



”Vanhukset ovat ihania, mutta työyhteisöt ja jaksaminen huolestuttavat”

Vanhustyön työyhteisöt sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemana

Julia Tulijoki

Pia Uschanov

OPINNÄYTETYÖ
Maaliskuu 2020

Sairaanhoitajakoulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

TULIJOKI, JULIA & USCHANOV, PIA:

"Vanhukset ovat ihania, mutta työyhteisöt ja jaksaminen huolestuttavat"
Vanhustyön työyhteisöt sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemana

Opinnäytetyö 92 sivua, joista liitteitä 8 sivua
Maaliskuu 2020

Vanhustyössä on työvoimapula, ja väestön ikääntyessä vanhustyöhön tarvitaan enenevässä määrin uusia hoitajia. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa ensimmäisestä ohjatusta harjoittelusta palanneiden sairaanhoitajaopiskelijoiden näkemyksiä vanhustyön työyhteisöistä sähköisen kyselyn avulla. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös tuoda esiin sairaanhoitajaopiskelijoiden näkökulmia vanhustyön vetovoimaisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena ja analyysissä yhdisteltiin sekä laadullisia, että määrällisiä tutkimusmenetelmiä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan vanhustyön työyhteisöissä ilmeni erilaisia hyvän työyhteisön piirteitä, mutta myös kehittämisen kohteita. Hyvän työyhteisön piirteet ilmenivät keskinäisenä auttamisena, huumorina ja hyvänä "me-henkenä". Kollegiaalisuudessa havaittiin olevan kehittämisen varaa ja työpaikkakiusaamista ilmeni suurimmassa osassa vastauksia. Vanhustyö koettiin kuormittavana, eikä työturvallisuuteen tai uhkatilanteisiin aina kiinnitetty tarpeeksi huomiota. Työtavat olivat suurimmassa osassa yksiköistä rutiininomaisia, mutta asiakaslähtöisyyttä pyrittiin toteuttamaan resurssien mukaan. Työnjako näyttäytyi osittain epäselkeänä riippuen työyksiköstä. Esimiestyö näyttäytyi sairaanhoitajaopiskelijoille melko näkymättömänä. Pehdytyksen pituudessa ja laadussa esiintyi vaihtelua. Sairaanhoitajaopiskelijoiden mielestä vanhustyön vetovoimaisuuteen vaikuttavia tekijöitä olivat työilmapiiri, vanhustyön negatiivinen imago mediassa ja hoitoalan sisällä, niukat henkilöstöresurssit, työn kuormittavuus, palkkaus ja yleinen asennoituminen vanhuksia kohtaan.

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että sairaanhoitajaopiskelijoiden ensimmäisen harjoittelun sijoittuessa opintojen alkuvaiheeseen painottuu opiskelijan työnkuva pitkälti perushoitoon. Tällöin yksikön sairaanhoitajan työnkuva saattaa jäädä opiskelijoille epäselväksi. Lisäksi vanhustyön työpaikkojen työilmapiireissä ja kollegiaalisuudessa olisi paljon kehitettävää. Useimmiten syyt vanhustyön vetovoimaisuuteen vaikuttavista tekijöistä ovat muualla kuin itse vanhuksissa. Vanhukset ovat sairaanhoitajaopiskelijoiden mielestä asiakkaina mukavia ja pitkäaikais- hoidossa heihin ehtii usein myös tutustua ja tykättyä. Harjoittelukokemuksilla on vaikutusta opiskelijoiden suhtautumiseen itse vanhustyötä kohtaan. Jatkotutkimusideana voisi tutkia sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksia ja näkemyksiä vanhustyön harjoittelusta opintojen myöhäisemmässä vaiheessa.

Asiasanat: vanhustyö, sairaanhoitajaopiskelija, työyhteisö, työilmapiiri

ABSTRACT

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

TULIJOKI, JULIA & USCHANOV, PIA:

“The Elderly People are Nice, but the Work Communities and Capability to Work are Concerning”

Nursing Students’ Experiences of Work Communities in the Elderly Care

Bachelor's thesis 92 pages, appendices 8 pages

March 2020

The nursing workforce shortage in elderly care and the aging of the population lead to a growing need of more nursing workforce in the field. The purpose of this study was to determine nursing students’ views of the work communities in the elderly care after their first supervised clinical training period. The data was collected with an online questionnaire survey. This study combined both qualitative and quantitative methodology. The aim of this study was to ascertain nursing students’ views on the factors affecting the appeal of elderly care.

According to the results of this study, the work communities in elderly care have numerous characteristics of a good work community, but there is also a need for improvement too. The characteristics of a good work community appeared to be mutual support between colleagues, humor and good work atmosphere. The nursing students reported different factors affecting the appeal of elderly care, such as work atmosphere, negative image, workload, salary and the attitude towards the elderly.

The conclusion of this study is that there is room for improvement in the work communities’ atmosphere and collegiality.

Key words: elderly care, nursing student, work community, work atmosphere

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Sairaanhoitajaopiskelija	9
3.1.1	Sairaanhoitajakoulutus	9
3.1.2	Ohjattu harjoittelu	10
3.2	Vanhustyö	10
3.2.1	Vanhustyön eri muodot.....	11
3.2.2	Gerontologinen hoitotyö	12
3.2.3	Vanhustyön haasteet.....	13
3.2.4	Hyvän vanhustyön kulmakivet.....	15
3.2.5	Eettisyys hoitotyössä.....	17
3.3	Hyvä työyhteisö.....	18
3.3.1	Työhyvinvoinnin lähtökohdat	19
3.3.2	Työilmapiiri hyvän työyhteisön perustana.....	20
3.3.3	Kollegiaalisuus.....	21
3.3.4	Työpaikkakiusaaminen, häirintä ja epäasiallinen kohtelu ...	22
3.3.5	Työn kuormittavuus, työkyky ja työuupumus	22
3.3.6	Uhkatilanteet ja työturvallisuus	24
3.3.7	Työn kehittäminen	26
3.3.8	Johtaminen ja esimiestyö	28
3.3.9	Perehdytys	29
3.3.10	Työnjako	30
3.3.11	Työtavat	32
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	34
4.1	Laadullinen ja määrällinen	34
4.2	Kyselylomakkeen rakentaminen.....	34
4.3	Kohderyhmä.....	36
4.4	Aineiston keruu	36
4.5	Aineiston analysointi	37
5	TULOKSET	39
5.1	Taustatiedot	39
5.2	Hyvän työyhteisön piirteiden ilmeneminen	40
5.2.1	Kollegiaalisuus.....	41
5.2.2	Työpaikkakiusaaminen, häirintä ja epäasiallinen kohtelu ...	43
5.2.3	Työn kuormittavuus	43

5.2.4	Uhkatilanteet ja työturvallisuus	45
5.2.5	Työn kehittäminen	47
5.2.6	Johtaminen ja esimiestyö	48
5.2.7	Perehdytys	49
5.2.8	Työnjako	50
5.3	Hyvän vanhustyön ja asiakaslähtöisyyden ilmeneminen.....	51
5.3.1	Työtavat.....	54
5.4	Oma suhtautuminen vanhustyötä kohtaan	55
6	POHDINTA	60
6.1	Tulosten tarkastelua.....	60
6.1.1	Työilmapiiri hyvän työyhteisön ilmentäjänä	60
6.1.2	Työn sisältö ja työnjaot	62
6.1.3	Työpaikkakiusaaminen	63
6.1.4	Vanhustyön kuormittavuus	65
6.1.5	Työturvallisuus vanhustyössä.....	66
6.1.6	Esimiestyön näkymättömyys	68
6.1.7	Vanhustyön asiakaslähtöisyys ja eettisyys	68
6.1.8	Oma suhtautuminen ja vanhustyön vetovoimaisuus.....	69
6.2	Käytetyn menetelmän tarkastelua	72
6.3	Luotettavuuden tarkastelua	73
6.4	Eettisyyden tarkastelua	74
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	76
7.1	Jatkotutkimusideat	77
	LÄHTEET	78
	LIITTEET	85
	Liite 1. Kyselylomake	85
	Liite 2. Kyselyn saatekirje	92

1 JOHDANTO

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2019) mukaan Suomessa asuvien vanhus-
ten määrä kasvaa väestön ikääntyessä. Suomessa ei ole kyse vain iäkkäiden
määrän lisääntymisestä, vaan koko väestörakenne muuttuu. Suuret ikäluokat
eläköityvät ja syntyvyys sekä kuolevuus alenevat. Voimakkaimmin ennusteiden
mukaan kasvaa erityisesti vanhimpien ikäluokkien määrä. (Sosiaali- ja terveystyö-
ministeriö & Suomen kuntaliitto 2017, 11.)

Vanhustyössä on tällä hetkellä työvoimapula ja sen lisäksi pohditaan keinoja,
joilla vanhusalalla työskentelevät saataisiin pysymään alalla (Rajamäki 2019).
Sanna Koskinen teki 2016 väitöstudiumin, jonka mukaan sairaanhoitajaopis-
kelijoiden kiinnostus vanhustyötä kohtaan oli parhaimmillaankin vain kohtalaista
(Koskinen 2016, 42). Myös Saimaan ammattikorkeakoulussa on vuonna 2016
tehty ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö, jossa tutkittiin van-
hustyön vetovoimaisuutta tulevaisuudessa lähihoitaja- ja sairaanhoitajaopiskeli-
joiden näkökulmasta. Sen mukaan vanhustyö ei kiinnosta opiskelijoita, eikä van-
hustyöhön haluta ensisijaisesti tulevaisuudessa työskentelemään. (Kuosa &
Kuukka 2016, 59.) Vaikka sairaanhoitajien roolia vanhustyössä pidetään keskei-
senä, pidetään heidän työtänsä vähemmän arvostettuna hoitotyönä (Blomberg,
James & Kihlgren 2013). Suomessa tällä hetkellä vanhustenhoidossa työskente-
levistä 85% on lähihoitajia ja 15% sairaanhoitajia (Rajamäki 2019).

Tässä opinnäytetyössä haluamme kartoittaa Tampereen ammattikorkeakoulun
sairaanhoitajaopiskelijoiden näkemyksiä ja kokemuksia vanhustyöstä ja sen työ-
yhteisöistä ensimmäisen ohjatun harjoittelun jälkeen. Opinnäytetyön tavoitteena
on myös tuoda esiin sairaanhoitajaopiskelijoiden näkökulmia vanhustyön veto-
voimaisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyön toimeksiantajana on Tam-
pereen ammattikorkeakoulun henkilökunta / DIKI-hanke ja opinnäytetyön ohjaa-
jana sekä työelämäyhteistyöhenkilönä toimii hankkeen projektipäällikkö Sari Hima-
nen.

2 TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa ensimmäisestä ohjatusta harjoittelusta palanneiden sairaanhoitajaopiskelijoiden näkemyksiä vanhustyön työyhteisöistä sähköisen kyselyn avulla.

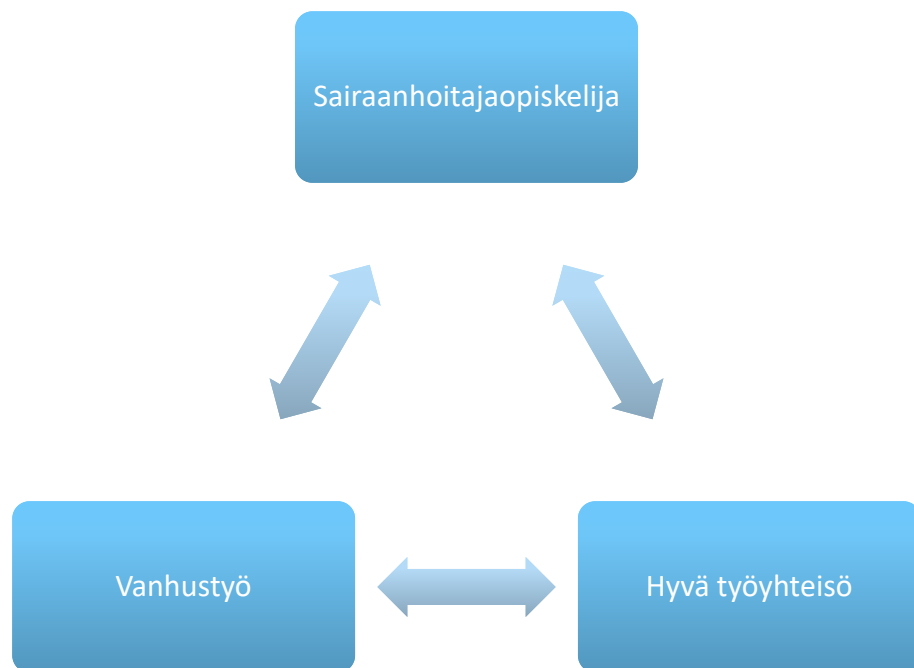
Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten hyvän työyhteisön piirteet näyttäytyivät harjoitteluyksiköissä?
2. Miten asiakaslähtöisyys ja asiakkaiden kohtelu näyttäytyivät työyksiköissä sairaanhoitajaopiskelijoiden näkökulmasta?
3. Miten sairaanhoitajaopiskelijoiden suhtautuminen vanhustyöhön muuttui harjoittelujakson aikana?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esiin sairaanhoitajaopiskelijoiden näkökulmia vanhustyön vetovoimaisuuteen vaikuttavista tekijöistä.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme kannalta keskeisiä käsitteitä ovat: vanhustyö, hyvä työyhteisö ja sairaanhoitajaopiskelija (kuvio 1). Tiedonhaussa käytimme tietokantoina muun muassa Finnaa, Cinahlia, Medic:iä. Sisäänottokriteereinä käytimme alle 10 vuoden sisällä julkaistua materiaalia, jonka suhteen olimme kriittisiä. Vanhempia lähteitä käyttäessämme olimme kriittisiä ja arvioimme tiedon ajantasaisuuden aina tapauskohtaisesti.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

3.1 Sairaanhoitajaopiskelija

3.1.1 Sairaanhoitajakoulutus

Sairaanhoitajakoulutus kestää keskimäärin 3,5 vuotta ja tutkintonimike on sairaanhoitaja (AMK). Koulutus on laajuudeltaan 210 opintopistettä. Sairaanhoitajaopiskelijoiden lisäksi myös terveydenhoitaja-, kättilö ja ensihoitajaopiskelijat saavat opinnoistaan sairaanhoitajan pätevyyden. Sairaanhoitajatutkinnon rakentamiseen vaikuttaa kansallinen lainsäädäntö sekä EU:n ammattipätevyysdirektiivi 2005/36/EU. EU-direktiivi määrittää koulutuksen minimikeston ja keskeiset sisältöalueet, minkä myötä tutkinnot ovat Euroopan alueella samankaltaisia. (Sairaanhoitajaliitto 2019.)

Sairaanhoitajan ammatti edellyttää moniulotteista osaamista. Sairaanhoitajan tehtävänä on ylläpitää ja edistää terveyttä, kuin myös ehkäistä ja parantaa sairauksia. Sairaanhoitaja toimii itsenäisesti toteuttaessaan potilaan hoitotyötä, sekä lääketieteellistä hoitoa lääkärin määräämien ohjeiden mukaisesti. (Sairaanhoitajaliitto 2019.)

Sairaanhoitajakoulutukseen sisältyy 90 opintopisteen verran perus- ja ammattiotintoja, 75 opintopistettä harjoitteluja, 15 opintopistettä opinnäytetyötä ja vaihtoehtoisia ammattiotintoja 30:n opintopisteen verran. Tampereen ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajakoulutus jaetaan kolmeen eri vaiheeseen: alkuvaiheen-, keskivaiheen- ja loppuvaiheen opintoihin. Ensimmäiseen opintovuoteen kuuluu myös opintojakso sosiaali- ja terveystieteiden arvoista ja etiikasta, jossa tutustutaan muun muassa sairaanhoitajien eettisiin ohjeisiin. Tampereen ammattikorkeakoulussa opintojen loppuvaiheessa opiskelija valitsee vaihtoehtoiset ammattiotinnot, joita ovat: perioperatiivinen hoitotyö, sisätauti-kirurginen hoitotyö, mielenterveys- ja päihdehoitotyö, lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö tai hoitotyö uudistuvassa perusterveydenhuollossa. (Tampereen ammattikorkeakoulu 2019.)

