



SAIRAANHOITAJIEN JA PERUSHOITAJIEN
TOIMENKUVAT JA KOKEMUKSET
TOIMENKUVISTA TERVEYSKESKUKSEN
VUODEOSASTOILLA

Ihalainen Sari

Opinnäytetyö
Marraskuu 2010
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

IHALAINEN, SARI:

Sairaanhoitajien ja perushoitajien toimenkuvat ja kokemukset toimenkuvista terveyskeskuksen vuodeosastoilla

Opinnäytetyö 90 s., josta liitteitä 18 s.
Marraskuu 2010

Terveyskeskuksen vuodeosastojen toimintamuutoksessa kaksi keskenään samanlaista vuodeosastoa eriytettiin pitkäaikaishoidosta ja akuutisti sairastuneiden potilaiden hoidosta vastaaviksi osastoiksi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien ja perushoitajien toimenkuva kesällä 2009 terveyskeskuksen toiminnanmuutoksen jälkeen heidän itsensä kertomana ja sekä miten perushoitajat ja sairaanhoitajat kokivat toimenkuvansa.

Opinnäytetyö on tehty kvalitatiivista eli laadullista menetelmää käyttäen. Aineisto kerättiin vuodeosastoilla työskenteleviltä perushoitajilta ja sairaanhoitajilta käyttäen anonymisti täytettävää kyselylomaketta, jossa oli kolme avointa kysymystä. Työ analysoitiin sisällönanalyysin avulla.

Tulosten mukaan sairaanhoitajien ja perushoitajien toimenkuvat muodostuivat kliinisestä hoitotyöstä, hoitotyön päätöksenteosta ja yhteistyöstä. Perushoitajien toimenkuvaan kuuluivat lisäksi hoitotyötä avustavat tehtävät.

Sairaanhoitajat kokivat toimenkuvansa pääosin positiivisena, kokemuksissa painottui työhyvinvoinnin lisääntyminen. Perushoitajien kokemukset olivat kriittisempiä kuin sairaanhoitajien kokemukset. He kokivat asemansa työyhteisössä heikentyneen ja toimenkuvien erilaistuneen. Toisaalta perushoitajat kokivat myönteisenä työhyvinvoinnin lisääntymisen. Perushoitajat kokivat myös potilaiden hyötyneen muutoksesta.

Toiminnan nyt vakiinnuttua seurantatutkimuksen kautta voisi selvittää, onko toimintaa kehitetty henkilökunnan mielestä oikeaan suuntaan. Työajanseuranan avulla voisi selvittää työtehtävien ja tehtäviin käytetyn ajan tosiasiallisen jakaantumisen eri ammattiryhmien kesken.

Asiasanat: Toiminnanmuutos, vuodeosastot, sairaanhoitajat, perushoitajat, toimenkuvat

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

IHALAINEN, SARI:

Job Descriptions of Registered Nurses and Practical Nurses and Their Experiences of Their Job Descriptions in Health Centre Wards

Bachelor's thesis 90 pages, appendices 18 pages
November 2010

The purpose of this thesis was to collect information about the job descriptions of registered nurses and practical nurses. Another aim was to chart their experiences of their job descriptions. Two health centre wards were changing their operations at the time of writing this thesis. After the change, one ward provided long-term care and another short-term care.

The method of this study was qualitative. The material of the study was collected by means of a questionnaire survey from registered nurses and practical nurses in the two wards. The material was analysed by means of a qualitative content analysis.

The findings indicated that the job description of registered nurses included nursing, decision-making, and co-operation. On the other hand, the job description of practical nurses covered nursing, decision-making, co-operation, and assisting tasks. Registered nurses were more satisfied with their job description than practical nurses.

Key words: Operational change, health centre wards, registered nurses, practical nurses, job descriptions

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TYÖ JA TOIMINTA TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOILLA.....	6
2.1	Perusterveydenhuollon vuodeosasto	6
2.2	Vuodeosastojen hoitohenkilökunta	8
2.2.1	Sairaanhoitaja	8
2.2.2	Perushoitaja	14
2.3	Muutosprosessit terveydenhuollon organisaatioissa.....	17
2.4	Terveyskeskuksen vuodeosastojen toiminnan muutos	19
2.4.1	Vuodeosastojen toiminta ennen muutosta	19
2.4.2	Toimintamuutoksen toteuttaminen	21
2.4.3	Vuodeosastot muutoksen jälkeen.....	23
2.4.4	Sairaanhoitajan ja perushoitajan toimenkuvat.....	24
3	TYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	26
4	MENETELMÄLLISET RATKAISUT	27
4.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	27
4.2	Aineiston keruu	28
4.3	Aineiston analysointi	30
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	32
5.1	Osallistujien taustatiedot.....	32
5.2	Sairaanhoitajan toimenkuva.....	32
5.2.1	Kliininen hoitotyö	33
5.2.2	Hoitotyön päätöksenteko.....	34
5.2.3	Yhteistyö	34
5.3	Perushoitajan toimenkuva.....	35
5.3.1	Kliininen hoitotyö	36
5.3.2	Hoitotyön päätöksenteko.....	37
5.3.3	Yhteistyö	38
5.3.4	Hoitotyötä avustavat tehtävät	38
5.4	Sairaanhoitajien kokemukset toimenkuvasta	39
5.4.1	Työhyvinvointi on lisääntynyt.....	40
5.4.2	Organisointiongelmia käytännön hoitotyössä	41
5.4.3	Muutos ei ole aikaansaanut edistystä.....	41
5.5	Perushoitajien kokemukset toimenkuvastaan	42
5.5.1	Työhyvinvointi on lisääntynyt.....	43
5.5.2	Organisointiongelmia käytännön hoitotyössä	43
5.5.3	Työhyvinvointi on heikentynyt	45
5.5.4	Hallinnollisia ongelmia.....	46
5.5.5	Potilaat ovat hyötäneet muutoksesta.....	46
5.5.6	Muutos ei ole hyödyttänyt potilaita	47
6	POHDINTA	48
6.1	Opinnäytetyön eettiset näkökulmat.....	48
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus	50
6.3	Tulosten tarkastelu	52
6.3.1	Toimenkuvat.....	52
6.3.2	Kokemukset toimenkuvista.....	59
6.3.3	Päätelmät ja jatkotutkimushaasteet.....	63
6.4	Oma pohdinta	67
	LÄHTEET.....	69
	LIITTEET	73

1 JOHDANTO

Hoitotyön maailma on moninainen ja jatkuvasti kehittyvä. Terveysthuollon organisaatioiden haasteena on säilyttää herkkyys uuden oppimiseen ja toiminnan kehittämiseen. Haasteena on myös säilyttää organisaation vetovoimaisuus, jotta saadaan riittävästi ammattitaitoisia henkilökuntaa. (Lauri 2006, 112; Hopia, Niskanen, Peltokoski & Heikura 2008, 117—119.)

Paikallisia, työyhteisön tai työyhteisöjen sisällä tehtyjä muutoksia tai työn uudelleen organisoitajia tutkittaessa tutkimuksen kohteena ovat usein olleet esimiehet. Tutkimuksissa on todettu, että työntekijöiltä vaaditaan kykyä sopeutua organisaatiomuutoksiin ja että työssä oppiminen ilmenee työntekijän näkökulmasta etenkin ammattitaidon kehittymisenä. Onnistunut muutos vaatii esimiehiltä johtamis- ja vuorovaikutustaitoja sekä kykyä valmentaa yhteisö muutokseen. (Ratilainen 2006, 58—59; Tikkamäki 2006, 328; Erämetsä 2003, 37.)

Terveyskeskuksen vuodeosastoilla tapahtunut toiminnanmuutos sai minut pohtimaan onko muutoksella vaikutusta henkilökunnan toimenkuviin. Tästä syntyi opinnäytetyöni aihe, joka on sairaanhoitajien ja perushoitajien toimenkuvat terveyskeskuksessa kesällä 2009. Opinnäytetyössäni kysyn myös henkilökunnalta heidän kokemuksiaan toimenkuvistaan. Opinnäytetyötä tehdessäni totesin aiheeni varsin ajankohtaiseksi, koska hoitohenkilökunnan toimenkuvia on tutkittu vähän tästä näkökulmasta. (Kuokkanen 2005, 22).

Sairaala on asiantuntijaorganisaatio, jossa mm. koulutus pohja ja työtehtävien profiilit erottavat eri ammattiryhmät toisistaan (Eriksson-Piela 2003, 8). Opinnäytetyöni tarkoituksena on saada työntekijöille ja esimiehille tietoa käytännön työnjaon toteutumisesta vuodeosastoilla sekä henkilökunnan kokemuksista toimenkuvistaan. Tiedon avulla esimiehet voivat arvioida muutoksen onnistumista. He voivat käyttää tietoa hyväkseen jatkossa johtaessaan terveyskeskuksen vuodeosastojen toiminnan eteenpäin kehittämistä.

2 TYÖ JA TOIMINTA TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOILLA

Työn teoreettisena lähtökohtana ja viitekehyksenä ovat hoitohenkilökunnan toimenkuvat ja kokemukset toimenkuvasta terveyskeskuksen vuodeosastojen toimintamuutoksen jälkeen. Työn keskeisiä käsitteitä ovat terveyskeskuksen vuodeosastojen toiminnanmuutos sekä sairaanhoitajan ja perushoitajan toimenkuvat, jotka määrittellään terveyskeskuksessa käytössä olevien toimenkuvauksien, aikaisempien tutkimusten sekä koulutuksen perusteella.

2.1 Perusterveydenhuollon vuodeosasto

Terveyskeskuksen vuodeosastot ovat suomalaiselle terveydenhuollolle ominainen yksikkö. Muissa maissa vuodeosastohoito järjestetään joko erikoissairaanhoidon sairaaloiden yhteydessä, vanhainkodeissa tai hoivakodeissa. Suomesakin terveyskeskussairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosaston toiminta vaihtelee paikallisen tarpeen ja kehityksen mukaan. Vuodeosaston toiminnan painotukset voivat vaihdella pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidosta akuuttisairauksien hoitoon. Toiminnan painotuksena voi myös olla kuntouttava hoito, dementiaa sairastavien potilaiden hoito, päihdekatkaisu, saattohoito tai näiden kaikkien yhdistelmä. Joissakin terveyskeskuksissa on myös erikoissairaanhoidon perustoimintaa kuten elektiivistä kirurgiaa, sisätauteja tai gynekologiaa. Potilaan ottamisesta terveyskeskuksen vuodeosastolle päättää terveyskeskuksen johtava lääkäri tai hänen oikeutuksellaan toinen lääkäri. (Myllymäki & Löppönen 2005, 226.)

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitoketjuja suunnitellaan koko ajan yhä joustavammiksi. Hoidon porrastuksen tehostamiseksi potilaat siirtyvätkin yhä aikaisemmin erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolle jatkohoitoon. Samalla kehitetään vuodeosastoja edullisempia ja kevyempiä hoitopaikkoja, kuten tuettuja asumispalveluja, niitä tarvitseville. Suurin osa näistä jatkohoitopaikoista on sosiaalitoimen alaisia, mutta terveyskeskuslääkäri toimii

myös näiden hoitopaikkojen lääketieteellisenä asiantuntijana. Vuodeosastojen potilaista yli puolet voi olla pitkäaikaishoidossa ja potilaiden oikeaa hoitopaikkaa ja porrasta joudutaan pohtimaan. Useissa terveyskeskuksissa toimii SAS-työryhmiä (selvitä-arvioi-sijoita), joissa mietitään potilaalle parasta mahdollista hoitopaikkaa. Ryhmään kuuluu yleensä lääkäri sekä edustus terveyden- ja sosiaalihuollon puolelta. Hoitopaikka mietittäessä voidaan käyttää apuna joko Kuntaliiton RAVA-indeksiä tai Stakesin tuottamaa RAI-indeksiä, joilla mitataan potilaan toimintakykyä. (Myllymäki & Löppönen 2005, 226—230.)

Vuodeosastoilla hoidetaan monentyyppisiä potilaita. Suurin osa potilaista on iäkkäitä. Heillä voi olla äkillisiä infektiosairauksia, kuten keuhkokuume tai virtsatieinfektio, tai muita äkillisiä seurantaa tai hoitoa vaativia sairauksia. Usein hoidon tarpeen aiheuttaa pitkäaikaissairauden pahenemisvaihe, kuten sydämen vajaatoiminta tai diabetes. Toisinaan hoitoon tulon syynä on vanhuksen yleiskunnon romahtaminen. Hoidettavana voi olla myös työikäistä väestöä. Tällöin hoidon tarpeen aiheuttaa usein äkillinen infektio tauti tai päihdeongelman katkaisuhoido. Potilaita lähetetään sairaaloista jatkohoitoon suurten leikkausten, kuten lonkan ja polven tekonivelleikkauksen tai sydän- ja verisuonileikkauksen, jälkeen. Neurologisten potilaiden, esim. aivohalvaus- tai MS-potilaiden, jatkohoittoa toteutetaan vuodeosastoilla. Myös syöpäpotilaiden palliatiivista hoitoa toteutetaan Suomessa terveyskeskuksen vuodeosastoilla. (Myllymäki & Löppönen 2005, 228—230.)

Vuonna 2008 terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettiin 151 380 potilasta, joiden keskimääräinen ikä oli 75 vuotta. Heillä oli vuoden 2008 aikana 7 081 936 hoitopäivää. Pitkäaikaishoidon päätöksen mukaisia hoitopäiviä oli tästä määrästä noin puolet. Kun mukaan lasketaan kaikki yli kolme kuukautta kestäneiden hoitajaksojen hoitopäivät, pitkäaikaishoidon osuus nousee 65 prosenttiin hoitopäivistä. Hoitajaksojen keskimääräinen pituus väheni hieman vuodesta 2007. (Forsström & Pelanteri 2010, 1—2.)

Terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettavien potilaiden hoitajaksojen päädiagnooseina esiintyi vuonna 2008 eniten verenkiertoelinten sairauksia ja psykiatrisia sairauksia. Verenkiertoelinten sairauksista sydämen vajaatoimintaa sai-

rastavien hoitajaksot lisääntyivät. Kolmannella sijalla olivat hengityselinten sairaudet ja neljännellä sijalla erilaiset myrkytykset ja vammat, kuten pään vammat ja reisi- ja sääriluun murtumat. (Forsström & Pelanteri 2010, 2—3.)

Vuodeosaston työ on ryhmätyötä. Henkilökuntamäärät ja henkilökunnan ammattijakaumat riippuvat vuodeosaston toiminnasta. Vuodeosaston työryhmään kuuluu osastonlääkärin lisäksi sairaanhoitajia, lähihoitajia, laitosapulaisia sekä fysioterapeutteja ja sosiaalityöntekijä. Osastonlääkäri vastaa lääketieteellisestä hoidosta. Sairaanhoitajat ja lähihoitajat puolestaan vastaavat hoitotyön toteuttamisesta ja kuntouttavasta hoito-otteesta. Laitosapulaisten vastuulla on osaston siisteys, hygienia ja ravintohuollon hoitaa keittiöhenkilökunta. Fysioterapeutit ja kuntohoitajat tuovat oman erityisosaamisensa potilaita kuntoutettaessa. Sosiaalihoitaja koordinoi mm. sosiaalisia tukimuotoja, päihdetyötä ja asuntoasioita. Työryhmään voi kuulua myös muita ammattilaisia, kuten psykologi, puhe- ja toimintaterapeutti, hammashuollon henkilökuntaa sekä erikoissairaanhoito konsultoinnin kautta. Näyttöön perustuvien lääketieteellisten ja hoitotieteellisten menetelmien yhteensovittaminen ja toisten ammattien kunnioittaminen takaavat vuodeosaston kehittymisen. (Myllymäki & Löppönen 2005, 228—229.)

2.2 Vuodeosastojen hoitohenkilökunta

2.2.1 Sairaanhoitaja

Sairaanhoitaja on ammattikorkeakoulututkinto, johon vaaditaan 210 opintopisteen ja 3,5 vuoden opinnot. Opinnot jakautuvat hoitotyön perus- ja ammattiopintoihin, ammattitaitoa edistävään harjoitteluun ja opinnäytetyöhön sekä vapaavalintaisiin opintoihin. Sairaanhoitaja on laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Tilastokeskuksen vuonna 2008 uudistamassa Ammattiluokituksessa sairaanhoitajat on asetettu Asiantuntijat – luokan Terveydenhuollon asiantuntijat -ryhmään. Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka työ perustuu hoitotieteeseen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559; Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon... 2006, 70; Tilastokeskus)

Opetusministeriön selvityksessä on esitetty selkeä jaottelu sairaanhoitajan ammatilliseen asiantuntijuuteen kuuluvista osa-alueista. Selvitys on antaa kattavan ja moniulotteisen kuvan sairaanhoitajan tehtävistä. Selvityksessä sairaanhoitajan ammatillinen asiantuntijuus muodostuu kymmenestä eri osa-alueesta. Näitä olivat eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö ja lääkehoidon toteuttaminen. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon... 2006, 63—70.)

Sairaanhoitajan toteuttama kliininen hoitotyö pohjautuu teoreettiseen osaamiseen. Sairaanhoitajalla on ajantasainen tieto hoitotieteestä, anatomiasta ja fysiologiasta sekä lääketieteen keskeisistä erikoisaloista. Sairaanhoitajan teoria-tietoihin kuuluu myös farmakologian, ravitsemustieteen sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden alan tieto. Näyttöön perustuvan hoitotyön osaaminen edellyttää päätöksenteko- ja ongelmanratkaisukykyä sekä hoitotyön auttamismenetelmien hallintaa että turvallisen lääkehoidon toteuttamista. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon... 2006, 68—69.)

Eettinen osaaminen tarkoittaa, että sairaanhoitajan työskentelyä opastavat ihmisoikeudet, sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö sekä hoitotyön eettiset ohjeet. Terveyden edistämisen alueella sairaanhoitajan työskentely perustuu terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja ylläpitämiseen. Hoitotyön päätöksenteko tarkoittaa, että sairaanhoitaja toteuttaa itsenäisenä hoitotyön asiantuntijana näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Hän käyttää hoitotyötä koskevassa päätöksenteossaan tutkimustietoon perustuvia hoitosuosituksia sekä muuta ajantasaista tietoa. Hoitotyön päätöksenteko vaatii sairaanhoitajalta kykyä tutkivaan ajatteluun sekä ongelmanratkaisu- ja kirjaamistaitoja. Ohjauksen ja opetuksen alueella sairaanhoitajan tehtävänä on tukea potilasta hallitsemaan omia terveysongelmiaan ja sitoutumista hoitoonsa. Sairaanhoitajan työhön sisältyy sekä potilaiden, omaisten, henkilöstön että opiskelijoiden ohjausta ja opetusta. Tutkimus- ja kehittämistyön sekä johtamisen alueeseen kuuluu sairaanhoitajan velvollisuus kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyötä, hän vastaa hoitotyön laadusta ja kehittämisestä. Monikulttuurisen hoitotyön osa-alue tarkoittaa mm. että sai-

raanhoitaja tuntee kulttuurin merkityksen terveyden edistämässä ja hoitotyössä. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon... 2006, 63—67.)

Yhteiskunnallisella toiminnalla tarkoitetaan, että sairaanhoitajan on otettava työskentelyssään huomioon terveydenhuollon rakenteisiin ja työelämän muutoksiin liittyvät haasteet. Sairaanhoitajan asiantuntijuus kliinisen hoitotyön osaamisessa perustuu vankkaan teoreettiseen osaamiseen. Tähän kuuluvat hoitotieteellinen tieto, anatomian ja fysiologian, patofysiologian ja lääketieteen alan tieto. Samoin farmakologia, ravitsemustiede ja yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden alan tiedon osaaminen kuuluu kliiniseen hoitotyön osaamiseen. Tutkittuun tietoon perustuvan hoitotyön hallinta vaatii ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitoja sekä potilaan auttamismenetelmien hallintaa ja eritoten lääkehoidon virheetöntä toteuttamista. Lääkehoidon osaamisalue on laaja ja sen osaamisvaatimukset ovat tiukat. Sairaanhoitajan täytyy ymmärtää lääkehoidon merkitys yhtenä hoidon osana ja osata toteuttaa lääkehoitoa. Lääkehoidon osaaminen edellyttää myös sitä, että sairaanhoitaja hallitsee lääkkeiden hoidollisiin vaikutuksiin, lääkkeiden käsittelyyn, toimittamiseen ja hankintaan sekä säilytykseen liittyvät asiat. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon... 2006, 67—70.)

Sairaanhoitajien tehtäviä tai ammatillista kasvua koskettelevia suomalaisia hoitoyöntutkimuksia löytyy, mutta vain pieni osa tutkimuksista käsittelee varsinaisesti hoitajien työtä ja sen sisältöä. Tutkimukset käsittelevät pääosin erikoissairaanhoidossa työskentelevää hoitohenkilökuntaa. Tutkijat myös käyttävät tutkimuksissaan keskenään erilaisia käsitteitä ja lähestymistapoja sairaanhoitajan ammattitaitoja ja toimenkuvaa käsitellessään. Sairaanhoitajan työtä kuvataan pääosin kahdesta eri lähestymissuunnasta. Toinen lähestymistapa käsittelee sairaanhoitajan työn sisältöä ja mitoitusta. Toinen lähestymistapa käsittelee sairaanhoitajan pätevyyttä, ammattitaitoa, työn sisäistä hallintaa tai valtaistumista. Myös sairaanhoitajien kriittisen ajattelun kykyä on tutkittu. (Nurmela 2002, 198—99; Kuokkanen 2005, 19—23.)

Perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan ja erikoissairaanhoidon alueelta löytyy useita sairaanhoitajan tehtävänkuvan laajentamista tai tehtävänsiirtoja

koskevia pilottihankkeita ja tutkimuksia. Sairaanhoidajan tehtäviä tai oikeuksia terveydenhuollon ammattihenkilönä ei ole määritelty laissa samalla tavalla kuin esimerkiksi lääkärin ja hammaslääkärin oikeudet ja tehtävät on määritelty. Tämä lienee tehokkuuden ja taloudellisen näkökulman lisäksi yksi niistä syistä, jotka ovat johtaneet tehtävänsiirtoa koskeviin keskusteluihin, tutkimuksiin sekä käytännön hankkeisiin. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559; Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 12—17, 52—54; Pitkänen 2007, 46—48.)

Sairaanhoidajien kokemuksia ja käsityksiä omasta luovuudestaan hoitotilanteissa ja luovuutta tukevista tekijöistä on tutkittu yhden terveystieteellisen tutkimuskeskuksen seitsemällä vuodeosastolla työskennelleiden sairaanhoidajien piirissä. Tulosten mukaan sairaanhoidajan luova työskentely perustui luovaan persoonallisuuteen. Luovuuden käyttöä hoitotyössä edisti turvallinen, uutta keksivä työyhteisö sekä riittävät tai vastakkaisesti puutteelliset toimintamahdollisuudet. (Raappana 2000, 18—20, 45.)

Kaira (2002, 68—70) käsitteli Pro gradu-tutkielmassaan sairaanhoidajan ammattitaitoa sairaanhoidajien itsensä ja osastonhoitajien arvioimana. Vahvimmiten hän totesi ammatillinen kehittymisen, kriittisesti sairaan potilaan hoitamisen taidot, vuorovaikutustaidot sekä hoidon suunnittelu- ja arviointitaidot. Heikoimpia ammattitaidon osa-alueita olivat opetus- ja yhteistyötaidot sekä johtamistaidot. Yhteistyötaitojen heikkouden katsottiin johtuvan siitä, ettei tunneta toisia ammattiryhmiä ja niiden toimintatapoja riittävästi.

Meretoja (2003) kehitti väitöskirjassaan sairaanhoidajien ammattipätevyysmittariston, Nurse Competence Scale-mittariston eli NCS-mittariston, jossa on seitsemän eri osa-alueita: auttaminen, opettaminen – ohjaaminen, tarkkailutehtävä, tilannehallinta, hoitotoimien hallinta, laadun varmistus ja työrooli. Sairaanhoidajat arvioivat oman ammattitaitonsa parhaiksi auttamisen, tilannehallinnan ja tarkkailutehtävän kohdalla. Esimiesten arviot sairaanhoidajien pätevydestä olivat koko mittariston osalta korkeammalla kuin sairaanhoidajien itsearviointi. Vain auttamisen ja tarkkailutehtävän osalla tulokset olivat lähellä toisiaan. Näilläkin osa-alueilla esimiesten arviot olivat korkeammat kuin sairaanhoidajien omat arviot.

