut mahdollista saavuttaa jo kahden vuosikymmenen ajan vetovoimaisten, henkilöstöjohtamisessa menestyvien sairaaloiden keskuudessa Yhdysvalloissa sekä nykyään myös Euroopassa (Meretoja 2007, 6-8).

Magneettisairaalamalli on saanut alkunsa Yhdysvalloista, maanlaajuisen hoitajapulan seurauksena. Magneettisairaaloiksi alettiin kutsua sellaisista sairaaloista, jotka saivat pulasta huolimatta pidettyä hoitajia työsuhhteessa sekä houkuteltua henkilökuntaa lisää. Näitä sairaaloita alettiin tutkia enemmän ja saatiin selville neljätoista ominaisuutta, jotka tekivät magneettisairaaloista muita sairaaloita vetovoimaisempia. Näitä neljätoista ominaisuutta alettiin kutsua neljätoista vetovoimatekijän malliksi. Magneettisairaaloiden vetovoimatekijöiden ansioista muodostui henkilökunnalle miellyttävämpi työympäristö, joka veti henkilöstöä puoleensa. (Surakka 2009, 27; Best practice 2010, 1.)

Vetovoimaisuutta on pohdittu myös Suomessa tekemällä aiheesta muun muassa useampia pro gradu -tutkielmia. Sairaanhoitajan työnkuva sekä terveystieteiden tulevat muuttumaan tulevaisuudessa ikärakenteessa ja väestön terveydessä tapahtuvien muutosten ja eriarvoistumisen myötä (Holopainen, Kyngäs, Miettinen, Pölkki, Sipilä, Turunen & Voutilainen 2015, 52-54). Vetovoimainen sairaala on vakiintunut suomenkieliseksi vastineeksi magneettisairaala käsitteelle.

Vaikka hoidon laatua pidetään Suomessa hyvällä tasolla, pyritään kaikkea kuitenkin kehittämään eteenpäin. Suomeen on hiljalleen myös alettu istuttamaan magneettisairaalaideologiaa ja magneettisairaalalinjauksia on otettukin käyttöön jo muutamassa sairaanhoitopiirissä myös Suomessa (Sairaanhoitajat 2015). Perinteiset organisaatiomallit ja työpaikat ovat väistymässä ja työelämässä keskeiseksi asiaksi nousee ihmiskeskeisyys. Suomessa hoitoalalla on samoja ongelmia kuin Amerikassakin, varsinkin johtamisen osalla. Magneettisairaalamallista on mahdollista saada isoakin vetoapua suomalaiselle terveydenhuoltoalalle, koska magneettisairaaloiden ideologiaan kuuluu tulevaisuuteen tähtääminen. (Räisänen 2009, 33-34.)

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan magneettisairaalamallia hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Magneettisairaalalle ominaisia piirteitä ovat hyvinvoiva henkilöstö, hyvä johtaminen sekä henkilöstön asiantuntijuuteen panostaminen. Selvitämme mitkä tekijät magneettisairaalamallissa lisäävät hoitohenkilökunnan työhyvinvointia, millaista on johtaminen magneettisairaalamallissa hoitohenkilökunnan näkökulmasta ja miten magneettisairaalamallissa on otettu huomioon hoitohenkilökunnan asiantuntijuuden kehittäminen.

2 Hoitotyön kehitys

1900-luvun alusta lähtien Suomen sairaanhoidon ja hoitotyön kehitys ovat saaneet oleellisen osan hakemalla kansainvälisiä vaikutteita Euroopasta sekä Yhdysvalloista. Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto (International Council of Nurses, ICN) on perustettu vuonna 1899, johon sjuksköterskeförening i Finland liittyi vuonna 1909. Nykypäivänä ICN:ään kuuluu sairaanhoitajajärjestöjä jo yli 140 maasta. Järjestön tehtävänä on valvoa työoloja, hoitotyön laatua ja kehitystä sekä ammattikunnan asemaa, edustaa maailmanlaajuisesti sairaanhoitajia sekä vaikuttaa terveyspolitiikan kehittymiseen. ICN laatii erilaisia ohjesääntöjä ja suosituksia esimerkiksi sairaanhoitajien etiikasta, pätevyysvaatimuksista ja koulutuksesta. Lisäksi se järjestää erilaisia kehittämisprojekteja, koulutuksia sekä laajan hoitotyön kongressin joka toinen vuosi. Vuonna 1930 Suomen sairaanhoitajatarliitto liittyi 1920 vuonna perustettuun pohjoismaiden yhteistyöjärjestöön (PSY). Suomi liittyi jäseneksi myös yhdistyneiden kansakuntien erityisjärjestö World Health Organizationiin (WHO) eli Maailman terveysjärjestöön sen perustamisvuonna 1948. Hoitotyön toiminnassa näkyvät nämä kansainväliset vaikutteet muun muassa siten, että ICN:n eettiset ohjeet ja WHO:n erilaiset määritelmät ja dokumentit ovat hyväksyty osaksi omaa hoitotyön käytäntöämme. (Lauri 2007, 31-32, 35; Sairaanhoitajat 2014.)

”Kansainvälisten eettisten perusohjeiden” (International Code of Nursing Ethics) mukaan sairaanhoitajan tehtävänä on elämän säilyttäminen, kärsimysten lievittäminen ja terveyden edistäminen. Lisäksi sairaanhoitajan on käyttäydyttävä kunnollisesti, pidettävä tietonsa ja taitonsa tasokkaina, kunnioitettava potilaan uskonnollista vakaumusta sekä pidettävä salassa hänelle luottamuksellisesti uskotut tiedot. Epärehelliseen menettelyyn on kieltäydyttävä osallistumasta ja lääkärin määräyksiä tulee toteuttaa älykkäästi sekä luotettavasti. Yksityiselämässä sairaanhoitajan tulee toimia sellaisella eettisellä tavalla, että se tuottaa kunniaa ammatille. Nämä Kansainvälisen sairaanhoitajaliiton ohjeet julkaistiin vuonna 1953 sairaanhoitaja-lehdessä, joita päivitettiin vuonna 1973 nostamalla terveyden edistäminen ensimmäiseksi tehtäväksi. Sairaanhoidon yleismaailmallisuutta sekä riippumattomuutta esimerkiksi palveluja tarvitsevien kansallisuudesta, rodusta sekä uskonnosta korostettiin uutena asiana. Lisäksi yhteistyötä korostettiin ja alisteisuus lääkärin määräyksille sekä yksityiselämää koskevat ohjeet poistettiin. (Lauri 2007, 38.)

Hoitotyön tutkimus sai sysäyksen kehittymiselle 1970-luvulla jolloin käynnistettiin erilaisia kehittämisohjelmia eri puolilla maata WHO:n organisoiman keskipitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelman myötä. 1970-luvun lopulla ja 1980-luvun alussa ilmestyivät ensimmäiset suomalaista hoitotyötä käsittelevät väitöskirjat. Tällöin aloitettiin keskustelemaan hoitotyön kehittämisestä sen omista lähtökohdista käsin hoitotyön tutkijoiden, opettajien ja johtajien keskuudessa. Ammattikunnan edustajien omia kirjoituksia erilaisista tutkimuksista ja kehittä-

tämisohjelmista sekä niiden tuloksista ryhdyttiin julkaisemaan Sairaanhoidaja-lehdessä. Samaan aikaan hoitotiede nostettiin sairaanhoitajan työn perustaksi. 1980-luvulla hoitotieteen opetuksen laajeneminen useisiin yliopistoihin sekä yliopistollisten opinnäytetöiden runsas kasvu vaikuttivat tähän suuresti. (Lauri 2007, 33,52.)

Vuosituhaten vaihteessa Suomessa aloitettiin aktiivisesti keskustelemaan näyttöön perustuva hoitotyöstä, jolloin näyttö nousi tärkeäksi terveydenhuollon käsitteeksi (Mattila, Rekola & Sarajärvi 2011, 9). Hoitotyön omista lähtökohdista käsin ryhdyttiin kirjoittamaan 1990- ja 2000-luvuilla. Yksilövastuinen hoitotyö, omahoitojärjestelmä, hoitotyön tietojen ja taitojen kehittäminen hoitotyön eri toiminta-alueilla, urakehitys, hoitotyön manuaalinen ja sähköinen kirjaaminen sekä näyttöön perustuva hoitotyö nousivat kehittämiskohteiksi. Näistä valtakunnallisesti keskeisiksi nousivat 2000-luvun alussa näyttöön perustuva hoitotyö sekä sähköinen kirjaaminen. Laajaa substanssinhallintaa sekä erikoisosaamista ruvettiin vaatimaan myös työntekijöiltä. Sairaanhoidajilta sekä muilta terveydenhuollossa työskenteleviltä ammattiryhmiltä odotettiin muun muassa moniammatillista yhteistyötä, tietotekniikan hallintaa, kykyä kehittää omaa työtä ja työyhteisöä, kykyä hankkia uutta tietoa ja toimia oman alan asiantuntijana sekä kykyä vastata työn vaatimukseen muuttuvassa yhteiskunnassa. (Lauri 2007, 33-34, 53.)

Sairaanhoidajan työnkuva sekä terveyspalvelut tulevat muuttumaan tulevaisuudessa ikärakenteessa ja väestön terveydessä tapahtuvien muutosten ja eriarvoistumisen myötä. Omahoidon tukemiseksi itsehoitopisteet sekä verkostomaiset toimintamallit tulevat tarjoamaan palveluja tulevaisuudessa yksilöllisesti asiakkaiden tarpeiden mukaan. Keskeiseksi toiminnan välineeksi tulevaisuudessa nousevat sähköiset ja langattomat järjestelmät, joissa asiakas voi esimerkiksi varata itsenäisesti aikaa terveydenhuoltohenkilökunnan vastaanotolle. (Holopainen ym. 2015, 52-54.)

3 Vetovoimainen terveydenhuolto

Lähitulevaisuudessa kasvavan potilasmäärän hoito edellyttää laaja-alaista osaamista, kustannustehokkuutta sekä uutta työvoimaa sosiaali- ja terveysaloille. Oikeudenmukainen johtaminen, henkilöstön vaikutusmahdollisuudet sekä hyvä yhteistyö, kommunikaatio sekä arvostus lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä edistävät hoidon tuloksia, tuottavuutta sekä henkilöstön pysyvyyttä. Terveydenhuollon vetovoimaisuutta voitaisiin lisätä ottamalla mallia vetovoimaisista terveydenhuollon organisaatioista eli niin sanotuista magneettisairaaloista. Taloudellisesti tehokas sekä potilaiden, hoitohenkilöstön että lääkäreiden kannalta optimaalinen toiminta onkin ominaista magneettisairaaloille. (Laaksonen ym. 2012.)

Tutkimukset, jotka ovat kohdistettu magneettisairaaloihin vahvistavat toistuvasti, että johtajien sekä eri henkilöstöryhmien välisistä hyvistä yhteistyösuhteista tulee vetovoimaisen sairaalan tunnuspiirteet, joita ovat professionaalinen, hoitotyön asiantuntijuutta, autonomiaa sekä päätöksentekomahdollisuuksia tukeva hoitokulttuuri sekä ilmapiiri. ”Magneettisairaalas-tatus” on ollut mahdollista saavuttaa jo kahden vuosikymmenen ajan vetovoimaisten, henkilöstöjohtamisessa menestyvien sairaaloiden keskuudessa Yhdysvalloissa sekä nykyään myös Euroopassa. Ominaisia piirteitä magneettisairaalamalle on todettu olevan henkilöstön työtyytyväisyys, vähäinen vaihtuvuus ja erinomaiset potilashoidon tulokset. (Meretoja 2007, 6-8.)

3.1 Magneettisairaalamalli

1970- ja 1980-luvuilla Amerikassa vallitsi maanlaajuinen hoitajapula, jonka seurauksena ”magneettisairaala” -käsite sai alkunsa. Sairaaloita, jotka saivat hoitajapulasta huolimatta pidettyä hoitajia työsuhhteessa ja rekrytoitua heitä lisää, ryhdyttiin kutsumaan magneettisairaaloiksi niiden vetovoimaisuuden vuoksi. Ilmiötä alettiin tutkia enemmän ja Amerikassa Academy of Nursingin rahoittamaan alkuperäiseen tutkimukseen osallistui 46 sairaala. Tutkimuksen avulla saatiin selville 14 vetovoimatekijää. Nämä 14 ominaisuutta erottivat vetovoimaiset sairaalat niistä sairaaloista, jotka eivät hoitajapulan aikana pystyneet muun muassa pitämään hoitajia työsuhhteessa. Aiheesta tehtiin lisätutkimuksia, jotka osoittivat, että monien näiden tekijöiden ansiosta kehittyi myös hoitajille optimaalisempi työympäristö. Tutkimuksissa kävi myös ilmi, että ympäristöllä oli selvä vaikutus sekä hoitaja- että potilastuloksiin. Jotta sairaala voisi käyttää magneetti-nimitystä, täytyy niiden vaalia erinomaista toimintakulttuuria, resurssit tulee kohdentaa tehokkaasti ja huolellisesti sekä hoitajien ammatillista kehitystä sekä potilashoidon kehitystä täytyy ylläpitää aktiivisesti. (Best practice 2010, 1.)

1. Hoitotyön johtamisen laatu	<ul style="list-style-type: none"> - Laatu tarkasteltaessa, tärkeä vahvuus on näkyvä hoitotyön johtajuus. - Hyvällä johtamisella saadaan hoitohenkilökunta sitoutumaan työhönsä. - Hyvä johtaja kuuntelee ja tukee alaisiaan.
2. Organisaatorakenne	<ul style="list-style-type: none"> - Organisaatorakenne on matala. - Organisaation ylin johto antaa tukensa hoitotyön johtajille, jotka johtavat yksiköitä itsenäisesti.
3. Johtamisen tyyli	<ul style="list-style-type: none"> - Magneettisairaalamallissa johtamistyyli on osallistavaa. - Johtajien tulee olla helposti lähestyttäviä, keskustelevia sekä näkyviä. - Tiedonkulku henkilöstön ja johdon välillä tulee olla sujuvaa.