3.1.2 Ohjattu harjoittelu

Sairaanhoitajakoulutus sisältää 75 opintopisteen verran ammattitaitoa edistävää harjoittelua. Opiskelija laatii jokaiselle harjoittelujaksolle omat oppimistavoitteet opintojakson yhteisten tavoitteiden lisäksi. Jokaisessa harjoittelussa yhtenä osaamistavoitteena on opiskelijan hoitotyön eettinen osaaminen, jota sekä opiskelija että harjoitteluohjaaja arvioivat. (Tampereen ammattikorkeakoulu 2019.) Ohjatut harjoittelut eri terveydenhuollon yksiköissä kuuluvat olennaisesti terveystieteiden koulutukseen. Harjoittelujen tavoitteena on perehdyttää opiskelijat käytännön hoitotyöhön. Opiskelijat pääsevät oppimaan ja soveltamaan tietojaan ja taitojaan aidoissa tilanteissa. Harjoittelut tähtäävät siihen, että opiskelija saavuttaa riittävän osaamistason tulevassa ammatissaan ja kasvaa vastuulliseksi ammattilaiseksi. Harjoittelu myös edistää opiskelijan ammatillista kehittymistä ja henkilökohtaista kasvua. Käytännön harjoittelussa koulussa opitut asiat ja työtehtävät yhdistyvät toisiinsa. Terveystieteiden ohjatussa harjoittelussa opiskelija perehdytty yksikön toimintaan ja sen arvoperustaan. Harjoittelulla on suuri merkitys opiskelijan oppimisessa sairaanhoitajaksi. Oppimista tapahtuu vuorovaikutuksessa potilaan kanssa ja myös roolimallien avulla havainnoimalla sairaanhoitajia. (Jääskeläinen 2009, 7-8, 17.)

Brunoun (2009, 111) väitöskirjan mukaan sairaanhoitajaopiskelijat havaitsivat eettisiä ongelmia eniten vanhusten hoitotyön, sisätauti- kirurgisen hoitotyön, psykiatrisen hoitotyön ja perusterveydenhuollon ohjatuilla harjoittelujaksoilla. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajaopiskelijoiden kykyyn havaita ja ratkaista eettisiä ongelmia harjoittelujaksoilla vaikutti koulussa saatu hoitotyön eettinen opetus. Ohjattujen harjoittelujaksojen merkitys opiskelijoiden eettisen osaamisen kehittämisessä oli merkityksellistä, koska opiskelijat voivat oppia hyvistä roolimalleista.

3.2 Vanhustyö

Vanhuspalveluita määrittävät Suomessa useat lait ja suositukset. Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystieteiden palveluista (2012/980) tarkoituksena on tukea ikääntyneiden ihmisten hyvinvointia,

terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Lain tarkoituksena on myös vahvistaa ikääntyneiden mahdollisuuksia vaikuttaa heitä itseään koskeviin asioihin.

Kaarlelan tutkimuksen (2013) mukaan Kivelä (2006) määrittelee, että käsitteellä vanhustyö tarkoitetaan usean eri toiminnon kokonaisuutta. Ne ovat ikääntyneiden hyvinvointiin, elämänlaatuun, elämönhallintataitojen sekä turvallisuuden edistämiseen ja ylläpitämiseen tähtääviä toimintoja. (Kaarlela 2013, 5.) Vanhustyötä tapahtuu muun muassa ympärivuorokautisena hoitona, johon voidaan lukea mukaan vanhainkodit, tehostettu palveluasuminen ja erilaiset pitkäaikaishoidon yksiköt kuten terveyskeskuksen vuodeosastot. Nämä hoitomuodot soveltuvat niille vanhuksille, jotka ovat jatkuvassa hoidon ja huolenpidon tarpeessa ympäri vuorokauden. (Käypähoito-suositus 2016. Hyvä ympärivuorokautinen hoito.)

3.2.1 Vanhustyön eri muodot

Ikäihmisten laitoshoidon järjestetään vanhainkodeissa sekä terveyskeskusten vuodeosastoilla. Laitoshoidon kesto voi vaihdella pitkäaikaisesta lyhytaikaiseen hoitoon. Kuntien tulee kuitenkin ensisijaisesti järjestää ikäihmisten pitkäaikainen hoito ja huolenpito heidän omiin koteihinsa. Pitkäaikainen laitoshoidon voidaan järjestää ainoastaan lääketieteellisillä perusteilla, tai jos asiakas- tai potilasturvallisuus on uhattuna omassa kodissa. (Kuntaliitto 2017.)

Vanhustyöhön kuuluvat myös erilaiset kotiin tarjottavat palvelut. Kunnan on järjestettävä myös kotisairaanhoidon asiakkailleen terveydenhuoltolain mukaisesti. Kotisairaanhoidon on moniammatillista hoito- tai palvelusuunnitelman mukaista kotonan tai muussa asuinpaikassa tapahtuvaa sairaanhoidon. Kotihoito tarkoittaa kotipalveluiden ja kotisairaanhoidon muodostamaa palvelukokonaisuutta. Suurin osa kotihoidon asiakkaista on iäkkäitä. (Kuntaliitto 2017.)

Työnantajakentällä vanhustyössä on kymmenessä vuodessa tapahtunut selkeä muutos: vuonna 2005 noin 6% hoivatyössä työskentelevistä työskenteli yritysten palveluksessa, kun vuonna 2015 yritysten palvelussa työskenteli jo noin 20% työntekijöistä. Järjestöjen osuus palvelunjärjestäjänä on Suomessa noin 8%. Julkisella sektorilla työskentelevien osuus on vuosien varrella vähentynyt. Vuonna

2015 laitoshoidossa työskenteli vuonna 67% työntekijöistä ja työskentelypaikka on vuosien aikana pysynyt ennallaan. Suomessa vanhustyöntekijät ovat keskimäärin 46-vuotiaita ja hieman nuorempia verrattuna Pohjoismaiden kollegoihin. Suomi on ainoa Pohjoismaa, jonka hoivatyöntekijät ovat pääsääntöisesti kokoaikatyössä, kun muissa Pohjoismaissa yli puolet työntekijöistä työskentelee osaaikaisesti. (Kröger, Aerschot & Puthenparambil 2018, 14-15.)

3.2.2 Gerontologinen hoitotyö

Gerontologinen hoitotyö on kokonaisuus, joka pohjautuu hoitotieteen ja gerontologian tietoperustaan. Hoitotiede on oma tieteenalansa, jonka keskeiset tutkimuskohteet ovat terveys, ihminen, hoitaminen, hoitotyö ja sen ympäristö. Gerontologia on taas tieteenala, joka tutkii ikääntymistä ja ikäihmisiä. Se selvittää, mitä vanheneminen on, ja mitkä tekijät vaikuttavat elimistön vanhenemismuutoksiin. Gerontologinen hoitotyö on hoitotyön erityisala, joka pyrkii iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja terveyden edistämiseen sekä ylläpitämiseen. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 15-17.)

Eri ammattikorkeakouluissa gerontologisen hoitotyön opintojakson laajuus vaihtelee. Metropolia ammattikorkeakoulun vuosien 2014-2016 opetussuunnitelmassa gerontologisen hoitotyön laajuus on ollut 5 opintopistettä (Metropolia ammattikorkeakoulu 2019). Tampereen ammattikorkeakoulussa gerontologisen hoitotyön kurssin laajuus on 4 opintopistettä ja se sijoittuu opintojen keskivaiheelle, ensimmäisen harjoittelun jälkeen. Eri vuosikurssien etenemissuunnitelmissa on eroja. Gerontologisen hoitotyön opintojakso sisältää osa-alueet gerontologisesta hoitotyöstä, muistisairaahan ihmisen kohtaamisesta, geriatriasta, gerontologiasta ja ravitsemuksen erityiskysymyksistä. Opintojakson osaamistavoitteita opiskelijalle ovat: *”Osaa arvioida omia ja toisten arvoja, asenteita ja odotuksia ikääntymisestä ja niiden vaikutusta hoitoon ja puuttuu tarvittaessa epäkohtiin, tietää vanhan ihmisen palvelujärjestelmän rakenteet ja toimintaperiaatteet, tietää normaalit vanhenemismuutokset ja erottaa ne patologisista vanhenemismuutoksista, osaa keskeiset gerontologisen hoitotyön auttamismenetelmät ja nykytekniikan so-*

vellutukset, osaa ohjata vanhaa ihmistä ja hänen läheisiään terveyden edistämisessä ja osaa toimia moniammatillisessa työryhmässä hoitotyön asiantuntijana.” (Tampereen ammattikorkeakoulu 2019.)

3.2.3 Vanhustyön haasteet

Julkisuudessa on kirjoitettu usein vanhustenhoivan ja -hoidon kaikenlaisista puutteista. Kirjoitukset ikävistä kokemuksista ovat synnyttäneet suomalaisissa epäluottamusta sosiaali- ja terveydenhuollon toimivuutta ja myös toimintatapoja kohtaan. Jos vanhustenhuoltoon ei luoteta järjestelmänä, niin ei myöskään järjestelmää edustaviin työntekijöihin. Koulutettu hoitohenkilökunta hakeutuu muille aloille nykyisten työolosuhteiden ja arvostuksen puutteen vuoksi. (Molander 2014, 40.) Nordcare2-hankkeen (2018) mukaan hoitajien mielestä työn saama arvostus on heikolla tasolla, eikä se ole vuosien aikana muuttunut. Laitoshoidossa henkilökunnan mielestä työolosuhteet ovat heikentyneet aiemmasta ja lähes kaksi viidestä harkitsee työnsä lopettamista. (Kröger ym. 2018, 4.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon suurimpina eettisinä ongelmina voidaan pitää työn määrän ja työnlaadun yhteensovittamisen haasteellisuutta. Työterveyslaitoksen työolojen seurantatutkimuksessa 2010 selvisi, että ajallisten resurssien vuoksi terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa työskentelevät kokevat eniten työssään riittämättömyyden tunnetta. Niissä vajaa kaksi kolmasosaa on kertonut, etteivät he pysty tekemään työtään eettisesti oikein ja niin hyvin kuin haluaisivat. Eniten resurssien rajallisuudesta ilmoittivat sairaanhoitajat, perus- ja lähihoitajat sekä kotipalvelu- ja sosiaalityöntekijät. Myös lähiesimiehet kokivat resurssien vaikuttavan toiminnan eettisyyteen. (Molander 2014, 39.)

Työ on ruumiillisen ja henkisen vaativuuden lisäksi myös hengellisesti vaativaa. Eksistentiaalisten ongelmien kohtaaminen tulee työssä vastaan, jolloin työntekijä joutuu määrittelemään omaa suhdettaan uskontoon ja elämänkatsomuksellisiin kysymyksiin. Ikääntyneen ihmisen hoiva- ja hoitotyö päättyy kuolemaan, mikä voi nostaa esille työntekijän omaan tai läheisten ikääntymiseen ja kuolemaan liittyviä pelkoja. Luopumisen ja suremisen jatkuva kohtaaminen ovat työssä jatkuvasti

läsnä. Vanhustyö on myös yhteiskunnallisesti raskasta; vanhuksia ei pystytä palauttamaan yhteiskuntaan veronmaksajiksi. Vanhustyön heikon yhteiskunnallisen arvostuksen sanotaan johtuvan omasta vaikeudestamme sietää ihmisten haurautta ja haluttomuudestamme ajatella katoavaisuuttamme. (Molander 2014, 50-51.)

Kaltoinkohtelu on toimintaa, jossa toiselle ihmiselle aiheutetaan kärsimystä tai kohdellaan väärin. Kaltoinkohtelua ei kuitenkaan ole aina helppoa määritellä, eikä hoitotyöntekijöillä ole siitä yhteistä käsitystä. Esimerkiksi käsitykset kovakouraisuudesta tai loukkaavasta käytöksestä vaihtelevat hoitotyöntekijöiden kesken. (Kan & Pohjola 2012, 253.) Kaltoinkohtelu voi ilmetä fyysisenä väkivaltana, se voi olla psyykkistä tai sosiaalista; hoidon ja avun laiminlyöntiä, oikeuksien rajoittamista ja loukkaamista sekä iäkkään ihmisen ihmisarvoa alentavaa kohtelua. (Tallavaara, Autti & Uusitalo 2016, 6.) Hoitohenkilökunnan epäasiallista toimintaa ja kaltoinkohtelua ovat huutaminen, kovaääninen ja ilkeä kielenkäyttö, rankaisu, nuhtelu, hoitohenkilökunnan keskustelu keskenään ikäihmisen läsnä ollessa eikä tämän kanssa, ikäihmisen alentava puhuttelu, ohjaaminen tai pakottaminen lapsenomaiseen toimintaan, tai ikäihmisen omien toiveiden kuulematta ja toteutumatta jättäminen. Hoidon tarkoituksellinen tai tarkoittamaton laiminlyönti ovat myös kaltoinkohtelua. Huonolle kohtelulle altistavia tekijöitä ovat niukat henkilöstö- ja toimintaresurssit, hoitohenkilökunnan ammatillisen koulutuksen puutteet, kouluttamattomat työntekijät ja työuupumus. (Räsänen 2011, 55-56.) Kaltoinkohtelun riskiä lisääviä tekijöitä ovat lisäksi yksikön suuri koko, yksikön ilmapääri, epäasialliset asuin- ja hoitotilat sekä johtamisen ja omavalvonnan puutteet. (Tallavaara ym. 2016, 18.)

Kaltoinkohtelua voidaan ehkäistä laatimalla yhteiset pelisäännöt, perehdyttämällä uudet työntekijät ja kehittämällä työskentelytapoja siten, että ikäihmiset olisivat tasavertaisia hoitohenkilökunnan kanssa. Muistisairaiden ja käytösoireisten ihmisten kanssa toimiessa olisi todella tärkeää järjestää koulutusta hoitohenkilökunnalle. Hoitajan osaamisella on suuri merkitys siihen, miten hän kohtelee iäkkästä. Jos tiedot ja taidot ovat puutteellisia, saattaa kaltoinkohtelua esiintyä. (Kan & Pohjola 2012, 253-255.)

THL:n mukaan muistisairauksien määrä ovat kasvamassa räjähdysmäisesti ja nykyään kolme neljästä pitkäaikaishoidossa olevista ikäihmisistä sairastaa muistisairautta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019). Käypähoito-suosituksen mukaan muistisairaiden psykiatriset- ja käytösoireet aiheuttavat ongelmia ja haasteita hoidossa. Muistisairauden edetessä jopa 90%:lla esiintyy erilaisia käytösoireita, jotka voivat olla ohimeneviä tai jatkua vuosien ajan. Käytösoireet muuttuvat sairauden edetessä, joten lääkehoitoa on arvioitava säännöllisesti. Muistisairaasta pelottavalta tuntuvat tai loukkaavat toimet esimerkiksi hygienianhoidon yhteydessä saattavat johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen. Muistisairailta tavallisimmin esiintyviä oireita ovat masennus, ahdistuneisuus, levottomuus- eli agitaatio-oireet ja aistiharhat. (Käypähoito-suositus 2016. Muistisairaudet.)

3.2.4 Hyvän vanhustyön kulmakivet

Hyvän vanhustenhoidon kulmakiviä ovat itsenäisyyden tukeminen, toimintakyvyn parantaminen, sairauksien ehkäisy, hoito ja kuntoutus. Vanhuksille suunnattujen palveluiden tulisi olla helposti saavutettavissa ja käytettävissä. Laadukkaiden vanhuspalveluiden syntymiseen vaaditaan moniammatillista osaamista sekä joustavaa yhteistyötä viranomaisten välillä. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 279.)