Laadun varmistus sai tutkimuksessa heikoimmat arvosanat. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat ovat kriittisiä ammattitaitonsa suhteen. (Meretoja 2003, 42—43, 48.)

Tornionlaakson ja Tunturi-Lapin kuuden kunnan terveyskeskusten sairaanhoitajien ammattitaitoa tutkittaessa aineisto kerättiin Meretojan (2003) NCS-mittarilla. Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajat arvioivat oman ammattitaitonsa erittäin hyväksi opettamisen ja ohjaamisen sekä työroolin osa-alueella. Hyväksi sairaanhoitajat arvioivat ammattitaitonsa auttamisen ja tarkkailutehtävän osalta. (Kollin-Mänttari & Vuollo 2007, 87, 13.)

Terveyskeskuksen vuodeosastolla työskentelevien sairaanhoitajien osaamisalueita tutkittaessa todettiin, että sairaanhoitajan työ vaatii laaja-alaista osaamista. Osaaminen jaettiin käytännölliseen osaamiseen, yhteistyöosaamiseen, ohjausosaamiseen, kehittämisosaamiseen, johtamisosaamiseen ja eettiseen osaamiseen. Käytännöllinen osaaminen on laajin kaikista osaamisalueista ja sisältää perushoidon, kuntouttavan hoitotyön, teknisen osaamisen, ravitsemuksellisen hoidon, lääkehoidon osaamisen, erikoisalojen osaamisen, erityistilanteiden osaamisen ja sosiaalisen osaamisen. (Anttila 2006, 75—89.)

Sairaanhoitajien työtä sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla tutkittaessa sairaanhoitajan työ jaettiin kolmeen eri alueeseen: hoitotyöhön, hallintoon ja työnjohtoon sekä opettamiseen ja ohjaamiseen. Hoitotyön osa-alueella sairaanhoitajat osallistuvat perushoittoon, seuraavat potilaan elintoimintoja, valmistavat potilasta tutkimuksiin ja leikkaukseen sekä huolehtivat lääkehoidon toteuttamisesta. Hallinnon ja työnjohdon osa-alueella sairaanhoitajat osallistuvat työn suunnitteluun ja järjestelyihin ja tekevät yhteistyötä muiden potilaan hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Työhön kuuluu myös opiskelijoiden ja muiden työntekijöiden ohjaus. Opettamisen ja ohjaamisen osa-alueella sairaanhoitajat opettavat ja ohjaavat potilaita, omaisia, opiskelijoita ja muuta henkilökuntaa asiakkaan terveyteen liittyvissä asioissa. Sairaanhoitajat antavat ohjausta eri sairauksien oireista, tekijöistä ja hoidoista sekä lääkehoidosta. (Väänänen 1999,1, 44.)

Kuopion yliopistollisen sairaalan neljää eri vuodeosastoa koskeneessa tutkimuksessa todettiin, että sairaanhoitajat käyttävät työajastaan keskimäärin 40 % välittömään, potilaan vierellä tapahtuvaan hoitotyöhön. Välittömään hoitotyöhön tutkimuksessa kuuluivat lääkitys, kommunikointi / ohjaus, hygienia, ravitsemus, erityis, kuljettaminen, liikkuminen/ asentohoito, kierrot/ avustaminen, voinnin tarkkailu, vitaalielintoiminnot, näytteet ja hoitotoimenpiteen. Välillisen hoitotyön osuus sairaanhoitajien työajasta oli keskimäärin 39 %. Välillinen hoitotyö tarkoittaa tehtäviä, jotka liittyvät potilaan hoitamiseen, mutta joita tehdään ilman että potilas on läsnä. Välilliseksi hoitotyöksi tutkimuksessa eriteltiin kirjaaminen, lääkitysten ja toimenpiteiden valmistelu, raportointi, muu kommunikointi, hoitamisen valmistelu, tutkimukset ja vastaukset, uudet potilaat ja odottaminen, etsiminen. (Partanen 2002, 97—98, 102—103.)

Terveyskeskuksen vuodeosastoa käsittelevän tutkimuksen tavoitteena oli kuvaata hoitajien työssään tekemiä hoitotyön toimintoja ja niihin käytettyä aikaa sekä miten työaika jakaantuu eri ammattiryhmissä. Hoitotyön toiminnot oli jaettu viiteen pääluokkaan. Pääluokat olivat välittömät toiminnot, välilliset toiminnot, tautot, muut työt ja oman työn havainnointilomakkeen täyttäminen. Tutkittavalla osastolla oli 35 potilaspaikkaa. Tutkimuksen tuloksena oli, että työ oli perushoitopainotteista. Sairaanhoitajat käyttivät välittömään hoitotyöhön kaikissa työvuoroissa keskimäärin 47,8 % työajasta. Välilliseen hoitotyöhön kului 42,5 % työajasta. Eniten aikaa kaikkien työvuorojen yhteenlasketusta työajasta sairaanhoitajat käyttivät raportille osallistumiseen, joka kuuluu välillisiin hoitotyön toimintoihin. Lääkkeiden jakamiseen, joka myös kuuluu välillisiin toimintoihin, sairaanhoitajat käyttivät kolmanneksi eniten työaikaansa. Mielenkiintoista oli se, että lääkkeiden jako tapahtui iltavuoron aikana. (Heinonen 2009, 33—34, 46—48.)

Vanhainkodissa työskentelevän hoitohenkilökunnan työn sisältöä ja työajan käyttöä tutkittaessa toiminnot jaettiin seitsemään pääluokkaan. Pääluokat olivat välittömät toiminnot, välilliset toiminnot, kirjaaminen, hoitamiseen liittymättömät toiminnot, osastoon liittyvät toiminnot, henkilökohtaiset toiminnot sekä lomakkeen täyttäminen. Sairaanhoitajat käyttivät suurimman osan työajastaan (42,5 %) välittömiin hoitotyön toimintoihin. Eniten tästä ajasta kului asukkaiden pukemiseen ja riisumiseen sekä asukkaiden wc:ssä käyttämiseen. Välillisiin

toimintoihin sairaanhoitajat käyttivät työajastaan 20,7 %. Suurimman osa tästä veivät raporttiin osallistuminen ja lääkkeiden valmistelu ja jakaminen. (Eloranta 2007, 23—24, 36.)

Perusterveydenhuollon geriatrisella kuntoutus- ja arviointiosastolla tehdyn tutkimuksen tavoitteena oli kuvata henkilöstön työajankäyttöä ja hoitotyön laatua. Osastolla oli tutkimusaikana hoidettavana 18 pitkäaikaispotilasta ja 14 arviointi- ja kuntoutuspotilasta. Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajat käyttivät välittömään hoitotyöhön 58,5 % työajastaan. Välilliseen hoitotyöhön sairaanhoitajat käyttivät 19,3 % työajasta. (Hakoma 2008, 27—28, 35.)

2.2.2 Perushoitaja

Tällä hetkellä terveyskeskuksen vakinaiset toimet ovat perushoitajan toimia, joihin hakukelpoisia ovat lähihoitajat, perushoitajat ja apuhoitajat. Perushoitajia ja apuhoitajia ei enää tällä hetkellä kouluteta. Koulutusnimike muuttui lähihoitajaksi vuonna 1993 kaikissa terveydenhuolto- ja sosiaalialan ammatillisissa oppilaitoksissa (SuPer).

Lähihoitaja on sosiaali- ja terveysalan perustutkinto. Tutkinnon laajuus on 120 opintoviikkoa ja se kestää kolme vuotta. Opinnot jakautuvat tutkinnon pakollisiin opintoihin, joita ovat kasvun tukeminen ja ohjaus, hoito ja huolenpito sekä kuntoutumisen tukeminen. Yhteisiin opintoihin kuuluvat ammattitaitoa täydentävät perusopinnot. Koulutusohjelman opintoja on viimeinen opiskeluvuosi. Koulutuksessa on kaikkiaan yhdeksän eri koulutusohjelmaa. Koulutusohjelmaksi voi valita asiakaspalvelun ja tietohallinnan koulutusohjelman, ensihoidon koulutusohjelman, kuntoutuksen koulutusohjelman, lasten ja nuorten hoidon ja kasvatuksen koulutusohjelman, mielenterveys- ja päihdetyön koulutusohjelman, sairaanhoidon ja huolenpidon koulutusohjelma, suu- ja hammashoidon koulutusohjelman, vammaistyön koulutusohjelman tai vanhustyön koulutusohjelman. Sijoittuminen työelämään riippuu koulutusohjelman valinnasta, mutta yhteiset perusopinnot antavat lähihoitajalle pätevyyden toimia laajasti sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla koulutusohjelmasta riippumatta. Sosiaali- ja terveysalan perus-

tutkinto on mahdollista suorittaa myös oppisopimuskoulutuksena tai näyttötutkintona. (Ammattinetti; Opintoluotsi.)

Tilastokeskuksen vuonna 2008 uudistamassa Ammattiluokituksessa sekä perushoitajat että lähihoitajat kuuluvat Palvelu- ja myyntityöntekijät – luokan Hoivapalvelun ja terveydenhuollon työntekijät – ryhmään. Lähihoitajat ja perushoitajat ovat nimikesuojattuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä, joilla on koulutuksensa perusteella oikeus käyttää asetuksella suojattua ammattinimikettä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559; Tilastokeskus.)

Sairaanhoidon ja huolenpidon koulutusohjelmasta valmistuneen lähihoitajan ammattitaito vaatimuksissa on, että lähihoitaja osaa työskennellä sosiaali- ja terveysalan arvoperustan ja periaatteiden mukaisesti. Hän toteuttaa hoitosuunnitelmaa moniammatillisen työryhmän jäsenenä sekä auttaa ja tukee asiakkaiden tai potilaiden itsenäistä selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Hän osaa arvioida yhdessä asiakkaan tai potilaan kanssa potilaan voimavaroja ja tukea potilasta terveyden edistämiseksi. Lähihoitaja osaa tarkkailla, pitää yllä ja edesauttaa asiakkaan tai potilaan elintoimintoja sekä hoitaa erilaisia sairauksia sairastavia. Hän osaa avustaa tai suorittaa hoitotoimenpiteitä ja tutkimuksia. Hän osaa toteuttaa lääkehoitoa. Hän ohjaa asiakasta tai potilasta ja hänen läheisiään lääkehoidon toteuttamisessa ja ravitsemuksessa sekä erilaisten palvelujen käytössä. Lähihoitaja osaa valita käyttämänsä työvälineet, materiaalit ja kulutustarvikkeet, tunnistaa työhönsä liittyvät terveysvaarat sekä noudattaa työturvallisuusohjeita. (Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto... 2010, 14—17, 122; Ammattinetti)

Perushoitajan tai lähihoitajan toimenkuvaa ja työn sisältöä on tutkittu hoitotieteellisessä tutkimuksessa vähemmän kuin sairaanhoitajan toimenkuvaa. Perus- ja lähihoitajien työhön kuuluvia tehtäviä on yleensä tutkittu rinnakkain sairaanhoitajien kanssa. 1980-luvulla tehtiin terveydenhuoltoalan ammattianalyysiprojekti, jossa tutkittiin laajasti myös apuhoitajien tehtäviä. Tutkimuksessa todettiin, että apuhoitajan työ on potilaan perus- ja lähihoitoa, johon kuuluu olennaisena osana vuorovaikutus potilaiden kanssa. Apuhoitajan työ todettiin pääosin fyysisesti ja psyykkisesti raskaaksi kolmivuorotyöksi. Apuhoitajilla oli vähäiset vaiku-

tusmahdollisuudet sairaalaorganisaation sisällä. (Kivinen, Lehtonen & Vismanen 1984, 81—83.) Perushoitajia on tutkittu myöhemminkin heidän ammatillisen ja sosiaalisen asemansa kautta ja todettu, että sairaalaorganisaatiossa toimenkuva ja tehtävien jako ovat ammatillista asemaa ylläpitäviä rakenteita. Perushoitajat tunnistavat sairaalan hierarkkiset suhteet ja pitävät niitä toimintaansa rajoittavina rakenteina. (Eriksson-Piela 2003, 190—191.)

Kuopion yliopistosairaalaan koskevassa tutkimuksessa mitoitettiin perushoitajien ajankäyttöä. Tutkimuksessa perushoitajat käyttivät välittömään potilastyöhön 45 % työajasta. Suurin osa tästä kului ravitsemukseen, hygieniaan ja kommunikointiin / ohjaukseen. Välilliseen hoitotyöhön perushoitajat käyttivät 26 % työajastaan. Eniten tässä aikaa veivät kirjaaminen, raportointi ja hoitamisen valmistelu. Osastokohtaiseen toimintaan perushoitajien työajasta kului 21 %. Eniten aikaa tästä osa-alueesta veivät puhtaus, taloushuolto ja kokoukset, koulutukset. (Partanen 2002, 97—98, 102—103.)

Terveyskeskuksen vuodeosastoa koskevassa tutkimuksessa todettiin, että perushoitajat käyttivät työajastaan välittömään hoitotyöhön 59 %. Välillisen hoitotyön osuus oli 28,9 % ja taukojen 8,4 % työajasta. Perushoitajien välittömästä hoitotyön ajasta suurimman osan veivät potilaan avustaminen syömisessä ja juomisessa ja potilaan eritystoiminnasta huolehtiminen sekä potilaan peseminen vuoteessa. Raportille osallistuminen vei eniten aikaa välillisistä toiminnoista. Tutkittavalla osastolla oli 35 potilaspaikkaa. (Heinonen 2009, 47—48.)

Vanhainkodissa työskentelevän hoitotyöhön osallistuvan henkilökunnan työajan käyttöä on tutkittu varsinaissuomalaisen vanhainkodin hoivaosastolla ja demensiaosastolla. Tutkimuksessa työ oli jaettu kahdeksaan eri osa-alueeseen. Näitä olivat välittömät toiminnot, välilliset toiminnot, kirjaaminen, hoitamiseen liittyvät toiminnot, osastoon liittyvät toiminnot, henkilökohtaiset toiminnot, lomakkeen täyttäminen ja muu toiminta. Lähihoitajat käyttivät työajastaan 51,5 % välittömiin hoitotoimiin ja 17,4 % välillisiin hoitotyön toimintoihin. Henkilökohtaisiin toimintoihin lähihoitajilta kului 12,5 % työajasta. Osastoon liittyviin toimintoihin lähihoitajilta kului 7,6 % ja hoitamiseen liittymättömiin toimintoihin kului 4,9 % työajasta. Kirjaamiseen lähihoitajilta kului 2,2 % työajasta, mikä oli enemmän kuin mitä

sairaanhoidajat ja laitosapulaiset käyttivät työajastaan kirjaamiseen. (Eloranta 2007, 21—22, 37—38.)

Perusterveydenhuollon geriatrisella kuntoutus- ja arviointiosastolla tehdyssä tutkimuksessa tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilöstön työajankäyttöä ja hoitotyön laatua. Osastolla oli tutkimusaikana hoidettavana 18 pitkäaikaispotilasta ja 14 arviointi- ja kuntoutuspotilasta. Tutkimustuloksissa perushoitajat ja lähihoitajat oli eroteltu omiksi, erillisiksi ammattiryhmikseen. Välittömään hoitotyöhön perushoitajat käyttivät 58 % työajasta ja lähihoitajat 60 %. Välillisen hoitotyön osuus oli perushoitajilla 23 % ja lähihoitajilla 20 %. Osastokohtaisen hoitotyön osuus työajasta oli perushoitajilla 13 % ja lähihoitajilla 12 %. Henkilökohtaista aikaa perushoitajilla oli työajastaan 6 % ja lähihoitajilla 8 %. (Hakoma 2008, 27—28, 35.)

2.3 Muutosprosessit terveydenhuollon organisaatioissa

Organisaatio ei ole yksittäinen tai muista erillinen yksikkö. Organisaatio toimii aina vuorovaikutussuhteessa sekä ympäristöönsä että itseensä nähden. Organisaatiolla on yhteisesti sovittu päämäärä, jota kohti se pyrkii. Päämäärätietoisien toiminnan välineitä ovat johtaminen, henkilöstöpolitiikka, strateginen suunnittelu ja yhteistyö muiden organisaatioiden kanssa. Menestyvässä organisaatiossa vastataan ympäristössä tapahtuviin muutoksiin kehittämällä omaa toimintaa loogisesti. Tämä tarkoittaa parhaimmillaan sitä, että organisaatio hankkii uutta osaamista ja muuttaa omaa toimintaansa ympäristön tarpeita vastaavaksi. (Juuti 2006, 204—205; Juuti & Virtanen 2009, 22—23.)

Tässä työssä organisaatio määritellään ihmisten muodostamaksi yhteistoimintajärjestelmäksi tiettyjen päämäärien saavuttamiseksi eli tässä tapauksessa Pirkanmaalla sijaitsevan terveyskeskuksen kahdeksi vuodeosastoksi, joiden päämääränä on osastoilla olevien potilaiden hoitaminen.

Muutosprosessimalleja on kehitetty useita. Kahdeksanvaiheisessa muutosmallissa muutos lähtee käyntiin oikeanlaisesta kiireen tunteesta, muutoksen tar-

peesta. Oikeantyyppinen kiireen tunne on voimavara, jonka avulla muut saadaan havaitsemaan muutoksen tarve. Toisessa vaiheessa kootaan ryhmä, joka on sitoutunut muutokseen ja jolla on kunnianhimoa ja aloitekykyä muutoksen suhteen. Kolmannessa vaiheessa ryhmä suunnittelee muutokselle vision ja strategian. Neljännessä vaiheessa aloitteellinen ryhmä kauppa vision ja toimintasuunnitelmansa mahdollisimman monille organisaatiossa. Viides vaihe on voimaannuttaa muut toimimaan muutoksen eteen ja poistaa mahdollisia esteitä muutoksen tieltä. Kuudennessa vaiheessa kehitetään lyhyen aikavälin voittoja, mikä hiljentää kritiikkiä ja kyynikkoja. Seitsemäs porras on ”älä koskaan luovuta”. Alkumenestyksen jälkeen ryhmä ei anna organisaation vaipua tyytyväisyyteensä vaan jatkaa muutosta sinnikkäästi, kunnes visio on toteutettu. Kahdeksannessa vaiheessa luodaan uusi kulttuuri ja juurrutetaan se organisaation toimintatavaksi. (Kotter 2008, 10—11,14—15.)

Jokainen muutos on yksilö, koska muutosyrityksetkin ovat keskenään yksilöllisiä. Muutoksen vaikeusaste on kiinni monista eri tekijöistä. Se riippuu mm. muutoksen tasoista eli koskettaako muutos vain yksilöä vai onko se kulttuuritason muutos. Työyhteisön sisäisellä kulttuurilla on myös merkitystä muutoksen vaikeusasteeseen. Muutoksella tulee olla työnjohdon tuki, mutta se ei yksin riitä. Työntekijöiden on kyettävä näkemään muutos mahdollisuutena. Tähän tarvitaan muutoksen tekijöitä, johtajaluonteita, jotka kykenevät näyttämään muille muutoksessa piilevät mahdollisuudet. Suunniteltu muutos toteutetaan yhteistyötä tehden. Terveysthuollon moniammatillisissa työyhteisöissä ristiriidat ovat tavallisia. Ristiriidat on käsiteltävä, mutta käsittelyn tulee olla tarkoituksenmukaista ja oikein toteutettua, ettei tilanne kehity työyhteisölle haitalliseksi. Terveysthuollon organisaatioissa hierarkkiset rakenteet voivat olla ristiriitojen syy, mutta toisaalta ne voivat toimia suojaavinakin rakenteina konflikteja vastaan. (White 1998, 179—180; Erämetsä 2003, 151—153; Mäkisalo 2003, 83; McCabe & Timmins 2006, 130; Kotter 2008, 10—11.)

Johtamista ja johtajuutta tarvitaan muutoksen aikaansaamiseksi. Suomalaiset yliopistosairaaloiden osastonhoitajat painottavat muutosjohtamisessa toimintoja säilyttävää ja ihmisläheistä johtamista, joka antaa työntekijöille työskentelyvapautta. Osastonhoitajille on innovatiivisuutta tärkeämpää se, että perustehtävät

tulevat hoidettua. Osastonhoitajien johtamistapa on konkreettinen ja maltillinen. (Vuorinen 2008, 113—114.)

Kotihoidon lähiesimiesten kokemuksia organisaatiomuutoksesta tutkittaessa todettiin, että muutokset edellyttävät työntekijöiltä muutosvalmiutta ja taitoa. Muutos on kuitenkin vielä suurempi haaste hoitotyön johtajille, joiden on kyettävä arviomaan muutostarpeita sekä suunnittelemaan ja organisoimaan muutoksien läpivienti. (Ratilainen 2006, 59—60.)

2.4 Terveyskeskuksen vuodeosastojen toiminnan muutos

Tässä työssä muutosprosessilla tarkoitetaan terveyskeskuksen kahden vuodeosaston toiminnassa tapahtunutta muutosta. Muutoksessa kaksi aikaisemmin keskenään hyvin samankaltaista vuodeosastoa eriytettiin kahdeksi potilasaineistoltaan erilaiseksi osastoksi. Toinen osasto keskittyi muutoksen jälkeen akuutisti sairastuneiden potilaiden hoitamiseen ja toinen osasto keskittyi hoitamaan pitkäaikaishoidossa olevia potilaita.

2.4.1 Vuodeosastojen toiminta ennen muutosta

Pirkanmaalaisen terveyskeskuksen molemmilla vuodeosastolla hoidettiin ennen toiminnan muutosta sekä pitkäaikaissairaita potilaita että lyhytaikaishoidossa olevia potilaita. Vuodeosasto ykkösen potilaista noin puolet oli pitkäaikaishoidossa olevia potilaista ja puolet akuuttipotilaita, jotka tulivat jatkohoitoon yliopistosairaalaan, aluesairaalaan tai terveyskeskuksen omalta poliklinikalta. Vuodeosasto kakkonen oli painottunut kuntoutukseen. Vaikka osastolla oli myös päivystyspotilaita ja pitkäaikaishoidossa olevia potilaita, tekonivelleikkauksen jälkeen potilaat siirtyivät aina osasto kakkoselle jatkohoitoon. Lisäksi osastolla hoidettiin kutsuttuja kuntoutuspotilaita. Perusterveydenhuollon vuodeosaston keskimääräinen hoitoaika terveyskeskuksessa oli vuonna 2007 31,9 päivää ja vuonna 2008 vähemmän eli 20,9 hoitopäivää. Hoitojaksojen pituuden lyhenty-

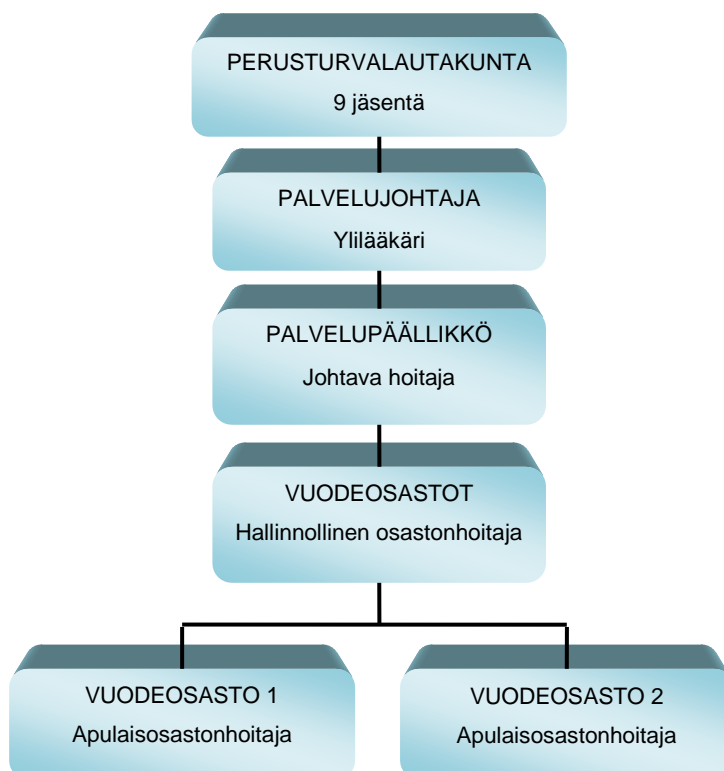
minen noudatti samaa kaavaa kuin muuallakin Suomessa, mutta tässä terveyskeskuksessa hoitajaksot lyhenivät keskimääräistä enemmän kuin muualla Suomessa. (SOTKANet; Forsström & Pelanteri 2010, 1—2.)