4. Henkilöstökäytänteet- ja -ohjelmat	<ul style="list-style-type: none"> - Palkat ovat kilpailukykyisiä. - Työaika-autonomiaa käytetään. - Urakehitystä tuetaan. - Henkilökunnan osallistuminen huomioidaan henkilöstöohjelmia laadittaessa.
5. Ammatilliset hoitotyön mallit	<ul style="list-style-type: none"> - Henkilökunnan tehtävänä on vastata itsenäisesti hoitotyön malleista. - Magneettisairaaloissa käytetään näyttöön perustuvia hoitotyön malleja.
6. Hoidon laatu	<ul style="list-style-type: none"> - Potilaan hoidon tulee olla mahdollisimman laadukasta.
7. Laadun parantaminen	<ul style="list-style-type: none"> - Laadun parantaminen on magneettisairaaloiden jatkuva prosessi.
8. Konsultaatio ja voimavarat	<ul style="list-style-type: none"> - Magneettisairaaloissa asiantuntijahoitajat ovat helposti lähestyttävissä. Heidän tehtävänä on toimia konsultteina.
9. Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> - Henkilökunta toimii itsenäisesti ammatillisten normien mukaisesti. Heillä on siihen lupa ja sitä edellytetään heiltä.
10. Yhteisöllisyys	<ul style="list-style-type: none"> - Magneettisairaaloissa on pyritty kehittämään yhteisöllisyyttä jatkuvilla ohjelmilla, jotka ovat pitkä kestoisia ja voivat ulottua sairaalan ulkopuolelle.
11. Sairaanhoitajat opettajina	<ul style="list-style-type: none"> - Tietotaitoa siirretään eteenpäin hoitajalta toiselle. - Potilaita ohjeistetaan itsehoitoon. - Opiskelijoita ohjataan laadukkaasti.
12. Hoitotyön imago	<ul style="list-style-type: none"> - Magneettisairaalat tarjoavat laadukasta hoitoa.
13. Monitieteiset suhteet	<ul style="list-style-type: none"> - Magneettisairaaloissa vallitsee hyvät yhteistyösuhteet sekä keskinäinen kunnioitus.
14. Ammatillinen kehittyminen	<ul style="list-style-type: none"> - Magneettisairaaloissa halutaan taata henkilöstön jatkuva kehittyminen.

Taulukko 1: 14 vetovoimatekijän malli (Surakka 2009, 30-31; American Nurses Credentialing Center (ANCC). 2017b).

Magneettisairaalastatuksen hankkiminen on ollut mahdollista jo muutaman vuosikymmenen ajan ja statuksen myöntäjä on American Nurses Credentialing Center (ANCC). Magneettistatussairaaloilla tulee olla näyttöä erinomaisesta potilastyöstä sekä laadukkaasta hoitotyöstä. Vetovoimaisuuden arvioinnin avuksi on kehitetty työkaluja, jotta pystyttäisiin tunnistamaan erilaisia vetovoimaisuuteen liittyviä tekijöitä. Työkaluilla arvioidaan henkilöstön työolosuhteita.

ta, ammatillisia hoitotyön käytänteitä sekä hoidon tuloksia. Tutkimuksissa on huomattu, että magneettisairaaloista kolme merkittävää yhtäläisyyttä, jotka erottuvat selkeästi muista veto-voimatekijöistä:

1. Ammattiryhmien kesken vallitsi erinomainen yhteistyö
2. Henkilökunnalla oli hyvät mahdollisuudet päästä vaikuttamaan omaan työhönsä
3. Hoitohenkilökunta keskittyi perustehtäviin

Magneettisairaaloissa vallitsee hyvä vuorovaikutus eri ammattiryhmien ja johdon kesken. Johto on helposti lähestyttävää ja johtaminen on osallistavaa. Autonomiia pidetään myös tärkeänä vetovoimatekijänä magneettisairaaloissa. Hoitajat haluavat päästä vaikuttamaan omaan työhönsä. Kaikkein tärkeimpänä vetovoimatekijänä pidetään kuitenkin sitä, että hoitaja pystyy keskittymään perustehtäviinsä eli potilaan hoitoon. (Surakka 2009, 27-29.)

Magneettisairaaloiden vetovoimaominaisuuksilla on yhteys hyviin hoitotuloksiin, henkilökunnan hyvinvointiin ja pysyvyyteen sekä sairaalapalveluiden korkeaan laatuun. Työhyvinvointia ja hyvää työympäristöä pidetään yhtenä magneettisairaaloiden tunnuspiirteistä. Hoitajien työ on hyvin suunniteltua, he saavat siihen riittävästi tukea ja heidän kehittymistään tuetaan. Johtajuus ja varsinkin johtajilta saatu tuki on koettu magneettisairaaloissa olevan parempi kuin muissa sairaaloissa. Tutkimuksissa on käynyt myös ilmi, että magneettisairaaloiden luoma työympäristö on positiivisesti yhteydessä potilastuloksiin. Potilaiden hoitajaksot ovat lyhyempiä, potilaat ovat tyytyväisempiä ja potilaskuolleisuus on pienempi. (Sairaanhoitajaliitto 2008, 9-10.)

American Nurses Credentialing Center (ANCC) on kehittänyt 14 alkuperäisestä vetovoimatekijästä, suppeamman 5 vetovoimatekijän mallin. Tämä 5 osatekijän malli on alkuperäiseen 14 osatekijän malliin verrattuna huomattavasti selkeämpi. Uusi malli on kehitetty yhdistelemällä alkuperäisen mallin vetovoimatekijöitä. Uuden mallin osatekijät ovat: Muutosjohtajuus, rakenteellinen voimaantuminen, esimerkillinen ammatillinen voimaantuminen, uusi tieto ja kehitys sekä hoidon laatu ja tulokset. (American Nurses Credentialing Center (ANCC) 2017a.)

Mallin osatekijä	Vetovoimaisuus tekijät
1. Muutosjohtajuus (Transformational Leadership)	- Hoitotyön johtamisen laatu (# 1) - Johtamistyyli (# 3)
2. Rakenteellinen voimaantuminen (Structural Empowerment)	- Organisaatiorakenne (# 2) - Henkilöstökäytännöt ja -ohjelmat (# 4) - Yhteisöllisyys (# 10) - Hoitotyön imago (# 12) - Ammatillinen kehittyminen (# 14)

3. Esimerkillinen ammatillinen voimaantumisen (Exemplary Professional Practice)	<ul style="list-style-type: none"> - Ammatilliset hoitotyön mallit (# 5) - Konsultaatio ja voimavarat (# 8) - Autonomia (# 9) - Sairaanhoidajat opettajina (# 11) - Monitieteiset suhteet (# 13)
4. Uusi tieto ja kehitys (New Knowledge, Innovation, & Improvements)	<ul style="list-style-type: none"> - Laadun parantaminen (# 7)
5. Hoidon laatu ja tulokset (Empirical Quality Results)	<ul style="list-style-type: none"> - Hoidon laatu (# 6)

Taulukko 2: 5 vetovoimatekijän malli (American Nurses Credentialing Center (ANCC). 2017a).

Magneettisairaalaideologiaan istuu hyvin niin sanottu ”lean-ajattelumalli”. Lean-ajattelulla tarkoitetaan sitä, että saadaan oikeita asioita, oikeaan paikkaan, oikeaan aikaan. Näin saadaan eliminoitua kaikki ”hukka”, pienennettyä kustannuksia ja parannettua laatua. Tavoitteena on jatkuva kehittyminen, jotta saataisiin parannettua jo olemassa olevia toimintaprosesseja. Lean-mallin avulla saadaan resurssit paremmin käyttöön sekä toimintaprosessit tehotuvat, tämä on erittäin tärkeää työvoimapulasta kärsivällä terveydenhuoltoalalla. Turhien työvaiheiden karsimisella saadaan vähennettyä työntekijöiden fyysistä ja psyykkistä kuormittumista sekä työnteosta saadaan sujuvampaa ja selkeämpää. On tärkeää, että johto pitää huolen siitä, että kaikki henkilökunnasta ymmärtävät mistä tässä ajattelutavasta on kyse. (Työterveyslaitos 2016.)

Suomessa Kuopion yliopistollisessa keskussairaalassa ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on otettu käyttöön magneettisairaalalinjaukset. Näiden kahden sairaanhoitopiirin lisäksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri on myös mukana hakuprosessissa, jossa haetaan magneettisairaalastatusta. Hyvien hoitotuloksien tukemiseksi, tätä kehityssuuntaa pyritään tukemaan koko maassa. (Sairaanhoitajat 2015.)

3.2 Asiantuntijuus hoitotyössä

Voimakas sidonnaisuus toimintaan ja tilanteeseen tekevät asiantuntijuuden määrittelystä haastavaa. Toisaalta, se määrittellään käyttökelpoiseen tietämykseen perustuvaksi taidoksi ratkaista ongelmia. Korkeatasoinen ja perusteellinen koulutus, muodollinen pätevyys toimia alalla sekä pitkä työkokemus ovat asiantuntijan ominaisuuksia. Lisäksi suullista ja kirjallista kielitaitoa sekä yhteistyö-, ryhmätyö- ja joustavaa päätöksentekokykyä sekä kykyä löytää oikeaa tietoa ja soveltaa sitä odotetaan asiantuntijalta. Yhä enemmän asiantuntijoiden katsotaan kuuluvan osaksi ryhmää, yhtä tai useaa ammattiryhmää edustavassa tiimissä laajan erityistiedon ja kokemuksen haltijana, jonka vuorovaikutuksen tuloksena asiantuntijuus muodostuu sekä lisääntyy. Asiantuntijuuden taustalla ovat ammattien perinteet ja jaettu tietämys,

joka perustuu käytännölliseen osaamiseen sekä teoreettiseen, tieteenalapohjaiseen tietoon. Asiantuntijan työssä tärkeää ovat tieto, sen tuottamistavat sekä niiden muutokset. Sairaanhoidajan korkeatasoinen tietoon perustuva osaaminen ilmenee kykynä ennakoita alan kehitystä, ottaa vastaan vastuu työkäytäntöjen toimivuudesta sekä kykynä analysoida ongelmia. (Hahtela, Korhonen, Laaksonen, Matikainen, & Mäkipää 2011, 13, 34-42.)

Erityisammattillisiin valmiuksiin sairaanhoitajan asiantuntijuudessa kuuluvat hoidon suunnittelu, toteutus, arviointi sekä tutkittuun tietoon perustuva hoitotyö. Ihmisen hoitaminen kokonaisvaltaisesti on hoitotyön perustehtävä sekä sairaanhoitajan tehtävä yhteiskunnassa. Se käsittää yksilöiden, perheiden sekä ryhmien auttamisen ja tukemisen kaikissa terveyteen ja sairautteen liittyvissä toiminnoissa elämäkaaren eri vaiheissa sen alusta loppuun saakka. (Hahtela ym. 2011, 19-20.) Kliinisesti erikoistuneiden, kliinisessä hoitotyössä toimivien hoitajien ja hoitotyön asiantuntijoiden tulee osata soveltaa tutkimuksista ja katsauksista saatua tietoa potilaanhoidossa. (Hotus 2015.)

Näyttöön perustuvaa hoitotyötä pidetään sairaanhoitajan asiantuntijuuden perustana. Parhaan ja ajantasaisen tiedon arviointi sekä käyttö yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä koskeva päätöksenteko ja hoitotyö ovat yleismääritelmä näyttöön perustuvasta hoitotyöstä. Näyttöön perustuminen yksittäisen sairaanhoitajan työssä tarkoittaa valmiutta näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamiseen sekä helposti hyödynnettävässä muodossa olevaa tutkittua tietoa. Potilaan terveydentilaa koskeviin kysymyksiin etsitään vatsauksia näyttöön perustuvassa hoitotyössä yhdistämällä eri lähteistä saatava tieto potilaan hoitoon liittyväksi päätöksenteoksi hyödyntäen tutkittua tietoa, potilaalta saatua tietoa sekä toimintaympäristöön liittyvää tietoa. Työntekijän asiantuntemus sekä taito yhdistää tietolähteistä saatua tietoa ja räätälöidä se parhaaksi mahdolliseksi hoidoksi on keskeistä päätöksenteossa. (Hahtela ym. 2011, 34-42; Eriksson ym. 2015, 44-49.)

Ammatillisen toiminnan sisällön luo selkiintynyt tieto- sekä taitorakenne. Asiantuntemus, itsenäisyys, sitoutuminen työhön sekä eettisyys ja siihen liittyvät ohjeet ovat ominaisuuksia, jotka kuvaavat ammatillisuutta. Ammattikohtaiset tiedot ja taidot, joissa yhdistyvät ammatin hallintaan liittyvä ymmärrys ja tietorakenteet, erilaisissa ympäristöissä kyky soveltaa ammattikohtaisia tietoja ja taitoja sekä kyky kehittää ja ylläpitää ammattiosaamista ovat kolme oleellista asiaa asiantuntijaksi kehittymisessä. (Lauri 2007, 87-89.)