Jokainen asiakas tulisi kohdata asiakaslähtöisesti omana itsenään ja persoonanaan. Jokaisella asiakkaalla on oma yksilöllinen elämänsä ja myös hoidon ja hoidon tarpeet ovat yksilöllisiä. Eletyn elämän tapahtumilla on vaikutusta, kuten myös kunkin yksilön tulevaisuuden haaveilla ja erilaisilla tarpeilla. Kaikille ikääntyneille ei pidä tarjota samoja palveluita ja samalla tavalla, vaan lähtökohtana tulisi olla jokaisen yksilöllisyys. (Moisanen 2018, 91.)

Puhuttaessa ikääntyneistä unohdetaan usein heidän toiveensa ja oikeutensa olla aktiivisemmassa roolissa omassa elämässään. Iäkkäiden omatoimisuuden tukemiselle ei löydy aikaa tai halua. Hoitotyössä kiire ja lisääntyvä työkuorma syrjäyttävät usein ikäihmisten omat mielipiteet ja osallistumisen, jolloin he eivät pääse toteuttamaan yksilöllisesti omia oikeuksiaan ja säilyttää omaa toimijuuttaan. Ru-

tiininomaiset työkäytännöt voivat heikentää aikuista hoivan saajaa, heikentää itsemääräämisoikeutta ja itsenäisyyttä. Ainoastaan toimivat, hyvää tekevät ja ajanmukaiset rutiinit edistävät elämänlaatua. Hoiva parhaimmillaan voimaannuttaa ikääntynyttä ihmistä itsenäisyyteen ja omaan toimijuuteen. Silloin se palauttaa ja vahvistaa toimintakykyä. (Räsänen 2011, 31-32.)

Pirhosen (2017) mukaan ihmisen siirtyessä tehostettuun palveluasumiseen tästä tulee potilas ja hänen henkilökohtainen historiansa unohtuu. Tehostetussa palveluasumisessa niillä asukkailla, joilla vierailee omaisia ja on yhteyksiä palvelutalon ulkopuolelle, on enemmän vaikutusmahdollisuuksia omaan elämäänsä. Tehostetun palveluasumisen asukkaita saatetaan hoitaa ryhmänä samankaltaisia ihmisiä sen sijaan, että heidän persoonuutensa ja yksilöllisyytensä tunnustettaisiin. Vanhemmat ihmiset ovat värikäs ryhmä erilaisia yksilöitä siinä missä muutkin ihmisryhmät. Henkilökunta voi kokea jotkut asukkaat haastavina, mikä voi helposti johtaa siihen, että heitä aletaan välttelemään ja vuorovaikutus heidän kanssaan saattaa jäädä minimiin. (Pirhonen 2017, 46-47, 56-57, 63.)

Hoitopaikka on monelle ihmiselle koti. Pitkäaikaishoidossa tilojen on oltava turvalliset ja niiden on otettava asukkaiden erityistarpeet huomioon. Yhteisille tiloille on tarvetta, mutta asukkailla on myös oltava oma henkilökohtainen tila, joka turvaa heidän yksityisyytensä. Pitkäaikaishoidossakin tulee olla mahdollisuus kokea iloa ja tyytyväisyyttä. Ihmiset saavat iloa tehdessään sellaisia asioita, jotka kokevat merkityksellisiksi. Aikuisille suunniteltu monenlainen virkistystoiminta ja mahdollisuus osallistua eri töihin tuottavat asukkaille iloa. Rutiinit ovat tärkeitä arjen sujuvuuden ja turvallisuuden kannalta, mutta niiden rikkominen voi tuoda asukkaille iloa ja piristystä. Esimerkiksi erilaiset teemajuhlat ja vuoden kiertoon liittyvät juhlat ovat mieluisia. Pitkäaikaishoidossa asukkaat eivät pääse osallistumaan asuinympäristöönsä koskevaan päätöksentekoon. Asukasdemokratiaa kehittämällä voisi lisätä asukkaiden osallisuuden tuntoa, esimerkiksi suunnittelemalla virkistystoiminnan sisältöä yhdessä. Lisäksi asukkailla tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa ruokalistojen suunnitteluun ja heidän makutottumuksiinsa tulisi kuunnella. (Pirhonen 2013, 66-67.)

Tehostetussa palveluasumisessa asukkaiden tieto siitä, että heillä on mahdollisuus halutessaan tehdä erinäisiä asioita lisää heidän autonomiaansa, vaikka he

eivät loppujen lopuksi tekisikään näitä asioita. Mahdollisuus toimijuuteen on tärkeä asia, koska se lisää asukkaiden positiivisuutta ja toivoa tulevaisuuteen. Pirhosen (2017) mukaan käytännön vanhustyössä on ilmennyt viisi piirrettä, jotka vaikeuttavat asukkaiden kohtaamista persoonina: asukkaiden näkymättömyys, henkilökunnan aikataulut, standardihoito, hallitseva dokumentoinnin rooli ja työvuoroihin kuuluvat velvollisuudet. Esimerkiksi hoitaja saattaa päättää, ettei liikkumisessa apua tarvitsevan asukkaalle ole hyvä lounaan jälkeen mennä omaan huoneeseensa hänen tätä pyytäessä, koska tällöin asukas olisi hoitajan mielestä omassa huoneessaan liian paljon. Asukkaiden pyyntöihin ei aina vastata ollenkaan, tai sanotaan automaattisesti: ”Hetken päästä”, ikään kuin asukkaat olisivat näkymättömiä. (Pirhonen 2017, 46-50, 55-56.)

3.2.5 Eettisyys hoitotyössä

Sairaanhoidajaliiton mukaan kollegiaalisuus on osa sairaanhoidajien eettistä perustaa. Sairaanhoidajilla on omat eettiset ohjeet, sekä kollegiaalisuusohjeet. (Sairaanhoidajat 2020.) Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan sosiaali- ja terveysalalla potilaan tai asiakkaan itsemääräämisoikeus on yksi keskeinen eettinen periaate ja se on myös kirjattuna perustuslakiin (ETENE 2020). Eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoidaja on vastuussa omasta työstään ja omaa ammattitaitoa tulee jatkuvasti kehittää. Sairaanhoidajien tulee tukea toinen toistaan hoitotyön päätöksenteossa, työssä jaksamisessa ja ammatillisessa kehittämisessä. Oman ja muiden ammattiryhmien edustajien asiantuntemusta kunnioitetaan ja hyvään yhteistyöhön pyritään muiden hoitoon osallistuvien työntekijöiden kanssa. Sairaanhoidajien tehtävänä on valvoa, etteivät kollegat ja muut potilaan hoitoon osallistuvat toimi potilasta kohtaan epäeettisesti. Sairaanhoidaja toimii yhteistyössä potilaiden omaisten ja läheisten kanssa sekä kannustaa heitä osallistumaan hoitoon. (Sairaanhoidajaliitto 1996.)

Hoitotyön etiikka on tiedonala, joka käsittelee hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän kysymyksiä hoitotyössä. Hoitotyössä iäkkäiden hoidon etiikan peruslähtökohdat eivät poikkea muiden ikäluokkien hoidosta. Hoitotyöntekijän ja ikäihmisen välille voi syntyä eettisiä ongelmia riippuen ikäihmisen asuinpaikasta. Laitos-

hoidossa hoitajien eettinen pohdinta voi unohtua kiireen ja rutiinien keskellä hoitotyön toimintojen keskittyessä jokapäiväisten perustoimintojen huolehtimiseen. Perustoimintoihin kuten hygienian hoitoon, ruokailuihin ja nukkumiseen kuitenkin liittyy eniten eettisiä ongelmatilanteita laitoshoidossa. Eettisiä ongelmia kohdistuu yleisimmin yksityisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen. Aina ikäihmisillä ei esimerkiksi ole mahdollisuutta saada omaa huonetta. Tällöin yksityisyys tulisi turvata sermien tai tilanjakajien avulla. (Kan & Pohjola 2012, 304-305.)

Vanhainkoteihin ja terveyskeskusten vuodeosastoille ohjautuvat vanhukset ovat entistä huonokuntoisempia. Asukkaiden moniongelmaisuus, huono muisti ja jatkuvasti lisääntyvä avun tarve kuuluvat työn erityispiirteisiin. Työntekijöillä tulisi olla tunnetyön osaamista, jotta he jaksaisivat suostutella asukkaita ylläpitämään omaa toimintakykyään ja kehittämään uusia taitoja jo kadonneiden tilalle. Tunneosaamista tarvitaan myös toimiessa muiden ammattiryhmien edustajien ja omaisten kanssa. (Molander 2014, 50.)

Koska hauraiden ja monisairaiden ihmisten elämäntilanteet ovat haavoittuvia, tulevat heidän ihmisarvonsa, sosiaaliset oikeutensa ja oikeusturvansa uhatuiksi. Eettisyyttä tulee punnittua siinä, miten iäkäs ihminen ja hänen omaisensa kulloinkin kohdataan. Tämän tiedostaminen asettaa työntekijälle suuria vaatimuksia. Keskeistä on kunnioittaa vanhuksen omaa tahtoa ja tehdä omaisten kanssa yhteistyötä sujuvasti. Eettisyys vanhustyössä on vahvasti tiimityötä ja eettisyys vanhustyössä tarkoittaa työtovereiden näkemysten kunnioittamista, pohtimista, hyödyntämistä ja yhteensovittamista riippumatta ammattiryhmästä. Tunnistaakseen eettisiä ongelmia tulee työntekijöillä olla eettistä herkkyyttä. Päätöksenteon ensimmäinen askel on eettinen herkkyyttä; taito havaita eri tilanteiden olennaiset piirteet eettiseltä kannalta. Eettisessä herkkyydessä ja päätöksentekotaidoissa on mahdollisuus kehittyä. (Molander 2014, 16-17.)

3.3 Hyvä työyhteisö

Työterveyslaitoksen mukaan toimivassa työyhteisössä kaikilla työntekijöillä on selkeät tavoitteet ja päämäärät työssään. Työn- ja vastuunjaot ovat selkeitä, toi-

mintatavat yhdessä sovittuja ja päätöksenteko on läpinäkyvää. Mahdolliset ristiriidat käsitellään nopeasti. Toimivassa työyhteisömallissa esitellään erilaisia työpaikan toimintaan liittyviä osa-alueita ja niiden piirteitä, mitkä yhdessä muodostavat turvallisen, toimivan ja viihtyisän työyhteisön. (Työterveyslaitos 2019.)

3.3.1 Työhyvinvoinnin lähtökohdat

Työhyvinvointi koostuu työstä ja työn mielekkyydestä, terveydestä, turvallisuudesta ja hyvinvoinnista. Hyvä ja motivoiva johtaminen, työyhteisön ilmapiiri ja työntekijöiden ammattitaito lisäävät työhyvinvointia. Työhyvinvoinnilla on merkitystä työssä jaksamiseen. Hyvinvoivassa työyhteisössä työn tuottavuus lisääntyy ja työhön sitoutuminen kasvaa. Lisäksi sairauspoissaolot vähenevät. Työhyvinvoinnin edistäminen on sekä työnantajan, että työntekijän vastuulla. Työnantajan vastuulla ovat työympäristön turvallisuus, hyvä johtaminen ja työntekijöiden tasa-puolinen kohtelu. Työntekijä on kuitenkin merkittävästi vastuussa oman ammatillisen osaamisensa ja työkykynsä ylläpitämisestä. Myönteiseen työpaikan ilmapiiriin pystyy kukin omalla toiminnallaan vaikuttamaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Henkilöstön työkykyisyys vaikuttaa työyhteisön toimintaan. Voimavarojen niukentua jokaisen työpanosta yhteiseen työhön tarvitaan. Yksilön heikentynyt työkyky vaikuttaa koko työryhmän toimintaan. Henkilöstön kokemukset työyhteisön ilmapiiristä ovat merkittävässä asemassa, kun tutkaillaan työhyvinvointia, työn tuoksellisuutta, henkilöstön jaksamista ja työn sujuvuutta. Työntekijöiden välinen valtataistelu taas kertoo huonosta johtamisesta, epäselvyydestä työkäytännöissä, tai ettei tiedetä työyhteisön toiminnan sisällöistä. (Suonsivu 2015, 27-28.)

Työturvallisuuskeskuksen mukaan hyvässä ja turvallisessa työyhteisössä työkaivereita autetaan ja tuetaan tarpeen mukaan. Apua myös uskalletaan tarvittaessa pyytää. Hyvässä työyhteisössä erilaisuus on rikkaus, ihmisiä arvostetaan omina itsenään, eikä virheiden tekemistä tarvitse pelätä, vaan niistä opitaan ja kehitetään. Toisten jaksamista huomioidaan ja mahdolliset ongelmat uskalletaan nostaa esille. Ristiriidat kuuluvat arkiseen vuorovaikutukseen ja ovat työn ja totuttu-

jen toimintatapojen kehittymisen kannalta tarpeellisia, kunhan asiat ovat kohteena ihmisten sijaan. Ihmisten erilaiset näkemykset, arvot ja toimintatavat synnyttävät ristiriitoja. Ristiriitatilanteiden taustalla voi olla väärinkäsityksiä ja erilaisia tulkintoja. Mikäli niitä ei käsitellä, ne voivat johtaa ihmisten välisiin konflikteihin ja jopa työpaikkakiusaamiseen. (Työturvallisuuskeskus 2019.)

3.3.2 Työilmapiiri hyvän työyhteisön perustana

Vanhustyön työntekijät priorisoivat useimmiten työssään vanhusten hyvän olon ja tyytyväisyyden merkittävimäksi asiaksi. Vanhuksilta tai heidän läheisiltään nousut tyytymättömyys voi vähentää koko työyhteisön voimia. Työyhteisössä vallitseva ilmapiiri on oleellinen asia, kun mietitään työyhteisön hyvinvointia, työn sujuvuutta, tuloksellisuutta ja työntekijöiden jaksamista. Riittämättömyyden tunteet vähenevät, kun työpaikalle on mieluisa tulla, jokainen tekee työnsä tunnollisesti ja työt on jaettu tasapuolisesti. Työntekijöiden välinen valtataistelu kertoo huonosta johtamisesta, työkäytäntöjen epäselvyydestä, tai ettei tiedetä työyhteisön toiminnan sisällöistä. Valtataistelu johtaa kuppikuntien muodostumiseen, ja vallasta ja mieluisista tai arvostetuista työtehtävistä kilpailemiseen. Tilanteeseen liittyy toisten työn kunnioituksen puutetta ja selän takana juoruilua. Seurauksena voi esiintyä työpaikkahäirintää ja -kiusaamista. Työntekijöiden välinen kilpailu johtaa siihen, että työn ydintoiminnan keskeisyys katoaa ja työntekijät tekevät työtä tunteiden kautta unohtaen aikuisuuden. (Suonsivu 2015, 28.)

Avoimuus parantaa työyhteisön ilmapiiriä ja se näkyy päivittäisessä vuorovaikutuksessa. Tiedonkulku johdolta alaisille ja toisinpäin parantaa työilmapiiriä. Avoimessa keskustelukulttuurissa myös kritiikki sallitaan. Työyhteisössä jokaisen työntekijän tulisi voida tuntea itsensä hyödylliseksi, osalliseksi ja hyväksytyksi. Luovuutta ja erilaisuutta sallimalla lisätään yhteenkuuluvuuden tunnetta. Työyhteisöjen välillä on eroja: samoilla resursseilla toimivat yhteisöt voivat olla hyvinkin erilaisia ilmapiiriltään ja toimintatavoiltaan. Työyhteisön ollessa terve jäsenten on helpompi sietää mahdollista epätäydellisyyttä ja täydentää toisiaan. Työyhteisön jäsenten kokemukset, ammatillinen osaaminen ja halu kehittää työtään määrittävät työyhteisön toimivuuden. (Kan & Pohjola 2012, 327.)