Ennen muutosta molempien osastojen henkilökuntarakenne oli keskenään samankaltainen. Vuodeosastoilla työskenteli vakinaisesti kaikkiaan 22 sairaanhoitajaa, joista laskennallisesti 2,67 sairaanhoitajaa toimi osastojen yhteydessä olevassa dialyysiyksikössä, ja 19 perushoitajaa. Molemmilla osastoilla oli potilaspaikkoihin suhteutettuna lähes yhtä paljon sairaanhoitajia ja perushoitajia.

Vuodeosasto ykkösellä potilaspaikkoja oli 40. Eri työvuoroissa hoitohenkilökuntaa työskenteli siten, että arkisin aamuvuorossa osastolla oli kahdeksan tai yhdeksän hoitajaa, joista yksi oli osaston apulaisosastonhoitaja. Sairaanhoitajia oli aamuvuorossa yleensä kahdesta kolmeen. Viikonloppuisin aamuvuorossa henkilökuntaa oli kuusi, joista vähintään yksi oli sairaanhoitaja. Iltavuorossa osastolla oli aina neljä hoitajaa, joista ainakin yksi oli sairaanhoitaja. Yövuorossa osastolla oli kaksi hoitajaa.

Vuodeosasto kakkosella potilaspaikkoja oli 28. Hoitohenkilökuntaa oli arkisin aamuvuoroissa yleensä kuudesta seitsemään henkilöä, joista yksi oli osaston apulaisosastonhoitaja. Viikonloppuisin hoitohenkilökuntaa oli viisi. Iltavuorossa hoitohenkilökuntaa oli aina kolme, joista vähintään yksi oli sairaanhoitaja. Yövuorossa osastolla oli yksi hoitaja. Yövuoroissa osastojen henkilökunta teki yhteistyötä. Vuodeosastoilla oli jokaisessa yövuorossa yhteensä yksi sairaanhoitaja.

Vuodeosastojen hallinnollisessa organisaatiossa (Kuvio 1) ylimpänä oli perusturvalautakunta, jossa on yhdeksän jäsentä. Perusturvapalveluiden ylin virkamies oli ylilääkäri. Hänen alaisuudessaan toimii johtava hoitaja, joka oli myös vuodeosastojen osastonhoitajan esimies. Vuodeosastoilla oli yksi yhteinen hallinnollinen osastonhoitaja. Hänen vastuullaan oli mm. osastojen henkilöstöhallinto. Molemmilla vuodeosastoilla oli omat apulaisosastonhoitajat, joiden vastuulla oli käytännön hoitotyön toteuttaminen.



Kuvio 1 Terveyskeskuksen vuodeosastojen hallinto-organisaatio

2.4.2 Toimintamuutoksen toteuttaminen

Vuodeosastojen toimintamuutoksen toteutuksen varsinainen suunnittelu lähti liikkeelle 18.9.2008 pidetyn molempien vuodeosastojen yhteisen kehittämisiltapäivän pohjalta. Aloite osastojen toiminnan muutokselle tuli vuodeosastojen johdon puolelta. Muutoksen tarpeen taustalla oli useita tekijöitä. Sairaanhoitajien saaminen sijaisiksi varsinkin lyhytaikaisiin sijaisuuksiin oli ongelmallista. Tämä aiheutti ongelmia mm. aamuvuoroissa, jolloin sairaanhoitajat joutuivat vastaamaan jopa 15 – 20 potilaan hoitotyöstä. Molemmat vuodeosastot olivat jatkuvasti täynnä ja potilaita oli usein ylipaikoilla. Osastojen toimintamuutoksella haluttiin hakea muutosta osastojen totuttuihin toimintatapoihin ja henkilökunnan riittävyyteen. Pitkäaikaispotilaiden hoidosta haluttiin tehdä potilaslähtöisempää. Kun osastolla hoidettiin sekä akuuttipotilaita että pitkäaikaispotilaita, pitkäai-

kaispotilaiden tarpeiden koettiin jäävän usein akuuttihoitoisten potilaiden tarpeiden jalkoihin. (Vuodeosastojen kehittämisiltapäivä... 2008)

Henkilökunta jaettiin tilaisuudessa neljään ryhmään. Ryhmien tehtävänä oli miettiä minkälaisia muutoksi toiminnan muuttaminen tuo tullessaan ja miten muutoksia lähdetään toteuttamaan. Kehittämisiltapäivässä osastojen toiminnan muuttaminen sai henkilökunnan yleisen hyväksynnän. (Vuodeosastojen kehittämisiltapäivä... 2008.)

Kehittämisiltapäivässä perustettiin moniammatillinen suunnittelutyöryhmä, johon kuului henkilökuntaa molemmilta osastoilta. Työryhmään valittiin kaksi perushoitajaa, kolme sairaanhoitajaa, fysioterapeutti ja molempien osastojen apulaisosastonhoitajat. Työryhmän tarkoituksena oli miettiä osastoille, akuuttihoitosastolle ja pitkäaikaispotilaita hoitavalle osastolle, sen hetkisten tarpeiden perusteella uusia toimintatapoja. Samalla sovittiin myös alustavaksi muutosajankohdaksi 5.1.2009. Työryhmä kokoontui syystalven aikana muutamia kertoja ja teki alustavia suunnitelmia mm. osastojen toimintamalleista ja ruokailun järjestämisestä pitkäaikaisosastolla. (Vuodeosastojen kehittämisiltapäivä... 2008.) Syksyn ja talven aikana työryhmä tiedotti suunnittelutyöstään mm. osastokokouksissa.

Organisaatio uudistuksen varsinainen toteuttaminen siirtyi alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen maanantaille 26.1.2009. Ennen kyseistä päivää apulaisosastonhoitajat olivat suunnitelleet ennakkoon potilaiden tulevat sijoituspaikat osastoilla. Henkilökunta tiesi ennen toteuttamishetkeä ketkä potilaat siirtyvät toiselle osastolle ja ketkä jäävät paikoilleen. Potilaitten siirrolle oli varattu aikaa kaksi päivää ja henkilökuntaa oli varattu normaalia enemmän näiksi kahdeksi päiväksi. Ensimmäisen siirtopäivän aamuvuoron aikana potilaat kuitenkin saatiin siirrettyä oikeille, suunnitelluille paikoilleen osastoilla. Näin toiminta pääsi käyntiin osastoilla uudessa muodossa heti seuraavana aamuna eli tiistaina 27.1.2009.

2.4.3 Vuodeosastot muutoksen jälkeen

Pienemmästä vuodeosastosta, joka oli 30-paikkainen, tuli akuuttiosasto. Isommasta vuodeosastosta, jossa oli 40 potilaspaikkaa, tuli pitkäaikaispotilaita hoitava osasto eli pitkäaikaisosasto. Henkilökunta vahvuuksiin tuli myös muutoksia. Akuuttiosastolla oli muutoksen jälkeen hoitohenkilökuntaa aamuvuoroissa yleensä seitsemän ja pitkäaikaisosastolla kahdeksan henkeä. Iltavuoron hoitohenkilökunnan vahvuudeksi akuuttiosastolla tuli neljä henkilöä ja pitkäaikaisosastolla kuusi henkilöä. Yövuorossa hoitohenkilökuntaa oli akuuttiosastolla kaksi, perushoitaja ja sairaanhoitaja ja pitkäaikaisosastolla yksi perushoitaja. Yövuorossa osastojen henkilökunta teki yhteistyötä ja autoivat toisiaan.

Organisaatiomuutoksessa henkilökunnan, sairaanhoitajien ja perushoitajien sijoituspaikat muuttuivat. Muutoksen jälkeen sairaanhoitajat työskentelivät pääasiassa akuuttiosastolla ja perushoitajat puolestaan pääasiallisesti pitkäaikaisosastolla. Vuodeosastojen hallinto-organisaatioon (Kuvio 1) muutos ei vaikuttanut.

Hoitohenkilökunnan rakenne osastojen työvuoroissa muuttui huomattavasti toiminnan muutoksen jälkeen. Pitkäaikaisosastolla oli arkiaamuisin ainakin yksi sairaanhoitaja, joka oli osaston apulaisosastonhoitaja. Iltavuoroissa ja viikonloppuisin osastolla ei aina ollut yhtään sairaanhoitajaa. Jos pitkäaikaisosaston potilaat sairastuivat akuutisti tai tarvitsivat esim. suonensisäistä lääkitystä, vuoron vastaava perushoitaja otti yhteyttä akuuttiosaston sairaanhoitajaan. Akuuttiosaston henkilökuntarakenne muuttui puolestaan niin, että osastolla ei välttämättä ollut jokaisessa päivävuorossa perushoitajaa. Modularityöskentelyä toteutettiin arkiaamuisin siten, että modulissa työskenteli joko kaksi sairaanhoitajaa tai sairaanhoitaja ja perushoitaja.

Toiminnan muutoksen jälkeen sairaanhoitajat ja perushoitajat osallistuivat jatkuvaan, osastojen väliseen työkiertoon. Sairanhoitajat olivat työkierrossa kolmesta kuuteen viikkoon pitkäaikaisosastolla. Heistä oli yleensä työkierrossa kerrallaan kahdesta kolmeen henkilöä. Perushoitajat olivat yleensä kuusi viikkoa eli kaksi työvuorolistaa akuuttiosastolla. Heitä oli työkierrossa kerrallaan viidestä

kuuteen työntekijää. Osastojen henkilökunta oli hallinnollisesti yhteistä, yhden osastonhoitajan alaisuudessa. Osastonhoitaja oli vastuussa henkilöstöhallinnosta. Molemmilla osastoilla oli lisäksi omat, vakinaiset ja pysyvät apulaisosastonhoitajansa. Apulaisosastonhoitajat vastasivat käytännön hoitotyön toteutumisesta osastoillaan. Tämän lisäksi he myös itse osallistuivat hoitotyön toteuttamiseen.

2.4.4 Sairaanhoitajan ja perushoitajan toimenkuvat

Toimenkuva tarkoittaa toimeen eli työhön kuuluvia tehtäviä. Kuntatyönantajan ohjeistuksessa edellytetään, että toimenkuvia päivitetään siten että ne ovat ajantasaisia ja kuvaavat työn sisältöä sekä vastaavat työyhteisön tarpeita. Tässä opinnäytetyössä toimenkuvalla tarkoitetaan terveyskeskuksen vuodeosastoilla työskentelevien sairaanhoitajien ja perushoitajien työhön kuuluvia tehtäviä. (Haarala 1994, 318; Tehtävien ja työnjaon muutokset 2009, 10—11.)

Terveyskeskuksen vuodeosastoilla sairaanhoitajan kesällä 2009 voimassa olleessa toimenkuvassa sairaanhoitajalle oli määritelty viisi avaintehtävä. Ensimmäinen avaintehtävä oli hoitotyö, johon kuuluivat potilaan kokonaisuhoitosta vastaaminen, käytännön hoitotyö, hoitotyön kehittäminen, lääkehoidosta vastaaminen. Käytännön hoitotyön osuudessa oli lueteltu erilaiset hoitotyön toimenpiteet, potilaan informointi sekä lääketieteen eri alojen perusosaaminen. Muut neljä osa-alueita olivat vastaavana hoitajana toimiminen, opetus ja ohjaus, yhteistyö eri tahojen välillä ja vastualueet. (Liite 1)

Perushoitajan toimenkuvauksessa, joka oli voimassa kesällä 2009, perushoitajille oli määritelty viisi avaintehtävää. Ne olivat perushoito, lääkehoidon toteutus, opetus ja ohjaus ja erityistehtävät, joihin kuuluvat mm. erilaiset toimenpiteet, lääkärinkierrolle osallistuminen ja potilaan vastaanottaminen. Viimeinen avaintehtävä oli erikseen määritelty henkilökohtaiset vastualueet. Perushoidon osa-alueeseen kuuluivat mm. potilaan puhtaudesta ja päivittäisistä toiminnoista huolehtiminen, potilashuoneiden hoitotarvikkeista huolehtiminen, hoitotarvikkeiden tilaaminen varastolta ja varastojen järjestyksestä huolehtiminen sekä potilaan

hoidon suunnittelu, toteutus ja kirjaaminen. Lääkehoidon toteuttamiseen kuuluivat mm. määräysten vastaanottaminen ja toteutus, lääkkeiden jakaminen lääketarjottimelle sekä potilaille ja injektioiden antaminen (sc., im.). Opetukseen ja ohjaukseen kuuluu omaisten, potilaiden ja opiskelijoiden ohjaus. Muut tehtävät tarvittaessa osioon kuuluivat esimerkiksi lääkärin kierrolle osallistuminen ja potilaiden vastaanottaminen ja kotiuttaminen sekä erilaiset hoitotyön toimenpiteet. (Liite 2)

3 TYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, minkälainen toimenkuva sairaanhoitajilla ja perushoitajilla oli kesällä 2009 terveyskeskuksen vuodeosastoilla henkilökunnan itsensä kertomana ja miten he kokivat toimenkuvansa.

Opinnäytetyön tehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälainen toimenkuva sairaanhoitajalla oli terveyskeskuksen vuodeosastolla kesällä 2009?
2. Minkälainen toimenkuva perushoitajalla oli terveyskeskuksen vuodeosastolla kesällä 2009?
3. Minkälaisia kokemuksia sairaanhoitajilla oli toimenkuvastaan kesällä 2009?
4. Minkälaisia kokemuksia perushoitajilla oli toimenkuvastaan kesällä 2009?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa esimiehille ja työntekijöille toimintamallin muutoksen jälkeisistä toimenkuvista vuodeosastoilla. Esimiehet voivat hyödyntää opinnäytetyöstä saatua tietoa arvioidessaan muutoksien vaikutuksia ja kehittäessään vuodeosastojen toimintaa edelleen.

4 MENETELMÄLLISET RATKAISUT

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus tarkoittaa monia erilaisia tulkinnallisia tutkimusmenetelmiä. Sen tarkka määrittelyminen on vaikeaa, koska sillä ei ole yhtä selkeää hallitsevaa perusnäkemystä tai teoriaa eikä täysin omia tutkimustekniikoita. Kvalitatiivinen tutkimus perustuu eksistentiaalis-fenomenologis-hermeneuttiseen tieteenfilosofiaan. (Metsämuuronen 2006, 83—88.)

Laadullisessa tutkimuksessa on keskeistä se, että tutkijana ja tutkimuksen kohteena ovat ihminen ja ihmisten käsitykset ja kokemukset erilaisista asioista. Kokemus on ihmiselle aina omakohtainen. Käsitykset puolestaan kertovat enemmänkin yhteisön yhteisesti omaksumista perinteellisistä ja tyyppillisistä tavoista ajatella tietystä asiasta. Laadullinen tutkimusmenetelmä on hyvä valinta tutkimusmenetelmäksi tutkittaessa luonnollista tilannetta, jota ei voida järjestää kokeeksi tai jota ei voida toistaa. (Vilka 2005, 97—98; Tuomi & Sarajärvi 2009, 9—11.)

Laadullisessa tutkimuksessa korostuu kolme näkökulmaa tutkimuskohteeseen. Näkökulmat ovat konteksti, ilmiön intentio ja prosessi. Kontekstin huomioon ottaminen merkitsee, että tutkija kuvaa raportissaan asian esiintymisympäristön ja minkälaisiin yleisiin yhteyksiin tutkittava asia liittyy. Tutkijan on lisäksi selitettävä, minkälaisessa tutkimustilanteessa aineistoa kerättiin. Intention huomioonottaminen tarkoittaa sitä, että tutkijan on tarkkailtava tutkimustilanteessa minkälaisia motiiveja tai tarkoitusperiä tutkittavaan ilmaisuun tai tekemiseen liittyy. Tutkittava saattaa esimerkiksi liioitella, muunnella tosiasioita tai kaunistella totuutta. Tutkittavan intentiossa ei ole kyse valehtelusta, vaan valehtelullakin voi olla jokin motiivi tai tarkoitus, joka kertoo jotain tutkittavalle tärkeistä asioista. Prosesilla tarkoitetaan tutkimusaikataulun ja tutkimusaineiston tuotantoedellytysten suhdetta siihen kuinka hyvin tutkija tuntee tutkittavan asian. Ymmärtämyksen kehittymistä ei voi mainittavammin nopeuttaa, mutta toisaalta pitkä tutkimusaika

voi myös muuttaa tutkijan ymmärtämystä asiasta niin, ettei alkuperäinen tutkimusajatus ole enää mielekäs. (Vilkkä 2005, 99—100.)

Tämän opinnäytetyön aiheena ovat hoitohenkilökunnan toimenkuvat ja henkilökunnan kokemukset toimenkuvistaan kahden vuodeosaston toimintamuutoksen jälkeen. Tilanteen toistaminen on mahdotonta, mikä oli yksi syy siihen, että valitsin opinnäytetyöni menetelmäksi kvalitatiivisen menetelmän. Toinen kvalitatiivista menetelmää puoltava asia oli se, että opinnäytetyöni keskittyy hoitohenkilökunnan käsityksiin ja kokemuksiin. Kvalitatiivisen menetelmää käyttäessäni saatoin koko opinnäytetyön analyysin ja raportin kirjoittamisen ajan ikään kuin keskustella rinnakkain oman opinnäytetyöni analyysin tulosten ja aiheesta jo aiemmin tiedetyn tiedon kanssa.

4.2 Aineiston keruu

Aineiston hankkimisessa voidaan käyttää erilaisia tapoja, kuten kyselyä, haastattelua, havainnointia tai valmiita kirjallisia tuotoksia. Aineistoa voidaan kerätä myös yhtä aikaa eri menetelmillä tai eri menetelmiä yhdistelemällä. Haastattelu on joustavuutensa vuoksi suosittu aineistonkeruumenetelmä. Haastattelun yhteydessä voi myös havainnoida haastateltavaansa ja haastattelun kulkua voi muuttaa tarpeen mukaan. Lomakehaastattelua tai lomakekyselyä käytetään yleisemmin kvantitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä, mutta sitä on mahdollista käyttää myös kvalitatiivisessa tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71—75.)

Omassa opinnäytetyössäni päädyin käyttämään kyselylomaketta (Liite 3), jossa oli kolme avointa kysymystä. Tiedonantajat täyttivät lomakkeet anonyymeinä. Esitiedoissa kysyttiin vain vastaajan ammattia ja osallistumista työkiertoon sekä sitä, millä osastolla henkilöt työskentelivät ennen toiminnan muutosta ja vastausta antaessaan. Tämän aineistonkeruumenetelmän valitsin koska tiedonantajat olivat omia työtovereitani ja koin opinnäytetyöni aiheen henkilökohtaiseksi. Kyselyyn osallistuvat kuvasivat omasta näkökulmastaan sen hetkistä toimenkuvansa sekä kokemuksiaan toimenkuvistaan. Mikäli olisin haastatellut henkilö-

kohtaisesti työtovereitani, olisin saattanut tahtomattanikin vaikuttaa heidän vastauksiinsa. Halusin saada opinnäytetyöhöni mahdollisimman rehellisiä vastauksia. Niitä uskoin saavani parhaiten avoimen lomakkeen avulla. Kyselylomakkeen käytön heikko puoli on siinä, ettei tiedonantajien vastauksia voi tarkentaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 188—190; Tuomi & Sarajärvi 2009, 72—74.)

Saadakseni mahdollisimman asiantuntevia vastauksia rajasin kyselyyn osallistuvaa hoitohenkilökuntaa. Vastaajilta, sairaanhoitajilta ja perushoitajilta, edellytettiin, että he ovat työskennelleet yhtäjaksoisesti terveyskeskuksen vuodeosastoilla elokuusta 2008 alkaen. Tämän kerroin myös kyselyn saatekirjeessä (Liite 3). Kerroin suusanallisesti henkilökunnalle myös sen, että toivon vastaajien olevan nimenomaan valmiita sairaanhoitajia tai perus- ja lähihoitajia. Kummankaan rajauksen toteutumista en kuitenkaan voinut kontrolloida kyselyn aikana. Kontrolloiminen olisi heikentänyt vastaajien anonyymiyttä, jonka taas itse koin erittäin tärkeäksi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 131.)

Käytin informoidun kyselyn muotoa saadakseni vuodeosastojen henkilökunnalta mahdollisimman paljon vastauksia. Esittelin opinnäytetyöni aiheen, kyselylomakkeen ja saatekirjeen henkilökunnalle vuodeosastojen yhteisessä Kehittämissiltapäivässä 26.5.2009. Paikalla oli suurin osa osastojen henkilökunnasta. Samassa yhteydessä jaoin kaikille paikalla oleville, kyselyn ehdot täyttävälle henkilölle kyselylomakkeen saatekirjeineen. Korostin, että kyselyyn osallistuminen on täysin vapaaehtoista, mutta toivottavaa, jotta opinnäytetyöni tulokset olisivat mahdollisimman kattavia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 191—192.)

Kyselylomakkeiden palauttamista varten molemmilla osastoilla oli sinetöity laatikko 1. – 14.6.2009 välisen ajan. Vastauksia palautti määrääjässä kaikkiaan 12 perus- tai lähihoitajaa ja neljä sairaanhoitajaa. Loppukesällä 2009 useat sairaanhoitajat pahoittelivat, että he eivät olleet kesälomien ym. syiden vuoksi vastanneet kyselyyni ja kysyivät itse uutta mahdollisuutta vastata siihen. Koska sairaanhoitajien vastausten määrä oli alun perin alhainen, toistin kyselyn sairaanhoitajien pyynnöstä 7. – 14.9.2009 sairaanhoitajiin kohdennettuna. Tämä uusin-

takysely toi vain yhden lisävastauksen aikaisemmin osoitetusta kiinnostuksesta huolimatta.

4.3 Aineiston analysointi

Tässä opinnäytetyössä analyysimenetelmänä on käytetty sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti tai se voi olla joko teoriaohjaava tai teorialähtöinen. Omassa opinnäytetyössäni käytin aineistolähtöistä sisällönanalyysi menetelmää. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa luetaan aluksi aineisto ja perehdytään sen sisältöön. Tämän jälkeen etsitään pelkistettyjä ilmauksia. Aineiston pelkistämistä ohjaavat opinnäytetyöntehtävät. Pelkistetyt ilmaukset luetteloidaan ja niistä etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Seuraavaksi yhdistellään pelkistettyjä ilmauksia ja niistä muodostetaan alaluokkia, jonka jälkeen alaluokkia yhdistellään ja niistä muodostetaan edelleen yläluokkia. Viimeisessä vaiheessa opinnäytetyön tekijä yhdistelee yläluokkia ja muodostaa niistä kokoavat käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110—111, 116—117; Vilka 2005, 140; Metsämuuronen 2006, 124.)

Kirjoitin aluksi kaikki saamani vastaukset puhtaaksi. Numeroin jokaisen vastauslomakkeen puhtaaksikirjoitus vaiheessa, löytääkseni tarvittaessa alkuperäisen tekstilähteen. Tulostin itselleni puhtaaksi kirjoitetut vastaukset jatkotyöstämistä varten. Näin alkuperäiset kappaleet säilyivät koskemattomina.

Analyysini alussa luin vastaukset läpi kokonaisuuksina useaan kertaan ja tutustuin siten saamiini vastauksiin saadakseni kokonaiskäsityksen aineistosta. Varsinaista analyysia aloittaessani kokosin ensin toimenkuvia käsittelevät vastaukset sekä sairaanhoitajien että perushoitajien osalta omiksi kokonaisuuksikseen. Kahden muun kysymyksen vastaukset käsittelevät keskenään hyvin samankaltaisesti henkilökunnan kokemuksia toimenkuvista. Tästä vuoksi yhdistin sekä sairaanhoitajien että perushoitajien osalta kysymykset kaksi ja kolme yhdeksi kokonaisuudeksi. (Liite 3.)

Aineistoon tutustumisen jälkeen aloin etsiä tekstistä keskenään samankaltaisia ilmauksia. Ryhmittelin aluksi karkeasti keskenään samankaltaiset alkuperäisilmaukset ryhmiin. Alkuperäisistä ilmauksista muodostin pelkistettyjä ilmauksia ja jatkoin niiden tarkastelua. Yhdistelin pelkistettyjä ilmauksia edelleen tarkemmin alaluokiksi. Alaluokat yhdistelin yläluokiksi. Yläluokista muodostui sairaanhoitajille kaksi yhdistävää luokkaa ja perushoitajille kolme yhdistävää luokkaa vastaajille esitettyjen kysymyksien ja opinnäytetyön tehtävien ja annettujen vastausten perusteella.

Alkuperäinen ajatukseni oli analysoida saamani vastaukset osastoittain. Kaikilla sairaanhoitajilla ei ollut kokemusta pitkäaikaisosastosta. Tästä syystä päädyin lopulta analysoimaan vastaukset sairaanhoitajan toimenkuvasta (kuvio 2) ja toimenkuvista saaduista kokemuksista kokonaisuutena enkä eriteltyt vastauksia osastoittain.