3.3 Hoitotyön johtaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden kokonaisjohtamisen yksi osa on hoitotyön johtaminen, jonka ydintehtävänä on luoda edellytykset hoitotyölle siten, että hoitotyö on

tuloksellista, laadukasta sekä vaikuttavaa. Hoitotyön ja johtamisen asiantuntijuus, alan tutkimuksen tunteminen, käytännön kokemus sekä palvelujärjestelmän ja toimintaympäristön tuntemus ovat hoitotyön johtamisen perusta. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön tunteminen sekä henkilöstön ohjaus ja valvonta ovat edellytyksinä johtajan työnjohdolliseen asemaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 38-39.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä toimivat esimies- ja johtamistehtävissä terveydenhuollon ammattilaiset eli hoitotyön johtajat joiden johtamisosaaminen painottuu eri tavoin eri organisaatioiden ja niiden tasojen mukaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 15, 39). Jotta henkilökunta kykenisi näyttöön perustuvan hoitotyön tekemiseen ja siihen liittyvien haasteiden kohtaamiseen on hoitotyön esimiehen johtamisella merkitystä. Riittävä kliininen tietämys, johtamisen vahva asiantuntemus, vaikutusvalta työntekijöihin ja organisaation johtoon sekä visio hoitotyön suunnan kehittämiseen ovat hoitotyön esimiehen perusta. (Mattila ym. 2011, 82.) Lisäksi tärkeää olisi myös huolehtia, että organisaation eri tasojen asiakas- ja potilastyöllä olisi katkeamaton yhteys hoitotyön johtamisen kanssa (Häggman-Laitila & Pölkki 2015, 3).

Ylimmän johdon ohjaustoiminta on strategista johtamista, joka antaa pohjan päivittäisen toiminnan johtamiselle. Toiminnan arviointi, toimintatapojen valinta, johdon toimintasuunnitelma, resurssien kohdentaminen, vision ja pitkän aikavälin tavoitteiden asettaminen sekä resurssivalinnat ovat strategisen johdon tehtäviä. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 90). Oman työyhteisön johtajaa eli esimerkiksi osastonhoitajia, apulaisosastonhoitajia tai laajemman yksikön johtajan esimiestyötä voidaan kutsua terveydenhuollon lähijohtamiseksi. Osastotasolla lähijohtajan tulee ymmärtää sekä tulkita omassa työyhteisössään koko organisaation strategisia linjauksia käytännön tehtäviksi ja toimiksi. Talousjohtaminen, asiakaspalvelujohtaminen, hoitoprosessien hallinta sekä ammatillisen eettisen arvopohjan ylläpitäminen kuuluvat myös lähijohtajan työhön. (Laaksonen ym. 2012, 8.)

Hoitotyön johtamisen linjaukset on laadittu yhteistyössä alan järjestöjen (Sairaanhoitajaliitto, Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat ry, Tehy, Terveydenhoitajaliitto, SuPer sekä Hallintoylihoitajat ry) sekä yliopistojen, ammattikorkeakoulujen, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon edustajien kanssa. Tarkoituksenaan kohdentaa huomio hoitotyön johtamisen ydintehtäviin sekä niiden vaikuttavuuteen ja täten tukea sosiaali- ja terveystieteiden uudistuksen tavoitteiden toimeenpanoa. Lähes 300 000 hoitotyöntekijää johtaa hoitotyön johtajat, joiden määrän vähentäminen sekä hoitotyön johtamisen vaje on tuottanut huolta. (Häggman-Laitila & Pölkki 2015, 3.)

Hoitotyön johtamisen positiivisista vaikutuksista on saatu näyttöä tutkimuksista (Häggman-Laitila & Pölkki 2015, 3). Hoitotyön johtajuudella, esimiestyöllä sekä johtamisosaamisella on

suuri vaikutus henkilöstöön niin myönteisesti kuin kielteisestikin. Esimiesten toiminnalla voidaan vaikuttaa muun muassa hoitohenkilökunnan työhön sitoutumiseen, työasenteisiin sekä työhyvinvointiin. Moniosaiselle johtajuudelle myönteisen vaikutuksen saamiseksi on tärkeää työtekijälähtöisyys, yksilöllisyys sekä tilannesidonnaisuus. Lisäksi luottamuksella, vastavuoroisuudella, yhteisöllisyydellä, osallisuudella sekä yhteiseen hyvään pyrkivällä aktiivisella toiminnalla on merkitystä työntekijöiden terveyteen, työasenteisiin sekä hyvinvointiin työssä. (Kanste 2011, 34.)

3.3.1 Tiedolla johtaminen

Tiedolla johtamista tukee näyttöön perustuva toiminta. Se on organisaation tiedon tuottamisen ja aineettomien voimavarojen sekä henkisen pääoman eli inhimillisten voimavarojen, organisaation rakenteellisen pääoman ja ulkoisten suhteiden johtamista sekä tiedon hallintaa. Lisäksi organisaation nykytilasta haettu tieto sekä ennakointi tulevaisuuden kehityssuunnista kuuluvat tiedolla johtamiseen. Tiedonvälityksen avoimuus ja järjestelmällisyys, viestintä- ja tietotekniikan käyttö sekä sähköisten välineiden hyödyntäminen ovat tiedolla johtamisen edellytyksiä. Henkilöstön kyvykkyyden ja tietotaidon kehittäminen sekä rohkaiseminen innovatiivisuuteen ja johtamisessa hyödynnetty henkilöstön kokemus ovat inhimillisiä voimavaroja. Toimintamalleja, palvelukonsepteja, päätöksenteko- ja johtamisjärjestelmiä sekä organisaatiokulttuuria kehitettäessä puhutaan rakenteellisesta pääomasta. Yhteistyökumppaneihin sekä asiakkaisiin kohdistettu suhteiden hoitaminen ja toimintayksikön maineen, vetovoimaisuuden, palvelujen sekä imagon kehittäminen ovat ulkoisten suhteiden johtamista. Puolestaan uudistumista tukevat liiketaloudelliset sekä henkiset voimavarat luetaan aineettomiksi voimavaroiksi. Tiedon tuottamisen johtamisessa yhteisiksi käytännöiksi jalostetaan ja käsitellään hiljaista tietoa, joka on kokemuksiin ja toimintaprosesseihin liittyvää tieto-taitoa. Sitä voidaan tarkastella myös informaatiojärjestelmiin varastoidun ja käsitteellistetyn tiedon hyödyntämisenä sekä hallintana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 31-33; Mattila ym. 2011, 82.)

Keskeiset peruselementit tiedolla johtamiseen ovat tiedon saaminen hoitotyön käytännöistä sekä vaikuttavista johtamisjärjestelmistä sekä esimiesten käytössä olevat hyvät toiminnan seurantajärjestelmät (Mattila ym. 2011, 91). Koko toimintayksikön sekä muiden toimintaympäristöjen tapahtumien reaaliaikainen seuraaminen on hoitotyön johtajalle tärkeää, sillä hänelle ei riitä tieto vain omasta vastualueestaan. Merkitystä tiedolla on vain silloin kun sitä hyödynnetään. Oikea-aikainen ja virheetön tiedon kerääminen, analysoiminen sekä hyödyntäminen ovat määrätietoisen johtamisen perusta. Strateginen, suorituksen tai osaamisen johtaminen määrittää millä menetelmin, mittarein, järjestelmin ja prosessein toimintaa arvioidaan sekä ohjataan. Lisäksi tiedon edistämiseksi tarvitaan käytäntöjä käsitteellistämään, vä-

littämään, refleктоimaan sekä muodostamaan uutta tietoa. Toiminnan suunnittelussa, henkilöstön osaamisen kehittämisessä sekä päivittäisessä johtamisessa tietoa käytetään suorituksen ja osaamisen johtamisessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 32-33.)

3.3.2 Osaamisen johtaminen

Tulevaisuudessa osaamisen johtaminen tulee korostumaan entistä enemmän. Osaaminen on työntekijältä vaadittavaa energiaa, motivaatiota, tietoja, taitoja, kokemuksia ja kontakteja. (Surakka 2009, 91.) Työyhteisössä osaamisen avulla yksilö suoriutuu tehtävistään, selviytyy pulmallisistakin tilanteista ja kehittää työtään (Laaksonen ym. 2012, 144). Edellytykset luoda kehitystä oppimiselle, luovuudelle, moniammatilliselle yhteistyölle ja innovaatiolle sekä kehittää ja hyödyntää verkostoja ovat kykyjä, joita odotetaan nykyjohtajilta (Surakka 2009, 91).

Osaamisen johtaminen on käytännössä vankkaa ja kokonaisvaltaista johtamistyötä mutta silti johtamisteorioiden lisäksi sillä on käsitteellinen yhteys tiedonhallintaan sekä oppiva organisaatio -ajatukseseen. Johtamista syvällisemmin mallintaa oppiva organisaationäkökulma, joka liittyy organisaatiossa johtamisen oppimiseen ja osaamiseen. Organisaatio, jossa henkilöstö lisää jatkuvasti omaa kykyä luoda todellisuutta sekä tulevaisuutta ja jossa innovatiiviseen yhteistyöhön osallistumista edistetään niin omassa kuin eri organisaatioiden välillä, kutsutaan oppivasi organisaatioksi. (Laaksonen ym. 2012, 146.)

3.3.3 Osallistava johtaminen

Hoitotyön esimieheltä edellytetään osallistavaa johtamista etenkin siirryttäessä näyttöön perustuvaan hoitotyön johtamiseen. Se merkitsee uudelleen suuntaamista ja sitoutumista järjestelmien, toimintatapojen, rakenteiden sekä voimavarojen osalta. Näyttöön perustuvan hoitotyön vahvistamiselle sekä perustyössä onnistumiselle luodaan pohja osallistavalla johtamisella. Esimies, joka on tavoitteellinen ja osallistava poistaa esteitä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi sekä kehittää näyttöön perustuvan hoitotyön edellytyksiä. (Mattila ym. 2011, 83-84.)

Osallistavassa johtamisessa on piirteitä syväjohtamisesta eli transformationalisesta johtamisesta, jossa työntekijän asiantuntemus ja sen kehittyminen sekä ammattitaito ovat perustana (Mattila ym. 2011,84). Työntekijöiden ammatillisuutta sekä päätöksentekoon osallistumista edistävät johtamistavat, jotka perustuvat yhteistyöhön. ”Shared governance” on ulkomaisessa kirjallisuudessa käytetty käsite, jota suomenkielisessä kirjallisuudessa vastaa käsitteet ”osal-

listava johtaminen” sekä ”jaettu johtaminen”. Työtyytyväisyyden ja vaikuttavuuden kannalta henkilöstön ja johdon yhteistyösuhteet ovat tärkeitä. Johdon ja henkilöstön rooleja ei määritellä virallisen aseman mukaan yhteistyöhön perustuvassa johtamisessa, vaan esimerkiksi päätösvaltaa delegoidaan työntekijöille projektin tehtävien mukaan. Yhteistyössä yhteisen päämäärän saavuttamiseksi useamman henkilöstön voimavarat, osaaminen, asiantuntemus sekä tieto yhdistyvät. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 34.)

Organisaatiossa työskenteleville ammattilaisille voidaan delegoida ammatilliseen toimintaan liittyvää päätöksentekovaltaa osallistavan johtamisen avulla. Tämä antaa mahdollisuuden vaikuttaa organisaation muihin toiminta-alueisiin ja tukee hoitohenkilöstön oman työn ammatillisia vaikutusmahdollisuuksia. Luottamuksellinen ilmapiiri sekä johtamistavan muutokseen sitoutuminen kaikkien, myös ylimmän johdon osalta ovat osallistavan johtamisen perustana, jonka on todettu parantavat henkilöstön ja johtajien välistä vuorovaikutusta sekä tiedottamista, työolosuhteita sekä ilmapiiriä. Vetovoimainen sairaala eli magnet hospital -konseptissa on sovellettu juurikin osallistavaa johtamista, josta on saatu vaikuttavaa näyttöä muun muassa terveyspalvelujen laadusta, potilasturvallisuudesta sekä henkilöstön hyvinvoinnista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 34-37.)

3.4 Työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä hoitoalalla

Jokainen hoitaja viettää työpaikallaan paljon aikaa. Tämän vuoksi työhyvinvointi on kaikille tärkeää ja siihen on monia vaikuttavia tekijöitä. Työhyvinvointi voidaan jakaa fyysiseen sekä psyykkiseen hyvinvointiin. Fyysiseen hyvinvointiin lasketaan muun muassa työergonomia, työpaikan melu, valaistus, työturvallisuus ja työympäristö kokonaisuudessaan. Kun työntekijä on tyytyväinen tekemäänsä työhönsä, hän kokee henkistä hyvinvointia. Fyysinen ja henkinen hyvinvointi ovat liitoksissa toisiinsa, jos esimerkiksi työpaikan fyysiset ominaisuudet eivät ole kunnossa niin työntekijä tuskin kokee henkistäkään hyvinvointia. (Kommiaho 2011, 8.)

Työhyvinvointiin positiivisesti vaikuttavan hyvät sosiaaliset suhteet sekä hyvä vuorovaikutus henkilöstön ja johdon välillä (Kommiaho 2011, 8-9). Hoitajien konsultoiva kommunikaatio esimiesten sekä lääkäreiden kanssa vaikuttavat positiivisesti hoitajien kokemaan hyvinvointiin. Lisäksi työn yhdessä tekemisellä on vaikutusta työpaikan työilmapiiriin, jolla taas on positiivinen yhteys työhyvinvointiin. (Karhu 2015, 18.) Työtehtävien tulee olla mielekkäitä sekä työn riittävä vaatavuus koetaan myös työhyvinvointia lisääväksi tekijäksi. Hoitotyön johtajien tehtävänä on huolehtia hoitohenkilökunnan työmäärästä, ettei työkuorma pääse kasvamaan liian isoksi, jolloin fyysinen sekä psyykinen hyvinvointi vaarantuvat. Esimiehen tehtävänä on myös huolehtia henkilökunnan osaamisesta ja antaa mahdollisuuksia ammatilliseen kehittymiseen.

seen. Työntekijä voi silloin paremmin kun hän kokee kehittyvänsä omalla alallaan paremmaksi hoitotyön asiantuntijaksi. (Kommiaho 2011, 8-9.)