3.3.3 Kollegiaalisuus

Jokaisen työntekijän työpanoksella on merkitystä ja yksittäisen työntekijän työpanoksen heikkeneminen vaikuttaa koko yhteisön toimintaan (Suonsivu 2015, 28). Työyhteisöissä erilaisuutta tulisi ymmärtää ja se pitäisi hyväksyä; samaan lopputulokseen voidaan päästä erilaisilla työskentelytavoilla. Hyvillä kollegiaalisuus- ja työkäytöstaidoilla on suuri merkitys, kun on kyse uuden oppimisesta, työssä jakamisesta tai asiakastyön laadusta. Eri ammattiryhmien välillä löytyy asenteellisia eroja, jotka näkyvät siten, ettei toisia ammattiryhmiä kunnioiteta. Yksikään ammattiryhmä ei kuitenkaan pärjää yksinään, vaan kaikkien työpanosta tarvitaan. (Räsänen 2017, 49.) Vanhustyössä Krögerin ym. (2018, 71) mukaan vain alle joka toinen työntekijä arvelee kollegan arvostavan paljon työkaverinsa työtä.

Kollegiaalisuus käytännössä tarkoittaa työkaverien tukemista ja työssä ilmenevien ristiriitojen hienotunteista käsittelemistä. Keskinäinen luottamus on kollegiaalisen toiminnan ydin: jokainen työyhteisössä tekee parhaansa ja muut tukevat silloin, kun työntekijä ei usko selviytyvänsä. Mahdollisissa ristiriitatilanteissa asiat otetaan kollegan kanssa suoraan puheeksi välikäsien sijaan, eikä työkaverista levitetä epäasiallisia tietoja. Kollegiaalisuus on parhaimmillaan yhteen hiileen puhaltamista, tavoitteena potilaan tai asiakkaan paras hoito. (Merasto 2015, 8.)

Eri ammattiryhmien välisessä kollegiaalisuudessa on keskeistä tunnustaa eri ammattien erilaisuus. Se edellyttää, että tiedetään muiden ammattiryhmien työnkuva, tehtävät ja arvo kyseisessä yksikössä. Eri ammattiryhmät ovat silloin positiivisella tavalla riippuvaisia toisistaan. Yhteisenä tavoitteena pitäisi olla potilaan hyvä. Lainsäädäntö ja ammattietiikat edellyttävät, että työntekijät toimivat yhteistyössä saavuttaakseen yhteisen tavoitteen. Kun yhteistyö toimii, ovat potilaat ja henkilökunta tyytyväisiä. (Kangasniemi, Haapa, Tilander, Arala & Suutarla 2015, 34, 39.)

3.3.4 Työpaikkakiusaaminen, häirintä ja epäasiallinen kohtelu

Työpaikkakiusaaminen tarkoittaa sitä, että johonkin työyhteisön jäseneseen kohdistuu toistuvaa ja pitkäaikaista kielteistä, loukkaavaa tai alistavaa käytöstä. Kiusaaja tai kiusattu voi olla työkaveri, esimies tai alainen. Työpaikkakiusaaminen ilmenee eri tavoilla; se voi olla vähäiseltä vaikuttavaa ja hienovaraista, kuten olandikohautuksia, hymähtelyjä tai puhumattomuutta. Sanallisena kiusaaminen voi olla mustamaalaamista tai selän takana puhumista. Myös fyysinen väkivalta ja sillä uhkaaminen ovat kiusaamista. Jokainen työyhteisön jäsen on itse vastuussa käyttäytymisestään. Työyhteisöissä voi ilmetä myös häirintää ja epäasiallista kohtelua. Häirintä on työhön sopimatonta, hyvien tapojen vastaista työntekoa häiritsevää käyttäytymistä. Se voi ilmetä sanoin, toimin tai asentein. Epäasiallinen kohtelu voi olla toisen työsuorituksen jatkuvaa ja perusteetonta arvostelua tai mustamaalaamista. (Työturvallisuuskeskus 2019.)

3.3.5 Työn kuormittavuus, työkyky ja työuupumus

Työ laitoksessa on kotihoidon työtä raskaampaa ja henkilökunta kärsii usein henkisistä ja fyysisistä rasitusoireista (Kröger ym. 2018, 4). Työkuormitustekijät jaetaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja muihin tekijöihin (Suonsivu 2015, 39). Työn fyysinen kuormitus aiheutuu työssä esiintyvistä fyysisen voiman käytöstä, työasunnoista, työliikkeistä ja liikkumisesta. Työn fyysisen kuormittavuuden kohtuuttomuus on yhteydessä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin. (Työturvallisuuskeskus 2019.) Suomessa tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ovat jo pitkään olleet yleisimpiä sairauseläkkeisiin johtavia terveysongelmia mielenterveyden häiriöiden lisäksi. Fyysisen kuormituksen haitallisuus ja hyödyllisyys riippuvat kuormituksen suuruudesta, kestosta ja toistuvuudesta. Kun elimistöön kohdistuva fyysinen kuormitus on sopivaa, se johtaa liikuntaelimestön vahvistumiseen, sopeutumiseen ja kehon entistä parempaan fyysisen kuormituksen kestämiseen. Sopivassa fyysisessä kuormituksessa kuormitus lakkaa, ennen kuin se ehtii johtamaan vaurion synnyttävän tapahtumaketjun alkamiseen. Haitallisen fyysisen kuormituksen ehkäisemiseksi oleellista on riittävä palautumisaika ennen seuraavaa kuormitustilannetta. (Martimo, Poika & Uitti 2010, 87-88.)

Sosiaali- ja terveysalalla psyykkistä kuormitusta syntyy usein vastuun kokemisesta asiakkaita, työyhteisön jäseniä ja työkavereita kohtaan. Lisäksi kuormitusta syntyy epävarmuudesta siitä, mikä on oikea toimintatapa, tai jos joutuu toimimaan omia eettisiä periaatteitaan vastaan työyksikön rajallisten resurssien vuoksi. (Hellstén 2014, 23.) Etenkin vanhustyössä kuluttavaa on haaste laadukkaan hoidon säilyttämisestä jatkuvasti pienentyvien resurssien lomassa (Sarvimäki, Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 162).

Hoitajiin kohdistuu erilaisia tunnevaatimuksia niin omaisilta, asiakkailta, kuin ympäröivältä yhteiskunnalta. Tällaiset paineet tekevät työstä erityisellä tavalla vaativaa. Riittämättömyyden kokeminen hyvän hoidon periaatteiden, eettisten periaatteiden ja omien ammatillisten tavoitteiden toteuttamisen haasteellisuuden tai mahdottomuuden seurauksena voi johtaa kuormitukseen. Tällaisen pitkään jatkussa uhkana on uupuminen. Aliarvostuksen, häpeän, suuttumuksen, syyllisyyden ja oman elämän mielipahan on tutkittu olevan hoitajia eniten kuluttavia tunteita. Etenkin eettiset ristiriitatilanteet herättävät erilaisia suuttumuksen, häpeän ja huolen tunteita hoitajissa. (Sarvimäki ym. 2010, 162.)

Sosiaaliset kuormitustekijät työyhteisössä liittyvät ihmisten väliseen vuorovaikutukseen. Kuormitustekijöitä voivat olla: sujumaton yhteistyö, eristyneisyys, yksintyöskentely, heikko tiedonkulku, epä johdonmukainen ja epäoikeudenmukainen esimiestyö, epätasa-arvoinen kohtelu työhön liittymättömän asian vuoksi, epäasiallinen kohtelu, häirintä ja toimimaton vuorovaikutus; työssä voi olla runsaasti negatiivisia tunteita herättäviä vuorovaikutustilanteita asiakkaiden kanssa. (Suonsivu 2015, 40.)

Työn vaatimusten ollessa liiallisia ja omien vaikutusmahdollisuuksien ollessa vähäisiä syntyy työkuormitusta, eli työstressiä. Työntekijän kuormittuminen työssä voi olla liiallisen kuormituksen lisäksi myös sopivaa. Sopiva työn kuormitus mahdollistaa, että toimintakyky säilyy, työtä jaksaa tehdä, ja työ myös tukee omaa hyvinvointia. Liiallista kuormitusta syntyy, kun työ on jatkuvasti liian raskasta ja sitä on liian paljon. Tästä voi seurata liiallista väsymistä, jos elimistö ei ehdi palautua työstä lepotaukojen tai vapaapäivien aikana. Toisaalta työ voi olla myös alikuormittavaa, kun se on liian helppoa, yksitoikkoista tai työtä on liian vähän.

Kuitenkin pitkään jatkunut työn yli- tai alikuormitus aiheuttaa työssä viihtymättömyyttä, toimintakyvyn heikkenemistä ja lopulta oirehdintaa. (Hellstén 2014, 32.)

Työuupumus on eräänlainen psykologinen oireyhtymä, joka on uhkana kehittyä silloin, kun työstä aiheutuva stressi pääsee jatkumaan pitkäaikaisesti ilman että työntekijä pääsee palautumaan siitä (Martimo ym. 2010, 75). Työuupumus on tila, jossa yksilön omat odotukset ja ympäristön mahdollisuudet, tai yksilön omat voimavarat ja ympäristön vaatimukset eivät ole tasapainossa. Työuupumus taas johtaa kielteisen minäkuvan syntyyn, alentuneeseen ammatilliseen itsetuntoon ja kiinnostuksen heikkenemiseen työtä ja muita ihmisiä kohtaan. Usein myös työteho laskee ja työuupunut saattaa alkaa kohdella muita ihmisiä objekteina. (Sarvimäki ym. 2010, 163.) Suomessa laitostyöympäristössä työskentelevien hoitajien henkinen uupumus on lisääntynyt selvästi vuosien aikana ja vuonna 2015 yli puolet hoitajista kertoi tuntevansa itsensä usein uupuneiksi (Kröger ym. 2018, 55).

3.3.6 Uhkatilanteet ja työturvallisuus

Laitoshoidon työntekijöiden huoli omasta terveydestä ja turvallisuudesta on kasvanut vuosien aikana huomattavasti. Vuonna 2015 väkivaltaa tai sen uhkaa koki 40% työntekijöistä ja määrä on kaksinkertaistunut kymmenessä vuodessa. Vuonna 2018 määrä oli jo 80%. Myös seksuaalinen häirintä suomalaisissa laitoksissa on lisääntynyt ja on jo yleisintä Pohjoismaissa. (Kröger ym. 2018, 4.)

Turvattomuuden hallinnan tulisi olla tärkeä osa terveystalouden organisaatioiden johtamis- ja hallintajärjestelmää. Vanhusalojen työpaikoilla henkilökunnan turvattomuutta voivat aiheuttaa lukuisat asiat, kuten asiakkaiden puolelta henkilökuntaan kohdistuva fyysinen väkivalta. Kuitenkin itse työyhteisössä voi olla asioita, jotka lisäävät turvattomuutta. Niitä voivat olla työyhteisön ilmapiiri, oman osaamisen riittämättömyys, liian kova työtahti ja henkilöstöresurssien määrä. Haastavat asiakastilanteet ovat arkipäivää useammassa terveydenhuollon yksikössä ja esimerkiksi väkivaltaisten asiakkaiden kohtaamiseen tulisi työntekijöillä olla aina asianmukainen koulutus, jotta he pärjäisivät näissä tilanteissa mahdollisimman hyvin. (Sarvimäki ym. 2010, 247-248.)

Ongelmatilanteiden tullessa saatetaan työyhteisössä joustaa myös turvallisuus-käytännöissä. Tähän vaikuttaa esimerkiksi kiire, kun halutaan saada jokin tehtävä mahdollisimman nopeasti valmiiksi. Joustaminen turvallisuudesta ei ole kuitenkaan kannattavaa, koska harkitsemattomista tilapäisistä ratkaisuista voi seurata tapaturma, asiakkaan tilanteelle hyödytön palvelu tai muu epäonnistuminen työssä. (Työterveyslaitos 2019.) Suomalaisten laitosten työntekijät ovat enemmän huolissaan työntekijöiden vähäisyydestä johtuvista riskeistä verrattuna pohjoismaisiin kollegoihinsa (Kröger ym. 2018, 44). Vanhustenhoidossa vallitseva kiire on yhteydessä vanhustenhoidon laatuun ja turvallisuuteen. Kiire vanhustyössä aiheuttaa klinisiä laatuongelmia, kuten painehaavojen lisääntyntä esiintyvyyttä, liikkumista rajoittavien välineiden käyttöä sekä psyykelääkkeiden lisääntyntä käyttöä. (Helminen 2010, 7.) Työturvallisuus on terveydenhuollon alan näkökulmasta kokonaisvaltaista riskien hallintaa. Siihen sisältyy erilaisten kuormitustekijöiden, vaarojen, haittojen ja riskien tunnistaminen. Työturvallisuutta työyhteisössä lisäävät myös tiedonkulun varmistaminen ja yhteistyön toimivuus. (Työturvallisuuskeskus 2019.)

HaiPro on terveydenhuollon yksiköissä käytettävä raportointityökalu. Haipron tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta, mutta myös henkilökunnan turvallisuutta. Raportoitavia asioita ovat esimerkiksi hoitoon, lääkkeisiin ja laitteisiin liittyvät vaaratilanteet ja haittavaikutukset. Työkalun käyttö perustuu vapaaehtoiseen raportointiin. Erilaiset onnettomuudet ja haitat aiheuttavat kuormitusta potilaille ja työntekijöille. (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 10-11.)

Väkivallalla on useita määrittelytapoja ja sitä myös jaotellaan eri tavoin. Pääsääntöisesti väkivalta tarkoittaa mitä tahansa hyökkävää ja uhkaavalta tuntuvaa käyttäytymistilannetta, jossa toinen osapuoli pyrkii tietoisesti vahingoittamaan toista osapuolta. Väkivalta voidaan jakaa fyysiseen tai henkiseen, eli psyykkiseen väkivaltaan. Fyysinen väkivalta ilmenee erilaisena fyysisen voiman käyttönä toista ihmistä tai ryhmää kohtaan. Fyysisen väkivallan kohteena ollut henkilö voi vammautua joko fyysisesti tai henkisesti. Fyysisen väkivallan muotoja ovat muun muassa lyöminen, potkiminen, raapiminen, työntäminen, pureminen, läimäyttäminen ja nipistäminen. Psyykkinen väkivalta on taas kaikkea muuta kuin fyysisen voiman käyttöä toista henkilöä vastaan. Psyykkiseen väkivaltaan luetaan kuitenkin esimerkiksi fyysisellä väkivallalla toisen uhkaaminen. Psyykkisen väkivallan

eri ilmenemismuotoja ovat muun muassa toisen sanallinen loukkaaminen, uhkailu ja häirintä. Psyykkisen väkivallan seurauksena voi syntyä haittaa esimerkiksi toisen psyykkiselle tai sosiaaliselle kehitykselle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Väkivaltainen käyttäytyminen ei välttämättä ole aina tahallista toimintaa. Esimerkiksi dementoineet vanhukset sekä mielenterveyden ongelmista kärsivät henkilöt voivat käyttäytyä väkivaltaisesti toisia kohtaan ilman tietoista pyrkimystä satuttaa toista. Tutkimuksissa on todettu, että ne vanhukset, joilla on kognitiivisia puutteita, käyttäytyvät useammin aggressiivisesti ja väkivaltaisesti verrattuna vanhuksiin, joilla ei ilmene kognitiivisia puutteita kuten dementiaa. Vanhusten hoidossa dementia on merkittävin riskitekijä väkivaltaiselle käyttäytymiselle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.) Dementian aiheuttamista käytösoireista aggressiivisuus on merkittävästi kuormittavin ja aiheuttaa eniten riskitilanteita. Vaikeimmissa tapauksissa dementiaa sairastava henkilö voi reagoida aggressiivisesti jopa neutraaleilta vaikuttavissa tilanteissa. Dementoitunut voi myös reagoida väkivaltaisesti esimerkiksi lyömällä tilanteissa, joissa hän ei ennen sairastumistaan olisi koskaan toiminut. Joskus dementoitunut voi käyttäytyä aggressiivisesti esimerkiksi häntä puhuteltaessa, tai hänen vain nähdessään toisen henkilön, joka muistuttaa dementoitunutta jostakin aiemmin koetusta uhkaavasta tai epämiellyttävästä tilanteesta. (Vataja & Mönkäre 2019.) Aggressiivisuuden taustalla voi dementoituneen henkilön kohdalla olla esimerkiksi uhan kokeminen, pelko, kipu tai muu epämukavuuden tunne. Aggressiivisuus voi aiheutua myös läheisen tai hoitavan henkilön toiminnan seurauksena. Esimerkiksi hoitajan kiirehtiminen, liian monen asian tapahtuminen yhtäaikaaisesti ja pakottaminen voivat aiheuttaa aggressiivista käyttäytymistä. (Mönkäre 2019.)