Alussa analysoin perushoitajien molempia osastoja koskevat vastaukset erikseen. Kaikista vastauksista ei kuitenkaan käynyt ilmi tarkasti se, kumpaa osastoa vastaaja tarkoitti ja tämä vaikeutti analyysin osastokohtaista jakamista. Päädyin lopulta analysoimaan myös perushoitajien toimenkuvan ja kokemukset toimenkuvista kokonaisuuksina, jotta lopputulos olisi mahdollisimman luotettava.

PELKISTETYT ILMAUKSET	ALALUOKAT	YLÄLUOKAT
<i>Monipuolinen työ</i> <i>Kiireinen työ</i> <i>Tehtävien priorisointi</i> <i>Ammattialan omaehtoinen opiskelu</i>	<i>Ammattitaidon hallinta</i>	<i>HOITOTYÖN PÄÄTÖKSENTEKO</i>
<i>Lisääntynyt vastuu</i> <i>Vastuuhenkilönä toimiminen</i>	<i>Vastuuhoitajuus</i>	
<i>Potilaan kotiuttaminen</i> <i>Potilaan vastaanottaminen</i>	<i>Hoidon järjestäminen</i>	
<i>Paperityöt</i> <i>Kirjaaminen</i>	<i>Hoitotyön dokumentointi</i>	

Kuvio 2 Esimerkki sairaanhoitajan toimenkuvan sisällönanalyysistä

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

5.1 Osallistujien taustatiedot

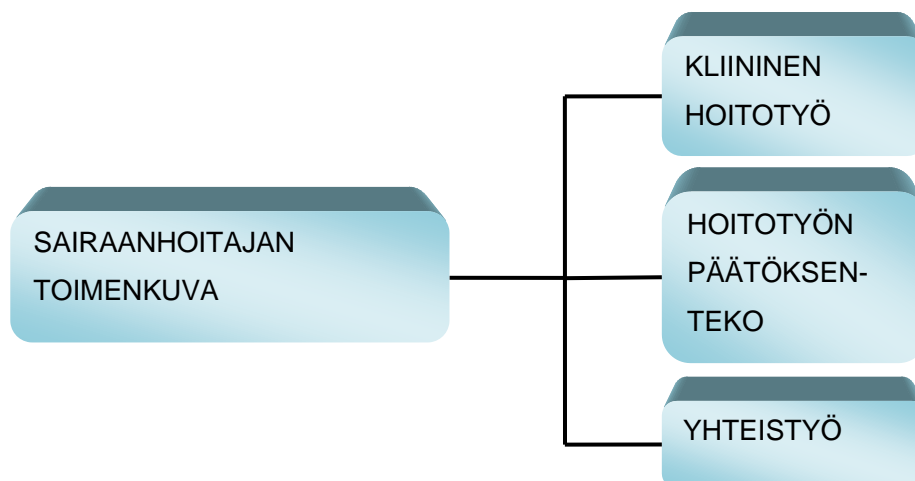
Opinnäytetyöni aineisto koostui kaikkiaan 17 vastauslomakkeesta. Vastaukset jakaantuivat siten, että sairaanhoitajia vastaajista oli viisi ja perushoitajia kaksitoista. Sairaanhoitajien vastausten määrä jäi vähäiseksi. Perushoitajilta saatujen vastausten määrää voi pitää tyydyttävänä.

Sairaanhoitajista suurin osa työskenteli kyselyn tekoaikaan akuuttiosastolla. Kaikki sairaanhoitajat eivät olleet vielä olleet työkierrossa pitkäaikaisosastolla. Heillä ei siis ollut vielä kyselyä tehtäessä kokemusta uudesta pitkäaikaisosastosta. Ennen osastojen muutosta sairaanhoitajista kolme oli työskennellyt osasto kakkosella ja kaksi ykkösosastolla.

Kyselyyn vastanneista perushoitajista kaikki olivat jo olleet työkierrossa akuuttiosastolla. Kaksi vastaajista työskenteli vastausta antaessaan akuuttiosastolla. Vastaajista kuusi oli työskennellyt ennen osastojen muutosta vuodeosasto ykkösellä ja viisi vuodeosasto kakkosella, yhden perushoitajan alkuperäinen osasto ei käynyt taustatiedoista selväksi. Perushoitajien antamien vastauksien lähtökohdat olivat keskenään tasaveroisempia sairaanhoitajien antamiin vastauksiin verrattuna.

5.2 Sairaanhoitajan toimenkuva

Sairaanhoitajien toimenkuva vuodeosastoilla jakautui sairaanhoitajien vastauksien mukaan kliiniseen hoitotyöhön, hoitotyön päätöksentekoon ja yhteistyöhön (Kuvio 3).



Kuvio 3 Sairaanhoidajan toimenkuva vuodeosastoilla

5.2.1 Kliininen hoitotyö

Kliininen hoitotyö jakautui sairaanhoitajien vastauksissa potilaan tilan tarkkailuun, hoitotyön toimenpiteisiin, potilaan aktiviteetin tukemiseen, lääkehoitoon, perushoittoon ja hoitotyötä avustaviin tehtäviin.

Sairaanhoitajat kertoivat tarkkailevansa potilaan tilaa huomioimalla ja arvioimalla potilaan vointia. He kuvasivat tekevänsä erilaisia hoitotyön toimenpiteitä, kuten verensokerin ja verenpaineen mittaamista sekä kontrolloivansa potilaan painoa. Potilaan aktiviteetin tukemiseen kuului kuntoutuspotilaiden hoitaminen. Lisäksi sairaanhoitajat kertoivat, että kuntouttava työote on aikaa vievää.

Lääkehoidon osalta sairaanhoitajat kertoivat jakavansa lääkkeitä, antavansa lääkkeitä potilaille sekä hoitavansa potilaiden suonensisäistä lääkehoitoa. Sairaanhoitajat suorittivat myös lääketarkistuksia.

Perushoidon osa-alueella sairaanhoitajat totesivat huolehtivansa potilaan perustarpeista ja hyvinvoinnista. Sairaanhoitajat huolehtivat myös potilaiden ravitsemuksesta ja puhtaudesta. Hoitotyötä avustavat tehtävät jakaantuivat ympäristön siisteydestä huolehtimiseen, pyykkihuoltoon ja ruokahuoltoon.

”Kaikkea on nyt vaan hieman enemmän jos ennen oli 1 iv. AB keran kuussa, nyt on 3/vrk, mutta niitä laittaa esim. aamuissa 3 sh sokerit, RR, painon otot ovat myös moninkertaistuneet.”

”Entistä enemmän syöttämistä, kylvetystä, roskien keruuta, pyykin kanniskelua ja astioiden keruuta.”

5.2.2 Hoitotyön päätöksenteko

Hoitotyön päätöksenteko (Kuvio 3) jakautui sairaanhoitajien vastauksissa ammattitaidon hallintaan, vastuuhoidajuuteen, hoidon järjestämiseen ja hoitotyön dokumentointiin.

Ammattitaidon hallinnan alueelta sairaanhoitajat kertoivat priorisoivansa työtehtäviään. Sairanhoitajien työ on heidän kertomansa mukaan kiireistä ja monipuolista. Lisäksi he kertoivat opiskelevansa omaehtoisesti ammattialaansa. Sairanhoitajat kertoivat toimivansa työvuorossa vastuunottajina, vastuuhoidajina ja totesivat vastuun lisääntyneen. Hoidon järjestämiseen kuuluu potilaiden vastaanottaminen osastolle ja kotiuttaminen osastolta. He kertoivat hoitotyön dokumentoinnin osalta kirjaavansa huomiota ja mainitsivat paperitöiden lisääntyneen.

”Ns. paperityöt ovat lisääntyneet (mitkä nykyisin tehdään tietokoneella)”

”Kuntoutusosastolla (vanha 2) kotiutus oli hallitumpaa, nyt kotiutus-tilannettakin hallitsee usein kiire.”

5.2.3 Yhteistyö

Sairanhoitajat tekivät vastauksiensa mukaan yhteistyötä lääkärin kanssa, kollegoiden kanssa sekä ohjasivat potilasta ja omaista.

Yhteistyötä lääkärin kanssa tehtiin lääkärinkierroille osallistumalla sekä lääkärin määräyksiä toteuttamalla. Yhteistyötä kollegoiden eli muiden sairaanhoitajien kanssa tehtiin saamalla heiltä tukea ja neuvotteluapua. Lisäksi yhteistyötä tehtiin potilaiden ja omaisten kanssa ohjauksen merkeissä.

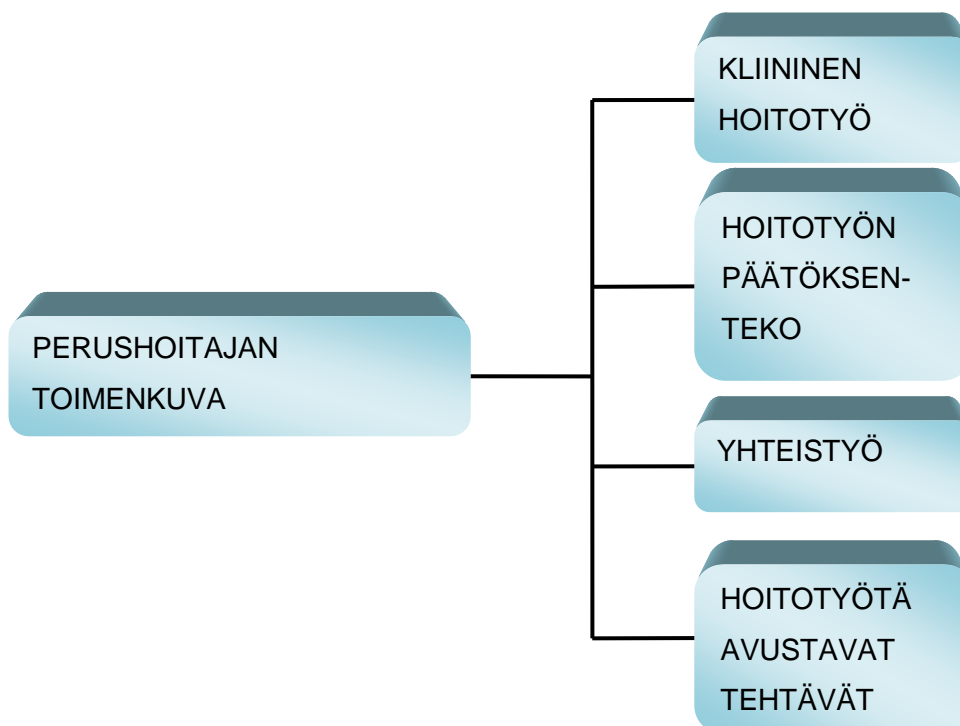
”Mielekkyyttä on lisännyt se että myös iltavuorossa on kollegiaalista tukea saatavilla, kun on useampi sh-iltavuorossa monesti. Aiemmin oli aina vain yksi sh / iltavuoro os: 2:lla.”

”Aamuissa ja illoissa on useita sh, se on ollut mukava kokea – saa neuvotteluapua.”

”Tosin muutoksen jälkeen siihen (toimenkuvaan) on tullut lisää co-xalaisten ja muidenkin leik.potilaiden hoito ja neuvonta.”

5.3 Perushoitajan toimenkuva

Perushoitajien toimenkuvaan kuului heidän vastauksiensa perusteella samat kolme yläluokkaa kuin sairaanhoitajillakin eli kliininen hoitotyö, hoitotyön päätöksenteko sekä yhteistyö. Perushoitajien vastauksien mukaan neljänneksi yläluokaksi muodostui hoitotyötä avustavat tehtävät. Niiden osuus perushoitajien työstä oli vastausten perusteella selkeästi suurempi kuin sairaanhoitajilla (Kuvio 4).



Kuvio 4 Perushoitajan toimenkuva vuodeosastoilla

5.3.1 Kliininen hoitotyö

Perushoitajien vastauksissa kliininen hoitotyö jakaantui hoitotyön toimenpiteisiin, potilaan tilan tarkkailuun, lääkehoitoon, aktiviteetin tukemiseen ja perushoittoon.

Hoitotyön toimenpiteistä perushoitajat kertoivat työhönsä kuuluvan haavanhoitojen, katetrointien, verensokerin ja verenpaineen mittaamisen. Lisäksi perushoitajat kertoivat poistavansa hakasia ja ompeleita. Toimenkuvaan kuuluu myös vainajan laittaminen. Potilaan tilan tarkkailemisesta he kertoivat havainnoivansa potilasta ja tarkkailevansa voinnin muutoksia.

Perushoitajat kertoivat osallistuvansa lääkehoidon toteuttamiseen. He jakavat lääkkeitä ja antavat lääkkeitä potilaille ja huolehtivat potilaiden lääkkeenotosta. Perushoitajien vastauksien mukaan myös potilaiden lääkityksen tarkistaminen ja injektoiden antaminen kuuluu heidän toimenkuvaansa.

Perushoitajat kuvailivat vastauksissaan sekä potilaan aktiviteetin tukemista että toteuttamaansa perushoittoa. Potilaan aktiviteettia tuettiin ulkoiluttamalla potilaita, keskustelemalla heidän kanssaan. Vastauksista kävi ilmi, että potilaiden toimintakykyä pyrittiin lisäämään kuntoutuksella ja potilaan liikkumisessa avustamalla. Toimintakyvyn arviointia toteutettiin RAI-mittariston avulla. Wc-toiminnoissa, peseytymisessä ja pukeutumisessa sekä ruokailussa avustaminen kuuluivat perushoitajien työhön. Samoin perushoitajat kertoivat huolehtivansa potilaiden ihonhoidosta ja asentohoidosta.

”Perushoidolliset tehtävät: mm. pesut ym. hygienia-asiat. Potilaiden tilanteissa tapahtuvat muutokset. Avustaminen esim. syöttää potilasta ruokailutilanteissa. Vaipottamiset ja kesällä ulkoiluttaa eli viedä pot. pyörätuolilla ulos ja kuljettaa häntä siellä.”

”Lääkkeiden jakoa tarjottimelle / potilaille huoneisiin / myös huolehtiminen lääkkeen otosta”

”Potilaiden tarkkailu, havainnointi; tarv. toiminta, ruoan jakaminen – Sairaanhoidolliset toim.pit. esim. haavanhoito, katetrointi, sokerin mittaus, verenpaineen mittaus jne. — lääkkeiden jakaminen + antaminen, tarv. injektioiden antaminen”

5.3.2 Hoitotyön päätöksenteko

Perushoitajien vastausten mukaan heidän toimenkuvassaan hoitotyön päätöksenteko jakautui hoitotyön tiedottamiseen, hoidon järjestämiseen, vastuuhuoltojuuteen pitkäaikaisosastolla ja ammattitaidon ylläpitoon.

Hoitotyön tiedottamiseen kuului hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön raportointi ja lääkärinkierron valmistelu. Hoidon järjestämiseen kuului potilaiden vastaanottaminen osastolle ja kotiuttaminen osastolta. Vastuuhuoltojuuteen pitkäaikaisosastolla oli perushoitajille selkeästi uusi toimenkuvan alue. Sairaanhoitajia oli vähän pitkäaikaisosastolla, joten perushoitajat toimivat osastolla iltavuoroissa ja viikonloppuisin vastuuhuoltajana. Perushoitajat pitivät työtään vastuullisena. Ammattitaitoa piti yllä työkierto akuuttiosastolle. Perushoitajien mukaan työ akuuttiosastolla oli monipuolisempaa ja siellä kohtasi uusia asioita.

”Uusien potilaiden vastaanotto, työvuoron töiden suunnittelu moduulissa, kirjaaminen, potilaiden sisäänkirjoitus.”

”Kakkosella muutenkin enemmän hoidollisia ”toimenpiteitä” sekä erilaisia toimintojen seuraamisia ja tarkkailla. Ammatin hallinta pysyy parempana kakkosella sekä aina uusia asioita tulee eteen.”

5.3.3 Yhteistyö

Perushoitajien vastauksista ilmeni, että he tekevät yhteistyötä monien eri ryhmien kanssa. Lääkärin kanssa yhteistyötä tehtiin pitkäaikaisosastolla osallistumalla lääkärikierrolle, toteuttamalla lääkäriin määräyksiä ja informoimalla lääkäriä potilaan tilassa tapahtuvista muutoksista sekä konsultoimalla lääkäriä puhelimitse. Sairaanhoitajien kanssa perushoitajat tekivät yhteistyötä informoimalla sairaanhoitajia potilaan tilan muutoksista. Opiskelijoiden kanssa perushoitajat tekivät yhteistyötä opiskelijanohjauksen merkeissä. Perushoitajat opettivat opiskelijoita ja arvioivat heitä. Yhdeksi yhteistyökumppaniksi perushoitajat mainitsivat omaiset. Omaisten kanssa yhteistyötä tehtiin tukemalla ja ohjaamalla omaisia sekä pitämällä heihin yhteyttä. Lisäksi perushoitajat tekivät yhteistyötä laitosapulaisten kanssa jakaessaan potilaille ruokaa.

”Os. I:llä on sairaanhoitajia vähän, joten perushoitajat ovat kierrolla (lääkärin). Samoin iltavuoroissa ja viikonloppuisin vastaavana hoitajana voi toimia perushoitaja. Os II:lla ph:t eivät kierrä lääkäriin kanssa. Lääkkeitä he jakavat.”

”I osastolla otan itse yhteyden osaston lääkäriin pot. voinnin muutoksista. Sekä otan yhteyden pot. koskevista asioista omaisiin. II osastolla tiedotan asiasta kierrolla olevalle sairaanhoitajalle.”

5.3.4 Hoitotyötä avustavat tehtävät

Perushoitajien vastauksista tuli esiin, että heidän toimenkuvaansa kuuluu paljon hoitotyötä avustavia tehtäviä. Avustavat tehtävät jakaantuivat ruokahuollon toteuttamiseen, tilausten tekemiseen, siisteydestä huolehtimiseen ja potilaiden

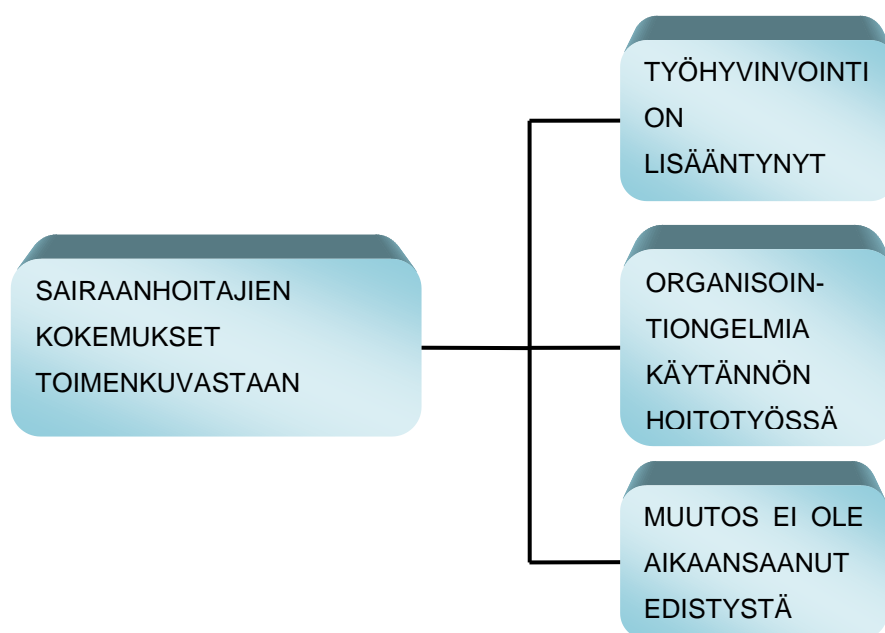
kuljettamiseen tutkimuksiin. Ruokahuoltoon kuului sekä potilasruoan tilaaminen että ruoan jakaminen potilaille. Perushoitajien toimenkuvaan kuului hoitotarvikkeiden ja potilas- ja liinavaatteiden tilaaminen osastoille. He huolehtivat osastojen siisteydestä huolehtimalla ympäristön siisteydestä ja työvälineistä sekä täyttämällä tarvikkekaappeja ja siivoamalla niitä. Lisäksi he kuljettivat potilaita tutkimuksiin poliklinikalle ja röntgeniin.

”tarvikkeiden ja vaatteiden tilaaminen – – ympäristön siisteyden ylläpito, työvälineiden puhtaana pitäminen – – varastotilaus + tarvikkeiden tilaus”

”Sekä osasto I:llä ruoan jakelun toteuttaminen on tullut uutena asiana. Aluksi ei mitenkään miellyttävänä. Mutta muutokseen tottuu aika nopeasti.”

5.4 Sairaanhoidtajien kokemukset toimenkuvasta

Sairaanhoidtajien vastauksien perusteella kokemukset toimenkuvista jakautuivat kolmeen osaan (Kuvio 5). Sairaanhoidtajien myönteinen kokemus oli, että työhyvinvointi oli lisääntynyt. Toisaalta he kokivat, ettei muutos ollut aikaansaanut edistystä ja käytännön hoitotyössä oli organisointiongelmia.



Kuvio 5 Sairaanhoidajien kokemukset toimenkuvastaan

5.4.1 Työhyvinvointi on lisääntynyt

Työhyvinvoinnin lisääntyminen muodostui vastauksien perusteella myönteisistä muutoksista, kehittymismyönteisyydestä ja ammatillisesti mielekkästä työstä.

Myönteisinä muutoksina sairaanhoitajat kertoivat yhteistyön toimivan ylilääkärin kanssa. Uudet työkaverit he kokivat rikkautena. He kertoivat iltavuorojen henkilökuntamäärän lisääntyneen. Lisäksi sairaanhoitajat pitivät molempia osastoja toimivina. Sairaanhoidajien vastauksista ilmeni kehittymismyönteisyyttä, koska heidän mielestään muutos esti urautumista. Sairaanhoidajat myös tunnistivat omia koulutustarpeitaan.

Sairaanhoidajat kokivat työnsä ammatillisesti mielekkääksi. He kertoivat, että heidän toimenkuvansa on laaja-alainen ja vastuullinen. Työtä koettiin yleisesti-kin vastuulliseksi. Sairaanhoidajien mukaan perushoidon osuus työstä oli vähentynyt. Heidän mukaansa ammattitaitoa vastaava työ säilytti myös mielenkiinnon työhön. Sairaanhoidajat kertoivat, että työn tekeminen vaatii heiltä tieto-taitoa.

”Osasto II:lla tarvitaan monenlaista osaamisen tieto-taitoa. Minusta se on mukava haaste, jonka avulla säilyy mielenkiinto hoitotyöhön. Ehkä se auttaa työssä jaksamiseenkin.”

”Hoitotyö on ehkä muuttunut tällä hetkellä siten että on vähemmän ns. vaipanvaihtoja, potilaiden syöttämisiä ja tilalle on tullut lääkärinkiertojen tuomia asioita.”

5.4.2 Organisoitongelmia käytännön hoitotyössä

Sairaanhoitajien vastauksien mukaan akuuttiosaston potilasvaihtuvuus aiheutti kiirettä. Kiire painottui varsinkin aamuvuoroihin, jolloin potilasvaihtuvuus on suurinta. Pitkäaikaisosastolla oli heidän mukaansa fyysisesti raskasta. Lisäksi he kokivat, ettei modularityöskentely toiminut pitkäaikaisosastolla, koska siihen puututtiin liikaa ylemmältä tasolta.

”En ole ollut os. 1:llä eli pitkäaikaisosastolla mutta kuuleman mukaan fyysinen / konkreettinen työpanos on raskasta ja taas os:2:lla työ on kiireistä mm. vaihtuvuudenkin johdosta. Tietysti hoitotyö on ”tasapainoisempaa” jos molemmilla puolilla olisi osittain samanlaisia potilaita.”

”Osasto I on varmaankin pidemmän päälle fyysisesti liian rankka. Huonona siellä koen sen ettei modularityöskentelyä voi tehdä haluumallaan tavalla (sanellaan liikaa ylempää). Edellinen osasto jako oli tasapuolisempi vrt. fyysinen/psykykinen rasitus.”