Hyvinvointi voidaan jakaa myös neljään eri teemaan: kohdesidonnaisuuteen, eettisyyteen, yhteisöllisyyteen sekä työhön asennoitumisen sukupolvisuuteen. Olennainen osa sairaanhoitajan työhyvinvointia on, että sairaanhoitaja voi keskittyä itse olennaiseen eli hoitotyöhön. Kohdehyvinvoinnilla tarkoitetaan sitä, että hoitaja kokee pitkäkestoista hyvinvoinnin tunnetta, joka on seurausta työssä onnistumisesta. Hoitaja onnistuu jossain työn osa-alueella, jonka hän kokee itselleen tärkeäksi ja läheiseksi. Tällä kaavalla työhyvinvointi on työn seuraus, ei edellytys. (Ala-Mursu, Utriainen & Virokannas 2011, 30-31.)

Etiikka on myös yksi tapa tarkastella kohdesidonnaisuutta. Hyvän tekeminen sekä potilaan hyvä hoito ovat eettisen hoitotyön periaatteita. Tutkimukset ovat osoittaneet, että potilaan hyvällä hoidolla on yhteys hoitajan kokemaan työhyvinvointiin, sitä pidetään myös sen keskeisenä perustana. Etiikka kuitenkin voi aiheuttaa ristiriitaisia tunteita koska hoitajat voivat kokea, että he joutuvat välillä tekemään töitä tavalla, jolla he eivät välttämättä haluaisi ja heidän oma arvopohjansa ja ammattietiikka unohtuvat. (Ala-Mursu, Utriainen & Virokannas 2011, 30.)

Yhteisöllisyys on yksi tärkeimmistä asioista, kun pohditaan työhyvinvointia (Kyngäs & Utriainen 2008, 43-45). Yhteisöllisyys voi olla muun muassa tukea ja vastavuoroisuutta hoitajien kesken (Karhu 2015, 18). Yhteisöllisyyttä pidetään hoitajien sosiaalisena pääomana. Tutkimukset ovat osoittaneet, että sosiaalisella pääomalla on positiivinen vaikutus sairaanhoitajien työhön. Hoitajien keskinäinen arvostus myös nousee yhteisöllisyyden ansiosta. (Ala-Mursu, Utriainen & Virokannas 2011, 30.)

Suuria ikäluokkia kutsutaan kutsumustyöläisiksi. Työn merkitys nuoremmalle sukupolvelle on pienempää kuin vanhemmalle ikäpolvelle. Työn asemaa pidetään suurempana, mitä vanhempaa ikäluokkaa tarkastellaan. Ikäryhmillä on eroja työhyvinvoinnin kokemisessa, iäkkäät ovat tyytyväisempiä työhönsä kuin nuorempi sukupolvi. (Ala-Mursu, Utriainen & Virokannas 2011, 30-31.) Karhu (2015) osoittaa myös tutkimuksessaan, että iäkkäät kokevat nuorempaa sukupolvea enemmän tyytyväisyyttä työtään kohtaan ja ovat sitoutuneempia siihen.

Utraisen ja Kynkään (2008) toteuttamassa tutkimuksessa työhyvinvointia lisääväksi tekijäksi nousi myös potilashoito. Korkeatasoisesti toteutettu potilastyö oli merkittävä työhyvinvointia lisäävä tekijä hoitajien keskuudessa. Tyytyväisyyteen liittyi muun muassa kokemus kehujen saamisesta, hyvän hoidon tuottamisesta sekä ilo potilaiden paranemisesta. Palkka, edut sekä palkkioiden saaminen ovat sisäisten tekijöiden lisäksi työhyvinvointia lisääviä tekijöitä. Tutkimukset ovat myös osoittaneet että työn ja kodin yhteensovittamista pidetään tärkeänä osa-

na työhyvinvointia. Myös muun muassa kohtuullisella työmäärällä, työympäristöllä, henkilökunnan määrällä sekä työn tekemiseen käytettävällä ajalla on merkitystä hoitajien kokemaan työhyvinvointiin. (Kyngäs & Utriainen 2008, 43-45.)

4 Taustana kehittämistyö

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri on pysynyt kehityksen matkassa hakemalla magneettisairaalarastatusta muun muassa uudelle lastensairaalaralle sekä syöpäkeskukselle (Husari 2015, 37). Jatkuvan kehityksen tiimoilta eräässä sairaalassa on perustettu 15 asiantuntijaryhmää syksyn 2015 aikana työyhteisön kehityksen apuvälineeksi. Syksyn 2015 ja kevään 2016 aikana toteutettiin tämän erään sairaalan sekä Laurean ammattikorkeakoulun kanssa kehittämistyön, joka käsitteli asiantuntijatyöryhmien nykytilaa sekä toimintaa. Kehittämistyössä selvitettiin kuuluuko henkilökunnan ääni tarpeeksi hallinnon päätöksenteossa ja miten tämä ääni kulkeutuu hallintoon. Miten asiantuntijaryhmät järjestäytyvät; miten ryhmät toimivat, mitä ryhmissä käsitellään, mistä aiheet tulevat, kuinka usein ryhmät kokoontuvat, miten ryhmien jäsenet valikoituvat ja kauanko hallintoaika kestää. Näiden avulla selvitettiin, miten ryhmät olivat lähteneet toimimaan.

Kehittämistyössä haastateltiin asiantuntijatyöryhmien puheenjohtajia kevään 2016 aikana. Haastattelut toteutettiin haastateltavien työyhteisöissä teemahaastattelurungon avulla jonka teemoiksi valikoituivat valinta, ryhmä, kokoontuminen, tiedonkulku sekä asiantuntijuusmalli. Kehittämistyön tuotoksena syntyi ajankohtaista materiaalia asiantuntijaryhmien nykytilasta. Kiinnostus magneettisairaalamallista ja sen ajankohtaisuudesta sai jatkamaan aiheen syvempään tarkasteluun hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata magneettisairaalamallia hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa vetovoimaisen sairaalan eli magneettisairaalan vetovoimatekijöistä. Opinnäytetyön kysymykset ovat; Mitkä tekijät magneettisairaalamallissa lisäävät hoitohenkilökunnan työhyvinvointia? Millaista on johtaminen magneettisairaalamallissa hoitohenkilökunnan näkökulmasta? Miten magneettisairaalamallissa on otettu huomioon hoitohenkilökunnan asiantuntijuuden kehittäminen?

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus aineistonkeruumenetelmänä

Kirjallisuuskatsauksen yleisimmin käytetty perustyyppi on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jota voidaan luonnehtia yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Tutkimuskysymykset voivat olla väljempää kuin meta-analyysissä tai systemaattisessa katsauksessa. Vaikka käytetyt aineistot ovat laajat eikä metodiset säännöt rajaa niiden valintaa, laaja-alainen tutkittavan ilmiön kuvaus sekä sen ominaisuuksien luokittelu ovat mahdollisia. (Salminen 2011, 6.)

Luonteeltaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöistä sekä ymmärtämiseen tähtäävää ilmiön kuvausta. Tutkimusmenetelmän vahvuutena on argumentoitavuus sekä mahdollisuus ohjata perustellusti tarkastelu tiettyihin erityiskysymyksiin. Puolestaan kritiikkiä se on saanut sattumanvaraisuudesta sekä subjektiivisuudesta tutkimusmenetelmänä. (Hoitotiede 2013, 291-299.)

Narratiivinen ja integroiva katsaus ovat kaksi hieman erilaista suuntausta, jotka erottuvat kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta. Käsiteltävästä aiheesta pystytään saamaan laaja kuva sekä kuvailla sen historiaa sekä kehityskulkua narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Lisäksi se on kirjallisuuskatsauksista metodisesti kevyin muoto. Kun tutkittavaa ilmiötä halutaan kuvata mahdollisimman monipuolisesti ja siitä halutaan tuottaa uutta tietoa, käytetään integroivaa kirjallisuuskatsausta. (Salminen 2011, 6-8.)

Kaikki kirjallisuuskatsaukset sisältävät tietyt prosessin vaiheet tyypistään riippumatta. Viisi vaihetta jakautuvat katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittämiseen, kirjallisuushakuun ja aineiston valintaan, tutkimuksen arviointiin, aineiston analyysiin ja synteysiin sekä tulosten raportointiin. Suunnan koko prosessille antaa ensimmäinen vaihe, jossa määritellään kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja tutkimusongelma. Tutkimusongelmien tai -kysymysten laajuuteen kannattaa kiinnittää huomiota, sillä ongelmia saattaa syntyä muun muassa aineiston kanssa. Liian laaja kysymys saattaa tuottaa liikaa aineistoa ja puolestaan liian suppealla kysymyksellä aineistoa ei välttämättä löydy ollenkaan. (Axelin, Stolt & Suhonen 2015, 24.)

Kirjallisuuskatsauksen aikaa vievin osuus sekä luotettavuuden kannalta keskeisin on kirjallisuushaun ja aineiston valinnan vaihe. Virheiden minimoimiseksi hakustrategia kannatta suunnitella tarkasti, sillä se vaikuttaa katsauksen tuloksiin. Aineistoa on hyvä hakea laajasti niin sähköisesti kuin manuaalisestikin ja sen hakusanoina voidaan käyttää esimerkiksi tutkijan

määrittelemiä keskeisiä käsitteitä. Mukaanotto- sekä poissulkukriteerit ovat olennainen osa aineiston hakuprosessia ja pitävät huolen siitä, että katsaus pysyy halutuissa raameissa. Aineiston valintaa tarkastellaan ensin otsikkotasoisesti sitten abstraktitasoisesti ja lopuksi tarkastellaan tekstejä kokonaisuudessaan. Hakuprosessissa tärkeää ovat muistiinpanot tehdyistä hauista ja mukaan otetuista sekä poissuljetuista aineistoista, sillä kirjallisuuskatsauksessa se tulee kuvata niin, että halutessaan lukija pystyy sen toistamaan. (Axelin ym. 2015, 25-27; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010,70-73.)

Arviointi on tutkimuksen kolmas vaihe, jossa tarkastellaan ja perehdytään hakuprosessin perusteella valittuun aineistoon. Katsausmenetelmä ja valittu aineisto määrittää arviointia, joten siihen ei ole vain yhtä tapaa eivätkä kaikki katsausmenetelmät vaadi laadun arviointia. Tarkoitus arvioinnissa on tarkastella oman tutkimusongelman tai -kysymyksen kannalta saadun tiedon kattavuutta, tulosten edustavuutta sekä merkityksellisyyttä. (Axelin ym. 2015, 28-30.)

Valittujen tutkimusten tuloksista tehdään neljännessä vaiheessa yhteenveto sekä luokittelu. Tätä vaihetta kutsutaan aineiston analyysiksi ja synteetiksi. Analyysivaihe onkin hyvin vahvasti yhteydessä arvioivaan vaiheeseen. Aineistosta kerätään muun muassa yhtäläisyyksiä ja eroja luokittelun ja järjestämisen avulla, joista luodaan aineiston kokonaiskuva ja ymmärrys. Analyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen, jossa ensimmäisessä vaiheessa kuvataan tutkimuksen sisältö, toisessa vaiheessa tehdään merkintöjä aineistosta ja muodostaa näiden avulla luokkia ja kategorioita tai teemoja. Kolmannessa vaiheessa muodostetaan synteesi eli kokonaisuus eroista ja yhtäläisyyksistä, jossa esitellään ristiriitaiset tulokset sekä yleinen kuva yksittäisistä tuloksista. (Axelin ym. 2015, 30-32.)

Lopuksi kaikki edellä mainitut vaiheet raportoidaan mahdollisimman tarkasti lopulliseen muotoonsa. Raportoinnissa tärkeää on tarkkuus sekä tutkimuksen toistettavuus. Pohdinta tulosten hyödynnettävyydestä eri näkökulmista sekä kriittisyys tulee näkyä raportoinnissa. (Axelin ym. 2015, 32-33.)

6.2 Aineistonkeruun toteutus

Tiedonhaku aloitettiin osallistumalla Laurean ammattikorkeakoulun järjestämään opinnäytetyön tiedonhankintatyöpajaan. Opinnäytetyön aineistoja etsittiin erilaisista tietokannoista, joita olivat Medic, Melinda sekä Google Scholar. Lisäksi hauissa käytettiin Porvoon campuksen sekä Vantaan kaupungin kirjastoa ja manuaalista hakua käymällä läpi aineistojen lähdeluette-
loja. Aineistoa haettiin seuraavilla hakusanoilla; magneettisairaala, magneettisairaalamalli, magneettisairaalamallastatus, vetovoimainen sairaala, vetovoimainen terveydenhuolto. Jotta opin-

näytetyön kannalta saatiin osuvaa aineistoa, käytettiin apuna fraasihakua sekä katkaisumerkkiä.

Aineistojen valinta aloitettiin tarkastelemalla aineistoja otsikkotasolla. Otsikosta tai tiivistelmästä tuli käydä ilmi, että aineisto käsittelee magneettisairaalamallia opinnäytetyön rajauksen mukaisesti. Luotettavan opinnäytetyön kannalta asiasana haun lisäksi tarvittiin mukaanotto- ja poissulkukriteerejä. Ajankohtaisen tiedon saamiseksi opinnäytetyöhön otettiin mukaan vain vuodesta 2007 eteenpäin julkaistut suomen- sekä englanninkieliset aineistot. Lisäksi aineistotyyppiin tuli olla väitöskirja, pro gradu -tutkielma, liseniaatti, tutkimusartikkeli tai tieteellisen lehden artikkeli ja saatavana maksutta kokotekstinä. Poissulkukriteerit olivat ennen vuotta 2007 julkaistut aineistot, muut kuin suomen- ja englanninkieliset julkaisut sekä samantai alemman tason työt. Mikäli otsikosta tai tiivistelmästä ei käynyt ilmi, että aineisto vastaa opinnäytetyön rajausta, niitä ei otettu tarkempaan tarkasteluun. Lopullinen aineisto valikoitui kokotekstejä tarkasteltaessa.