3.3.7 Työn kehittäminen

Työelämässä, ja etenkin sosiaali- ja terveydenhuollon aloilla on kova kysyntä työn kehittämiseksi, jotta pystyttäisiin vastaamaan jatkuviin työelämän muutoksiin ja vaatimuksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon aloilla kamppaillaan tiukkojen aikataulujen ja kustannustehokkuuden tuomien paineiden kanssa. Resurssit ovat niukat ja työn tehostamisen haasteet nostavat työpainetta ja heikentävät sitä kautta

työhyvinvointia. Erilaiset kehittämishankkeet ovat kuitenkin myös keino parantaa työhyvinvointia. Kehittämistoiminnan tarkoituksena tulisi korostua työn tehostamisen rinnalla myös aloitteellisuus, oppiminen ja innovatiivisuus. Työelämässä ollaankin siirretty pois ylhäältä alas tulevasta työkuulttuurista ja tilalle on tullut yhteiskehittämistä korostava ammatillisuus, jonka työkaluina toimivat oman työn tutkiskelu, arviointi ja uudistaminen. (Silvennoinen & Ronkainen 2019, 6-7.)

Lähijohtajat ovat keskeisessä asemassa varmistamassa, että toiminta on laadukasta ja että jokaisessa toimintayksikössä toteutetaan ikäihmisten kuntoutumista ja toimintakykyä edistäviä toimintamalleja. Työn kehittämisessä lähijohtajan myönteisellä, innovatiivisella, innostavalla ja kannustavalla asenteella on suuri merkitys. Vanhoista totutuista tavoista voi olla vaikea päästä eroon ja johtajan läsnäolo ja sitkeys ovatkin avainasemassa. Vanhat juurtuneet tavat voivat olla ikäihmisiä passivoivia, jopa vahingollisia ja kuormittaa hoitajia. (Hantikainen & Hoivala 2017, 54-55.) Jos uusi vastavalmistunut hoitaja uskaltaa kyseenalaistaa vallitsevia hoitokäytäntöjä, se saattaa herättää henkilökunnassa vastustusta. ”Aina on tehty näin” voi olla tuttu kommentti sille, joka ehdottaa muutosta. Muutosvastarinta on normaali reaktio, kun vanhoja tapoja kyseenalaistetaan. Saadakseen muutosta aikaiseksi pitää asiaa kuitenkin rohkeasti ottaa toistuvasti esiin vastustuksista huolimatta. Uudistajat eivät kuitenkaan aina jaksata taistella asiansa puolesta, joten työn kehittäminen tyrehtyy ja työt muuttuvat rutiininomaisiksi. (Kan & Pohjola 2012, 328.)

Jotta asioita voitaisiin yhdessä kehittää työyhteisössä, vaatii se vuorovaikutusta mahdollistavaa toimintatapaa työpaikalla. Vaikuttamisen- ja vuorovaikutuksen mahdollisuuksiin työpaikalla vaikuttavat esimiehen tavoitettavuus, fyysinen työympäristö, tiimien toimintatavat sekä kokouskäytännöt. Siitä miten nämä asiat on työpaikalla järjestetty, riippuu myös työntekijöiden osallisuuden ja vaikuttamisen mahdollisuuden tunteista työyhteisössä. Työntekijöiden osallistuminen päätöksentekoon ja suunnitteluun edellyttää, että on olemassa yhteisesti muodostettu strategia ja tavoitteet, joihin kehittämiskäytännöt nojautuvat. Työpaikan rakenteiden tulee mahdollistaa kaikkien tasavertainen osallistuminen työyhteisön tavoitteiden saavuttamiseen. (Kivinen 2018, 18.) Kun työyhteisössä ymmärretään organisaation yhteiset tavoitteet, mitä tuotetaan, kenelle ja miksi, yhdistyvät moninaiset työtehtävät yhteen. Jatkuvat sujumattomuudet ja ongelmat voivat kertoa

siitä, että toimintatavat, työvälineet, työnjako ja ohjeet eivät ole kehittyneet saman suuntaisesti, tai ovat jääneet toisistaan jälkeen. (Työterveyslaitos 2019.)

3.3.8 Johtaminen ja esimiestyö

Suomen sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja hoitolaitoksissa on tutkittu johtamista ja tutkimusten mukaan jopa puolet niistä on huonosti johdettuja. Henkilökunta ja johto ovat erkaantuneet toisistaan, arki toimii huonosti ja työn perustehtävä ja strategia ovat kadoksissa. Käsityksissä on eroja työntekijöiden ja johdon välillä, ja johto vaatii uudistuksiaan ilman, että työntekijät olisivat kehittämistyössä mukana. (Räsänen 2011, 61-62.)

Gerontologisessa hoitotyössä johtamisen keskeisin tavoite on -vanhan ihmisen hyvän- toteutuminen (Räsänen 2011, 172). Hyvä ja vastuullinen esimiestyö vanhustyössä luo mahdollisuudet toimintakykyiselle ja terveelle ikääntymiselle laitospäristöissäkin (Suonsivu 2015, 23). Sillä miten esimies kohtelee alaisiaan, on suuri merkitys työyhteisön hyvinvointiin ja keskinäiseen luottamukseen. Esimiehen tulisi pyrkiä tasapuolisuuteen ja hänellä tulisi olla uskallusta puuttua asioihin ja tekemisiin. (Räsänen 2017, 52.) Vain kolmasosa vanhustyön työntekijöistä arvelee lähiesimiehen arvostavan paljon työntekijöidensä työtä. Vuonna 2015 jopa 27% työntekijöistä arveli esimiehen arvostavan työntekijöiden tekemää työtä vähän tai ei ollenkaan. (Kröger ym. 2018, 71.) Johtajan ystävällinen käytös, kohteliaisuus, arvostava kohtaaminen ja kohtelias kielenkäyttö eivät aiheuta organisaatiolle lisäkustannuksia (Räsänen 2011, 172). Lähiesimiehet ovat merkittävässä roolissa määrittämässä työilmapiiriä. Jos työpaikalla ei viihdytä, ei ammattitaitokaan auta. (Pirhonen 2013, 67.)

Vanhustyön esimieheltä odotetaan joustavuutta, vuorovaikutuksellisuuden kehittämistä, vahvaa ammatillisuutta ja oman osaamisen päivittämistä. Esimiehen tuen puute, johdon kannustamisen vähäisyys sekä vastuun ja velvollisuuksien epätasapainoisuus aiheuttavat työntekijöissä riittämättömyden tunnetta. Riittämättömyden tunteet vaikuttavat negatiivisesti työyhteisöjen yhteistyöhön ja heikentävät työmotivaatiota. Työssä jaksamattomuuteen ovat sidoksissa johtamiseen ja esimiestyöhön liittyvä epäluottamus, epäaito, uhkaileva ja perustyöstä

etääntynyt johtaminen, työn kuormitus, vähäiset resurssit, runsaat välilliset työt, hallitsemattomat muutokset ja päätöksenteon poukkoilevuus. Yhteisesti sovittujen linjojen puuttuminen, vähäiset vaikutusmahdollisuudet ja vähäinen vuorovaikeutus ovat yhteydessä työntekijän riittämättömyyden kokemuksiin. Lisäksi riittämättömyyden tunnetta aiheuttavat vähäiset palkitsemistavat, työn huono organisointi ja epäselkeät työnkuvat. (Suonsivu 2015, 23-24.)

Räsänen (2011) mukaan hyvä henkilöstömitoitus ei välttämättä merkitse asiakkaille hyvää elämänlaatua. Niukemmallaakin henkilöstömäärällä on mahdollista tuottaa asiakkaille hyvää elämänlaatua ja hyvää hoivaa. Suomessa hoivatyöntekijöillä on suuremmat asiakasmäärät verrattuna kollegoihin muissa Pohjoismaissa. Johtajan vastuulla onkin arvioida riittävää henkilöstömäärää, ammattikennettä, osaamista ja jaksamista. Johtajan on myös huomioitava toiminnan laatua, turvallisuutta ja taloudellista puolta. Tämä on gerontologisen johtamistyön yksi suurimmista haasteista ja vaatii johtajalta substanssiosaamista ja gerontologista osaamista. (Räsänen 2011, 172-173.)

3.3.9 Perehdytys

Uusien työntekijöiden perehdyttäminen on määrätty työnantajan velvollisuudeksi ja siitä on säädetty työturvallisuuslaissa (Työturvallisuuslaki 2002/738). Perehdytyksellä ja työnopastuksella pystytään oleellisesti vaikuttamaan työturvallisuuteen. Puutteellinen perehdytys on yleinen syy työtapaturmiin. (Työturvallisuuskeskus 2020.) Suunnitelmallinen perehdytys kertoo, että uutta työntekijää ja työssä tehtävää työtä arvostetaan. Perehdytys kertoo sekä työyhteisön, että työnantajan ammattitaidosta. Lisäksi hyvä perehdytys kertoo vastuullisuudesta. Hyvä perehdytys toimii tervetuloitukseksi uudelle työntekijälle ja edistää työhön sitoutumista. Kiristyvässä työvoimatilanteessa hyvin toteutettu perehdytys toimii myös kilpailuvalttina. Uuden työkaverin vastaanottaminen mittaa myös työyhteisön kollegiaalisuutta. (Sairaanhoitajat 2020.)

Sairaanhoitajilla on oikeus osallistua uusien työntekijöiden perehdytykseen ja kaikki voivat työyhteisössä vaikuttaa siihen, että uudet kollegat saavat mahdolli-

simman hyvät lähtökohdat työhön. Hyvin toteutettu perehdytys myös maksaa itsensä takaisin. Laadukas perehdytys vie aikaa ja resursseja, mutta huonosti perehdytetyt uudet työntekijät kuormittavat kokeneempia työntekijöitä paljon pidempään kuin hyvin perehdytetyt. (Sairaanhoitajaliitto 2020.) Perehdytys lisää myös henkilökunnan pysyvyyttä ja vähentää silloin rekrytointiin liittyviä kustannuksia (Voutilainen, Haapa & Jokiniemi 2019, 4).

Uuden työntekijän sitoutumisen lisäksi hyvä perehdytys lisää asiakkaiden hoidon turvallisuutta. Perehdyttäjän roolissa toimivalla hoitajalla olisi hyvä olla perehdytystehtävässä tarvittavia henkilökohtaisia- että ammatillisia ominaisuuksia. Myös perehdytyskoulutukseen osallistuminen vahvistaa perehdytysosaamista. Työyksikössä laadukkaan perehdytyksen ylläpitämiseksi olisi myös tärkeää, että perehdyttäjinä toimivat hoitajat saisivat asianmukaista tukea ja mahdollisuuden hankkia lisäkoulutusta. Perehdytys edistää työntekijöiden sitoutumista omaan ammattiin. Lisäksi se lisää itseluottamusta ja kliinistä päätöksentekotaitoa. Perehdytyksen pituus voi vaihdella muutamista päivistä viikkoihin, kuukausiin, tai jopa vuoteen. (Voutilainen ym. 2019, 4-5.)

3.3.10 Työnjako

Vanhustenhoidossa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveydenhuollon ammattihenkilöstön muodostavat lähinnä laillistetut terveydenhuollon- tai nimikesuojatut terveydenhuollon ammattilaiset (Ruontimo 2009, 289). Terveydenhuollon ammattihenkilö on henkilö, joka on lain nojalla saanut ammatinharjoittamisluvan (esimerkiksi sairaanhoitaja). Laillistetun ammattihenkilön tehtävässä ei voi toimia muut kuin kyseisen ammattitutkinnon suorittaneet, kun taas nimikesuojatun ammattihenkilön (esimerkiksi lähihoitaja) tehtävässä voi toimia muukin henkilö, jos työnantaja arvioi tämän osaamisen riittäväksi (Valvira 2020.) Sairaanhoitajaopiskelija voi toimia lähihoitajan sijaisena, kun työnantaja arvioi tämän osaamisen olevan riittävää (Tehy 2020). Hoidon laatu, yksilölliset ratkaisut ja hoidettavien paras mahdollinen saavutettavissa oleva elämänlaatu perustuvat hoitajien ammattitaitoon. Lääkäreiden työpanos rajoittuu vanhustenhoidossa käytännössä vain diagnoosien tekemiseen ja hoidosta päättämiseen. Ajallisesti tämä vie vain pienen

osan pitkäaikaishoidosta, ja hoidon toteutus, seuranta ja arviointi jäävät kaikki muun hoitohenkilökunnan vastuulle. (Ruontimo 2009, 28.)

Pitkäaikaishoidossa sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen olennainen sisältö muodostuu hoidon kokonaisuuden itsenäisestä hahmottamisesta, suunnittelusta, toteuttamisesta ja arvioinnista sen kaikissa vaiheissa. Sairaanhoitajan tehtävänä on toimia hoitotiimin vastuuhenkilönä ja koordinaattorina. Sairaanhoitaja kantaa viime kädessä hoidon kokonaisvaltaisen vastuun toimintayksikössä. Lähi- ja perushoitajien ammatillinen osaaminen pitkäaikaishoitotyössä korostuu vuorovaikutus- ja yhteistyösuhteessa henkilökohtaisessa asiakastyössä. Erityisosaamiseen kuuluvat oman ammattitaidon osa-alueet. Vastuu painottuu omaan toimintaan, sekä yksilölliseen ja tarkoituksenmukaiseen ammattitaidon- ja tiedon hyödyntämiseen asiakkaiden auttamisessa ja tukemisessa. (Ruontimo 2009, 35.)

Pienenevien resurssien seurauksena esimerkiksi tukipalveluiksi laskettavat työtehtävät kuten tiskaus, siivous, ruoka- ja vaatehuolto ovat siirtyneet lisätöiksi koulutetulle hoitohenkilökunnalle. Laitoshoidossa tätä saatetaan perustella kodinomaisuudella, mutta se voi osittain johtaa hoitajien osaamisen vääränlaiseen hyödyntämiseen. Tutkimustulosten mukaan esimerkiksi sairaanhoitajat käyttävät suuren osan työajastaan sellaisiin työtehtäviin, jotka eivät vaadi sairaanhoitajan ammattitaitoa, esimerkiksi toimisto- ja huoltotehtäviin. Samanaikaisesti sairaanhoitajille ollaan kuitenkin siirtämässä lääkäreiden työtehtäviä. (Laiho & Ruoholinna 2011, 15.)

Vanhuspalvelulakiin on tulossa muutos henkilöstömitoituksen suhteen. Tämä tarkoittaa, että pitkäaikaishoidossa yhtä hoidettavaa kohden tulisi olla 0,7 hoitajaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020). Nykyisin henkilöstömitoitukseen on olemassa laatusuositus, jonka mukaan jokaista hoidettavaa ikäihmistä kohden tulisi olla 0,5 työntekijää (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Tulevaan lakiin on suunniteltu siirtymäaika, jotta palveluntuottajat ja kunnat pystyisivät riittävästi varautumaan muutokseen. Siirtymäaikana aikaisemmasta 0,5 suosituksesta tulee minimimitoitus, jota ei saisi enää alittaa. Lain olisi tarkoitus tulla voimaan vuonna 2023, jolloin 0,7 mitoitusta ei saisi enää alittaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.)