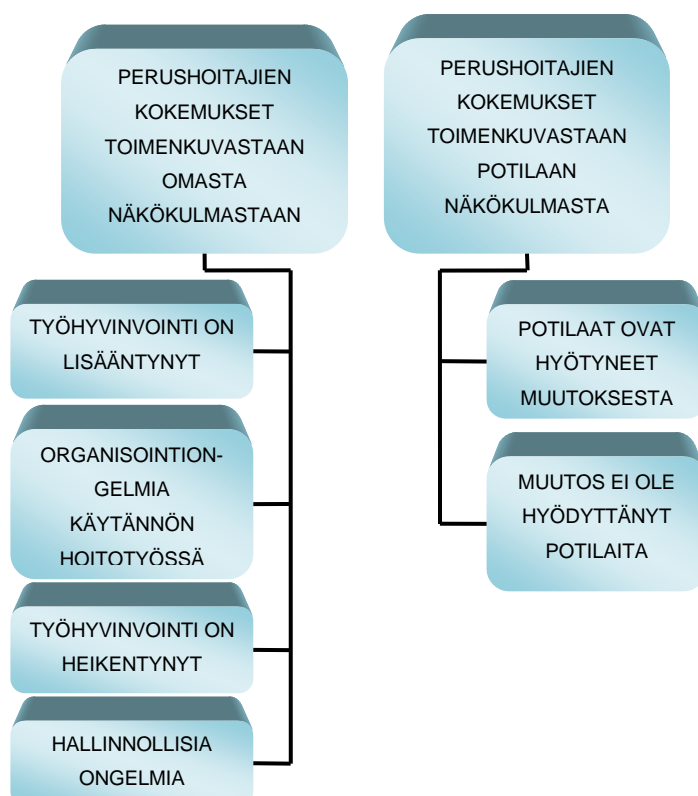
5.4.3 Muutos ei ole aikaansaanut edistystä

Sairaanhoitajat kertoivat, että työn arvostus oli laskenut. He kokivat toimenkuvansa liian laajaksi, koska toimenkuvauksessa on siihen kuulumattomia tehtäviä kuten EKG:n tulkinta. Lisäksi heiltä odotettiin puhelinneuvontaa kaikissa kuntalaisia koskevissa asioissa, minkä he kokivat mahdottomaksi. Muutoksen hyöty oli jäänyt heille epäselväksi.

”Tällä hetkellä vastuullisia ratkaisuja tulee enemmän, toimenkuvassa pisti silmään EKG:n tulkinta. nykyisin harvoin edes näemme pot Ekg käyriä kun ne ovat digit. otettuja. Itse koen että tulkinta kuuluu lääkärille.”

5.5 Perushoitajien kokemukset toimenkuvastaan

Perushoitajien kokemuksista heidän toimenkuvastaan kesällä 2009 muodostui kaksi yhdistävää luokkaa (Kuvio 6), koska perushoitajat olivat kuvanneet vastauksissaan kokemuksiaan sekä omasta näkökulmastaan että potilaiden näkökulmasta. Yhdistävät luokat ovat perushoitajien kokemukset toimenkuvastaan omasta näkökulmastaan ja perushoitajien kokemukset toimenkuvastaan potilaan näkökulmasta.



Kuvio 6 Perushoitajien kokemukset toimenkuvastaan

5.5.1 Työhyvinvointi on lisääntynyt

Perushoitajien vastauksissa työhyvinvoinnin lisääntyminen jakaantui positiiviseen näkemykseen muutoksesta, hyvään työyhteisöön, kehittymis- ja koulutusmyönteisyyteen sekä vastuulliseen työhön.

Positiivinen näkemys muutoksesta kuvastui vastauksista, joissa kerrottiin työn olevan monipuolista ja innostavaa. Perushoitajat kokivat tehdyn ratkaisun oikeaksi ja kertoivat, että työkierto edesauttaa jaksamista. Hyväksi työyhteisön tekivät onnistunut yhteistyö, hyvä ilmapiiri ja mukavat työkaverit.

Kehittymis- ja koulutusmyönteisyydestä perushoitajien vastauksissa kertoi se, että he kokivat kehittämisen ja kouluttautumisen mielekkääksi. Työkierron ja koulutuksien kautta he kokivat kehittävänsä ammattitaitoaan. He pitivät työtään vastuullisena ja vastuu oli muutoksen myötä kasvanut, koska perushoitajat olivat pitkäaikaisosastolla vastuuhoidajina ja osallistuivat lääkärinkierrolle.

”Hyvä asia. Pitkäaikaispuolella ph:den vastuu tietysti kasvanut. Mahdollistaa ammattitaidon hyödyntämisen. – – Työnkierto mahdollistaa akuuttiosastolla ph:den ammattitaidon säilymisen / lisääntymisen.”

”Sijaisten ja kuluttamattomien lisääntynyt käyttö os 1:llä on tuonut lisää vastuuta esim. lääkehoidossa ja voimien/hoidon tarkkailussa kokeneemmille perus- ja lähihoitajille koska sairaanhoitajia on osastolla vain muutama.”

5.5.2 Organisoitongelmia käytännön hoitotyössä

Perushoitajien vastauksista ilmeni, että he heidän mielestään työ oli kiireistä. Työtä oli paljon ja sekä akuuttiosastolla että pitkäaikaisosastolla kiire oli lisääntynyt. Perushoitajien mukaan akuuttiosastolla suuri potilasvaihtuvuus oli kiireen syy. Pitkäaikaisosastolla työt puolestaan kasaantuivat aamuun ja iltaan. Perushoitajat kertoivat, että kiireen tunne aiheuttaa riittämättömyyden tunnetta.

”Riittämättömyyden tunne on kyllä aamutoimien aikaan monta kertaa. KIIRE, KIIRE. – – Os II:lla joskus potilasvaihto pv/ssä liian suuri. Uusia pot odottaa jo aulassa, kun ed. vielä paikalla. Siitä seuraa kiire ja levottomuus”

Perushoitajien vastauksien mukaan osastojen toimintatavoissa oli ongelmia. Monessa asiassa menty heidän mielestään taaksepäin ja toisaalta oli edetty väärällä tavalla. Tiedonkulussa oli ongelmia. Työmäärä oli lisääntynyt molemmilla osastoilla ja moduli vaihtui usein. Lisäksi perushoitajan toimenkuva vaihteli. Perushoitajien mukaan toiminta oli urautunutta ja he toivoivat, että oma toimintamalli kehitettäisiin hoitajia kuunnellen.

”Takapuoli edellä puuhun on menty. – – Pidetään ns. ”tyhmänä”, kun ohjeita annetaan esim. vasen – oikea. Asioita tehdään helposti tietyllä tavalla ja koska pot. X on aina pesty torstaisin, ”hänet pestään aina torstaisin” ajattelu- ja toimintatapa. – – Pitäisi mieluummin kuunnella hoitajia ja luoda oma toimintamalli, jossa voi hyödyntää muitakin toimintamalleja.”

Perushoitajat kertoivat vastauksissaan, että pitkäaikaisosasto oli fyysisesti raskas. Pelkästään pitkäaikaisosastolla työskennellessä fyysinen kunto petti. Akuuttiosaston he kokivat puolestaan kevyemmäksi työskentelypaikaksi. Vastauksien mukaan akuuttiosastolla oli enemmän aikaa hoitotyölle kuin pitkäaikaisosastolla.

”Os 1. on aivan liian raskas fyysisesti. Työaika kuluu totaalisesti perus(työhön)hoitoihin. – – Täällä kakkosella ei ole montaa syötettävää, joten aikaa jää enemmän mm. perustyöhön. Myös yksin työskentely onnistuu täällä. Aikaa on enemmän mm. kirjaamiseen, haavanhoitoihin, pot. tilan seuraamiseen.”

Perushoitajat kokivat perushoitajien ja sairaanhoitajien toimenkuvien erilaistuneen muutoksen myötä. Akuuttiosastolla perushoitaja kertoivat työskentelevänsä yksin kentällä eli tekevänsä yksin käytännön hoitotyötä. Sairaanhoitajat työskentelivät perushoitajien mukaan pääosin kansliassa. Käytännön hoitotyön tekijöitä oli vähän ja ammattiryhmien välinen ero oli kasvanut.

”Kun kaveri (sh) kierrolla ym. kansliatyössä, on ph yksin kentällä. Voi olla raskaitakin vuodepot. pestävänä ja kaveria ei saa häiritä.”

”Os 2:lla olen ollut vain vähän aikaa, ja se jäi täysin sekavaksi: Ilman työparia pakiersin aamutyöt ja vielä olisi pitänyt ehtiä kansliainkin auttamaan sh:ta kiertoasioissa. Modulikin vaihtui lähes päivittäin. Jos tilanne ei ole muuttunut, en kaipaa os 2:lle vaikka 1:llä on fyysisesti raskasta, ilmapiiri on loitava.”

5.5.3 Työhyvinvointi on heikentynyt

Perushoitajien vastauksista ilmeni, että he kokivat työhyvinvointinsa heikentyneen muutoksen myötä. He kokivat, että työ pitkäaikaisosastolla ei kehity. Pitkäaikaisosastolla työ ei tyydyttänyt ammatillisesti, vaan ammattitaito yksipuolistui siellä. He kokivat passivoituvansa pitkäaikaisosastolla. Perushoitajien vastauksista kävi ilmi, että he kokivat asemansa työyhteisössä heikentyneen. He kertoivat, että akuuttiosastolla perushoitajia ei huomioida ja epäilivät arvostetaanko perushoitajia. Samoin heistä tuntui, että heidän vastuunotto-kykynsä ei uskottu.

”Os. 2:lla : – sh painotteinen osasto, asioita puhutaan ph:n ”yli”, kuulu ammattiryhmien välillä kasvanut, pitkäaik. kokemusta ei tarpeeksi arvosteta. Puhutaan vastuunotosta enemmän: mielestäni ph:t ottaneet ennekin vastuun jos on annettu.”

Perushoitajien vastauksien mukaan työyhteisössä oli muutoksesta johtuvia ongelmia. Perushoitajien mielestä työyhteisöä ei enää ollut. He ikävöivät tuttua työyhteisöä ja kokivat, että heillä ei ole työkavereiden tukea. Muutos oli aiheuttanut myös ulkopuolisuuden tunnetta ja erimielisyyksiä.

”Henkilökohtaisesti en tykkää! Oli keljua sekoittaa osastot ja henkilökunta! Kaipaen vanhaa hyvää aikaa ja jo tutuksi tulleita työtovereita! Klikit ovat vieläkin olemassa ja työkavereita valitaan sekä toisia arvostellaan vaikkei hyvin edes tunneta!!!”

”Os 2:lla koin olevani ”vain käymässä” enkä ns. kuulunut joukkoon. En osaa sanoa mistä johtuu mutta tunteesta en pääsyt eroon koko aikana.”

5.5.4 Hallinnollisia ongelmia

Perushoitajien vastauksien perusteella he kokivat, että henkilökuntarakenteessa oli ongelmia. Perushoitajat toivoivat molemmille osastoille omia osastonhoitajia ja pitkäaikaisosastolle koulutettua apulaisosastonhoitajaa. Perushoitajat halusivat, että perushoitajia ja sairaanhoitajia olisi tasaisesti molemmilla osastoilla. He myös toivoivat pitkäaikaisosastolle lisää sairaanhoitajia. Perushoitajat toivat julki huolensa myös siitä, että pitkäaikaisosastolla oli paljon sijaisia ja kouluttamatonta henkilökuntaa ja sijaisina käytettiin opiskelijoita. Perushoitajien vastauksista ilmeni, että työkierron toteutus ei toiminut. Perushoitajat toivoivat, että työkierto kestäisi pidempään. He kokivat, että työkierto oli lyhyt ja sen tasapuolisuutta epäiltiin.

”Os. yhdellä ”kaikki” sijaiset on opiskelijoita, vakituisilla ei kiva. Osaston pitäisi olla lippulaiva. – – Kierto ei ole tasapuolista.”

”Aina on kehittämisen varaa asioissa. – – hoiva osastolle sairaanhoitaja työvuoroihin. Opiskelijat ensinnä vähän työharjoittelussa, eikä panna heitä heti täydeksi työvoimaksi.”

”Työnkierto ei tasapuolista, onko suosikkeja?”

”I:llä työ on fyysisesti raskaampaa, joten työnkierto pitäisi olla nopeampaa ja tasapuolista kaikille.”

”Kumpainenkin osasto tarvitsee Sh:ta ja Ph:ta tasaisesti, työtkin jakautuisivat paremmin: perushoittoa on paljon myös os. 2:lla. Kaikkein tärkein asia olisi molemmilla osastoilla oma osastonhoitaja jolla todella olisi johtaminen hallussaan!”

5.5.5 Potilaat ovat hyötäneet muutoksesta

Perushoitajien vastauksista ilmeni, että he olivat ajatelleen osastojen toiminnan muutosta myös potilaiden näkökulmasta. Perushoitajat kokivat, että muutos oli potilaiden kannalta hyvä. Heidän mukaansa pitkäaikaispotilaiden hoito oli nyt yksilöllisempää. Pitkäaikaispotilaat tunnettiin hyvin eivätkä he jääneet oman

osaston myötä akuuttipotilaiden varjoon. Akuuttipotilaatkin olivat perushoitajien mukaan hyötäneet omasta osastosta, koska tapaavat nyt lääkärin helpommin.

”Mielestäni on hyvä että akuuttipotilaat ovat omalla osastollaan, se helpottaa myös lääkäreiden työtä ja pitkäaikaispotilaat eivät jää akuuttien varjoon.”

”Tuntee potilaat hyvin, kun ei vaihdu.”

5.5.6 Muutos ei ole hyödyttänyt potilaita

Perushoitajien vastauksista kävi ilmi myös se, että heidän mielestään potilaat eivät olleet hyötäneet muutoksesta. Viriketoiminnan järjestäminen potilaille ei onnistunut ja ruokailun toteuttaminen oli hidasta. Perushoitajien mielestä potilashuoneet eivät olleet viihtyisiä. Heillä ei myöskään ollut riittävästi aikaa potilaille ja potilaan asioihin vaikuttaminen oli vaikeaa.

”Os 1. – Työaika kuluu totaalisesti perus(työhön)hoitoihin. Ei kerkiä järjestämään potilaille mitään ”viihdytystä”, ulkoilua, lehtien lukemista yms. Ruokailut vievät ison osan pv. työajasta eli siis syötämiset ja ruoan jakelu.”

”Aina on kehittämisen varaa asioissa: ruokailussa, viriketoimintaa potilaille, viihtyisyyttä huoneisiin (pitkäaikaisille).”

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön eettiset näkökulmat

Opinnäytetyön tekemisen eettiset periaatteet nivoutuvat kiinteästi opinnäytetyön tekemiseen. Tutkimusetiikka tarkoittaa, että opinnäytetyöntekijä noudattaa yleisesti sovittuja sääntöjä suhteessa tutkimuskohteeseensa, toimeksiantajiin, toisiin opiskelijoihin sekä tuleviin kollegoihin että opinnäytetyön lukijoihin. Opinnäytetyöntekijän on noudatettava eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä, jotka tiedeyhteisö on hyväksynyt. Tiedonhankinnan on perustuttava tieteelliseen kirjallisuuteen ja muihin asianmukaisiin tietolähteisiin. Opinnäytetyön tekijän on myös julkaistava mahdolliset rahoituslähteensä ja muut opinnäytetyön kannalta merkittävät sidonnaisuudet. (Vilka 2005, 29—31; Kuula 2006, 34—35; Tuomi & Sarajärvi 2009, 132—133.)

Olen pyrkinyt käyttämään tässä opinnäytetyössä mahdollisimman uusia tieteellisiä tutkimuksia taustamateriaalina. Ongelmana on kuitenkin ollut se, että opinnäytetyössäni on näkökulma, josta on olemassa melko vähän tutkittua tietoa. Löytämieni tutkimusten käsiin saaminen oli hankalaa, koska suurimman osan löytämistäni tutkimuksista jouduin tilaamaan erikseen yliopistojen kirjastoista kaukolainana. Opinnäytetyössäni ei ole erillisiä rahoituslähteitä. Merkittävänä sidonnaisuutena pidän sitä, että työskentelen itse samassa terveyskeskuksessa, jota työni käsittelee.

Tutkimuksen tulisi tuottaa uutta tietoa tai yhdistää aikaisemmin kerättyä tietoa uudella tavalla. Oman opinnäytetyöni aihe on ajankohtainen ja tuore. Keskustelu hoitohenkilökunnan työtehtävien sisällöistä ja työtehtävien laajentamisesta on tällä hetkellä hyvin vilkasta. Vuodeosastojen hoitohenkilökunnan toimenkuvia on viimeisen kymmenen vuoden aikana tutkittu pääosin erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Perusterveydenhuollon vuodeosastoilla työskentelevien sairaanhoitajien ja perushoitajien toimenkuvia ei ole tarkasteltu aivan omaa opinnäytetyötäni vastaavasta näkökulmasta eli hoitajien kokemusten kautta. Suurin osa

löytämistäni tutkimuksista on mitoitannut työhön ja tehtäviin käytettävää aikaa. (Partanen 2002; Kuokkanen 2005, 22; Vilkkä 2005, 30; Eloranta 2007; Hakoma 2008; Heinonen 2009.)

Eettiset periaatteet edellyttävät, että tutkimukseen, tässä tapauksessa opinnäytetyöhön, osallistuville selitetään työn tarkoitus. Osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja tiedonantajilta on saatava tietoinen suostumus. Kyselyyn osallistujien tulee voida luottaa myös siihen, ettei heitä tunnisteta opinnäytetyön tuloksista vaan he säilyttävät anonymiytensä. Selitin nämä asiat kyselyyn osallistuville kyselylomakkeen saatekirjeessä. Lisäksi kerroin saman asian suusanallisesti esitellessäni opinnäytetyöni kyselyä henkilökunnalle Kehittämisiltapäivässä 26.5.2009. Korostin henkilökunnalle, että kyselyyn vastaaminen on samalla lupa vastausten käyttöön opinnäytetyöni materiaalina. Kyselyyn vastanneiden anonymiuden säilymisestä huolehdin myös siten, että valitsin tuloksia esitellessäni esimerkkilauseiksi mahdollisimman neutraaleja lauseita, joista ei voi tunnistaa tiedonantajaa. Vastaajien anonymiyyttä lisää myös se, ettei terveyskeskus, jota opinnäytetyö koskee, esiinny nimellä tässä työssä. (Kuula 2006, 74—75; Hirsjärvi ym. 2007, 23—27; Tuomi & Sarajärvi 2009, 132—133.)

Kyselyssä saatu aineisto on säilytettävä siten, ettei se joudu muiden henkilöiden käsiin. Olen säilyttänyt alkuperäiset, numeroidut kyselylomakkeet kotona kansiossa, jota puolestaan säilytän lukitussa kaapissa. Kenelläkään muulla ei ole ollut mahdollisuutta saada alkuperäisiä vastauksia käsiinsä. Aineistoa ei myöskään saa käyttää muuhun kuin siihen tarkoitukseen, johon se on alkuperin kerätty. Hävitän opinnäytetyöni valmistumisen jälkeen kaikki vastaukset, jolloin niiden väärinkäyttö ei ole mahdollista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2002, 26—27; Tuomi 2007, 145—146.)

Kyselyn tuloksien analysoinnin ja raportin kirjoittamisen vaiheessa tulee huomioida se, että jokaisella on copyright-oikeus tuottamaansa tekstiin. Lainaukset on merkittävä selkeästi, sovittuja käytäntöjä noudattaen. Olen osoittanut teksti- ja asialainaukset asianmukaisesti opinnäytetyössäni. Kun olen käyttänyt tiedonantajien omia ilmauksia, ne on kirjoitettu kursiivilla ja sisennetty muusta tekstistä. Olen raportoinut kyselystä saamani tulokset asiallisesti ja rehellisesti. Analyysi

menetelmät ja analyysin etenemisen on selostettu jo aiemmin tässä opinnäytetyöni raportissa. (Vilkkä 2005, 31—32; Hirsjärvi ym. 2007, 26—27; Neville 2007, 7.)

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen opinnäytetyön luotettavuuden arvioimiselle ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. Määrällisessä tutkimuksessa käytettyjä luotettavuuden käsitteitä validiteettia ja reliabiliteettia ei juurikaan käytetä laadullista tutkimusta arvioitaessa. Validiteetti tarkoittaa, että tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu ja reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuuden. Laadulliselle opinnäytetyölle on ominaista, ettei sitä voida toistaa täysin samanlaisena toista kertaa. Näin ollen opinnäytetyön tekijän tulee kertoa tarkasti lukijalleen kuinka hän on päätenyt saamiinsa tuloksiin. Laadullisen opinnäytetyön luotettavuus perustuu siis eri asioihin kuin määrällisen ja työn toteuttamisen ja luotettavuuden voidaan katsoa liittyvät tiukasti toisiinsa. Laadullisessa opinnäytetyössä arvioinnin kohteena ovat nimenomaan tekijän työssään tekemät teot, valinnat ja ratkaisut, jotka on raportoitava johdonmukaisesti. Sisällön analyysin etenemisen olen selostanut kappaleessa 4.3 Aineiston analysointi. (Vilkkä 2005, 158—159; Hirsjärvi ym. 2007, 226—227; Tuomi & Sarajärvi 2009, 136, 140—14.)

Laadullisen opinnäytetyön luotettavuutta tarkasteltaessa tulee ottaa huomioon puolueettomuuden näkökulma. Opinnäytetyön tekijän tulee pyrkiä ymmärtämään tiedonantajia eikä suodattaa heidän vastauksiaan oman näkemyksensä kautta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135—136.) Oman opinnäytetyöni kohdalla koin tämän näkökulman hyvin tärkeäksi, koska tein kyselyn omalla työpaikallani ja vastaajat olivat omia työtovereitani. Näkemykset työn sisällöstä voidaan kokea henkilökohtaisina. Varsinkin kokemukset toimenkuvasta ovat hyvin henkilökohtaisia. Tämän vuoksi valitsin aineistonkeruun menetelmäksi kyselyn enkä haastattelua. Mikäli olisin haastatellut omia työtovereitani, olisin saattanut tahtomatankin vaikuttaa heidän vastauksiinsa. Tässä tilanteessa anonymisti vastattu kysely toi parhaalla mahdollisella tavalla esiin vastaajien rehelliset mielipiteet. Koen tämän valinnan lisänneen opinnäytetyöni luotettavuutta.

Kyselytutkimuksen tekemiseen liittyy aina heikkouksia. Kyselyä tehdessäni minulla ei ole ollut mahdollisuutta tarkentaa tiedonantajien vastauksia, enkä myöskään voi tietää kuinka vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet kyselyyn vastaamiseen tai kuinka rehellisiä he ovat olleet vastatessaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 189—191.) Kyselyä tehdessäni vastausten määrä jäi odottamaani pienemmäksi. Sairaanhoitajia työskentelee osastolla vakinaisissa toimissa yhteensä 22 ja vain viisi heistä vastasi kyselyyn. Perushoitajien vastausten määrä oli suurempi. Perushoitajista 12 vastasi ja heitä on osastoilla kaikkiaan 19. Perushoitajien vastauksien tuloksia voikin pitää kattavampana ja sitä kautta luotettavampana kuin sairaanhoitajien. Haastatteleamalla henkilökuntaa olisin saanut laajemman ja tarkemman aineiston kuin mitä nyt kyselyä käyttämällä sain. Olen kuitenkin sitä mieltä, että opinnäytetyöni luotettavuuden kannalta anonyymisti toteutettu kysely oli paras vaihtoehto.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että tiedonantajat ovat perehtyneitä ilmiöön, jota opinnäytetyö käsittelee (Hirsjärvi ym. 2007, 190; Tuomi & Sarajärvi 2009, 140—141). Oman opinnäytetyöni kyselyn tiedonantajiksi valittu ryhmä oli erittäin perehtynyt kysyttävään asiaan: omaan toimenkuvaansa ja kokemuksiinsa siitä. Ennen kyselyn tekemistä rajasin vielä siihen vastaavaa henkilökuntaa siten, että vastaajien tulee olla ammattiinsa valmistuneita ja heillä tulee olla riittävän pitkä työkokemus vuodeosastolla työskentelystä. Koska kysely toteutettiin anonyymina, en voinut tarkistaa, että kaikki asettamani ehdot täyttyivät vastaajien osalta. Toisaalta vastauksista kävi ilmi vastaajien perehtyneisyys kysytyyn asiaan: vastaajat olivat vastanneet siihen, mitä oli kysytty. Täältäkin osin opinnäytetyöni tulokset ovat luotettavia.