MUKAANOTTOKRITERIT	POISSULKUKRITERIT
-Vuodesta 2007 eteenpäin julkaisut aineistot.	-Ennen vuotta 2007 julkaistut aineistot.
-Suomen- ja englanninkieliset aineistot.	-Muut kuin suomen- tai englanninkieliset aineistot.
-Väitöskirjat, pro gradut, liseniaatit, tutkimusartikkelit, tieteellisen lehden artikkelit	-Saman tai alemman tason työt.
-Saatavana maksutta kokotekstinä.	-Maksulliset tai ei kokotekstinä saatavissa.

Taulukko 3: Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Hakusanalla magneettis* tuotti Melindasta 130 hakutulosta. Sisäänottokriteerien perusteella valittiin kymmenen (10) tarkempaan tarkasteluun, jonka jälkeen poissulkukriteerien avulla hyväksyimme kirjallisuuskatsaukseen kaksi (2). Puolestaan fraasi ”vetovoimainen sairaala” tuotti hakutuloksia viisi (5) ja ne kaikki täyttivät sisäänottokriteerit. Kirjallisuuskatsaukseen näistä päätyi yksi (1). ”Vetovoimainen terveydenhuolto” fraasilla Melindasta tuli kaksi (2) hakutulosta, jotka valitsimme mukaan kirjallisuuskatsaukseen.

Medic tietokannasta hakutuloksia sanalla magneettis* tuli 37. Näistä sisäänottokriteerien perusteella valikoitui seitsemän (7) aineistoa. Poissulkukriteerien jälkeen kirjallisuuskatsaukseen valittiin yksi (1) aineisto. Samasta tietokannasta fraasilla ”vetovoimainen terveydenhuolto” saimme yhden (1) aineiston, jonka valitsimme myös kirjallisuuskatsaukseen mukaan. Puolestaan fraasi ”vetovoimainen sairaala” ei tuottanut hakutuloksia Medicin tietokannasta.

Tietokanta Google Scholar tuotti hakusanalla magneettisairaala yhteensä 65 hakutulosta, joista mukaanottokriteerien jälkeen jäljelle jäi kymmenen (10). Näistä yksi (1) valittiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Hakusana magneettisairaalamalli tuotti 52 hakutulosta, joista otettiin mukaan kahdeksan (8) aineistoa. Kirjallisuuskatsaukseen näistä ei valikoitunut yhtään aineistoa. Kolmannessa haussa Google Scholarissa käytimme fraasia ”vetovoimainen sairaala”, joka tuotti 60 hakutulosta, joista mukaanottokriteerien perusteella valittiin kymmenen (10). Näistä yksi (1) valikoitui mukaan kirjallisuuskatsaukseen.

Manuaalihakut tehtiin kaikista mukaanottokriteerien täyttämistä aineistoista, joita tuli yhteensä 51. Kun aineistosta poistettiin päällekkäiset tulokset, jäljelle jäi 31. Lisäksi useita manuaalihakuja tehtiin Porvoon campuksen kirjastossa esimerkiksi lehtien artikkeleista. Nämä eivät kuitenkaan tuottaneet yhtään tulosta. Aineiston hakuun käytettiin myös pääkaupunkiseudun yleisten kirjastojen kirjastoverkkoa (HelMet). HelMet -tietokannasta hakusanoilla vetovoim* ja terv* tuotti neljä (4) tulosta, joista kirjallisuuskatsaukseen valikoitui yksi aineisto. Manuaalihakujen tuloksista kirjallisuuskatsaukseen mukaan päätyi kuusi (6) aineistoa. Useat tietokannat tuottivat samoja hakutuloksia, jonka takia taulukon aineistomäärät ovat suurempia mitä kirjallisuuskatsaukseen valittiin.

Hakutulokset dokumentoitiin numeraalisesti taulukkoon. Lisäksi hakujen oleelliset tiedot tallennettiin Word-tekstinkäsittelyohjelmaan, joita olivat tietokanta, hakusana(t), rajaus, hakutulosten kokonaismäärä sekä mukaanottokriteerein valittujen aineistojen lukumäärä. Tietokannoittain haun oleellisten tietojen alle koottiin sisäänottokriteerien perusteella mukaan valitut aineistot, joista kirjoitettiin ylös aineiston nimi, tekijä(t), julkaisu- ja julkaisu-kohteen kuten lehden tiedot tai mahdollinen Internet-osoite. Näin varmistettiin että haun tuottamat aineistot löytyvät tarvittaessa uudelleen.

Tietokanta	Hakusanat	Hakusanalla saadut tulokset	Sisäänottokriteerien täyttämät julkaisut	Opinnäytetyön aineistoksi hyväksytyt julkaisut
Melinda	Magneettis*	130	10	2
	"Vetovoimainen sairaala"	5	5	1
	"Vetovoimainen terveydenhuolto"	2	2	2

Medic	Magneettis*	37	7	1
	"Vetovoimainen terveydenhuolto"	1	1	1
	"Vetovoimainen sairaala"	0	0	0
Google scholar	Magneettisairaala	65	10	1
	Magneettisairaalamalli	52	8	0
	"Vetovoimainen sairaala"	60	10	1
HelMet	Vetovoi* & Terv*	4	3	1
Manuaalinen haku		31	11	6
Yhteensä	(sisältää päällekkäisiä hakutuloksia)	387	67	16

Taulukko 4: Hakutulokset

Opinnäytetyön aineistoksi valikoitui kymmenen (10) aineistoa. Aineistot koostuivat kahdesta tieteellisestä artikkelista, ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyöstä, pro gradu -tutkielmasta sekä kuudesta (6) englanninkielisestä tutkimuksesta. Taulukossa viisi (5) esitelään aineistot sekä niiden päätulokset opinnäytetyönkysymyksittäin.

Artikkelin/tutkimuksen tiedot	Artikkelin/tutkimuksen päätulokset opinnäytetyönkysymyksittäin 1. Hyvinvointi 2. Johtaminen 3. Asiantuntijuus
Hoitotyön vuosikirja 2008, s. 9-20 Vetovoimainen Sairaala Koponen, L & Meretoja, R.	1. Keskeisimmiksi hyvinvointia lisääviksi tekijöiksi nousivat: tiimityö, mahdollisuus päätöksentekoon, työolot ja vuorovaikutus. 2. Vetovoimaisessa organisaatiossa avainasemassa on osallistumiseen kannustava johtajuus, motivointi sekä palkitseminen. 3. Henkilöstön asiantuntijuuden kehittyminen taataan perehdytys- ja täydennyskoulutuksella sekä kehittämisohjelmilla.
Hoitotyön vuosikirja 2008, s. 69-88 Magneettisairaalamalli erinomaisten hoitotyön mahdollistajana Kvist, T., Miettinen, M., Partanen, P., Pitkäaho, T., Turunen, H. & Vehviläinen-Julkunen, K.	1. Henkilöstön hyvinvointia turvasivat hyvin suunniteltu ja merkityksellinen työ sekä tuki ja kehittyminen työssä. Työhyvinvointia lisäsi myös kohtuullinen työmäärä. 2. Johdon tehtävänä on antaa tukea ja luoda edellytyksiä korkeatasoiselle työlle. 3. Magneettisairaalassa sairaanhoitajien osaamista laajennettiin sen sijaan, että henkilöstöä olisi vähennetty.

<p>Vetovoimainen sairaala Aineeton palkitseminen osa työhyvinvointia Jyväskylä 2010 Ylempi AMK</p> <p>Kärkkäinen, M.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aineettoman palkitsemisen menetelmistä työsuhteen pysyvyys, työsuhteen jatkuvuus, työajan jousto, kiitos sekä palautteen anto olivat työntekijöiden hyvinvointiin eniten vaikuttavia tekijöitä. 2. Vetovoimaisessa sairaalassa aineeton palkitseminen on tärkeä osa lähijohtamista. 3. Vähiten lähijohtajat käyttivät aineettoman palkitsemisen keino- na kehitysmahdollisuuksia, esimerkiksi erikoisosaamisen hankkiminen.
<p>Magneettisairaalatutkimukset vuosina 1999-2007. Syste- maattinen kirjallisuuskatsaus Kuopion yliopisto 2008 Pro gradu -tutkielma</p> <p>Halmeaho, K. & Pihlmaa, E.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hoitohenkilökunnan työhyvinvointia lisäsivät päätöksenteko, johtajien tuki, hoitajalääkäriyhteistyö, työyhteisö sekä uralla eteeneminen. 2. Näkyvä, avoin, visionäärinen sekä kuunteleva johtaminen koettiin vetovoimaisuuteen vaikuttavana. Hoidon näyttöön ja laatuun sekä henkilöstön hyvinvointiin on ratkaiseva merkitys hoitotyön johtamisella. 3. Ammatillista osaamista ja asiantuntijuutta pyritään kehittämään hyvällä perehdytys- ja täydennyskoulutuksella sekä urasuunnittelulla.
<p>Comparison of Working Condi- tions Among Nurses in Mag- net® and Non-Magnet® Hospi- tals. 2010. A The Journal of Nursing Administration 7/8/2010. 309- 315.</p> <p>Gurses, A., Han, K., Hopkin- son, S., Johantgen, M., Liang, Y., Storr, C. & Trinkoff, A.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Magneettisairaalassa työskentelevillä hoitajilla oli ei magneetti- sairaalassa työskenteleviin hoitajiin verrattuna epätodennäköi- semmin pakollisia ylitoita sekä päivystyksiä. Lisäksi heidän fyysiset vaatimuksensa olivat vähäisempiä. Työoloissa ei ollut eroja magneettisairaalan ja ei magneettisairaa- lan välillä.
<p>Perceptions of Nurses in Mag- net® Hospitals, Non-Magnet Hospitals, and Hospitals Pur- suing Magnet Status. 2011 The Journal of Nursing Admin- istration 7/8/2011. 315-323.</p> <p>Buerhaus, P., DesRoches, C., Donelan, K., Hess, R. & Nor- man, L.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Magneetti ohjelmalla näyttäisi olevan positiivinen vaikutus hoi- tajiin, heidän päätöksentekokykyyn sekä ammatillisiin suhteisiin. 2. Magneettisairaalassa sekä magneettisairaala statusta tavoittele- vissa sairaaloissa työskentelevät hoitajat arvioivat mahdollisuuden osallistua johtamiseen paremmin kuin ei magneettisairaalassa työskentelevät hoitajat. 3. Magneettisairaalassa työskentelevät olivat hieman paremmin koulutettuja ja heillä oli paremmat mahdollisuudet osallistua työnantajan maksamaan koulutukseen.
<p>Näyttöä Magneettisairaala- mallin vaikutuksista hoitaja- ja potilastuloksiin Best Practi- ce 14(11)/2010, 1-4.</p> <p>JBI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Magneettisairaalassa palkka, etuudet, autonomia, suhteet sekä ohjaus olivat parempaa kuin ei magneettisairaalassa. Magneettisai- raalassa työskentelevillä on korkeampi työtyytyväisyys ja mata- lampi uupumus. 3. Magneettisairaalassa ammatillinen hoitotyön ympäristö oli pa- rempi.
<p>How magnetic are Finnish hospitals measured by trans- formational leadership and empirical quality outcomes? 2012. Journal of Nursing Ma- nagement 2013, 21. 152-164.</p> <p>Kvist, T., Miettinen, M., Män- tynen, R., Partanen, P., Turu- nen, H., Vehviläinen- Julkunen, K. & Wolf, G.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Työhyvinvointi oli tutkimuksessa arvioitu korkealle tasolle. 2. Tärkeimpänä asiana pidettiin hoitotyön johtajien antamaa tukea ammatilliselle kehittymiselle. Näissä neljässä tutkimukseen osallis- tuneessa suomalaisessa sairaalassa johtajien heikoin osa-alue oli palautteen anto ja palkitseminen.
<p>Nurse Outcomes in MagnetA and Non-Magnet Hospitals. 2011. The Journal of Nursing Admin- istration 10/2011, 428-433</p> <p>Aiken, L., Kelly, L. & McHugh, M.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hoitajat olivat tyytyväisempiä magneettisairaalassa kuin ei magneettisairaalassa sekä kärsivät vähemmän hoitotyön aiheutta- masta burnoutista. 3. Tutkimuksessa todistettiin, että magneettisairaaloissa työsken- telee korkeammin koulutettua hoitohenkilökuntaa.