3.3.11 Työtavat

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työhön kuuluu monien erilaisten työvälineiden ja työtapojen hallinta. Erilaisia työvälineitä ovat muun muassa laitteet, yhteistyön keinot, toimintamallit ja omat työtavat. Yksi tärkeimmistä työvälineistä on kuitenkin työntekijän oma persoona. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat niin ihmiselämän vaikeiden puolien, kuten sairauksien, onnettomuuksien ja kuoleman parissa kamppailevia ihmisiä. Kuitenkin he kohtaavat myös paljon onnea, onnistumisia, ja todistavat ihmisten selviytymistä vaikeissakin elämäntilanteissa. Olemassa olevia toimintamalleja ei siis voida koskaan soveltaa täysin kaavamaisesti, vaan ammattilaiselta vaaditaan omaa harkintaa ja eettistä arviointikykyä. (Lammi-Taskula 2011, 139.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta perustuu laajalti tutkittuun tietoon ja kaikissa asiakkaisiin kohdistuvissa päätöksissä ammattilaiset hyödyntävät monenlaista oppimaansa tietoperustaa. (Lammi-Taskula 2011, 140.) Ammattilaisilla on kuitenkin autonomia siinä, kuinka he vastaavat perustehtävänsä yhteisten toimintamallien, kuten hoitosuosituksen mukaisesti. Yhtenäiset toimintamallit ohjaavat ja yhtenäistävät ammattilaisten toimintaa ja pitävät huolen siitä, että hoitokäytännöt eivät vaihtelee perusteettomasti. Ammattilaisen autonomia työssä ja työtaivoissa näyttäytyy taas yksittäisissä hoitotilanteissa, joissa hän tekee itsenäisiä tilannearvioita ja toimii niiden mukaisesti. Esimerkiksi rutiininomainen työskentely ei vaadi autonomista päätöksentekoa, vaan silloin ammattilaisen toiminta perustuu perinteisiin ja totuttuihin tapoihin. Autonominen toiminta edellyttää myös sellaista työyhteisöä, joka antaa ammattilaiselle mahdollisuuden valita ja tehdä itsenäisiä päätöksiä omaan asiantuntijuuteensa perustuen. (Korhonen, Jylhä, Silta-
nen, Kangasniemi & Holopainen 2015, 40-42.)

Työtapojen määräytymiseen työyhteisössä vaikuttaa moni asia, kuten henkilökunta, sen määrä, koulutus ja työnjako. Kuitenkin itse työtapoihin on helpompi vaikuttaa kuin esimerkiksi työtiloihin, tai henkilökunnan määrään. Erilaisiin haasteisiin työyhteisössä voidaan vaikuttaa esimerkiksi henkilökunnan lisäkoulutuksella tai työvuorojen järjestämisellä uudelleen. Työyhteisöihin on saattanut muovautua erilaisia vakiintuneita työtapoja ja rutiineja, jotka ohjaavat toimintaa ja

saattavat jopa haitata tavoitteiden saavuttamista. Tällaisia rutiineja olisi hyvä arvioida uudelleen yhdessä koko työyhteisön kesken. Työtapojen kehittämisessä olennaista on yhteistyö ja johtamisen taidot. (Lammi-Taskula 2011, 145.)

Työyhteisössä tarvitaan resilienssiä eli joustavuutta, soveltamista ja tilanteiden ennakoimista. Tällaiset ominaisuudet ovat työyhteisössä tärkeä hallita, sillä usein asiat eivät mene juuri niin kuin suunniteltiin. Tilannekohtaisten äkillisten ratkaisujen lisäksi on tärkeä pysähtyä välillä analysoimaan työyhteisön ongelmakohtia ja haasteita yhdessä. Näin pikaratkaisujen tekemisen lisäksi tullaan myös tarkastelleeksi laajaa kokonaisuutta. Aina ei ole välttämättä täysin selvää onko ongelmallinen, josta selvittää vain tekemällä nopea ratkaisu, vai vaatiiko asia laajempaa ongelman selvittämistä yhdessä. Pysähtymisen paikka on kuitenkin yleensä aina tarpeen, jos ongelmasta syntyy toistuvasti häiriötä työyhteisössä, tai kun syntyy jokin aivan uudenlainen häiriö. Resilientti työyhteisö pohtii yhdessä mistä ongelma johtuu ja miten se vaikuttaa työprosessiin, työvälineisiin, työyhteisöön ja työnjakoon. Resilientti työyhteisö näkee myös poikkeustilanteiden eteen tullessa mahdollisuuden oppia uutta ja kehittää yhteisön toimintaa. (Työterveyslaitos 2019.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Laadullinen ja määrällinen

Opinnäytetyö yhdisti kyselylomakkeessa sekä laadullisia että määrällisiä aineistonkeruumenetelmiä, mikä teki tutkimuksesta monimenetelmä tutkimuksen kategoriaan sopivan (Sormunen, Saaranen, Tossavainen & Turunen 2013, 314). Menetelmää käyttämällä tutkimusongelmiin saadaan parempaa ymmärrystä, kuin käyttämällä esimerkiksi vain laadullista tutkimustapaa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 78). Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on tieteen menetelmäsuuntaus, jossa pyrkimyksenä on ymmärtää tutkimuksen kohteen ominaisuuksia, laatua ja merkitystä. Kohderyhmille lähetetyssä kyselylomakkeessa oli sekä avoimia että strukturoituja kysymyksiä. Lomakehaastattelu- tai kysely on perinteisesti kvantitatiiviseen tutkimusmetodologiaan kuuluva aineistonkeruumenetelmä, mutta sitä voidaan käyttää myös kvalitatiivisessa tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74.)

4.2 Kyselylomakkeen rakentaminen

Kyselylomake perustui teoreettiseen viitekehykseen, joka oli mukailtu Työterveyslaitoksen (2019) toimivan työyhteisön mallista. Työterveyslaitoksen toimivaan työyhteisön yhdeksän osa-aluetta ovat 1) hyvän johtamisen kriteerit, 2) ikäjohtaminen, 3) monikulttuurinen työelämä, 4) organisaatiomuutos, 5) terveyden edistäminen, 6) työhyvinvointi 7) työkykytalo, 8) työn kehittäminen ja 9) työpaikkakiusaaminen. (Työterveyslaitos 2019.) Mittariin valittiin kohdat: terveyden edistäminen, hyvän johtamisen kriteerit, työn kehittäminen, työhyvinvointi ja työpaikkakiusaaminen. Kyselyssä perehdyttiin näiden osa-alueiden sisältöihin tarkemmin. Mittarin laadinnassa hyödynnettiin myös muita aiheeseen liittyviä lähteitä, kuten Työturvallisuuskeskusta ja sairaanhoitajien eettisiä ohjeita. Lomakekyselyssä ei voida kysyä mitä tahansa asioita, vaan jokaiselle kysymykselle tulisi löytyä peruste tutkimuksen teoreettisesta viitekehyksestä (Tuomi ym. 2009, 75).

Lomakkeen laadinnassa on vältettävä epämääräisyyttä; selkeys on tärkeintä. Spesifit kysymykset ovat parempia kuin yleiset kysymykset, koska yleisiin kysymyksiin sisältyy enemmän tulkinnan mahdollisuutta verrattuna rajattuihin kysymyksiin. Kysymyksiä laadittaessa on myös huomioitava, että lyhyet kysymykset ovat parempia kuin pitkät. Kysymyksiä, joihin sisältyy kaksoismerkityksiä on syytä välttää. ”Ei mielipidettä” vaihtoehto on myös syytä tarjota vastaajille, koska ihmisillä ei aina ole olemassa mielipidettä kysytyyn asiaan tai aiheeseen. Monivalintavaihtoehdot ovat parempia kuin samaa mieltä/ eri mieltä- väitteet. Kysymysten määrää ja järjestystä tulee harkita lomaketta laadittaessa ja ohjeen mukaan lomakkeen alkupuolelle tulee sijoittaa yleisimmät kysymykset, ja loppuun spesifimmät. Lomakkeen alkuun on hyvä sijoittaa helpoimmin vastattavia kysymyksiä ja vastaajaa koskevia kartoitustietoja. Lomakkeessa sanavalinnoilla voi lisäksi olla merkittävä vaikutus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 202-203.) Ajatuksena oli, että käyttämällä eri tyyppisiä kysymyksiä voisi vastauksia saada paremmin.

Kyselylomake rakennettiin aluksi Microsoft Wordilla. Kysymysten ymmärrettävyyttä ja niiden järjestystä pohdittiin huolellisesti. Valmis kysely laadittiin sähköiseen muotoon käyttämällä Microsoft Forms- ohjelmaa. Kyselyn alkuun laadittiin myös saatekirje (Liite 2), jossa kerrottiin tarkemmin tutkimuksesta ja opinnäytetyöstä. Kyselystä ulkoasusta pyrittiin tekemään houkutteleva käyttämällä värikkästä lomakepohjaa. Kyselyn toimivuus testattiin kännykällä ja tietokoneella.

Kyselyssä kysymykset 1-4 olivat taustatietokysymyksiä, joissa kysyttiin vastaajien ikää, harjoitteluyksikön muotoa ja yksikön järjestäjää, sekä aiempaa kokemusta vanhustyöstä. Kysymykset 5-10 olivat monivalintakysymyksiä työn fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta kuormittavuudesta. Kysymykset 11 ja 12 käsittelivät uhkatilanteita; kokivatko opiskelijat väkivallan uhkaa harjoittelun aikana ja miten mahdolliset tilanteet yksikössä käsiteltiin ja kirjattiin. Kysymys 13 oli avoin kysymys, jossa kysyttiin mahdollisia työturvallisuuteen liittyviä epäkohtia harjoitteluyksikössä. Kysymykset 14 ja 15 käsittelivät asiakaslähtöisyyttä. Kysymys 14 oli monivalintakysymys, jossa kysyttiin opiskelijoiden arvioita siitä, kuinka henkilökunta huomioi asiakkaiden yksilöllisyyden. Kysymyksessä 15 pyydettiin perusteluita edelliseen vastaukseen.

Lomakkeen kysymys 16 käsitteli asiakkaiden kohtelua. Monivalintakysymyksessä pyydettiin vastaajien havaintoja epäeettisen toiminnan ilmenemisestä. 17.

kysymys oli avoin ja se käsitteli henkilökunnan kollegiaalisuutta toisiaan ja muita ammattiryhmiä kohtaan. Seuraava kysymys oli työpaikkakiusaamisesta ja sen ilmenemisestä harjoitteluyksikössä. Kysymys 19 oli avoin kysymys ja siinä vastaajat saivat kertoa omia näkemyksiään harjoitteluyksikön hyvän työyhteisön piirteistä. Kysymys 20 oli monivalintakysymys, joka käsitteli henkilökunnan motivoituneisuutta työn kehittämistä kohtaan. Loput kysymykset (21-27) olivat avoimia kysymyksiä ja käsittelivät esimiestyötä, perehdytystä, työnjakoa ja työtapoja. Kolme viimeistä kysymystä liittyi opiskelijoiden omaan suhtautumiseen vanhustyötä kohtaan. Lisäksi kysyttiin opiskelijoiden kiinnostuksesta työskennellä kyseisessä harjoitteluyksikössä tulevaisuudessa sekä opiskelijoiden ajatuksia vanhustyön vetovoimaisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Mittari testattiin opiskelutovereilla ennen varsinaista kyselyä ja sen täyttämiseen kuluva aika arvioitiin etukäteen.

4.3 Kohderyhmä

Kysely toteutettiin kolmelle päivätoteutuksessa opiskelevalle sairaanhoitajaryhmälle, jotka olivat suorittaneet ensimmäisen ohjatun harjoittelunsa Tampereen ammattikorkeakoulussa. Kohderyhmän valinnan kriteerit perustuivat siihen, että alkuvaiheen opiskelijoiden näkemykset olivat kiinnostavia. Kohderyhmä valikoitui myös siksi, että ensimmäinen harjoittelu tapahtuu usein vanhuspuolella tai pitkäaikaishoidossa, minkä jälkeen varsinaisia vanhustyön harjoittelupaikkoja ei välttämättä tule opintojen aikana enää vastaan. Lisäksi haluttiin kerätä opiskelijoilta mahdollisimman tuoreita kokemuksia.

4.4 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin syyslukukaudella 2019. Tampereen ammattikorkeakoulun etenemissuunnitelmista selvitettiin, mihin ajankohtaan sairaanhoitajaopiskelijoiden ensimmäiset harjoittelut sijoittuvat. Ensimmäiselle ryhmälle (n=35) lähetettiin kyselylinkki sähköpostitse syyskuussa 2019. Seuraavaa ryhmää (n=41) yritettiin päästä tapaamaan kasvotusten oppitunnin alkuun, toiveena saada siten enemmän vastauksia, mutta se ei aikataulullisesti onnistunut. Ryhmän opettaja kuitenkin

kin lupasi laittaa kyselystä linkin ryhmän oppimisalustalle. Ryhmälle lähetettiin lisäksi linkki sähköpostitse lokakuussa 2019. Kolmatta ryhmää (n=35) päästiin tapaamaan henkilökohtaisesti oppitunnin alkuun, ja kertomaan lyhyesti opinnäyte-työstä ja kyselystä. Viimeiselle ryhmälle lähetettiin linkki kyselyyn marraskuussa 2019. Jokaiselle ryhmälle lähetettiin vielä kaksi muistutusviestiä kyselyyn osallistumisesta noin viikon kuluttua edellisestä viestistä. Kysely suljettiin marraskuun 2019 lopussa.

4.5 Aineiston analysointi

Aineistolle tehtiin laadullinen sisällönanalyysi ja tämän lisäksi osa aineistosta kvantifioitiin. Analyysin tehtävänä on tiivistää, järjestää ja jäsentää se siten, ettei mitään olennaista jää pois (Valli 2018, 221). Aineistoa voidaan analysoida monin tavoin, esimerkiksi ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa hyödynnetään useimmiten laadullista analyysiä ja päätelmien tekoa. Laadullinen analyysi koetaan usein haastavaksi, koska vaihtoehtoja on runsaasti eikä tiukkoja sääntöjä sen toteutukseen ole olemassa. (Hirsjärvi ym. 2009, 224.)

Laadullisen aineiston analysointi aloitettiin tutustumalla perusteellisesti tutkimus-aineistoon ja tyhjät vastaukset karsittiin pois. Tämän jälkeen osa aineistosta ensin redusoiitiin, eli pelkistettiin. Aineisto jaettiin tekijöiden kesken ja pelkistystä tehtiin aluksi omilla tahoilla. Aineiston vastausten pituus vaihteli, eikä kaikkia vastauksia ollut tarvetta pelkistää. Pelkistämisen jälkeen työskentely jatkui ryhmittelemällä, eli klusteroimalla aineistoa. Aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja ne ryhmiteltiin värikoodeittain.

Vastauksia myös vertailtiin eri taustamuuttujia vasten ja nekin värikoodattiin. Aineistosta nostettiin raporttiin tutkimusongelmaa valaisevista teemoista kiinnostavia alkuperäisiä sitaatteja havainnollistamaan vastaajien ilmaisuja. Kun vastauksissa ilmeni samoja ilmiöitä useaan kertaan, tarkasteltiin niiden yhteyttä taustamuuttujiin. Yhtäläisyyksiä havaittiin taustamuuttujien kanssa työnjaossa, kollegiaalisuudessa, uhkatilanteissa ja työturvallisuudessa sekä perehdytyksessä, ja niitä vertailtiin sitten keskenään. Lisäksi aineistosta nostettiin mielenkiintoisia ja jollain tavalla poikkeavia vastauksia. Laadullisen aineiston tulokset eli värikoodaamalla saadut luokittelut kuvataan tekstissä kertomuksenomaisesti.