6.3 Tulosten tarkastelu

6.3.1 Toimenkuvat

Kliininen hoitotyö ja hoitotyötä avustavat tehtävät

Laajimmaksi toimenkuvan osa-alueeksi sekä sairaanhoitajien että perushoitajien vastauksien perusteella muodostui kliininen hoitotyö. Molemmilla ammattiryhmillä kliininen hoitotyö jakautui potilaan tilan tarkkailuun, perushoittoon, hoitotyön toimenpiteisiin, potilaan aktiviteetin tukemiseen ja lääkehoitoon. Sairaanhoitajilla kliinisen hoitotyön alaluokaksi muodostui vielä hoitotyötä avustavat tehtävät. Näitä ei sairaanhoitajien toimenkuvauksissa mainita (Liite 1, Liite 4).

Perushoitajien vastauksien mukaan heidän työhönsä kuuluu huomattavasti enemmän erilaisia hoitotyötä avustavia tehtäviä kuin sairaanhoitajille, joten perushoitajille hoitotyötä avustavista tehtävistä muodostui oma toimenkuvan osa-alue. Perushoitajien vastaukset olivat voimassa olevien toimenkuvauksen mukaisia (Liite 5). Tutkimustulostenkin mukaan perushoitajille kuuluu enemmän hoitotyötä avustavia tehtäviä kuin sairaanhoitajille (Eloranta 2007, Heinonen 2009). Hoitotieteen tutkimuksien mukaan sairaanhoitajille yleisimpiä avustavia tehtäviä terveyskeskuksessa oli ruoanjakoon osallistuminen (Väänänen 1999, 32; Heinonen 2009). Opinnäytetyössäni tämä ei tullut varsinaisesti esiin eikä sitä myöskään mainita sairaanhoitajan toimenkuvauksessa (Liite 4.)

Lääkehoidon osalta perushoitajien ja sairaanhoitajien vastaukset olivat lähes samankaltaisia. Molemmat ammattiryhmät kertoivat jakavansa lääkkeitä ja antavansa potilaille lääkkeitä sekä tarkistavansa potilaiden lääkityksiä. Perushoitajat kertoivat antavansa potilaille myös injektioita, mitä taas sairaanhoitajat eivät maininneet. Sairaanhoitajat puolestaan kertoivat huolehtivansa suonensisäisestä lääkehoidosta, mikä ei kuulu perushoitajien tehtäviin toimenkuvauksienkaan perusteella (Liite 1, Liite 2). Tutkimustulosten mukaan terveyskeskuksessa ja vanhainkodissa lääkehoito vie sairaanhoitajilta enemmän työaika kuin perushoitajilta (Eloranta 2007, Heinonen 2009). Tämä ei opinnäytetyössä tule

esiin, koska perushoitajat kuvasivat lääkehoitoon osallistumista enemmän kuin sairaanhoitajat. Sairaanhoitajat ovat toimenkuvansa (Liite 1, Liite 4) perusteella kokonaisvastuussa potilaiden lääkehoidon toteuttamisesta, mutta tämä ei tullut esiin sairaanhoitajien vastauksista. Tältä osin opinnäytetyön tulokset ovat lähempänä voimassaolevaa perushoitajan toimenkuvaa kuin sairaanhoitajan toimenkuvaa.

Sairaanhoitajan toimenkuvauksessa terveyskeskuksessa ei ole mainittu suoraan perushoitoa (Liite 1). Sen voi olettaa sisältyvän osioon potilaan kokonaisuudesta vastaaminen. Kyselyn vastauksissa sairaanhoitajat itse kertovat tekevänsä perushoitoa. Myös tehtyjen tutkimusten mukaan sairaanhoitajien työhön kuuluu potilaan perushoito, johon tässä lasketaan kuuluvaksi potilaan hygieniasta ja eritystoiminnasta huolehtiminen, pukeutumisesta sekä ravitsemuksesta huolehtiminen. Näihin toimintoihin sairaanhoitajilta kului jopa 26,8 % työajasta tutkimuksesta riippuen (Eloranta 2007; Hakoma 2008, 37; Heinonen 2009). Perushoitajat kuvasivat vastauksissaan laajasti toteuttamaansa perushoitoa. Terveyskeskuksessa perushoitajan toimenkuvassa perushoito on yksi avaintehtävistä (Liite 2). Tutkimusten mukaan perushoidon osuus perushoitajan työstä on suuri ja voi viedä työajasta jopa 48,4 % (Eloranta 2007, Heinonen 2009). Opinnäytetyön tulokset vastaavat tehtyjä tutkimuksia molempien ammattiryhmien osalta sekä terveyskeskuksen toimenkuvaa perushoitajien osalta.

Sekä perushoitajat että sairaanhoitajat kuvasivat tekevänsä hoitotyön toimenpiteitä, kuten verensokerin- ja verenpaineet mittauksia ja potilaan punnituksia. Perushoitajat nimesivät vastauksissaan enemmän näitä toimenpiteitä kuin sairaanhoitajat. Heinosen (2009) mukaan sairaanhoitajien ja perushoitajien tehtäviin kuuluu lähes yhtä paljon erilaisia hoitotyön toimenpiteitä, mutta toimenpiteet painottuvat eritavoin ammatista riippuen. Vuodeosastojen toimenkuvassa (Liite 5) perushoitajien kohdalla hoitotyön toimenpiteitä on lueteltu kohdassa muut tehtävät tarvittaessa. Sairaanhoitajien toimenkuvassa (Liite 4) toimenpiteet kuuluvat kohtaan käytännön hoitotyö. Opinnäytetyön tulos vastaa tältä osin molempien ammattiryhmien toimenkuvauksia.

Hoitotyön päätöksenteko

Sairaanhoitajille ja perushoitajille muodostui vastausten perusteella toimenkuvan yhdeksi osa-alueeksi hoitotyön päätöksenteko. Hoitotyön päätöksenteon osa-alueet vaihtelivat ammattiryhmien kesken heidän vastauksiinsa perustuen. Hoidon järjestämisen osalta molemmat ammattiryhmät kertoivat kotiuttavansa potilaita sekä ottavansa potilaista vastaan osastolle. Nämä myös mainitaan molempien ammattiryhmien toimenkuvauksissa (Liite 4, Liite 5).

Sairaanhoitajille toimenkuvan osa-alueeksi muodostui hoitotyön dokumentointi ja perushoitajille vastaavasti hoitotyön tiedottaminen. Sairaanhoitajat kertoivat vastauksissaan vain paperitöiden lisääntymisestä ja kirjaamisesta. Perushoitajat kertoivat kirjaamisen lisäksi myös raportoivansa potilaista, vaikka mainitsivatkin sen yleensä kuuluvan sairaanhoitajan tehtäviin. Perushoitajat mainitsivat myös hoitotyön suunnittelun. Sairaanhoitajan toimenkuvauksessa, joka oli voimassa kesällä 2009, raportointia tai hoitotyön suunnittelua ei mainita lainkaan (Liite 1). Sairaanhoitajien vastauksissa ei mainittu hoitotyön raportointia lainkaan, eikä sitä varsinaisesti mainita sairaanhoitajien toimenkuvauksessakaan. Myöskään hoitotyön suunnittelua ei mainittu lainkaan vastauksissa. Syynä saattaa olla näiden tehtävien itsestään selvä kuuluminen sairaanhoitajien työhön, jolloin niitä ei ole osattu eritellä vastauksissa. Uudessa syksyllä 2009 voimaan tulleessa sairaanhoitajan toimenkuvauksessa ei edelleenkään mainita varsinaisesti raportointia, mutta sen voidaan ajatella sisältyvän hoidon jatkuvuudesta huolehtimiseen (Liite 4). Perushoitajien molemmissa toimenkuvissa raportointi sen sijaan on mainittu samoin kuin hoidon suunnittelu (Liite 2, Liite 5).

Sekä hoitotyön dokumentointi että hoitotyön tiedottaminen on tässä opinnäytetyössä tulkittu hoitotyön päätöksenteoksi, koska hoitaja joutuu kirjatessaan huomioitaan potilaan papereihin ja raportoidessaan potilaasta tekemään koko ajan hoitotyön päätöksiä ja miettimään mitkä asiat ovat tärkeitä ja merkityksellisiä potilaan laadukkaan hoidon kannalta (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon... 2006, 65) ja miten hoitaja parhaiten takaa hoidon jatkuvuuden toteutumisen. Tutkimusten mukaan sairaanhoitajat käyttävät kirjaamiseen, raportointiin ja hoidon suunnitteluun jopa 14 % työajastaan ja perushoitajat 11 %. Ra-

portille osallistuminen oli sekä sairaanhoitajilla että perushoitajilla tutkimuksien mukaan yksi aikaa vievimmistä tehtävistä. (Hakoma 2008, 28, 37; Heinonen 2009.) Opinnäytetyön tulokset eivät siis tältä osin vastaa tutkimustuloksia, vaikka vastaavatkin terveyskeskuksen toimenkuvauksia.

Sairaanhoitajat kertoivat ammattitaidon hallinnan osalta omaehtoisesta ammattialan opiskelusta ja tehtävien priorisoinnista kiireen keskellä. Anttilan (2006, 86—88) tutkimuksessa sairaanhoitajan johtamisosaamiseen kuuluvat mm. tilanteen hallintataidot ja itsensä johtaminen. Tunturi-Lapin terveyskeskuksissa sairaanhoitajien itse arvioima kyky hyödyntää lääketieteellistä tietoa oli erittäin hyvä ja ammattitaito hoitotieteellisen tiedon hyödyntämisessä hyvää. Myös toiminnan priorisoinnin kyky oli erittäin hyvää. (Kollin-Mänttari & Vuollo 2007, 95—97, 107.) Myös Meretojan (2003) mukaan sairaanhoitajat pitivät tilannehallinnankykyjään hyvänä. Tutkimukset tukevat opinnäytetyössäni esiin tulleita näkemyksiä sairaanhoitajien osalta.

Terveyskeskuksen voimassa olevassa toimenkuvassa (Liite 4) sairaanhoitajan tehtäväksi mainitaan hoitotyön kehittäminen, johon kuuluvat täydennyskoulutukset ja vastualueen asioiden asiantuntijuuden säilyttäminen. Ammattitaidon tai asiantuntijuuden kehittämistä ei varsinaisesti mainita. Asiantuntijuuden kehittäminen kuuluu kuitenkin sairaanhoitajan ammatillisiin perusvaatimuksiin (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon... 2006, 63). Sairaanhoitajien vastauksissa mainittu omaehtoinen ammattialan opiskelu voi olla näkökulmasta riippuen joko ammattitaitoa säilyttävää tai kehittäväää, mutta tässä se on tulkittu ammattitaidon hallintaan kuuluvaksi, koska ammattitaitoa kehittävä näkökulma ei tullut vastauksissa selkeästi esille. Tältä osin opinnäytetyö vastaa sairaanhoitajan toimenkuvaa.

Perushoitajat puolestaan ylläpitivät ammattitaitoaan akuuttiosastolle suuntautuvan työkierron kautta. Sairaanhoitajilla tapahtui Asikaisen (2008,62—66) mukaan ammatillista kehittymistä työkierron kautta. Hänen mukaansa työkierto oli näkökulmaa laajentava, antoi etäisyyttä omaan työhön ja lisäsi ammatillista perustietoa. Vaikka tutkimus koskikin sairaanhoitajia, sen tulokset tukevat opinnäytetyössäni esiin tullutta perushoitajien näkemystä, että työkierto ylläpitää

ammattitaitoa. Opinnäytetyöni tulos vastaa perushoitajien voimassa olevaa toimenkuvaa, jossa korostetaan tietojen ja taitojen ylläpitämistä (Liite 5). Toisaalta toimenkuvassa ei mainita työkiertoa, joten tältä osin opinnäytetyön tulos ei vastaa toimenkuvaa

Vastuuhoitajuus pitkäaikaisosastolla oli perushoitajille selkeästi uuden toimenkuvan osa-alue. Vastauksissa kerrottiin, että perushoitajat toimivat iltaisin ja viikonloppuisin vastuuhoitajina, koska pitkäaikaisosastolla ei ole sairaanhoitajia jokaisessa työvuorossa. Myös sairaanhoitajat kuvasivat toimivansa vastuuhoitajina omissa työvuoroissaan. Vastuuhoitajuus on kuulunut nimikkeellä vastaavana hoitajana toimiminen jo sairaanhoitajien vanhaan toimenkuvaan (Liite 1). Perushoitajilla vastuuhoitajuus on mainittu vasta uudessa syksyllä 2009 voimaan tulleessa toimenkuvauksessa (Liite 5). Vastuuhoitajuus on vuodeosastojen toimenkuvassa perushoidon avaintehtävän alla. Tässä opinnäytetyössä se on tehtävän vaativuuden vuoksi tulkittu kuuluvan kuitenkin hoitotyön päätöksenteon alueeseen. Tässä mielessä toimenkuva ja opinnäytetyön tulokset eivät vastaa toisiaan.

Aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista ei löytynyt suoraan vastuuhoitajuuden kaltaista toimenkuvan osiota, mutta sairaanhoitajien osalta löytyy vastuullisuuteen ja johtajuuteen liittyviä tutkimuksia. Sairaanhoitajien työroolin, johon kuuluu mm. yksikön toiminnan sujuvuudesta huolehtiminen, hallintaa tutkittaessa on todettu, että sairaanhoitajat kokevat hallitsevansa sen kohtuullisesti ja olevansa päteviä tällä ammattitaidon osa-alueella (Meretoja 2003, 43). Anttilan (2006, 86–88) tutkimuksessa sairaanhoitajan johtamisosaamiseen kuuluvat mm. tilanteen hallintataidot ja vastuunottokyky. Sairaanhoitajien osalta opinnäytetyön tulokset ovat samansuuntaisia sekä tutkimustulosten että toimenkuvauksen (Liite 4) kanssa.

Yhteistyö

Sairanhoitajat kertoivat tekevänsä yhteistyötä kollegoiden eli toisten sairaanhoitajien kanssa. Sairanhoitajat eivät maininneet vastauksissaan tekevänsä

yhteistyötä perushoitajien kanssa, vaikka tutkimuksen mukaan perushoitajat ovat sairaanhoitajille tärkeitä yhteistyökumppaneita (Haapaniemi 2000, 69). Merkille pantavaa oli se, etteivät sairaanhoitajat maininneet yhteistyökumppaneina myöskään laitosapulaisia tai fysioterapeutteja, vaikka käytännössä tekevät jatkuvaa yhteistyötä myös näiden ammattiryhmien kanssa (Myllymäki & Löppönen 2005, 228). Maininnan puute saattaa johtua siitä, että sairaanhoitajat pitävät näitä ryhmiä niin itsestään selvinä yhteistyökumppaneina, etteivät ole heitä erikseen nimenneet.

Perushoitajat puolestaan nimesivät yhteistyökumppaneikseen sairaanhoitajat ja laitosapulaiset, mutta eivät fysioterapeutteja. Sekä sairaanhoitajat että perushoitajat kertoivat tekevänsä yhteistyötä lääkärin kanssa. Tutkimuksienkin perusteella sairaanhoitajat tekevät yhteistyötä lääkärin kanssa (Haapaniemi 2000, 69—70; Anttila 2006, 79—80; Väänänen 1999, 31). Perushoitajien yhteistyö lääkärin kanssa painottui pitkäaikaisosastolle ja he mainitsivat, että akuuttiosastolla perushoitajat eivät kierrä lääkärin kanssa. Tulokset vastasivat lääkärinkierron osalta perushoitajien toimenkuvauksista (Liite 5), jossa lääkärinkierrolle osallistuminen kuuluu perushoitajien työtehtäviin. Toimenkuvauksessa ei kuitenkaan ole eritelty sitä, että perushoitajat osallistuvat lääkärinkierrolle pitkäaikaisosastolla, vaikka se tuli opinnäytetyön tuloksissa selvästi esiin. Myös sairaanhoitajien toimenkuvauksessa (Liite 4) lääkärinkierrolle osallistuminen on mainittu.

Toimenkuvissa yhteistyö käsitetään lähinnä osaston ulkopuolisten tahojen kanssa tehtävänä yhteistyönä (Liite 4, Liite 5). Sairaanhoitajat eivät maininneet yhteistyökumppaneikseen yhtään osaston ulkopuolista tahoa, vaikka esim. potilaan kotiutusten suunnittelu vaatii yhteistyötä avohoidon henkilökunnan kanssa (Haapaniemi & Hiltunen 2000, 72). Myöskään perushoitajat eivät vastauksissaan kertoneet tekevänsä yhteistyötä muiden yksiköiden henkilökunnan kanssa. Tältä osin opinnäytetyön tulokset eivät vastanneet toimenkuvauksia.

Sairaanhoitajien vastauksista ilmeni, että he ohjaavat sekä omaisia että potilaita. Ohjaus voidaan määritellä esimerkiksi tiedon antamiseksi ja potilaan hoitoprosessiin liittyväksi kanssakäymiseksi. Sen voidaan määritellä myös potilaan auttamiseksi hänen tehdessään valintoja tai myös hoitotyön toiminnoksi. (Kää-

riäinen 2007, 28.) Koska ohjaus on yhteistyössä ohjattavan kanssa tehtävää toimintaa ja ohjauksesta oli vain muutama maininta, se tulkittiin tässä opinnäytetyössä yhteistyön piiriin kuuluvaksi toiminnaksi. Perushoitajat eivät puolestaan maininneet yhteistyökumppaneinaan potilaita, koska potilaat olivat vastauksissa enemmänkin toiminnan kohteita. Perushoitajatkin kertoivat tekevänsä yhteistyötä omaisten kanssa sekä ohjaamalla omaisia että tukemalla heitä. Molempien ammattiryhmien toimenkuvauksessa opetus ja ohjaus on yksi avaintehtävistä ja käsittää sekä potilaiden että omaisten ohjauksen (Liite 4, Liite 5).

Opinnäytetyön vastauksissa ei tullut esille se, millä tavalla hoitajat ohjaavat potilasta tai omaisia. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kokevat hallitsevansa ohjauksen kirjallista materiaalia käyttäen hieman paremmin kuin suullisesti annetun ohjauksen. Perushoitajilla taas suullinen ohjaus on hieman paremmin hallussa kuin ohjaus kirjallista materiaalia käyttäen. (Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008, 128.) Kun sairaanhoitajien ohjaus ja opetus-osaamista on tutkittu, hoitajat itse kokivat olevansa päteviä ohjauksen ja opetuksen alueella (Meretoja 2003, 43) ja omaavansa erittäin hyvän ammattitaidon potilaan yksilöllisen ohjauksen osalta (Kollin-Mänttari & Vuollo 2007, 99). Toisaalta taas Kaira (2002, 69) on vastoin kuin muut tutkijat todennut, että sairaanhoitajat pitivät potilaan ohjaustaitojaan heikkoina. Opinnäytetyön tulokset vastasivat potilaan ja omaisten kanssa tehtävän yhteistyön osalta paremmin sairaanhoitajien toimenkuvia kuin perushoitajien toimenkuvia, koska perushoitajat eivät maininneet tekevänsä yhteistyötä potilaiden kanssa.

Perushoitajat kertoivat opettavansa ja ohjaavansa opiskelijoita. Sairanhoitajat eivät maininneet opiskelijanohjausta vastauksissaan. Molempien ammattiryhmien toimenkuvauksissa opiskelijanohjaus on mainittu opetus ja ohjaus osiossa yhtenä työhön kuuluvista tehtävistä (Liite 4, Liite 5). Kukkolan (2008, 44–46) tutkimuksessa suurin osa sairaanhoitajista arvioi opiskelijanohjauksen taitonsa hyväksi tai erinomaiseksi ja kokivat olevansa hyviä roolimalleja sairaanhoitaja-opiskelijoille. Opinnäytetyön tulokset vastasivat tältä osin paremmin perushoitajien toimenkuvaa.

6.3.2 Kokemukset toimenkuvista

Sairaanhoitajien ja perushoitajien kokemuksissa oli sekä samankaltaisia ajatuksia että toisistaan poikkeavia kokemuksia. Koska vastaajien joukossa oli paljon enemmän perushoitajia kuin sairaanhoitajia, perushoitajien vastaukset olivat laaja-alaisempia kuin sairaanhoitajien vastaukset. Perushoitajien vastauksien mukaan heidän kokemuksensa olivat kielteisempiä kuin sairaanhoitajien kokemukset.

Työhyvinvointi on lisääntynyt

Yhteistä molemmille ammattiryhmille oli se, että he kokivat työhyvinvoinnin lisääntyneen muutoksen myötä. Sairaanhoitajat kokivat, että toiminnan muutoksen myötä oli tapahtunut myönteisiä muutoksia, kuten se että iltavuoroissa oli aikaisempaa enemmän henkilökuntaa. Perushoitajilla oli myönteisiä kokemuksia muutoksesta ja he pitivät työtään innostavana. Sairaanhoitajat iloitsivat uusista työkavereista ja perushoitajat pitivät työyhteisöä hyvänä. Perusterveydenhuollossa ja sosiaalitoimessa tehdyn tutkimuksen mukaan työyhteisön ilmapiiri koettiin myönteiseksi ja työkavereiden väliset suhteet ja avoimuus keskimääräistä paremmaksi (Laamanen, Suominen, Simonsen-Rehn, Hakonen, Laiho & Gripenberg-Gahmberg 2002, 51). Samanlainen henki oli myös osalla vastaajista tässä opinnäytetyössä.

Sekä sairaanhoitajien että perushoitajien vastauksista ilmeni kehittymismyönteisyys. Sairaanhoitajat pitivät työtään ammatillisesti mielekkäänä ja perushoitajat puolestaan kokivat työnsä vastuulliseksi. Laamasen ym. (2002, 48) mukaan vain kaksi viidesosaa henkilökunnasta oli katsonut voineensa vaikuttaa, kun työtä koskevia muutoksia oli suunniteltu. Toisaalta taas muutoksia oli pidetty useammin myönteisinä kuin kielteisinä. Muutoksen suunnittelussa olisi kuitenkin oltava mukana kaikkien niiden henkilöiden, joita muutos koskee (Mäkisalo 2003, 81). Tällöin työntekijät näkevät muutoksen hyvänä asiana, mahdollisuutena ja toimivat todennäköisesti työyhteisössä eräänlaisina muutosjohtajina (White 1998, 180; Kotter 2008, 10, 15). Positiivisesti muutoksesta ajatelleet vastaajat

ovat todennäköisesti toimineet muutoksen puolestapuhujina vuodeosastojen toimintamuutoksessa, vaikka tämä ei opinnäytetyön kyselyssä tule erikseen julki.

Organisointiongelmia käytännön hoitotyössä

Tuloksien mukaan sekä sairaanhoitajat että perushoitajat olivat sitä mieltä, että käytännön hoitotyössä oli organisointiongelmia. Sairaanhoitajien mukaan akuuttiosastolla potilasvaihtuvuus aiheutti kiirettä. Perushoitajien mukaan työ molemmilla osastoilla oli kiireistä, mutta he kokivat työn akuuttiosastolla kevyemmäksi. Sairaanhoitajien mielestä pitkäaikaisosastolla modularityöskentely ei toiminut ja työ oli fyysisesti raskasta. Myös perushoitajien mielestä pitkäaikaisosasto oli fyysisesti raskas. Laamanen ym. (2002, 46—47) totesivat, että erityisesti laitoshoidon piirissä työn muutokset olivat aiheuttaneet työtahdin kiristymistä ja työn paineistumista. Paineistumisen tulkittiin tutkimuksessa johtuvan mm. potilaiden raskashoitoisuudesta. Runsaat puolet vastaajista oli myös kokenut työnsä ruumiillisesti raskaaksi. Opinnäytetyön vastaukset olivat tältä osin samansuuntaisia aiemmin tehdyn tutkimuksen kanssa.

Perushoitajien mielestä perushoitajien ja sairaanhoitajien toimenkuvat olivat muuttuneet siten, että perushoitajat tekivät entistä enemmän yksin, ilman työparia käytännön hoitotyötä ja sairaanhoitajien työ oli keskittynyt kansliaan. Perushoitajien vastaukset kuvastavat tutkimuksen ja kirjallisuuden perusteella todettua sairaalamaailman hierarkkisuuutta ja perushoitajien ja sairaanhoitajien ammatillista vastakkainasettelua (Eriksson-Piela 2003, 120—121; McCabe & Timmins 2006, 130).