<p>Magnet Hospital attributes in european hospitals: A multi-level model of job satisfaction. 2009. Journal of Nursing Studies 47/2010, 1001-1012</p> <p>Chen, Y-M. & Johantgen, M E.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hoitajat olivat tyytyväisempiä työhönsä muun muassa silloin kuin heillä oli hyvät välit kollegoidensa ja lääkäreiden kanssa. 2. Hoitajat arvostivat sellaisia johtajia, jotka antoivat mahdollisuuden ammatilliselle kehitykselle sekä olivat hyviä työsuunnittelussa ja ongelmatilanteiden ratkaisemisessa. 3. Hoitajilla oli mahdollista oppia uusia asioita ja käyttää heidän taitojaan potilastyössä. Tämä vaikutti myös työhyvinvointiin niin yksilötasolla kuin sairaalatasolla.
---	---

Taulukko 5: Opinnäytetyöhön valittu aineisto

6.3 Opinnäytetyön aineiston analyysi

Aineiston analysoiminen alkaa aina lukemisella ja reflektoinnilla joka tarkoittaa täysin arkisia asioita kuten aineiston lukemista huolellisesti, tekstimateriaalin järjestelyä, sisällön ja/tai rakenteiden erittelyä, jäsentämistä ja pohtimista siitä mitä aineisto sisältää, mistä siinä kerrotaan, millä tavoin sekä missä määrin. Toisinaan aineiston hahmottuminen lukijalle voi kestää jonkin aikaa ja se vaatii keskittymistä sekä useita lukukertoja. On kuitenkin hyvä muistaa, ettei analyysi ole mitään kovin ylevää tai tavallisen ihmisen ulottumattomissa olevaa vaan aineiston tiivistämistä eri tavoin sekä erilaisten näkökulmien ottamista. (Metodix 2015; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a.) Aineiston analyysin aikana epäolennainen aineisto karsitaan ja aineisto esitetään järjestetyssä muodossa jotta jatkoanalyysi ja merkitysten löytäminen helpottuisi. Lisäksi tutkija suorittaa tulkintaa, jossa aiemmin järjestetyn tiedon merkitystä kuvataan sekä tehtyjä johtopäätöksiä todennetaan esitetyn aineiston perusteella. (Taanila 2007.)

Sisällönanalyysiä pidetään perusanalyysimenetelmänä, vaikka se onkin saanut kritiikkiä yksinkertaisuudestaan. Analyysimenetelmänä tämä on hyvin yleinen varsinkin kvalitatiivisiin aineiston analysoimiseen sekä hoitotieteellisten tutkimuksien analysoimiseen. Sisällönanalyysi jakautuu viiteen eri vaiheeseen: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, pelkistäminen, luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Analyysin avulla luodaan käsittekarttoja, käsiteluoituksia, malleja sekä käsitejärjestelmiä. Itse tutkittava ilmiö kuitenkin pyritään kuvaamaan laajasti mutta tiivistetyssä muodossa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 133-134.)

Sisällönanalyysi voidaan tehdä joko deduktiivisesti tai induktiivisesti. Induktiivisessa analyysissä on tarkoituksena edetä aineiston ehdoilla, kun taas deduktiivisessa tehdään analyysirunko aiemman tiedon perusteella. (Elo, Pölkky, Kanste, Kyngäs & Kääriäinen 2011, 138). Induktiivisessä sisällönanalyysissä pyritään järjestämään sanat niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Jos aiheesta ei ole juurikaan aikaisempaa tietoa tai tieto on hajanaista, niin silloin on hyvä käyttää induktiivista sisällönanalyysiä. Pyrkimyksenä on luoda teoreettinen tieto siten, etteivät aikaisemmat havainnot aiheesta vaikuta analyysiin. Induktiivinen analyysi etenee:

pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Deduktiivisessa menetelmässä lähtökohtana ovat teoreettiset käsitteet sekä teoria. Teoreettisten käsitteiden ilmenemistä tarkastellaan myös käytännössä. Deduktiivisessa menetelmässä voidaan käyttää apuna pelkistämistä ja luokitte-
lua. Aluksi alkuperäiset ilmaisut pelkistetään, jonka jälkeen niistä etsitään samankaltaisuuksia. Pelkistetyt lauseet yhdistetään, jolloin muodostuu alakategoria. Alakategorioita yhdistelemällä muodostuvat yläkategoriat, joiden lopputulemana on pääkategoria. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 135-138.)

Analyysi aloitettiin aineiston koko tekstien tarkalla lukemisella. Analysoimisen helpottamiseksi käytettiin värikoodausta opinnäytetyön kysymyksittäin. Ensimmäinen kysymys; Mitkä tekijät magneettisairaalamallissa lisäävät hoitohenkilökunnan työhyvinvointia? koodattiin vihreällä värillä. Toinen kysymys; Millaista on johtaminen magneettisairaalamallissa hoitohenkilökunnan näkökulmasta? koodattiin vaaleanpunaisella värillä ja keltaisella kolmas kysymys; Miten magneettisairaalamallissa on otettu huomioon hoitohenkilökunnan asiantuntijuuden kehittäminen? Jokaisesta aineistosta värjättiin vastaukset opinnäytetyön kysymyksiin, jotta ne olisivat helpommin löydettävissä eikä mitään jäisi huomioimatta.

Aineiston autenttiset lauseet koottiin allekkain Word-tekstinkäsittelyohjelmaan. Autenttiset lauseet pelkistettiin, jonka jälkeen niitä yhdistämällä syntyi alaluokkia ja tästä edelleen yläluokkia, jotka johtivat pääkategorioihin. Jokainen aineisto käsiteltiin yksitellen opinnäytetyön kysymyksittäin samalla tavalla. Tämän jälkeen opinnäytetyön tulokset olivat helposti luettavissa, löydettävissä sekä kirjoitettavissa. Näin tulokset olivat myös helppo kirjoittaa teemoit-
tain omiin kappaleihinsa ja riski siihen, että osa aineistosta jäisi huomioimatta, oli pienempi. (Liite 1)

7 Opinnäytetyön tulokset

7.1 Hoitohenkilökunnan työhyvinvointi magneettisairaalamallissa

Tehokasta vuorovaikutusta, yhteistyösuhteita sekä päätöksentekomahdollisuuksia pidetään hyvinvoivan työympäristön tunnuspiirteinä (Koponen ja Meretoja 2008). Kvist ym. (2012) tutkimuksessa työhyvinvointi oli arvioitu magneettisairaalamallissa korkealle tasolle. Magneettisairaalamallissa tukemalla ja kehittämällä turvattiin henkilöstön hyvinvointia ja kykyä työskennellä tuloksellisesti hyvin suunnitellun sekä merkityksellisen työn avulla. Kokemus työpisteen kii-
reestä ja paineesta oli kohtuullinen magneettisairaalamallissa verraten muihin toimintaympäristöihin työskentelevien henkilöiden mukaan. (Kvist ym. 2008.) Lisäksi magneettisairaalamallissa työs-

kentelevät hoitajat arvioivat olosuhteet työn vaikuttavuudesta, vaikutusvallasta sekä voimaantumisesta hyväksi (JBI 2010).

Kärkkäinen (2010) on tutkinut aineetonta palkitsemista osana työhyvinvointia. Tutkimuksessa aineettoman palkitsemisen menetelminä pidettiin; työsuhteen pysyvyyttä ja jatkuvuutta, työajan joustoa ja järjestelyä, osallistavaa johtamista, vaikutusmahdollisuuksia, päätöksentekoon osallistumista, arvostuksen osoittamista vastuunantamisella ja valtuuksien lisäämisellä, vaativimpien työtehtävien antamista, kiitosta, palautteen antoa sekä kehittymis- ja koulutusmahdollisuuksia. Buerhausin, DesRochesin, Donelanin, Hessin ja Normanin (2011) tutkimuksessa käy myös ilmi, että hoitajilla on mahdollisuus vaikuttaa työpaikan organisaation päätöksiin sekä ottaa osaa hallinnon päätöksentekoon. Työntekijöiden hyvinvointiin arvioitiin olevan melko paljon vaikutusta aineettomalla palkitsemisella (Kärkkäinen 2010). Työntekijöiden silmissä erittäin paljon organisaation vetovoimaisuuteen vaikutti työsuhteen pysyvyys ja jatkuvuus, työajan jousto, kiitos sekä palautteen anto. Myös Halmeahon ja Pihlamaan (2008) tutkimuksessa käy ilmi, että vetovoimaiset organisaatiot käyttävät palkitsemisjärjestelmiä osana työhyvinvointia.

Halmeahon ja Pihlamaan (2008) tutkimuksessa työhyvinvointia lisäsivät useat eri tekijät, joita olivat muun muassa työsuhteen määräaikaisuus, vuorotyö, hoitotyön laadun kehittäminen ja mahdollisuus uralla etenemiseen, oikeus päätöksentekoon sekä itsenäinen vastuu ja mahdollisuus hoidollisiin vuorovaikutussuhteisiin. Työtyytyväisyyttä sekä työn sujuvuutta lisäsi hoitajien autonomia. Tutkimuksessa käy kuitenkin ilmi, että eniten työhyvinvointiin vaikuttavat palkkaus, työn vaatimustaso, itsenäisyys, organisaation toimintaperiaatteet ja toimintaympäristö, johtaminen sekä yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa. (Halmeaho & Pihlamaan 2008.) Magneettisairaalaissa etuudet, autonomia, saatu ohjaus, palkkaus sekä suhteet koettiin hyväksi (JBI 2010). Muun muassa sairaanhoitajien koulutustasoa, hoitohenkilöstön mitoitusta, sairaanhoitajien osuutta koko henkilöstöstä, työsuhteen pysyvyyttä, työtyytyväisyyttä, työuupumusta, halukkuutta vaihtaa työpaikkaa ja lähteä alalta sekä yhteistyön laatua on käytetty työhyvinvoinnin ja työilmapiirin mittareina (Koponen ja Meretoja 2008.). Onkin todettu että sairaaloissa, jotka ovat saaneet magneetti nimityksen, työuupumus on matalampaa, halu jäädä on parempi sekä työtyytyväisyys on korkeampaa (JBI 2010).

Sairaanhoitajien työtyytyväisyyteen vaikuttavat tiimityö sekä hyvät työsuhteet (Koponen ja Meretoja 2008). Myös Halmeahon ja Pihlamaan (2008) tutkimuksessa yhteistyö tiimityöskentelyssä, koulutuksessa sekä hoitamisessa lääkäreiden ja hoitajien välillä koettiin positiiviseksi ja työhyvinvointia lisääväksi tekijäksi. Magneettisairaaloissa hoitaja-lääkäriyhteistyön, ilmapiirin, hoitotyön käytäntöjen sekä johtamisen vaikutuksesta, hoitajat olivat tyytyväisempiä työhönsä kuin ei magneettisairaaloissa (Halmeaho & Pihlamaan 2008). Myös Chenin ja Johantgenin (2010) tutkimus puoltaa samaa asiaa. Puolestaan Buerhausin ym. (2011) tutkimus tuo ilmi,

ettei lääkäreiden ja hoitajien yhteistyössä ollut eroa magneettisairaaloiden ja ei magneettisairaaloiden välillä.

Gursesin ym. (2010) tutkimuksessa käy ilmi, että magneettisairaalassa työskentelevillä oli epätodennäköisemmin pakollisia ylitoita sekä päivystysvuoroja verraten ei magneettisairaalaan. Magneettisairaaloissa oli 13% vähemmän hoitajien burnouteja kuin ei magneettisairaaloissa. Lisäksi tässäkin tutkimuksessa tulee esille, että hoitajat olivat tyytyväisempiä magneettisairaalassa. (Aiken, Kelly & McHugh 2011.) Puolestaan Gursesin ym. (2010) tutkimuksessa todetaan, ettei magneettisairaalan ja ei magneettisairaalan hoitotyön työtyytyväisyydessä ollut eroja.

7.2 Johtaminen magneettisairaalamallissa hoitohenkilökunnan näkökulmasta

Vetovoimaisissa organisaatioissa kannustava johtajuus on avainasemassa (Koponen & Meretoja 2008.) On tärkeää, että hoitotyön ylin johto on vaikutusvallaltaan sekä asemaltaan yhdenvertainen organisaation muun johdon kanssa. Tämä mahdollistaa laadukkaan toiminnan voimaantumalla henkilöstöä, sillä näkyvällä ja arvostetulla asemalla on vaikutusta koko hoitotyöhön. Tärkeänä lähtökohtana johtamistyölle on hoitotyön johtajien korkeatasoinen koulustausta. (Kvist ym.2008)

Kvist ym. (2012) tutkimuksessa tärkeimpänä asiana ammatilliselle kehittymiselle pidettiin hoitotyön johtajien antamaa tukea. Johtajilta saatu tuki muun muassa avuliaisuus sekä kiinnostus henkilöstöstä koettiin paremmaksi magneettisairaaloissa kuin muissa toimintaympäristöissä. Magneettisairaalamallissa toimintaedellytysten turvaamiseksi sekä korkeatasoisen työn luomiseksi johdon tehtävänä on olla herkkänä henkilöstön viesteille sekä mahdollistaa henkilöstön edellytykset korkeatasoiselle työlle. (Kvist ym. 2008) Työntekijöiden motivointia pidetäänkin taitolajina. Henkilöstö tulee tuntea, sillä jokainen työntekijä kokee palkitsemisen yksilöllisesti. (Koponen & Meretoja 2008).

Osallisuus, johtajien visionäärisyys, näkyvyys sekä avoin, kuunteleva vuorovaikutteisuus henkilöstön kanssa ovat vetovoimaisuuteen sekä sairaanhoitajien sitoutumiseen vaikuttavia johtamisominaisuuksia. Hyvä lähijohtaminen magneettisairaalassa on saanut aikaan vahvan yhteyden päätöksenteon, työtyytyväisyyden sekä yhteistyön välille. Ajankohtaisen ja tutkitun tiedon tuominen käytäntöön turvataan hoitotyön johtajien saumattomalla yhteydellä koulutus- ja tutkimustehtävissä toimiviin tahoihin. (Halmeaho & Pihlmaa 2008.)

Henkilöstön motivaatiota, sitoutumista organisaation vetovoimaisuuden vahvistamiseen sekä osaamista voidaan sitoa onnistuneella ja kannustavalla palkitsemisella (Koponen & Meretoja

2008). Kärkkäisen (2010) tutkimuksesta käy ilmi, että lähes kaikki kyselyyn vastanneista (90%) hoitotyön lähijohtajista kokivat aineettomalla palkitsemisella olevan iso merkitys johtamistyössään. Aineettoman palkitsemisen menetelmistä hoitotyö lähijohtajat käyttivät eniten työajan järjestelyjä, kiitosta sekä työajan joustoja. Aineetonta palkitsemista pidetään vetovoimaisen sairaalan piirteenä minkä vuoksi se on kiinteä osa hoitotyön lähijohtajien johtamistyötä.