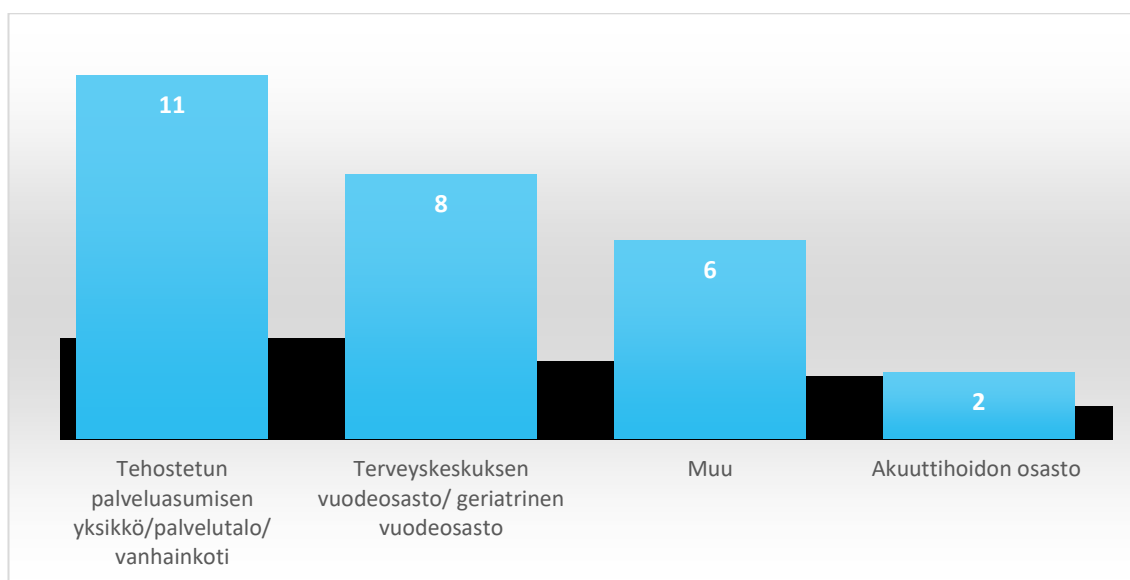
Osa laadullisista vastauksista myös kvantifioitiin. Perusteluna tälle oli joidenkin ilmiöiden merkittävyyden esille tuominen ja tuloksissa kuvataan näiden näkemysten ilmeneminen lukumääränä.

Määrällisten kysymysten tuottamasta aineistoista otettiin suorat jakaumat. Määrälliset kysymykset analysoitiin siirtämällä vastausten tiedot Microsoft Forms-ohjelmasta Exceeliin. Excelin avulla tuloksia havainnollistettiin tekemällä niistä informatiivisia kuvia.

5 TULOKSET

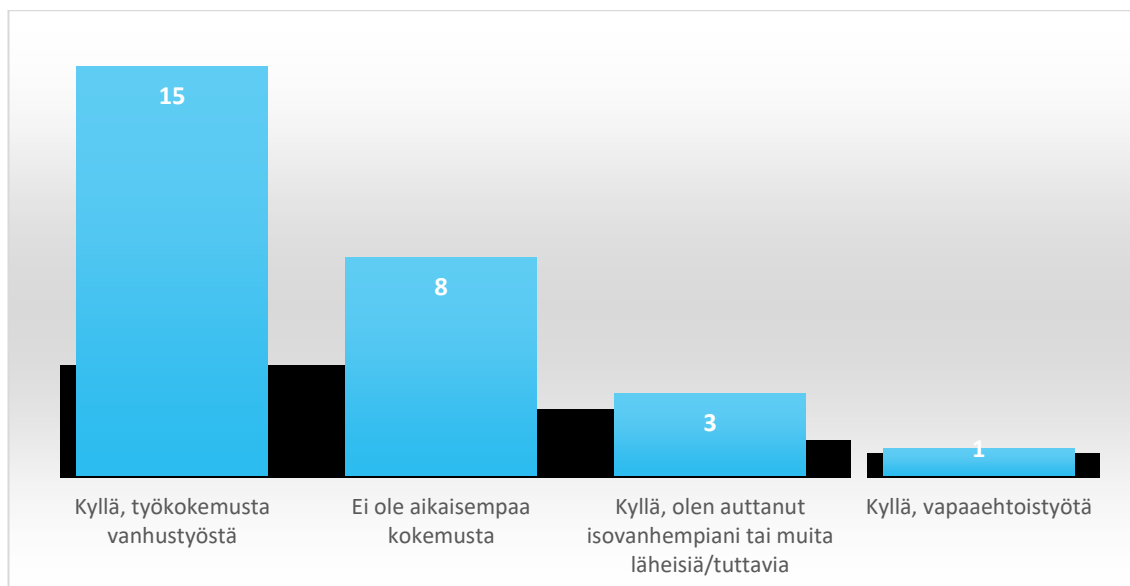
5.1 Taustatiedot

Yhteensä 27 sairaanhoitajaopiskelijaa kolmesta eri ryhmästä vastasi kyselyyn syksyn aikana ja vastausprosentti oli 24%. Vastaajat olivat iältään 20-33-vuotiaita ja eniten vastaajissa (n=6) oli 23-vuotiaita. Vastaajien harjoittelupaikkoja olivat: tehostettu palveluasuminen (n=11), terveyskeskuksen vuodeosasto/geriatrinen osasto (n=8), akuuttihoiton osasto (n=2) ja muu (n=6). Muu-vaihtoehtoon kuuluivat vanhus- ja neuropsykiatrian osastot sekä kuntoutusosastot (kuvio 2). Harjoitteluyksiköistä suurin osa oli kunnallisia (n=18) ja yksityisiä palveluntuottajia oli viisi. Neljän vastaajan harjoittelupaikan omistustaho ei selvinnyt.



KUVIO 2. Harjoitteluyksiköjen muoto

Suurimmalla osalla (n=15) vastaajista oli jo aiempaa työkokemusta vanhustyöstä (kuvio 3). Aikaisempaa työkokemusta ei ollut kahdeksalla vastaajalla. Muuta kokemusta vanhuksista, esimerkiksi omia isovanhempiaan, tai tuttaviaan kertoi auttaneensa kolme vastaajaa. Vapaaehtoistyötä vanhusten kanssa oli tehnyt yksi vastaaja.



KUVIO 3. Vastaajien aikaisempi työkokemus vanhustyöstä

5.2 Hyvän työyhteisön piirteiden ilmeneminen

Vastaajia pyydettiin kuvaamaan, millaisia hyvän työyhteisön piirteitä he havaitsivat harjoitteluyksikössään. Vastauksista nousi erilaisia hyvän työyhteisön piirteitä. Vastaajista seitsemän kertoi muiden auttamisen, tai avun saamisen ilmenneen positiivisena piirteenä. Lisäksi huumori mainittiin kuudessa vastauksessa. Vastaajista kuusi kertoi, että henkilökunta pystyi avoimesti keskustelemaan asioista.

Muutamissa vastauksissa tuli myös esille, että opiskelijoille oltiin mukavia ja heidät otettiin osaksi työyhteisöä ja kohdeltiin tasavertaisesti. Ilmeni myös, että työasiat pystyttiin hoitamaan ammattimaisesti. Muita työntekijöitä kunnioitettiin ja heidän työpanokseensa luotettiin. Toisten tapaa tehdä työtä ei arvosteltu ja harjoitteluyksikössä vallitsi hyvä ”me-henki”. Muita kannustettiin ja pidettiin huolta, että työt saatiin yhdessä tehtyä. Työtä tehtiin positiivisella asenteella työnantajan niukoista resursseista huolimatta. Lisäksi ongelmanratkaisutaitoa pidettiin myös tärkeänä. Muutamissa vastauksissa kerrottiin myös positiivisesta ilmapiiristä ja työntekijöiden välisestä kiinnostuksesta toistensa kuulumisia ja työn ulkopuolista elämää kohtaan.

Yliopistollisen sairaalan harjoittelussa työntekijät tekivät paljon tiimityötä automaattisesti, joten kaikki työntekijät otettiin huomioon. Myös monesti kuuli kuinka kollegat kyselivät kuulumisia toisiltaan ja monesti jopa halusivat nähdessään. Nämä loi paljon positiivista tunnelmaa ja opiskelijanakin oli helppo ja mukava olla. Kuitenkaan terveyskeskussairaaloissa työskennellessä näitä asioita ei niin paljoa näkynyt, eikä työporukka ollut niin tiivis.

Suhtautuminen kollegoihin oli pääasiassa hyvää ja iloista, ihmiset olivat kiinnostuneita toistensa tekemisistä myös työn ulkopuolella ja juteltavaa riitti.

Vastaajat myös kertoivat, ettei ketään jätetty työyhteisön ulkopuolelle ja kaikki työvuorossa olevat jäsenet huomioitiin, ja myös heidän mielipiteitään kuunneltiin. Hoidon laatuun liittyviä positiivisia piirteitä ilmeni myös vastauksista. Omat virheet uskallettiin myöntää ja asiakkaista sekä heihin liittyvistä huolista keskusteltiin. Eräs vastaaja toi myös lääkehoidon hyvän laadun esille. Myös uuden lähiesimiehen asenne ja tapa toimia koettiin hyvänä asiana työyhteisölle.

Jos oli töihin liittyvää asiaa siitä usein keskusteltiin nostamalla kissa pöydälle. Myös tuore harjoitteluni aikana aloittanut osastonhoitajan nuorekas asenne ja otteet työyhteisöön tekivät varmasti hyvää lopujen lopuksi.

5.2.1 Kollegiaalisuus

Vastaajilta kysyttiin arviota henkilökunnan kollegiaalisuudesta toisiaan ja muita ammattiryhmiä kohtaan. Kollegiaalisuus toteutui osaltaan hyvin, mutta joissain yksiköissä siinä oli vastaajien mielestä paljon kehitettävää. Hyvä kollegiaalisuus näkyi vastaajien mukaan positiivisena työilmapiirinä sekä hyvänä yhteishenkenä, jokaisen työpanoksen arvostamisena, asiantuntijuuden jakamisena ja asioiden yhdessä pohtimisena. Kollegiaalisuus näkyi myös muiden auttamisena ja tasa-vertaisuutena työntekijöiden välillä, esimerkiksi ketään ei väheksytty alemman koulutustason vuoksi. Kaikkien kanssa tultiin myös toimeen ja työt saatiin tehtyä, vaikka kemia ei aina kohdanneet. Lääkevirheistä huomautettiin asiallisesti kaksoistarkastusten yhteydessä, sekä kaikille annettiin rauha tehdä työnsä omalla tyyllillään.

Kollegiaalisuus näkyi henkilökunnan kesken muun muassa asiantuntijuuden jakamisena ja yhdessä pohtimisena.

Aina kollegiaalisuus ei toteutunut hyvin, koska joillakin henkilöillä oli keskinäisiä ongelmia, jotka heijastuivat koko työyhteisöön. Lisäksi katkeruutta ja vähättelyä oli havaittavissa muita ammattiryhmiä kohtaan. Tämä ilmeni eniten lähi- ja perushoitajien negatiivisena suhtautumisena sairaanhoitajia kohtaan. Sairaanhoitajan ajateltiin olevan ”liian hieno ja kaikkietävä”, tai hänen työpanostaan ei pidetty riittävänä, koska se ei vastannut muiden hoitajien odotuksia. Kuntoutusosastolla muutaman lähihoitajan suhtautuminen oli opiskelijaa kohtaan muuttunut, kun selvisi että tämä ei ollutkaan saman ammatin opiskelija.

Muutama keikkatyötä tekevä lähihoitaja vaikutti katkeralta erityisesti sairaanhoitajia mutta myös lääkäreitä kohtaan. Hyvä suhtautuminen allekirjoittanutta kohtaan muuttui nihkeäksi, kun selvisi että olen shenkä lähihoitajaopiskelija. Pääasiassa suhtautuminen oli kuitenkin hyvää.

Perus- ja lähihoitajien huonon suhtautumisen lisäksi keskinäisiä konflikteja oli myös sairaanhoitajien välillä. Vastaajien mielestä jotkut lähi- ja sairaanhoitajat kokivat ylemmyyden tunnetta alemman koulutustason käyneitä kuten laitoshuoltajia kohtaan. Esimerkiksi laitoshuoltajien oletettiin pysyvän hoitohenkilökunnan työtahdin mukana, tai muuten hoitajat alkoivat ”jupista”. Erään vastaajan mukaan akuuttihoidon osastolla opiskelijat olivat arvoasteikon alimpana.

Opiskelijat olivat pohjasakkaa.

Terveyskeskuksen-/geriatrisella vuodeosastolla hoitajien ja laitoshuoltajien välinen kollegiaalisuus toimi, mutta lääkäreitä kohtaan oli vastaajan mukaan havaittavissa negatiivista suhtautumista. Toisen terveyskeskuksen-/geriatrisen vuodeosaston lääkäri ei välillä aamuisin tervehtinyt hoitajia ollenkaan.

5.2.2 Työpaikkakiusaaminen, häirintä ja epäasiallinen kohtelu

Vastaajilta kysyttiin, havaitsivatko he itseensä tai johonkin muuhun kohdistuvaa työpaikkakiusaamista harjoitteluyksiköissään kuten vähättelyä, selän takana puhumista tai ulos sulkemista. Lähes kaikki (n=20) vastaajista kertoivat havainneensa itseensä tai johonkin muuhun kohdistuvaa työpaikkakiusaamista.

Minuun tällainen ei kohdistunut, mutta havaitsin kyllä suuressa määrin työpaikkakiusaamista.

Yleisin työpaikkakiusaamisen muoto oli selän takana puhuminen, jota havaitsi 13 vastaajaa. Selän takana puhumista tapahtui yksittäisten hoitajien toimesta ja se kohdistui tiettyihin hoitajiin. Tiettyjen hoitajien kesken ilmeni ongelmia. Esimiehet eivät puuttuneet työpaikkakiusaamiseen lähes ollenkaan, jolloin ongelmista ei heidän kanssaan haluttu keskustella.

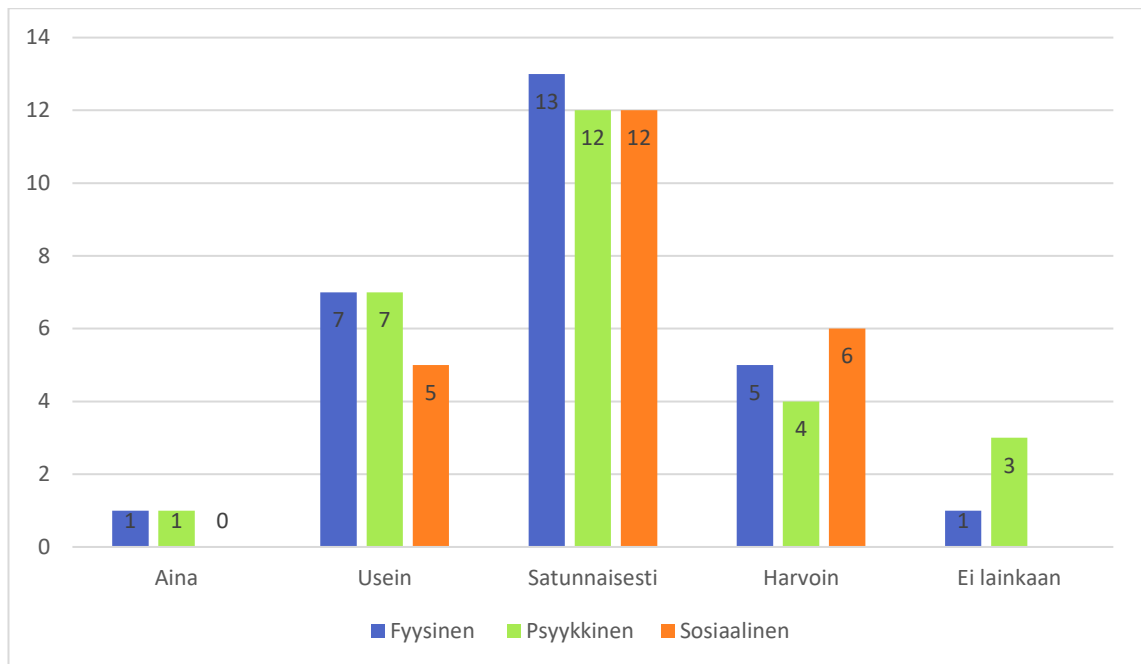
En itseeni, mutta tiettyjen hoitajien kesken oli ongelmia ja selän takana puhuttiin paljon. Osaltaan paikan esimiehet olivat kädettömiä eivätkä puuttuneet toimintaan lähes ollenkaan, jonka vuoksi harva meni heille puhumaan epäkohdista.