Opinnäytetyön tuloksien mukaan perushoitajien mielestä toimintatavoissa oli ongelmia, kuten se, että monessa asiassa oli menty taaksepäin ja oli edetty väärällä tavalla, henkilökuntaa riittävästi kuulematta. Laamasen ym. (2002, 48) sairaanhoitajien ja perushoitajien työn hallinnan eli työn sisältöihin ja vaikutus- ja osallistumismahdollisuuksien kehittämiseen olisi kiinnitettävä huomiota. Sairaanhoitajat olivat tässä työssä myös sitä mieltä, että muutos ei ollut saanut ai-

kaan edistystä. He kokivat työn arvostuksen laskeneen. Karlssonin (2008, 58) tutkimuksessa sairaanhoitajista 43 prosenttia koki, ettei heidän työnsä ole arvostettua. Opinnäytetyöni kyselyssä sairaanhoitajat myös sanoivat toimenkuvansa olevan liian laaja. Näin vastanneet kokivat toimenkuvansa muuttuneen huonompaan suuntaan. Vastauksista onkin luettavissa kritiikkiä toiminnan muutosta vastaan, muutosvastarintaa. Muutosvastarinta kertoo siitä kuinka työntekijä työstää mielessään muutosta ja omaa suhdettaan muuttuneeseen työhön (White 1998, 188). Muutosvastarinta on normaali osa muutosprosessia (Mäkisalo 2003, 82; Kotter 2008, 10).

Työhyvinvointi on heikentynyt

Perushoitajat kokivat työhyvinvoinnin myös heikentyneen. He olivat sitä mieltä, että työ pitkäaikaisosastolla ei kehity. He myös kokivat oman asemansa työyhteisössä heikentyneen. Erikson-Piela (2003, 146) totesi tutkimuksessaan, että perushoitajat määrittävät omaa asemansa muiden taholta heihin kohdistuvien asenteiden kautta. Perushoitajien opinnäytetyötäni varten antamista vastauksissa kuvastui samanlainen ajattelu, sillä he epäilivät, ettei heitä arvosteta ja ettei heidän vastuunotto kykyänsä luoteta. Se, kohdistuivatko epäilyt sairaanhoitajiin vai esimiehiin, ei vastauksista käynyt ilmi.

Työyhteisössä oli perushoitajien mukaan muutoksesta johtuvia ongelmia, kuten se, että tuttua työyhteisöä ikävöitiin ja työtovereiden antama tuki puuttui. Näistä vastauksista kuvastuu kaiken kaikkiaan pelko oman aseman menettämisestä työyhteisössä sekä työtehtävien muuttumisesta (White 1998, 188—189). Samoin vastaajat kokivat häiriöitä työpaikan ihmissuhteissa. Kielteisistä muutoksista on keskusteltava avoimesti. Keskustelusta ei kuitenkaan saa unohtaa pois muutoksen mukanaan tuomia myönteisiä tuloksia ja asioita. (Mäkisalo 2003, 83; Kotter 2008, 10.)

Hallinnollisia ongelmia

Perushoitajat olivat huomanneet muutoksen aiheuttaneen myös hallinnollisia ongelmia. Heidän mukaansa henkilökuntarakenteessa oli ongelmia. Molemmille osastoille kaivattiin omaa osastonhoitajaa sekä pitkäaikaisosastolle koulutettua apulaisosastonhoitajaa. Muutostilanteissa johdon riittävä tuki muutokselle ja henkilökunnalle on tärkeää (Mäkisalo 2003, 83). Laamanen ym. (2002, 53) toteivatkin päätelmissään, että kunnissa tulisi kiinnittää huomiota esimiehen antamaan tukeen ja opastukseen. Perushoitajien vastaukset kuvastavat tätä tarvetta.

Pitkäaikaisosaston sijaisina käytettiin perushoitajien mukaan liikaa kouluttamatonta henkilökuntaa sekä opiskelijoita. Perushoitajien vastauksista käy ilmi, että he toivoisivat sijaisiksi ammattitaitoisia työtovereita. Manninen (2008, 13, 47) totesi toimittamassaan raportissa, että ikäluokkien pienentyessä on kehitettävä vanhustyön vetovoimaisuutta ja taattava ammattitaitoisen työvoiman saatavuus. Samalla hän toteaa, että ammattitaitoisen henkilökunnan rekrytoinnissa tulee olemaan ongelmia. Tämä on jo nyt perushoitajien vastauksien mukaan terveyskeskuksessa olemassa oleva ongelma.

Perushoitajat olivat sitä mieltä, että sairaanhoitajia ja perushoitajia tulisi olla tasaisesti molemmilla osastoilla. Työnkierron toteutus ei heidän mukaansa toiminut ja työkierron tasapuolisuutta epäiltiin. Näissä perushoitajien vastauksissa ilmenee kritiikkiä tapahtunutta toiminnan muutosta vastaan. Perushoitajat kaipaavat vastauksiensa perusteella tasapuolista työn jakamista, mikä on esimiesten tehtävä. Esimiestyön merkitys korostuu muutoksen keskellä. Muutosjohtamiseen tarvitaan esimiesten panosta. (Mäkisalo 2003, 83.) Esimiestyössä kulminoituvat päätöksenteko ja henkilöstöstä huolehtiminen. Kuntien henkilöstöpolitiikan hoitamisessa on todettu olevan vielä paljon kehitettävää. (Koivuniemi 2004, 168, 196.)

Kokemukset muutoksesta potilaan näkökulmasta

Perushoitajat olivat miettineet muutosta myös potilaiden näkökulmasta. Toisaalta he olivat sitä mieltä, että potilaat olivat hyötäneet muutoksesta. Pitkäaikaispotilaat saivat yksilöllisempää hoitoa ja akuuttipotilaatkin hyötivät omasta osastosta. Toisaalta he olivat sitä mieltä, että potilaat eivät olleet hyötäneet muutoksesta. Potilaille ei ollut riittävästi aikaa eikä potilaan asioihin voinut vaikuttaa. Myöskään viriketoiminnan järjestäminen ei onnistunut. Myönteisesti toimintamuutoksen kokeneet vastaajat olivat vastauksien perusteella sopeutuneet muutokseen ja hyväksyneet sen. Kielteisemmin ajatelleet eivät olleet vielä hyväksyneet muutosta ja näkivät selvemmin muutoksen aiheuttamia negatiivisia asioita. (Mäkisalo 2003, 83.) Osastokokouksissa olisi hyvä verrata muutoksen tuomia hyötyjä entiseen toimintamalliin ja sekä keskustella avoimesti muutoksen mukanaan tuomista ongelmista. (White 1998, 190.) Näin osastojen toimintaa voidaan kehittää jatkossakin potilaan parhaaksi.

6.3.3 Päätelemät ja jatkotutkimushaasteet

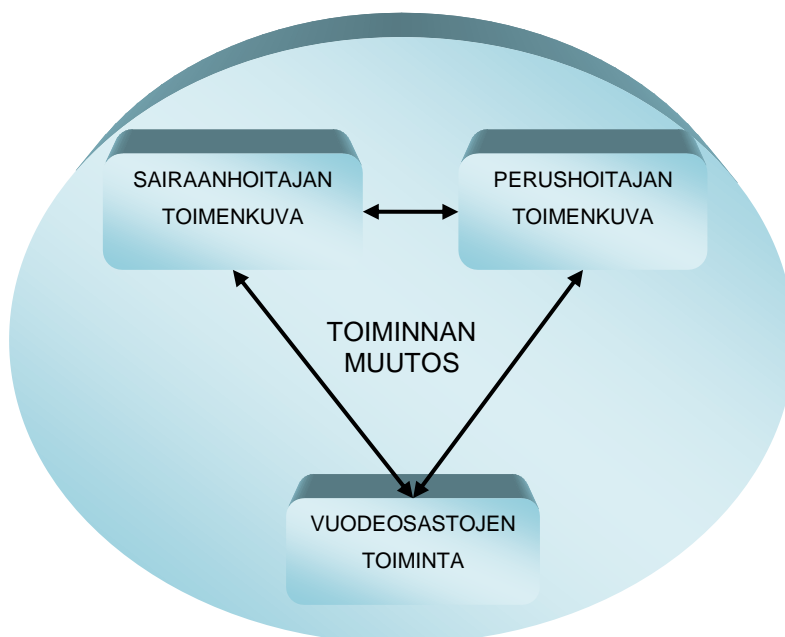
Tämän opinnäytetyön tulokset eivät ole yleistettävissä laajemmin, koska kysely suunnattiin ainoastaan yhden terveyskeskuksen vuodeosastojen sairaanhoitajille ja perushoitajille. Terveyskeskuksen vuodeosastoilla, jonne tämä opinnäytetyö tehtiin, opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää hoitajien toimenkuvauksia uudistettaessa ja ajanmukaistettaessa sekä vuodeosastojen toimintaa kehitettäessä. Opinnäytetyön tulokset kertovat kesän 2009 tilanteesta vuodeosastoilla.

Vuodeosastojen sairaanhoitajien vastauksien perusteella toimenkuva jakaantui kliiniseen hoitotyöhön, hoitotyön päätöksentekoon ja yhteistyöhön. Sairaanhoitajat osallistuivat perushoittoon ja tekivät jonkin verran hoitotyötä avustavia tehtäviä, vaikka näitä ei toimenkuvauksessa erikseen mainita. Lääkehoito ei painottunut sairaanhoitajien vastauksissa, vaikka sairaanhoitajat vastaavat vuodeosastojen lääkehoidosta. Sairaanhoitajien vastauksissa ei myöskään mainittu hoitotyön raportointia tai hoitotyön suunnittelua. Sitä voidaan pitää yllättävänä,

koska tutkimuksien mukaan ne ovat tärkeä osa sairaanhoitajan työtä ja uudessa toimenkuvauksessa hoitotyön suunnittelu on nostettu yhdeksi tärkeäksi hoitotyön avaintehtävän osaksi. Yhteistyön osalta sairaanhoitajat eivät nimenneet yhteistyökumppaneikseen lääkäreiden ja toisten sairaanhoitajien lisäksi muita ammattiryhmiä eivätkä osastojen ulkopuolisia tahoja, vaikka yhteistyö käsitteään toimenkuvauksissa laajemmin.

Perushoitajien toimenkuva jakautui vastausten perusteella kliiniseen hoitotyöhön, hoitotyön päätöksentekoon, yhteistyöhön ja hoitotyötä avustavat tehtäviin. Perushoitajien vastauksissa korostui toimenkuvan mukaisesti perushoito. Lääkehoito ja hoitotyön toimenpiteiden suorittaminen tuli vastauksissa vahvasti esiin. Vastuuhoitajuus pitkäaikaisosastolla oli perushoitajille merkittävä uusi toimenkuvan alue kuten työkierto akuuttiosastollekin. Vastuuhoitajuus mainitaan uudessa toimenkuvauksessa, mutta työkiertoa ei ole mainittu lainkaan. Perushoitajat eivät nimenneet yhteistyökumppaneikseen osaston ulkopuolisia ammattiryhmiä tai tahoja. Tältä osin vastaukset erosivat uudesta toimenkuvauksesta. Perushoitajien työhön kuuluu opinnäytetyön vastausten perusteella paljon hoitotyötä avustavia tehtäviä. Myös vuodeosastojen toimenkuvauksien perusteella hoitotyötä avustavat tehtävät ovat perushoitajan työtä.

Sairaanhoitajien ja perushoitajien toimenkuvia koskevien vastausten perusteella vuodeosastojen toiminnan muutos oli vaikuttanut henkilökunnan toimenkuviin (Kuvio 7). Annettujen vastausten perusteella hoitohenkilökunnan toimenkuvat myös painottuvat henkilökunnan itsensä mielestä eri tavoin verrattuna vuodeosastojen toimenkuvauksiin (Liite 4, Liite 5).



Kuvio 7 Toiminnan muutoksen yhteys hoitohenkilökunnan toimenkuviin

Sairaanhoitajien toimenkuvastaan saamat kokemukset olivat pääosin positiivisia. Kokemukset painottuivat työhyvinvoinnin lisääntymiseen. Sairaanhoitajien vähäinen vastausmäärä selittynee osittain juuri sillä, että he kokivat toimenkuvansa hyväksi eivätkä tunteneet tästä syystä tarvetta vastata opinnäytetyöni kyselyyn.

Perushoitajien kokemuksissa oli paljon kritiikkiä uutta toimenkuvaa kohtaan ja kokemukset olivat kielteisempiä kuin sairaanhoitajien kokemukset. Perushoitajat toivat esiin kokemuksensa siitä, että heidän asemansa työyhteisössä oli heikentynyt ja että perushoitajan ja sairaanhoitajan toimenkuvat olivat erilaistuneet. Myös työkierron tasapuolisuutta epäiltiin. Organisoitongelmat käytännön hoitotyössä ilmenivät heidän kokemuksiansa mukaan pääosin toimintatapa ongelmina. Vastauksien kriittisyys selittynee ainakin osittain luonnollisella muutosvastarinnalla. Vastausten kielteiseen sävyyn tulee tästä huolimatta suhtautua vakavasti.

Tuloksien mukaan työn organisointiin kannattaa vuodeosastoilla kiinnittää jatkossa vielä nykyistä enemmän huomiota. Perushoitajien toimenkuvassa on

opinnäytetyön tulosten perusteella suuria osastojen välisiä eroja. Yksi keino selkiyttää työnjakoa on laatia perushoitajille osastokohtaiset toimenkuvaukset. Perushoitajien toimenkuvauksia tulisi muutenkin tarkastella uudestaan. Toimenkuvauksessa perushoidon avaintehtävän alle on nyt laitettu (Liite 5) hoitotyön suunnittelu ja vastuuhoidajuus. Tehtävät eivät kuitenkaan ole osa perushoittoa vaan ennemminkin osa hoitotyötä tai hoitotyön päätöksentekoa. Työkierron käytännön toteuttamista ja kestoa kannattaa tarkastella uudestaan, jotta perushoitajat kokisivat tulevansa keskenään mahdollisimman tasapuolisesti kohdelluiksi.

Perushoitajat kaipasivat molemmille osastoille entisen kaltaista henkilökuntarakennetta, jossa sairaanhoitajia ja perushoitajia oli keskenään lähes yhtä paljon. Perushoitajat toivoivat myös sairaanhoitajia pitkäaikaisosastolle jokaiseen työvuoroon. Perushoitajien uusi rooli, vastuuhoidajuus pitkäaikaisosastolla ei näiden vastauksien perusteella herättänyt kaikissa perushoitajissa pelkästään myönteisiä ajatuksia. Osalle perushoitajista vastuuhoidajuus onkin ilmeisesti ollut liian haastava tehtävä ja sen mukanaan tuoma vastuu on koettu liian suureksi. Toisissa vastauksissa taas ajateltiin, ettei perushoitajien vastuunottokykyyn luoteta. Perushoitajien ammattitaidossa ja kokemuksessa on ilmeisemmin henkilökohtaisia eroja, joita voidaan jatkossa tasoittaa järjestämällä riittävästi lisäkoulutusta.

Kannattaa pohtia onko tarkoituksenmukaista, että hoitotyötä avustavat tehtävät kuuluvat nykyisessä määrin koulutetun hoitohenkilökunnan, perushoitajien, työtehtäviin. Opinnäytetyön vastauksissa hoitohenkilökunta koki työnsä kiireiseksi. Työnjakoa ja henkilörakennetta kehittämällä joku muu ammattiryhmä voisi hoitaa ainakin osan näistä tehtävistä ja vapauttaa hoitohenkilökunnan perustyönsä pariin eli hoitamaan potilaita.

Myönteisten kokemusten vahvistaminen lisää henkilökunnan työhyvinvointia ja työmotivaatiota. Opinnäytetyössä tuli esiin, että sairaanhoitajat kokivat työhyvinvointinsa lisääntyneen ammatillisesti mielekkään työn myötä. Työn mielekkyyttä lisäsi työn vastuullisuus ja laaja-alaisuus. Samoin perushoitajat kokivat työnsä vastuullisuuden lisänneen työhyvinvointia. Koska molemmat ammatti-

ryhmät kokevat vastuun saamisen myönteisenä asiana, vastuuta tulee jatkossakin jakaa mahdollisimman paljon hoitohenkilökunnalle.

Perushoitajat kokivat myös potilaiden hyötyneen muutoksesta. Tätä kokemusta voi pitää merkittävänä, koska vuodeosastojen hoitotyön tarkoituksena on nimenaan potilaan hyvän hoidon toteuttaminen. Tämä ajatus oli myös toiminnan muutoksen taustalla ja tuloksen mukaan toiminnan muutos on tältä osin edennyt aivan oikeaan suuntaan.

Vuodeosastojen toimintamuutoksesta on nyt, opinnäytetyön valmistuessa, melkein kaksi vuotta aikaa. Toiminta on vakiintunut ja todennäköisesti muuttunut vuoden aikana, joka kyselyn tekemisestä on kulunut. Työn kehittämisen näkökulmasta kannattaisi tehdä seurantakysely sairaanhoitajille ja perushoitajille. Sen avulla selviäisi, onko kehittämistyötä viety vuodeosastoilla oikeaan suuntaan henkilökunnan mielestä.

Opinnäytetyöni tulosten perusteella ammattiryhmien toimenkuvat ovat pääosin samankaltaisia, vaikka ammattiryhmien välillä olikin painotuseroja. Vuodeosastoilla kannattaisi tehdä työajanseuranta. Sen avulla saisi selville vuodeosastojen hoitohenkilökunnan työtehtävien ja niihin kuuluvan ajan todellisen jakautumisen sairaanhoitajien ja perushoitajien kesken.

6.4 Oma pohdinta

Opinnäytetyön tekeminen on ollut haastava ja mielenkiintoinen kokemus. Lähtökohtaiset asetelmat ja ajatukset opinnäytetyön tekemisestä olivat varsin erilaisia kuin mitä valmis opinnäytetyö nyt on. Opinnäytetyö on syventynyt ja muuttunut aiheeseen perehtymisen ja kyselyyn saamieni vastauksien myötä. Toisaalta nyt valmiin työn kohdalla ymmärrän myös sen, että mitä paremmin aihe on rajattu, sitä helpompi on tehdä opinnäytetyö. Oman opinnäytetyöni aiheen olisi voinut jakaa ja siitä olisi voinut tehdä myös kaksi erillistä työtä. Toisaalta opinnäytetyöni aihealueet kuitenkin täydentävät toisiaan. Vaikka työstäni tuli melko laaja, tekemäni rajaus oli tältä osin hyvä.

Alun innostuksen jälkeen koin muutamia epätoivon hetkiä opinnäytetyötä tehdessäni. Sairaanhoidajien vähäinen vastausmäärä sai epäilemään, voiko opinnäytetyöni tuloksista tulla luotettavia. Kvalitatiivisen menetelmän ansiosta opinnäytetyön jatkaminen oli mahdollista takaiskuista huolimatta. Aluksi koin myös sisällön analyysin tekemisen suorastaan hankalaksi. Vaikeinta siinä oli pelkistettyjen ilmaisujen muodostaminen. Aluksi pyrin jo pelkistysvaiheessa analysoimaan tekstiä, mikä ei tietenkään ole pelkistämisen tarkoitus. Kun pääsin tästä vaiheesta eteenpäin, analyysin tekeminen muuttui helpommaksi. Sisällönanalyysin edetessä myös usko työn valmistumiseen vahvistui. Opinnäytetyön tekeminen oli lopulta mielenkiintoinen tutustumismatka tutkimustyön tekemiseen.

Koen hyvänä asiana myös sen, että opinnäytetyön prosessin aikana suomalainen hoitotyön tutkimus tuli entistä tutummaksi. Hoitotyön tutkimuksen merkityskin avautui aikaisempaa käytännönläheisemmällä tavalla. Ilman aikaisempaa hoitotieteellistä tutkimusta ei olisi ollut mahdollisuutta tukeutua ja tutustua opinnäytettäni sivuaviin tutkimustuloksiin. Hyödynsin hoitotieteen tutkimustuloksia työssäni sekä viitekehystä muodostaessani että tuloksia tarkastellessa.

Lopuksi haluan kiittää työtovereitani, jotka vastaamalla kyselyyn mahdollistivat opinnäytetyöni tekemisen. Kiitän myös esimiehiäni, jotka antoivat mahdollisuuden tämän opinnäytetyön tekemiseen. Samoin kiitän työtäni ohjannutta opettajaa, joka sekä kritisoi että ohjasi työtäni ja piti suunnitelmani maanpinnalla.

LÄHTEET

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Opetusministeriö.

Ammattinetti. Luettu 1.5.2009.

http://www.ammattinetti.fi/c/portal/layout?p_l_id=1.3

Anttila, A. 2006. Sairaanhoitajan osaaminen terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma

Eloranta, P. 2007. Hoitohenkilökunnan työn sisältö ja työajan käyttö vanhainkodissa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Eriksson-Piela, S. 2003. Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Väitöskirja.

Erämetsä, T. 2003. Myönteinen muutos. Helsinki: Tammi.

Forsström, J. & Pelanteri, S. 2010. Terveyskeskusten perusterveydenhuollon vuodeosastohoito 2008. Tilastoraportti Terveys ja hyvinvoinninlaitos 1 / 2010. Elektroninen aineisto. Luettu 11.9.2010

http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr01_10.pdf

Haapaniemi, M. 2000. Ammatillinen yhteistyö muuttuvassa sairaalaorganisaatiossa. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Pro gradu-tutkielma.

Haarala, R. (toim.) 1994. Suomenkielen perussanakirja. 3. Osa S-Ö. Helsinki: Painatuskeskus

Hakoma, M. 2008. Hoitotyön henkilöstön työajankäyttö ja hoitotyön laatu pitkäaikaissairanhoidon vuodeosastolla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Heinonen, R. 2009. Hoitohenkilökunnan työn sisältö ja työajan käyttö terveyskeskuksen vuodeosastolla. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2002. Tutki ja kirjoita. 6.-8. painos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hopia, H., Niskanen, A., Peltokoski, J. & Heikura, K. 2008. Elinikäinen oppiminen – Esimerkkejä koulutuksesta ja työelämästä. Hoitotyön vuosikirja 2008. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Hukkanen, E & Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveystieteen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21. Helsinki.

Juuti, P. 2006. Organisaatiokäyttäytyminen. Täysin uudistettu laitos. Helsinki: Otava

Juuti, P. & Virtanen, P. 2009. Organisaatiomuutos. Helsinki: Otava.

Kaira, A-M. 2002. Sairaanhoidajan ammattitaito sairaanhoitajien itsensä ja osastonhoitajien arvioimana. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Karlsson, S. 2008. Sairaanhoidajien ammattiryhmä uraesimerkkinä. Case study anestesiasairaanhoitajista. Vaasan yliopisto. Sosiaali- ja terveyshallintotiede. Pro gradu-tutkielma.

Kivinen, O., Lehtonen, K. & Vismanen, A. 1984. Lähi- ja perushoitajan työ: tutkimus apuhoitajan ammattiin kuuluvista tehtävistä. Sosiologisia tutkimuksia 111. Turku: Turun yliopisto.

Koivuniemi, T. 2004. Henkilöstövoimavarojen moninaisuus, muutos ja johtaminen kuntasektorilla. Henkilöstötilinpäätöksellä ja kehittämishankkeilla hyvää henkilöstötyötä. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Väitöskirja.

Kollin-Mättäri, A. & Vuollo, S. 2007. Sairaanhoidajien ammattitaito Torniolaakson ja Tunturi-Lapin terveyskeskuksissa. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu-tutkielma.

Kotter, J. 2008. A sense of urgency. Boston: Harvard business press

Kukkola, E. 2008. Sairaanhoidajan opiskelijaohjaustaidot sekä ohjaajakoulutuksen tarve ja hyöty hoitotyön ohjatun harjoittelun oppimisympäristössä. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu-tutkielma

Kuokkanen, L. 2005. Sairaanhoidajan tehtävät ja osaaminen. Mitä viime vuosien suomalainen tutkimus kertoo? Tutkiva Hoitotyö 3, 18–24.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.

Laamanen, R., Suominen, S., Simonsen-Rehn, N., Hakonen, U., Laiho, M. & Grinpenberg-Gahmberg, M. 2002. Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen henkilökunnan työn muutokset ja hyvinvointi. Neljän kaupungin vertaileva tutkimus. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C. Scripta lingua Fennica edita, osa 179. Turun yliopisto: Turku

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559

Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY.

Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008 Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2 (45), 121–135.

Manninen, A. (toim.) 2008. Stage. Vanhustyö – tulevaisuuden toiveammatti? *Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja D työpapereita* 48. Diakonia-ammattikorkeakoulu: Helsinki

McCabe, C. & Timmins, F. 2006. *Communication skills for nursing practice*. Houndmills: Palgrave macmillan

Meretoja, R. 2003. *Nurse competence scale*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*. 1. laitos, 1. painos. Helsinki: International Methelp

Mäkisalo, M. 2003. *Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin*. Helsinki: Tammi

Myllymäki, K. & Löppönen, M. 2005. *Hoito vuodeosastolla*. Teoksessa Kumpusalo, E., Ahto, M., Eskola, K., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Kosunen, E., Kunnamo, I. & Lohi, J. (toim.) *Yleislääketiede*. Helsinki: Duodecim, 226—236.