7.3 Hoitohenkilökunnan asiantuntijuuden kehittäminen magneettisairaalamallissa

Perehdytys- ja täydennyskoulutuksilla sekä systemaattisilla kehittämisohjelmilla turvataan osaaminen ja jatkuva kehittyminen (Meretoja & Koponen 2008; Halmeaho & Pihlmaa 2008). Hoitajilla, jotka työskentelivät magneettisairaaloissa arvioivat keskimääräistä paremmaksi ammattityöskentelyn sekä hoitokäytännöt. Magneettisairaalamallissa todettiin vahvemiksi ammatillinen hoitotyön ympäristö. (JBI 2010.) Lisäksi Halmeahon ja Pihlmaan (2008) tutkimuksessa tulee ilmi, että hoitajien koulutuksen myötä ammatissa eteneminen, urasuunnittelu ja henkilökohtainen kasvu ovat aktiivisempaa sekä ammatillinen osaaminen kasvaa. Tärkeänä asiantuntijuuden kehittymiselle on myös pidetty kokemusten ja osaamisen jakamista sekä siirtämistä työyhteisön sisällä sukupolvelta toiselle (Meretoja & Koponen 2008).

Magneettisairaalamallissa mahdollisuus asiantuntijuuteen ja erityisosaamisen sertifioimiseen lisäsivät ammatillista osaamista sekä kehittymisen kasvua. Sertifioituminen paransi myös hoitajien osaamista. Lisäksi tutkimuksesta käy ilmi, että joissakin vetovoimaisissa organisaatioissa sertifioimisesta maksetaan lisäpalkkio, nostetaan palkkaa ja asiantuntijuudesta saa erillisen diplomin tai merkin. Muuttuneet hoitokäytännöt sekä näyttöön perustuva kehittäminen ovat edistäneet hoitohenkilöstön ammatillista itsetuntoa, päätöksentekokykyä sekä osaamista. (Halmeaho & Pihlmaa 2008).

Velvollisuus täydennyskoulutuksen järjestämiseen on työnantajalla, johon myös työntekijällä on velvollisuus osallistua. Tutkimuksesta kuitenkin todetaan, että erikoisosaamisen hankkimista käytettiin vähiten aineettoman palkitsemisen menetelmistä. Aktiivisuudesta palkitsemista voidaan kutsua silloin kun työnantaja antaa perustellusti luvan käyttää työaika opiskeluihin. Ammatillisiin koulutuksiin pääseminen ei kuitenkaan ole aina itsestäänselvyys. (Kärkkäinen 2010.)

Kvist ym. (2008) artikkelissa tulee ilmi, että magneettisairaaloissa sairaanhoitajia vähennettiin huomattavasti vähemmän ja heitä tuettiin laajentamaan osaamistaan sen sijaan, että henkilöstörakennetta olisi huononnettu korvaamalla hoitotyöntekijöitä vähemmän koulutetulla henkilöstöllä. Tämä vahvistuu Buerhausin ym. (2011) tutkimuksessa, sillä magneettisairaala-

lassa työskentelevien todettiin olevan hieman paremmin koulutettuja. Lisäksi hoitajat arvioivat magneettisairaalassa olevan paremmat mahdollisuudet työnantajan maksamaan koulutukseen (Buerhaus ym. 2011).

8 Pohdinta

8.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Työhyvinvointia lisäävät johdon ja henkilöstön välinen hyvä vuorovaikutus ja sosiaaliset suhteet. Kohtuullinen työmäärä, mielekkäät työtehtävät, palkka, etuudet sekä palkkioiden saaminen vaikuttavat työhyvinvointiin. Lisäksi työn riittävä vaativuus ja sen tekemiseen käytettävä aika, henkilökunnan määrä sekä työympäristö ovat sidonnaisia hoitajien kokemaan työhyvinvointiin. (Kyngäs & Utriainen 2008, 43-45; Kommiaho 2011, 8-9.) Opinnäytetyön tulosten keskeisiksi työhyvinvointia lisääviksi tekijöiksi nousivat palkkaus, johtaminen, organisaation toimintaperiaatteet, työympäristö, työn vaativuus sekä itsenäisyys ja päätöksenteko.

Opinnäytetyön tuloksissa nousi esille, että hoitajia vetää puoleensa sellaiset organisaatiot, joissa tiimityö toimii ja hoitajilla on hyvät ja toimivat työsuhteet lääkäreiden kanssa. Tulevaisuudessa kasvavan potilasmäärän myötä hoitaja-lääkäri yhteistyö korostuu kun sosiaali- ja terveysaloille kaivataan laaja-alaista osaamista ja kustannustehokkuutta. Taloudellisesti tehokas sekä potilaiden, hoitohenkilöstön että lääkäreiden kannalta optimaalinen toiminta onkin ominaista magneettisairaaloille. (Laaksonen, Miettinen, Mäkipää & Saarinen 2012.)

Hoitotyön johtajuudella, esimiestyöllä sekä johtamisosaamisella on suuri vaikutus henkilöstöön ja sen ydintehtävänä on luoda edellytykset hoitotyölle siten, että hoitotyö on tuloksellista, laadukasta sekä vaikuttavaa. Esimiesten toiminnalla kuten luottamuksella, vastavuoroisuudella, yhteisöllisyydellä sekä osallisuudella voidaan vaikuttaa muun muassa hoitohenkilökunnan työhön sitoutumiseen, työasenteisiin sekä hyvinvointiin työssä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 38-39; Kanste 2011, 34.) Opinnäytetyön tuloksissa korostuukin, että vetovoimaisten organisaatioiden hyvä johtaminen on sidonnaista henkilöstön hyvinvoinnin kanssa. Puolestaan henkilöstön hyvinvointi vaikuttaa muun muassa potilasturvallisuuteen sekä terveyspalvelujen laatuun (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 37).

Ammattikohtaisia tietoja ja taitoja tarvitaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa sekä arvioinnissa. Kolme oleellista asiaa asiantuntijaksi kehittymisessä ovat ammatin hallintaan liittyvä ymmärrys ja tietorakenteet, erilaisissa ympäristöissä kyky soveltaa ammattikohtaisia tietoja

ja taitoja sekä kyky kehittää ja ylläpitää ammattiosaamista. (Hahtela ym. 2011, 19-20; Lauri 2007, 87). Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että magneettisairaalamallissa hoitohenkilökunnan asiantuntijuuden kehittyminen on otettu hyvin huomioon. Muun muassa perehdytys- ja täydennyskoulutukset sekä systemaattiset kehittämisohjelmat mahdollistavat hoitohenkilökunnan jatkuvan kehittymisen sekä uralla etenemisen.

Hoitohenkilökunnan palkitseminen vaikuttaa muun muassa tuloksellisuuden ja tehokkuuden sekä yhteisöllisyyden lisääntymiseen. Lisäksi sillä on vaikutuksia henkilöstön sitoutumiseen, parempaan hyvinvointiin sekä työpaikan vetovoimaisuuteen. Palkitseminen voi olla palautteen antoa, etujen saamista, oman osaamisen kehittämistä tai palkkaa ja palkkioita. (Laaksonen ym. 2012, 207-210.) Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että johtajat käyttivät palkitsemismenetelmiä työhyvinvoinnin osana. Palkitsemisen ei tarvitse aina olla suurta ja näkyvää, vaan se voi tulla esille päivittäisessä hoitotyössä muun muassa positiivisen palautteen annolla sekä kiitoksena. Tämä koettiin myös hoitohenkilökunnan puolelta yhdeksi työhyvinvointia lisääväksi tekijäksi.

Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että työntekijän sitoutumiseen vaikuttavat monet eri tekijät ja sillä on laaja-alaisia vaikutuksia koko organisaatioon. Tällöin työn tehokkuus, sujuvuus ja työhyvinvointi paranevat ja työskentely on organisaation tavoitteiden sekä eettisten periaatteiden mukaista. Sitoutunut työntekijä on aktiivinen, osallistuva ja haluaa kehittää ammattitaitoaan sekä arvostaa omaa työtään. Sitoutumista edesauttavat luottamus työntekijöiden ja johtajien välillä. Lisäksi ammattialaan ja organisaation sitoutumista tuetaan oikeudenmukaisella johtamisella, palkitsemis- ja kannustinjärjestelmillä sekä vaikutusmahdollisuuksilla omassa työssään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 36.)

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Vääristyneisiin johtopäätöksiin päädytään helposti, mikäli hakuprosessissa tapahtuu virheitä (Axelin ym. 2015, 25). Luotettavuuden kannalta hakuprosessi onkin hyvin keskeinen vaihe, johon panostettiin käyttämällä riittävästi aikaa sekä dokumentoimalla huolellisesti hakujen tulokset. Luotettavuuden lisäämiseksi aineistoja haettiin eri tietokannoista sekä tehtiin useita manuaalisia hakuja. Muutama englanninkielinen aineisto jouduttiin jättämään pois niiden maksullisuuden takia, mikä heikentää hieman opinnäytetyön luotettavuutta.

Aineiston hakuprosessin luotettavuutta lisäsi osallistuminen tiedonhankinnan työpajaan syksyllä 2016, jonka järjesti tiedonhankinnan lehtori Porvoon campuksella. Luotettavamman hakuprosessin saamiseksi ennen varsinaista hakua tehtiin testihaku, jossa otettiin selvää millaista aineistoa aiheesta löytyy sekä miten hakutulokset saataisiin dokumentoitua selkeästi ja luo-

tettavasti. Hakutulosten dokumentointiin käytettiin taulukon lisäksi Word-tekstinkäsittelyohjelmaa, johon koottiin tietokannoittain oleelliset tiedot sisäänottokriteerien perusteella mukaan valituista aineistoista. Varsinaisen haun luotettavuutta lisäsi tarkasti määritellyt mukaanotto- ja poissulkukriteerit.

Koko opinnäytetyöprosessin ajan on tehty tiiviisti yhteistyötä. Molemmat ovat lukeneet kaikki valitut aineistot työn jokaisessa vaiheessa sekä tehneet samat haut samoilla hakusanoilla samoista tietokannoista luotettavuuden lisäämiseksi. Molemmat ovat noudattaneet tarkasti kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kaikkia vaiheita sekä tehneet yhteistyötä ohjaavan opettajan kanssa.

Tässä opinnäytetyössä on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK) -ohjetta. Tutkimuksen suorittaminen hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla tekee tutkimuksesta eettisesti hyväksyttävää, luotettavaa ja tuloksista uskottavia. Rehellisyyden, yleisen huolellisuuden ja tarkkuuden noudattaminen tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä tutkimuksen ja sen tulosten arvioinnissa ovat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Tutkimuksessa sekä sen tuloksia julkaistaessa tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemää työtä sekä saavutuksia ja viitata julkaisuihin asianmukaisella tavalla. Lisäksi asianmukainen tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja siitä raportointi ovat olennainen osa eettisyyttä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

8.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Vaikuttavaa ja turvallista hoitotyötä symboloivaa magneettistatusta pidetään erinomaisen hoitotyön kultaisena standardina. Magneettistatuksen osatekijöitä, kuten työntekijöiden tyytyväisyyttä ja pysyvyyttä, ammatillista osaamista ja kehittymistä sekä vaikuttavaa moniammatillista yhteistyötä arvioidaan osana turvallista hoitoa. (Kvist ym. 2008, 70). Magneettisairaalamalli näyttäisikin olevan tulevaisuudessa merkittävä toiminnan kehittämisen kannalta, sillä jatkuva uudistuminen ja oppiminen auttavat vastaamaan työelämän ajankohtaisiin haasteisiin ja parantamaan organisaation tuottavuutta (Meretoja & Koponen 2008,9).

Palkitsemista, kuten kiitosta ja palautteen antoa olisi helppo hyödyntää missä tahansa työyhteisössä ja ottaa osaksi päivittäistä johtamista. Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että tätä menetelmää on käytetty paljon työhyvinvoinnin osana. Aineeton palkitseminen itsessään voi olla hyvin pieniä asioita, kuten positiivisen palautteen antamista tehdystä työstä mutta sillä on todettu olevan hyvin suuri merkitys. Palkitseminen voi toki olla myös jotain suurempaa, kuten rahallinen korvaus lisäkoulutautumisesta. Lopputulemana johtajilla on hyvin suuri merkitys koko organisaatioon, sillä heidän vaikutus hoitohenkilökuntaan heijastuu potilaiden

hoitotuloksiin. Tämän vuoksi onkin hyvin tärkeää, että johtajat ottavat henkilökunnan huomioon ja antavat heille palautetta tehdystä työstä.

Magneettisairaalamallissa on otettu myös ikääntyvä hoitohenkilökunta huomioon. Heidän työssä jaksamiseen on kiinnitetty huomiota, samalla kun nuoremmalle sukupolvelle tarjotaan uralla etenemismahdollisuuksia. Ikääntyvien hyvä työssä jaksaminen mahdollistaa myös heidän tietotaitonsa siirtymisen nuoremmalle sukupolvelle. Haasteeksi kuitenkin voi nousta hoitotyön nopea kehitys. Pysykö ikääntyvä hoitohenkilökunta kehityksen matkassa? Tämän vuoksi olisi tärkeää järjestää myös ikääntyville hoitohenkilökunnalle täydennyskoulutusta esimerkiksi teknologian osalta.