Neville, C. 2007. *The complete guide to referencing and avoiding plagiarism*. Maidenhead: Open University Press

Nurmela, T. 2002. *Ajattelun taito ja lupa ilmaista*. Teoreettis-käsitteellinen tutkimus hoitotyön edellyttämästä kriittisen ajattelun taidosta ja sen edellytyksistä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Opintoluotsi. Luettu 18.8.2010

http://www.opintoluotsi.fi/fi-FI/kysyimmat_ammattit/lahihoitaja/

Partanen, P. 2002. *Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa*. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Pitkänen, A. 2007. *Tehtävä siirrot lääkäreiltä sairaanhoitajille sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Suomen sairaanhoitajaliiton jäsenkysely 2004. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Raappana, S. 2000. *Sairaanhoitajan luovuus hoitotyössä terveyskeskuksen vuodeosastolla*. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotiede: Terveystieteiden opettajankoulutus. Opinnäytetutkielma.

Ratilainen, J. 2006. *Organisaatiomuutos kotihoidon lähiesimiesten kokemana*. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja 2010. Ammatillisen perustutkinnon perusteet. Määräys 17/011/2010. Opetushallitus.

SOTKANet. Tilasto- ja indikaattoripankki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 30.8.2010

<http://uusi.sotkanet.fi/taulukko/zF/101,102,103,104,105,106,107,108,109/3/3A/0/>

SuPer. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto. Luettu 19.10.2010

<http://www.superliitto.fi/?cat=57>

Tilastokeskus. Ammattiluokitus 2008. Luettu 26.8.2010.

<http://www.stat.fi/meta/luokitukset/ammatti/001-2010/index.html>

Tikkamäki, K. 2006. Työn ja organisaatioiden muutoksissa oppiminen. Etnografinen löytöretki työssä oppimiseen. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Tehtävien ja työnjaon muutokset. Opas terveydenhuollon ja työelämän kehittämiseen. 2009. Kunnallinen työmarkkinalaitos. 1. painos. Helsinki: Kirjapaino Uusimaa

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi

Vuodeosastojen kehittämisiltapäivä 18.09.08 Särkijärvellä. Muistio. Julkaisematon lähde.

Vuorinen, R. 2008. Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Väänänen, H. 1999. Sairaanhoitajan työ sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

White, K. 1998. Planned Change. Teoksesta Rocchioccioli, J. & Tilbury, M. Clinical leadership in nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company

XXXXXXXXXXXX KUNTA

TOIMENKuvaus

Terveyspalvelut/XXX

Virka/toimi ja toimipaikka	Virka/toimi Sairaanhoitaja
	Palveluyksikkö Vuodeosasto
Kelpoisuusehdot	Sairaanhoitajan tutkinto
Organisaatioasema	Lähin esimies Osastonhoitaja
	Välittömät alaiset
Sijaisuudet	Viranhaltijan/työntekijän sijainen Sairaanhoitaja
	Sijaisuudet, joita hoitaa Osastonhoitaja
Tehtävät ja valtuudet	Viran/Toimen ja toimenkuvan antamat valtuudet
Viran/toimen tarkoitus	Vuodeosastopotilaiden kokonaisvaltaisen hoidon toteutus moniammatillisen työryhmän jäsenenä. Sairaanhoitajan tehtävät
Avainpalvelut / avain-tehtävät	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hoitotyö <ul style="list-style-type: none"> - Potilaan kokonaishoidosta vastaaminen - Käytännön hoitotyö - Hoitotyön kehittäminen - Lääkehoidosta vastaaminen 2. Vastaavana hoitajana toimiminen 3. Opetus ja ohjaus 4. Yhteistyö eri tahojen välillä 5. Vastualueet

(jatkuu)

<p>Palvelutavoitteet/tehtävät</p>	<p>1. Hoitotyö</p> <p>1.1 Potilaan kokonaihoidosta vastaaminen</p> <p>1.2 Käytännön hoitotyö</p> <ul style="list-style-type: none"> * Lääkärinkierron toteutus: potilaiden ja omaisten asioiden ja toiveiden esille tuominen, "asianajajana" toimiminen - Lääkärinmääräysten kirjaaminen ja toteuttaminen: erilaiset mittaukset (RR, pulssi, Dextro, PEF, VM, NL, jne), kotiutusten järjestäminen ja erilaisten apujen järjestäminen (KA, KSH, MTT, omaiset yms.) - Potilaan informointi muutoksista, tutkimuksista ja niihin valmisteluista - Tutkimusten tilaus ja potilaan valmistelu * Potilaan ravitsemuksen toteuttaminen ongelmatilanteissa; nenämahaletkun kautta, vatsanpeitteiden läpi tai suonen sisäisen infuusion kautta sekä letkujen vaihto ja toiminnan seuranta. BMI:n mukaisesta ateriasta huolehtiminen * Vastaa potilaan ruokahuollosta ja ruokatilausten teosta * Lääketieteen eri alojen perusosaaminen (sis., kir., kuntoutus, saattohoito, päihdetyö, yms) * Tekninen osaaminen: CPAP:n kokoaminen, infuusiopumpun, imun ja EKG laitteiden käyttö. * Erilaisten toimenpiteiden hallinta - Ekg:n ottaminen ja tulkinta, katetrointi, iv-kanyylin, subclaviakanyylin, laittaminen ja lääkärin avustaminen erilaisissa pienkirurgisissa toimenpiteissä. * verensiirtoon liittyvät asiat * haavanhoitoon liittyvät asiat ja haavanhoitotuotteiden hallitseminen * osallistuminen sosiaaliseen kiertoon ja hoitoneuvotteluihin <p>1.3 Hoitotyön kehittäminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Täydennyskoulutukset, vastualueen asioiden asiantuntijuuden säilyttäminen - Terveystieteiden ja terveydenhuollon lainsäädännön tunteminen ja toimiminen sen mukaan, esim. laki potilaan oikeuksista
-----------------------------------	---

<p>Palvelutavoitteet/tehtävät</p>	<p>1.4 Lääkehoidosta vastaaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> * im., iv., per os., inhaloitavien ja ihonalaisten lääkkeiden tunteminen, annostelu ja vaikutusten seuraaminen * Lääkkeiden jako dosetteihin ja potilaille, lääkkeiden oikeellisuudesta vastaaminen * Lääkkeiden annostelu potilaille * Lääketilauksesta ja lääkekaapin siisteydestä huolehtiminen * Varautuminen toimintaan lääkeaineiden aiheuttamissa allergisissa reaktioissa. * potilaan informoiminen lääkehoidosta yhdessä lääkärin kanssa <p>2. Vastaavana hoitajana toimiminen</p> <ul style="list-style-type: none"> * Organisointi/päävastuu työvuorossa esim. sijaisten hankinta, tulevien potilaiden hoitoon ottaminen, yms. * Iltavuorossa päävastuu oman osaston toiminnasta * Kun lääkäriä ei ole talossa sairaanhoitaja toimii ensiaputilanteissa päävastuullisena; suorittaa puhelin-konsultaation perusteella potilaalle tutkimuksia, antaa ensiavun ja tekee lähetteen ja järjestää kuljetuksen erikoishoitoon asianmukaisine lähetteineen. * Yövuorossa vastuu molempien osastojen toiminnasta. * Pkl:n toiminnan tunteminen ja siellä hätäensiavun antaminen. Päivystävään sairaalaan lähettäminen tarvittaessa. <p>3. Opetus ja ohjaus</p> <ul style="list-style-type: none"> * Potilaiden/ omaisten ohjaus, opetus ja tukeminen. * Työntekijöiden ja opiskelijoiden opetus, ohjaus ja perehdyttäminen <p>4. Yhteistyö eri tahojen välillä</p> <ul style="list-style-type: none"> * Yhteydenpito potilaan eri palvelun tuottajiin * yhteydenpito hoitolaitoksiin * yhteydenpito omaisiin * yhteistyö oman TK:n avopuolen kanssa * yhteistyö sairaanhoito-oppilaistosten kanssa <p>5. Vastuualueet</p> <ul style="list-style-type: none"> * kts erillinen kaavake
<p>Hyväksyminen</p>	<p>Päiväys</p> <hr/> <p>Esimiehen allekirjoitus</p> <hr/> <p>Viranhaltijan/työntekijän allekirjoitus</p>

XXXXXXXXXX KUNTA

TOIMENKuvaus

Terveyspalvelut/XXX

Virka/toimi ja toimipaikka	Virka/toimi Perushoitaja
	Palveluyksikkö Vuodeosasto
Kelpoisuusehdot	Apuhoitajan/perushoitajan/lähihoitajan tutkinto
Organisaatioasema	Lähin esimies Osastonhoitaja
	Välittömät alaiset
Sijaisuudet	Viranhaltijan/työntekijän sijainen Lähihoitaja/perushoitaja
	Sijaisuudet, joita hoitaa
Tehtävät ja valtuudet	Viran/toimen ja toimenkuvan antamat valtuudet
Viran/toimen tarkoitus	Vuodeosastopotilaiden hyvästä hoidosta huolehtiminen moniammatillisen työryhmän jäsenenä. Perushoitajalle kuuluvat tehtävät.
Avainpalvelut / avaintehtävät	1. Perushoito 2. Lääkehoidon toteutus 3. Opetus ja ohjaus 4. Erityistehtävät 5. Vastualueet

(jatkuu)

LIITE 2: 2 (3)

<p>Palvelutavoitteet/tehtävät</p>	<p>1. Perushoito</p> <ul style="list-style-type: none"> * Potilaan puhtaudesta ja päivittäisistä toiminnoista huolehtiminen * potilaiden kylvytys, potilaiden ihontarkkailu ja hoito, potilashuoneiden hoitotarvikkeista huolehtiminen, hoitotarvikkeiden tilaaminen varastolta ja varastojen järjestyksestä huolehtiminen * potilaan hoidon suunnittelu, toteutus ja kirjaaminen * potilaan tilan tarkkailu ja muutoksista tiedottaminen vastaavalle sh:lle tai lääkärille * potilaan kanssa seurustelu * potilaan turvallisuudesta huolehtiminen <p>2. Lääkehoidon toteutus</p> <ul style="list-style-type: none"> * Määräysten vastaanottaminen ja toteutus * Muutosten teko * Lääkkeiden jakaminen tarjottimelle ja potilaille * Injektioiden antaminen (sc.,im) * Lääkkeiden lisääminen tilauslistaan <p>3. Opetus ja ohjaus</p> <ul style="list-style-type: none"> * Omaisten ja potilaiden ohjaus * Uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden ohjaus ja arviointi * Koulutuksiin osallistuminen, tietojen ja taitojen ylläpito * Opiskelijoiden näytön vastaanotto <p>4. Muut tehtävät tarvittaessa</p> <ul style="list-style-type: none"> * Lääkärinkierto, määräysten vastaanottaminen ja toteutus * Potilaan kotiuttaminen/yhteyksien hoitaminen sidosryhmien ja omaisten kanssa * Potilaan vastaanottaminen osastolle * Haavanhoidot * Katetroinnit, korvahuuhtelut, avanteiden hoito yms. * Erilaisten potilasryhmien hoito (saattohoito, diabeetikot, katkaisuhoidopotilaat yms.) * Infuusionesteiden vaihtaminen ja seuranta * Kuntouttava työote * ruoanjako * raportointi <p>5. Vastualueet</p> <ul style="list-style-type: none"> * kts. erillinen kaavake
--	---

LIITE 2: 3 (3)

Hyväksyminen	Päiväys
	Esimiehen allekirjoitus
	Viranhaltijan/työntekijän allekirjoitus

Tampere 15.5.2009

Arvoisa hoitotyöntekijä!

Opiskelen Pirkanmaan ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi ja suuntaudun sisätauti-kirurgiseen sekä syöpätautien hoitotyöhön. Valmistun sairaanhoitajaksi joulukuussa 2010.

Opinnäytetyössäni selvitän sairaanhoitajien ja perushoitajien tämänhetkisen toimenkuvan vuodeosastoilla. Tiedon kerään avoimella kyselyllä. Kyselyyn voivat osallistua kaikki perus- ja lähihoitajat ja sairaanhoitajat, jotka ovat työskennelleet vuodeosastoilla yhtäjaksoisesti elokuusta 2008 lähtien. Opinnäytetyöni valmistuu touku-kuussa 2010, jonka jälkeen esittelen työni tulokset teille.

Vastatut kyselylomakkeet käsitellään luottamuksellisesti eikä ketään vastaajaa voida tunnistaa kyselyn tuloksista. Tunnistan itse osan vastaajista käsialoista, joten kirjoitan vastaukset koneellisesti puhtaaksi ennen vastauksien analysointia. Näin jokainen vastaaja säilyy nimettömänä myös itselleni. Terveyskeskuksemme ei esiinny nimellä opinnäytetyössäni.

Vastauksien palauttamista varten molemmilla osastoilla on sinetöity laatikko.

Osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Toivon kuitenkin mahdollisimman monen Teistä vastaavan kyselyyn.

Kiitos vastauksistanne!

Sari Ihalainen

puh. 045 1109 350

sari.ihalainen@piramk.fi

(jatkuu)

KYSELYLOMAKE

Vastaajan taustatiedot

Vastaa kyselyyn nimettömänä.

Ensimmäisessä osiossa rastita itseäsi kuvaavat vaihtoehdot.

1. Mikä olet ammatiltasi?

perus- tai lähihoitaja

sairaanhoitaja

2. Kummalla osastolla olet pääosin työskennellyt ennen muutosta?

osasto 1

osasto 2

3. Oletko ollut työkierrossa muutoksen jälkeen?

kyllä

ei

1. Kummalla osastolla työskentelet nyt?

osasto 1

osasto 2

Vastaa seuraavaksi vapaamuotoisesti seuraaviin kolmeen kysymykseen. Tarvittaessa voit käyttää myös paperin toista puolta vastaamiseen.

- 1. Minkälainen tehtäväkuvasi on nyt vuodeosastojen muutoksen jälkeen?**

2. Minkälaisia kokemuksia sinulla on tämänhetkisestä toimenkuvastasi ja tekemästäsi hoitotyöstä?

3. Mitä haluaisit sanoa osastoilla tapahtuneesta muutoksesta?

XXXXXXXXXXXX KUNTA

TOIMENKUVAUS

2009

VIRKA/TOIMI JA TOIMIPAIKKA	VIRKA/TOIMI Sairaanhoitaja
	PALVELUYKSIKKÖ Vuodeosasto
KELPOISUUSEHDOT	Sairaanhoitajan tutkinto
ORGANISAATIOASEMA	LÄHIN ESIMIES Osastonhoitaja
	VÄLITTÖMÄT ALAISET
SIJAISUUDET	VIRANHALTIJAN/TYÖNTEKIJÄN SIJAINEN Sairaanhoitaja
	SIJAISUUDET JOITA HOITAA Osastonhoitaja
TEHTÄVÄT JA VALTUUDET	Viran/toimen ja toimenkuvan antamat valtuudet
VIRAN/TOIMEN TARKOITUS	Vuodeosastopotilaiden kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi moniammatillisen työryhmän jäsenenä. Sairaanhoitajan tehtävät.

(jatkuu)

LIITE 4: 2 (5)

<p>AVAINPALVELUT / AVAIN- TEHTÄVÄT</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hoitotyö <ul style="list-style-type: none"> – potilaan kokonaishoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi – käytännön hoitotyö – hoitotyön kehittäminen – lääkehoidon toteuttaminen ja siitä vastaaminen 2. Opetus ja ohjaus 3. Vastaavana hoitajana toimiminen 4. Yhteistyö eri tahojen välillä
<p>PALVELUTAVOITTEET/TEHTÄVÄT</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hoitotyö <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Potilaan kokonaishoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi 1.2 Käytännön hoitotyö <ul style="list-style-type: none"> – lääkärinterillä annettujen määräysten kirjaaminen, toteuttaminen, vaikuttavuuden seuraaminen, arviointi – potilaiden ja omaisten asioiden ja toiveiden esilletuominen, ”asianajajana” toimiminen – kotiuttamiseen liittyvien asioiden ja apujen järjestäminen (KSH, kotiapu, ateriapalvelu, MTT, omaiset yms.) – potilaiden ja omaisten informointi voimien muutoksista, tutkimuksista ja niihin valmisteluista – tutkimusten tilaaminen ja potilaan valmistelu – potilaan ravitsemuksen toteuttaminen ongelmatilanteissa (nenämahaletku, PEG-letku, suonensisäisesti) – i.v.nesteytys ja verensiirrot ja niihin liittyvät asiat (perifeerinen kanyyli, subclaviakanyyli, infuusioportti, niiden toiminnasta, letkujen vaihdosta yms huolehtiminen)

LIITE 4: 3 (5)

	<ul style="list-style-type: none"> – potilaan ruokahuollosta vastaaminen (energiatarvearvion mukaiset ruokavaliot, dieetit yms.rajoitukset) – lääketieteen eri alojen perusosaaminen (sisätautiset-, kirurgiset- ja syöpätautia sairastavat potilaat, päidetyö, kuntoutus, mielenterveyspotilaat, saattohoito jne.) – tekninen osaaminen, hoitotyössä käytettävät laitteet ja mittarit (C-Pap, infuusiopumppu, imu, EKG, pika-Crp yms.) – erilaisten toimenpiteiden hallinta – (EKG:n ottaminen ja tulkinta, katetrointi, iv-kanyylin laittaminen yms.) – lääkärin avustaminen erilaisissa pienkirurgisissa toimenpiteissä – haavahoitoon liittyvät asian ja haavahoitotuotteiden hallitseminen – osallistuminen sosiaalikiertoon ja hoitoneuvotteluihin – hoidon jatkuvuudesta huolehtiminen, kirjaaminen <p>1.3 Hoitotyön kehittäminen</p> <ul style="list-style-type: none"> – täydennyskoulutukset, vastuualueen asioiden asiantuntijuuden säilyttäminen – terveydenhuoltoa koskevan lainsäädännön tunteminen ja sen mukaan toimiminen <p>1.4 Lääkehoidosta vastaaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> – im., iv., s.c. per rectum ja per os lääkkeiden sekä inhaloitavien lääkkeiden tunteminen, annostelu ja vaikutusten seuraaminen – lääkkeiden jako dosetteihin ja potilaille (oikeat lääkkeet oikealle potilaalle oikeaan aikaan) – lääketilauksista ja lääkekaappien siisteydestä huolehtiminen – varautuminen toimintaan lääkeaineiden aiheuttamissa allergisissa reaktioissa
--	--

LIITE 4: 4 (5)

	<ul style="list-style-type: none"> – potilaiden ja omaisten ohjaus ja informointi lääkehoidosta yhdessä lääkärin kanssa <p>2 Opetus ja ohjaus</p> <ul style="list-style-type: none"> – potilaiden/omaisten ohjaus, opetus ja tukeminen (hoitotyö, lääkehoito, apuvälineet yms.) – työntekijöiden ja opiskelijoiden opetus, ohjaus ja perehdyttäminen – vastuualueet, kts. erillinen lista <p>3 Vastaavana hoitajan toimiminen</p> <ul style="list-style-type: none"> – organisointi/päävastuu työvuorossa esim. sijaisten hankinnasta, tulevien potilaiden hoitoon ottamisesta yms. – iltavuorossa päävastuu oman osaston toiminnasta – kun lääkäriä ei ole talossa, sairaanhoitaja toimii ensiaputilanteissa päävastuullisena – (on yhteydessä päiv. lääkäriin, Acutaan yms., suorittaa puhelinkonsultaatiossa annetut määräykset, tekee lähetteen ja järjestää kuljetuksen eteenpäin erikoissairaanhoidon asianmukaisine lähetteineen) – yövuorossa vastuu molempien osastojen toiminnasta (iv.lääkkeet, hoitotyö yms.) – poliklinikan toiminnan tunteminen ja siellä hätäensiavun antaminen ja tarvittaessa eteenpäin lähettäminen <p>4 Yhteistyö eri tahojen välillä</p> <ul style="list-style-type: none"> – yhteydenpito potilaan eri palvelujen tuottajiin – yhteydenpito eri hoitolaitoksiin – yhteydenpito omaisiin – yhteistyö oman tk:n eri yksiköiden sekä vanhainkodin välillä – yhteistyö sairaanhoito-oppilaitosten välillä
--	---

LIITE 4: 5 (5)

HYVÄKSYMINEN	PÄIVÄYS
	ESIMIEHEN ALLEKIRJOITUS
	VIRANHALTIJAN/TYÖNTEKIJÄN ALLEKIRJOTUS

XXXXXXXXXXXX KUNTA

TOIMENKUVAUS

2009

VIRKA/TOIMI JA TOIMIPAIKKA	VIRKA/TOIMI Perushoitaja
	PALVELUYKSIKKÖ Vuodeosasto
KELPOISUUSEHDOT	Apuhoitajan/perushoitajan/lähihoitajan tutkinto
ORGANISAATIOASEMA	LÄHIN ESIMIES Osastonhoitaja
	VÄLITTÖMÄT ALAISET
SIJAISUUDET	VIRANHALTIJAN/TYÖNTEKIJÄN SIJAINEN Lähihoitaja/perushoitaja
	SIJAISUUDET JOITA HOITAA
TEHTÄVÄT JA VALTUUDET	Viran/toimen ja toimenkuvan antamat valtuudet
VIRAN/TOIMEN TARKOITUS	Vuodeosastopotilaiden hyvästä hoidosta huolehtiminen moniammatillisen työryhmän jäsenenä. Perushoitajalle kuuluvat tehtävät.

(jatkuu)

LIITE 5: 2 (3)

AVAINPALVELUT / AVAIN- TEHTÄVÄT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perushoito 2. Lääkehoidon toteutus 3. Opetus ja ohjaus 4. Erityistehtävät
PALVELUTAVOITTEET/TEHTÄVÄT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perushoito <ul style="list-style-type: none"> - potilaan puhtaudesta ja päivittäisistä toiminnoista huolehtiminen kuntouttavalla työotteella - potilaan hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta ja kirjaaminen - pitkäaikaisvuodeosastolla vastuu oman osaston toiminnasta iltavuoron ja viikonlopun aikana, tarv. akuuttitilanteissa yhteydenotto päivystävään lääkäriin tai akuuttivuodeosastolle, päivystävän lääkärin määräysten toteuttaminen - potilaan hoitoon tarvittavien hoitotarvikkeiden tilaaminen ja varastointi 2. Lääkehoidon toteutus <ul style="list-style-type: none"> - lääkemääräysten vastaanottaminen ja toteuttaminen - lääkemutosten teko potilaan papereihin ja tarjottimille - lääkehoidosta huolehtiminen: jako kaapista tarjottimelle (erillinen lupa), tarjottimelta potilaalle - lääkehoidon vaikutusten seuranta, arviointi ja tiedottaminen - injektioiden antaminen (i.m. ja s.c.) (erillinen lupa) 3. Opetus ja ohjaus <ul style="list-style-type: none"> - omaisten ja potilaiden ohjaaminen - uusien työntekijöiden ohjaaminen, opiskelijoiden ohjaus ja arviointi sekä näytön vastaanottaminen - koulutuksiin osallistuminen, tietojen ja taitojen ylläpito - vastualueet, kts. erillinen lista

LIITE 5: 3 (3)

	<p>4. Muut tehtävät tarvittaessa</p> <ul style="list-style-type: none"> - lääkärinto, määräysten vastaanottaminen ja toteuttaminen - osastolle saapuvan potilaan vastaanottaminen ja kotiuttaminen sekä siihen liittyvät tehtävät - yhteistyö, yhteydenpito ja tiedottaminen omaisille ja muille yhteistyötahoille - yhteistyö lähihoitajakoulutusta tarjoavien oppilaitosten kanssa - yhteistyö oman terveyskeskuksen eri yksiköiden ja vanhainkodin välillä - haavahoidot - katetroinnit, korvahuuhtelut, avanteen hoitaminen yms. - infuusionesteiden vaihtaminen ja seuranta - ruuanjako - raportointi sekä suullisena että kirjallisena - erilaisten potilasryhmien hoitaminen ja hoidon vaikuttavuuden seuranta (diabeetikot, saattohoitopotilaat, katkaisupotilaat, mielen-terveyspotilaat, tekonivel-leikatut potilaat jne) - muut esimiehen määräämät tehtävät
<p>HYVÄKSYMINEN</p>	<p>PÄIVÄYS</p>
	<p>ESIMIEHEN ALLEKIRJOITUS</p>
	<p>VIRANHALTIJAN/TYÖNTEKIJÄN ALLEKIRJOTUS</p>