Nykypäivänä hoitotyön kehitys velvoittaa hoitohenkilökuntaa kouluttautumaan, jotta hoidon taso pysyy laadukkaana. Magneettisairaalassa hoitohenkilökunnan kouluttautumista pidetäänkin tärkeänä. Tällöin myös johtajien velvollisuus koulutuksen järjestämiseen korostuu. Kiinnostava jatkotutkimusaihe olisikin selvittää magneettisairaaloiden koulutusmahdollisuuksia vielä tarkemmin.

Lähteet

Sähköiset lähteet

American Nurses Credentialing Center (ANCC). 2017a. Announcing a New Model for ANCC's Magnet Recognition Program. Viitattu 18.2.2017.

<http://www.nursecredentialing.org/Magnet/MagnetNews/2008-MagnetNews/NewMagnetModel.html>

American Nurses Credentialing Center (ANCC). 2017b. Forces of Magnetism. Viitattu 18.2.2017.

<http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/HistoryoftheMagnetProgram/ForcesofMagnetism>

Best practice. 2010. Näyttöä magneettisairaala-mallin vaikutuksista hoitaja ja potilastuloksiin. Viitattu 15.12.2016. http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-11_0.pdf

Hotus. 2015. Asiantuntijuusmalli. Viitattu 16.12.2016. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/asiantuntijuusmalli>

Metodix. 2015. Laadullisen aineiston analyysi. Viitattu 6.1.2017.

http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_tai_to_ ja_tiedon_hankinta/08_kysymyksenasettelu_ ja_tutkimusote/8_2_2_5laadullisen_aineiston_analyysi

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Analyysin äärellä. Viitattu 6.1.2017.

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_1.html

Sairaanhoitajaliitto. 2008. Matkalla maineeseen -hanke. Kirjallisuuskatsaus magneettiorganisaatio- ja työhyvinvointitutkimukseen. Viitattu 17.3.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2014/10/MATKALLA-MAINEESEEN1.pdf>

Sairaanhoitajat. 2014. Kansainvälinen yhteistyö. Viitattu 15.10.2016.

<https://sairaanhoitajat.fi/sairaanhoitajaliitto/osallistu-kansainvaliseen-toimintaan/>

Sairaanhoitajat. 2015. Sairaanhoitajat ja hoitotulokset. Viitattu 15.12.2016.

<https://sairaanhoitajat.fi/arkisto/painopistealueet/sairaanhoitaja- ja-hoitotulokset/>

Taanila, A. 2007. Laadullisen aineiston analyysi. Viitattu 6.2.2017.

http://kelo.oulu.fi/jatkokoulutus/AT_Laadullisen_aineiston_analyysi_170407.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 5.2.2017.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Työterveyslaitos. 2016. Lean-ajattelu - tehostaa ja sujuvoittaa terveydenhuollon toimintaprosesseja. Viitattu 6.9.2016.

<http://www.ttl.fi/fi/ratkaisupankki/Sivut/details.aspx?luokka=Ergonomia&item=546>

Kirjat

Axelin, A., Stolt, M. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto.

Hahtela, N., Korhonen, T., Laaksonen, K., Matikainen, A. & Mäkipää, S. 2011. Sairaanhoitaja asiantuntijana. Helsinki: Fioca Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2.painos. Helsinki: WSOYpro.

Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 2., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima.

Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Mattila, L-R., Rekola, L. & Sarajärvi, A. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittymiseen. 1. painos. Helsinki: WSOYpro.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja halintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Helsinki: Yliopistopaino.

Surakka, T. 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla - näin haetaan ja sitoutetaan osaajia. Vammala: Tammi.

Artikkelit

Aiken, L., Kelly, L. & McHugh, M. 2011. Nurse Outcomes in MagnetA and Non-Magnet Hospitals. *The Journal of Nursing Administration* 10/2011, 428-433.

Ala-Mursula, L., Utriainen, K., & Virokannas, H. 2011. Näkökulmia sairaanhoitajien työhyvinvointiin. *Tutkiva hoitotyö* 1/2011, 29-35.

Buerhaus, P., DesRoches, C., Donelan, K., Hess, R. & Norman, L. Perceptions of Nurses in Magnet® Hospitals, Non-Magnet Hospitals, and Hospitals Pursuing Magnet Status. 2011 *The Journal of Nursing Administration* 7/8/2011, 315-323.

Chen, Y-M. & Johantgen, M E. 2009. Magnet Hospital attributes in European hospitals: A multilevel model of job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies* 47/2010, 1001-1012.

Gurses, A., Han, K., Hopkinson, S., Johantgen, M., Liang, Y., Storr, C. & Trinkoff, A. Comparison of Working Conditions Among Nurses in Magnet® and Non-Magnet® Hospitals. 2010. *A The Journal of Nursing Administration* 7/8/2010, 309-315.

Elo, S., Kanste, O., Pölkky, T., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteen tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2/2011, 138-148.

Eriksson, E., Holopainen, A., Kejonen, P., Korhonen, A., Korhonen, T. & Meretoja, R. 2015. Hoitotyöntekijän tärkeä rooli näyttöön perustuvassa toiminnassa. *Tutkiva Hoitotyö* 1/2015, 44-51.

Holopainen, A., Kyngäs, H., Miettinen, M., Pölkki, T., Sipilä, M., Turunen, H. & Voutilainen, P. 2015. Visio sairaanhoitajan työn sisällöstä vuonna 2035. *Tutkiva Hoitotyö* 1/2015 52-54.

Häggman-Laitila, A. & Pölkki, T. 2015. Hoitotyön johtamisen linjaukset ja sote-uudistus. *Tutkiva Hoitotyö* 1/2015, 3.

Koponen, L & Meretoja, R. 2008. Vetovoimainen Sairaala. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008. Suomen graafiset palvelut, 9-20.

JB1.2010. Näyttöä Magneettisairaala-mallin vaikutuksista hoitaja- ja potilastuloksiin *Best Practice* 11/2010, 1-4.

Kanste, O. 2011. Johtajuuden yhteys hoitohenkilöstön työasenteisiin ja työhyvinvointiin. Tutkiva hoitotyö 2/2011, 30-36.

Kommiaho, M. 2011. työhyvinvointi on kaikkien yhteinen asia. Terveydenhoitaja 1/2011

Kvist, T., Miettinen, M., Partanen, P., Pitkäaho, T., Turunen, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2008. Magneettisairaalamalli erinomaisen hoitotyön mahdollistajana. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008. Suomen graafiset palvelut, 69-88.

Kvist, T., Miettinen, M., Mäntynen, R., Partanen, P., Turunen, H., Vehviläinen-Julkunen, K. & Wolf, G. How magnetic are Finnish hospitals measured by transformational leadership and empirical quality outcomes? 2012. Journal of Nursing Management 21/2013, 152-164.

Kyngäs, H. & Utriainen, K. 2008. Hoitajien työhyvinvointi: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 1/2008, 36-47.

Laaksonen, K., Miettinen, M., Mäkipää, S. & Saarinen, J. 2012. Miten terveydenhuoltoalan vetovoimaisuutta voidaan lisätä? Lääkärilehti 13/2012, 1060-1063.

Lehtinen, J., Moreno Crespo, M. & Suometsä J. 2015. Magneetiksi vakain askelin. Husari 7/2015, 37-38.

Meretoja, R. 2007. Vetovoimaisen työpaikan ominaispiirteitä ja edellytyksiä. Sairaanhoidaja 2/2007, 6-8.

Räisänen, H. 2009. Magneettisairaalamallista vetoapua suomalaisen terveydenhuoltoon. Sairaanhoidaja 2/2009, 32-34.

Muut

Halmeaho, K. & Pihlmaa, E. 2008. Magneettisairaalatutkimukset vuosina 1999-2007 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Kuopio.

Karhu, R. 2015. Työhyvinvointi hoitotyössä. Edistävät ja estävät tekijät. Metropolia ammattikorkeakoulu. Helsinki.

Kärkkäinen, M. 2010. Vetovoimainen sairaala. Aineeton palkitseminen osa työhyvinvointia. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä.

Taulukot

Taulukko 1: 14 vetovoimatekijän malli (Surakka 2009, 30-31; American Nurses Credentialing Center (ANCC). 2017b).	11
Taulukko 2: 5 vetovoimatekijän malli (American Nurses Credentialing Center (ANCC). 2017a).	13
Taulukko 3: Mukaanotto- ja poissulkukriteerit	23
Taulukko 4: Hakutulokset	25
Taulukko 5: Opinnäytetyöhön valittu aineisto	27

Liitteet

Liite 1: Esimerkki opinnäytetyön aineiston analyysistä	41
--	----

Liite 1: Esimerkki opinnäytetyön aineiston analyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
<p>”Aineettomalla palkitsemisella arvioitiin myös olevan melko paljon vaikutusta työntekijän työhyvinvointiin.”</p> <p>”Aineettomalla palkitsemisella nähtiin myös olevan vaikutusta työntekijän työhyvinvointiin. Yli puolet hoitotyön lähijohtajista arvioi merkitystä olevan melko paljon.”</p> <p>”Yli puolet 57% vastaajista arvioi aineettomalla palkitsemisella olevan melko paljon vaikutusta työntekijän hyvinvointiin”</p> <p>”Aineettomalla palkitsemisella arvioitiin olevan erittäin paljon vaikutusta organisaation vetovoimaisuuteen työntekijän silmissä. Eniten vaikutusta vetovoimaisuuteen arvioitiin olevan työsuhteen pysyvyydellä ja jatkuvuudella sekä työajan järjestelyillä ja joustoilla kuin esimerkiksi kiitoksella tai palkutteen annolla”</p> <p>”Hoitohenkilöstön kannustamisessa käytetään palkitsemisjärjestelmiä ja organisaatiossa on käytössä yhdessä henkilöstön kanssa laadittuja ohjelmia koskien esim. urakehitystä ja palkkoja.”</p> <p>...</p>	<p>-Aineettomalla palkitsemisella melko paljon vaikutusta työntekijän työhyvinvointiin</p> <p>-Aineettomalla palkitsemisella vaikutusta työntekijän hyvinvointiin</p> <p>-Yli puolet vastaajista arvioi aineettomalla palkitsemisella olevan vaikutusta työntekijän hyvinvointiin</p> <p>”Aineettomalla palkitsemisella vaikutusta organisaation vetovoimaisuuteen työntekijän silmissä. Työsuhteen pysyvyydellä, jatkuvuudella sekä työajan järjestelyillä ja joustoilla arvioitiin olevan eniten vaikutusta vetovoimaisuuteen.</p> <p>-Kannustamisessa käytetään palkitsemisjärjestelmiä ja yhdessä laadittuja ohjelmia koskien esim. urakehitystä ja palkkoja</p> <p>...</p>	<p>palkitseminen osana työhyvinvointia</p>	<p>Työhyvinvoinnin edellytykset</p>	<p>Hoitohenkilökunnan työhyvinvointi</p>
<p>”Hoitajien autonomian koettiin lisäävän heidän työn sujuvuutta ja työtyytyväisyyttä.”</p> <p>”...Hoitotyön laadun kehittämisen lisää työtyytyväisyyttä. Itsenäinen vastuun ja päätöksenteko oikeuden lisääminen lisäsivät myös osaltaan hoitajien kokemaa työtyytyväisyyttä. Työtyytyväisyyttä lisäsivät myös mahdollisuudet hoidollisiin vuorovaikutussuhteisiin, osallistuminen päätöksentekoon sekä hyvät yhteistyösuhteet lääkärinkunnan kanssa.”</p> <p>”Magneettisairaaloissa työskentelevät hoitajat olivat tyytyväisempiä työhönsä kuin ei magneettisairaaloissa työskentelevät hoitajat. Tämä liittyi etenkin hoitajalääkäriyhteistyöhön, ilmapiiriin, hoitotyön käytäntöön ja johtamiseen.”</p> <p>”Työtyytyväisyyteen vaikuttavat eniten palkkaus, työn vaatimustaso, itsenäisyys, organisaation toimintaperiaatteet ja toimintaympäristö, johtaminen sekä yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa”</p> <p>”Hoitohenkilöstön työtyytyväisyyttä lisää merkittävästi yh-</p>	<p>- Autonomia työn sujuvuuden ja työtyytyväisyyden lisääjänä</p> <p>- Hoitotyön laadun kehittämisen, Itsenäinen vastuun ja päätöksenteko oikeuden lisääminen, mahdollisuudet hoidollisiin vuorovaikutussuhteisiin, osallistuminen päätöksentekoon sekä hyvät yhteistyösuhteet lääkärinkunnan kanssa lisäsivät työtyytyväisyyttä</p> <p>- Magneettisairaaloissa työskentelevät hoitajat olivat tyytyväisempiä työhönsä kuin ei magneettisairaaloissa työskentelevät hoitajat, tämä liittyi hoitajalääkäriyhteistyöhön, ilmapiiriin, hoitotyön käytäntöön ja johtamiseen</p> <p>- työtyytyväisyyteen vaikuttavat palkkaus, työn vaatimustaso, itsenäisyys, organisaation toimintaperiaatteet ja toimintaympäristö, johtaminen sekä yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa.</p> <p>-Työtyytyväisyyttä lisää merkittävästi yhteistyö lääkäreiden kanssa etenkin liittyen tiimityöskentelyyn, koulutukseen sekä hoitamiseen. Sekä</p>	<p>Työtyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät</p>		

<p>teistyö lääkäreiden kanssa etenkin liittyen tiimityöskentelyyn, koulutukseen sekä hoitamiseen. Sekä lääkärit että hoitajat kokivat yhteistyön positiivisena ja työhyvinvointia lisäävänä asiana.” ...</p>	<p>lääkärit että hoitajat kokivat yhteistyön positiivisena ja työhyvinvointia lisäävänä asiana. ...</p>			
--	---	--	--	--