Lisäksi opiskelijat kertoivat havainneensa joko itseensä, tai muihin kohdistuvaa vähättelyä. Myös tiuskimista ja klikkiytymistä henkilökunnan välillä esiintyi. Osa opiskelijoista kertoi harjoitteluyksikön ilmapiirin olleen pääosin hyvä.

Kyllä, harjoittelupaikassani oli eläkkeelle jäänyt keikkaa paljolti listalta heittävä rouva, joka vähätteli minua paljon. Jäin kesäksi samaiseen yksikköön töihin, jolloin puutuin asiaan.

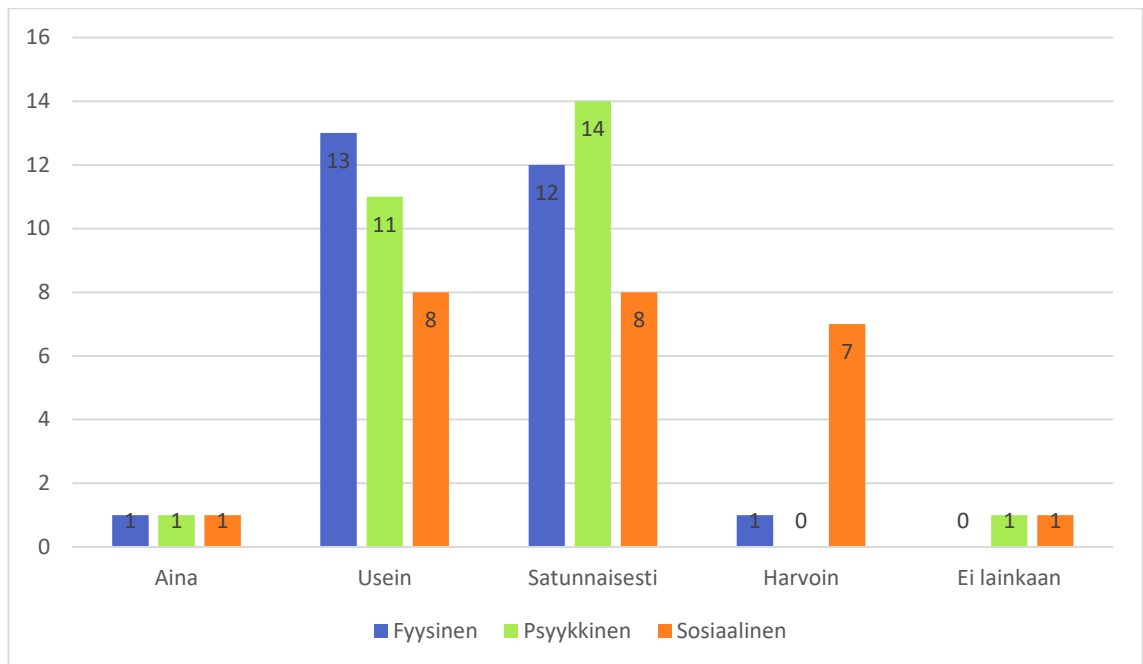
5.2.3 Työn kuormittavuus

Vastaajilta kysyttiin, kuinka kuormittavaksi he kokivat harjoittelujaksonsa fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Vastaajista enemmistö (n=12-13) koki työnsä kaikista kolmesta näkökulmasta kuormittavaksi satunnaisesti. Vastaajista kuusi koki työnsä sosiaalisesti kuormittavaksi harvoin ja usein viisi henkilöä (kuvio 4).



KUVIO 4. Vastaajien kokemus työn kuormittavuudesta

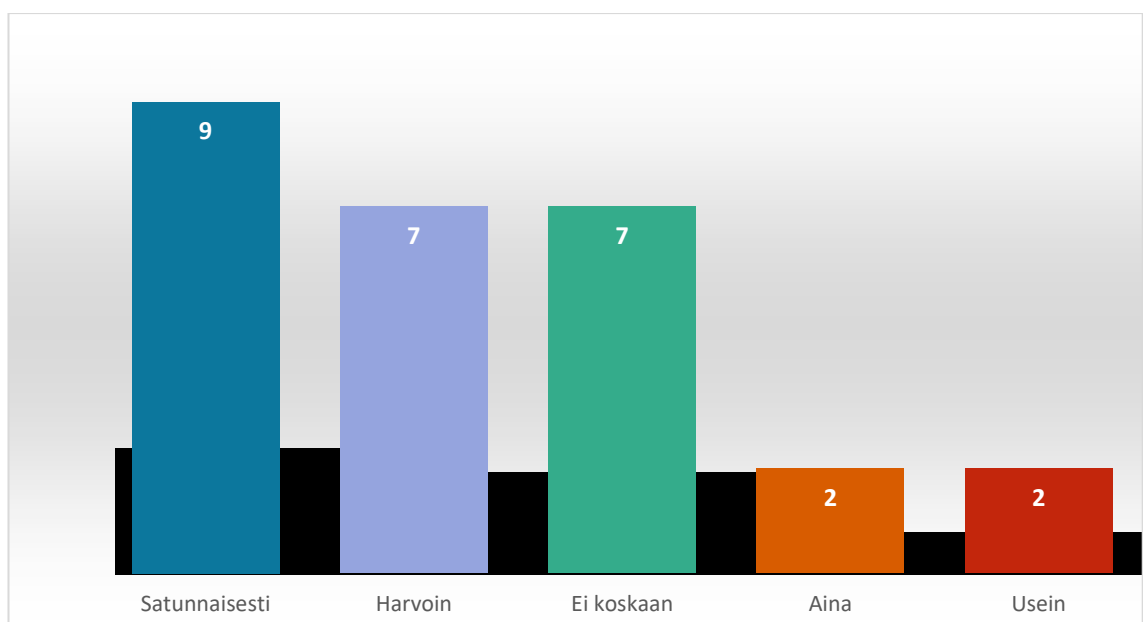
Vastaajilta pyydettiin myös arviota, miten kuormittavaksi hoitohenkilökunta koki työnsä. Vastaajien arvioiden mukaan hoitohenkilökunta koki työnsä kuormittavaksi fyysisesti usein (n=13) tai satunnaisesti (n=12). Vastaajien arvioiden mukaan hoitohenkilökunta koki työnsä psyykkisesti kuormittavaksi satunnaisesti (n=14) tai usein (n=11). Vastaajien arvioiden mukaan henkilökunnan kokemus työn sosiaalisesta kuormittavuudesta vaihteli siten, että usein, satunnaisesti ja harvoin mainittiin lähes yhtä monta kertaa (kuvio 5).



KUVIO 5. Vastaajien arvio hoitohenkilökunnan työn kuormittavuudesta

5.2.4 Uhkatilanteet ja työturvallisuus

Vastaajilta kysyttiin, olivatko he kokeneet fyysistä tai psyykkistä väkivallan uhkaa harjoittelujaksojensa aikana. Pieni osa vastaajista oli kokenut väkivallan uhkaa aina (n=2). Enemmistö vastaajista (n=9) kertoi kokeneensa väkivallan uhkaa satunnaisesti (kuvio 6).



KUVIO 6. Vastaajien kokemus fyysisen tai psyykkisen väkivallan uhasta

Vastaajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä harjoitteluyksikön toimintatavoista mahdollisissa uhka- ja poikkeustilanteissa, kuten väkivalta- ja lääkepoikkeamatilanteissa. Vastaajista 19 mainitsi, että väkivaltatilanteista tai lääkepoikkeamista tehtiin useimmiten HaiPro-ilmoitus. Lisäksi poikkeus- ja uhkatilanteista kirjattiin potilastietojärjestelmään, raportoitiin osastonhoitajalle ja keskusteltiin asiasta työyhteisössä. Joissain paikoissa asia käsiteltiin lisäksi osastotunnilla osastonhoitajan johdolla.

Muiden hoitajien kanssa keskustellen vapaasti ja tekemällä haipro sekä käsittelemällä se osastotunnilla osastonhoitajan johdolla.

Aina uhkatilanteisiin ei reagoitu millään tavalla.

Olen tottunut entisessä työpaikassa, että jokainen tilanne kirjataan haiproon. Ykkösharkkapaikassani näin ei toimittu. Siellä kolhittiin ja kaatuiltiin ja lääkkeitä tippui lattialle. ”Se kuulemma kuuluu vaan elämään. On muutakin tekemistä kun haiprojen kirjoittelu, saisi muuten kokoajan olla kirjoittamassa”.

Väkivaltatilanteisiin reagoitiin vaihtelevasti, mutta lääkepoikkeamatilanteissa toimittiin aina ohjeistusten mukaan. Osalle uhka- ja poikkeustilanteita ei tullut harjoittelujakson aikana vastaan.

Lääkepoikkeamat hyvin, väkivaltatilanteet vaihtelevasti.

Vastaajilta kysyttäessä millaisia työturvallisuuteen liittyviä epäkohtia he olivat havainneet harjoitteluyksiköissä, nousi tuloksista useita puutteita:

- Epäkohtia hyvän ergonomian noudattamisessa; se unohdettiin, tai sitä ei noudatettu.
- Puutteita havaittiin hoitajien työkalkineiden turvallisuudessa: työkenkinä käytettiin Crocseja, tai kumisaappaissa käveltiin potilashuoneen ja suihkun välillä.
- Työturvallisuuden kannalta tehostetussa palveluasumisessa tiedonkulku koettiin puutteelliseksi ja lääkkeiden jaossa havaittiin epäkohtia.

- Työturvallisuutta vaarantavia epäkohtia havaittiin hoitajamitoituksessa suhteessa asiakkaiden hoitoisuuteen useimmiten tehostetussa palveluasumisessa.
- Työvuorosunnittelua ei koettu työturvallisuutta edistäväksi; vastauksista ilmeni kuormittavia vuoronvaihtoja ja ylityön teettämistä niin kuntoutusosastoilla kuin tehostetussa palveluasumisessa.
- Puutteita havaittiin myös hygieniassa ja aseptiikassa. Kaikkien hoitotyöntekijöiden aseptiikka ei toteutunut yhtä hyvin.
- Epäkohtia havaittiin työympäristössä liittyen pukuhuoneiden puutteeseen; työvaatteet joutui vaihtamaan WC-tiloissa.
- Haasteena nähtiin, ettei potilashuoneissa aina ollut suojakäsineitä, tai käsidesiä piti lähteä hakemaan huoneen ulkopuolelta.
- Eräässä työyksikössä oli sisäilmaongelmia.
- Vartijoiden kutsunapit eivät olleet toimineet testaustilanteessa.

Huonoa ergonomiaa, kuormittavia työvuoroja/vuoronvaihtoja (iltavuorosta aamuvuoroon töihin, 16h työpäiviä, ym.)

Puutteena nähtiin myös työturvallisuuteen liittyvien ohjeiden puuttuminen:

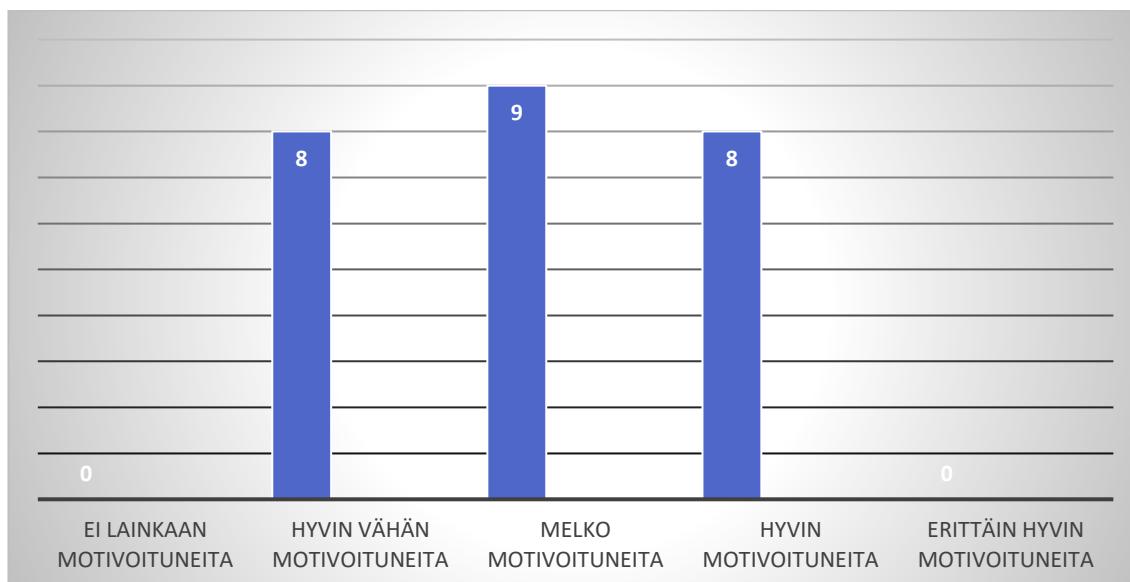
Ei ohjeita siitä, jos potilas käy käsiksi, että mitä saa tehdä.

Psykiatrialla tämän asian nähtiin olevan kunnossa:

En havainnut, psykiatrialla on hyvät turvatoimet.

5.2.5 Työn kehittäminen

Vastaajien näkemysten mukaan harjoitteluyksiköissä motivoituneisuus työn uudistamista kohtaan vaihteli; oltiin joko hyvin motivoituneita (n=8), melko motivoituneita (n=9) tai hyvin vähän motivoituneita (n=8) (kuvio 9).



KUVIO 9. Vastaajien arvio henkilökunnan motivoituneisuudesta työn uudistamista kohtaan

5.2.6 Johtaminen ja esimiestyö

Kyselyssä selvitettiin esimiehen vastuita ja työtehtäviä harjoitteluyksiköissä opiskelijoiden näkökulmasta. Esimiehen toiminta näyttäytyi enimmäkseen työvuorolistojen laatimisena ja paperitöinä. Lisäksi monelle vastaajalle esimiehen työ näkyi osaston asioiden kokonaisvaltaisena organisointina, esimerkiksi tiedonkulun varmistamisena, sijaisten hankkimisena ja resursseista huolehtimisena. Opiskelijat kertoivat myös esimiehen tehtävän olleen työntekijöiden tukeminen. Esimiehen vastuulla oli myös kouluttautumisesta huolehtiminen ja työhyvinvoinnin ylläpitäminen. Lisäksi esimies oli vastuussa kehityskeskusteluiden ja osastokokousten pitämisestä. Eräs vastaaja kertoi harjoitteluyksikkönsä uudempaa sukupolvea edustavasta esimiehestä, joka oli ollut innokas kehittämään työpaikkaa. Hän oli hoitanut työtehtävänsä hyvin ja hänen tulonsa työyhteisöön nähtiin positiivisena asiana.

Useassa vastauksessa kävi kuitenkin ilmi, etteivät esimiehen tehtävät ja vastualueet selvinneet opiskelijoille. Esimiestyö näyttäytyi kiireisenä, tai esimiestä ei näkynyt harjoittelujakson aikana lainkaan.

Esimies oli sairauslomalla koko ajan, joten vastuut siirtyivät sairaanhoitajalle.

Esimiestä näkyi todella harvoin ja hän vaikutti erittäin kiireiseltä. Näin hänet ehkä kaksi kertaa kuuden viikon harjoittelujakson aikana.

Muutamit vastaajat myös kuvailivat esimiehen työnkuvaa hyvin suppeasti, tai eivät osanneet sitä tarkemmin määritellä. Eräästä vastauksesta ilmeni, että työntekijöiden ja esimiehen väliset suhteet olivat huonot, sillä työntekijät kokivat, ettei esimies kuunnellut heitä.

Työntekijät olivat selkeästi liittoutuneet esimiestä vastaan. Ilmeisesti hän ei ole kovin kuunnellut työntekijöiden toiveita. Välien huomasi olevan kireät ja puhuttiin pahaa selän takana.

5.2.7 Perehdytys

Vastaajilta kysyttiin, työskentelikö harjoitteluyksiköissä lyhytaikaisia sijaisia ja miten heitä perehdytettiin yksikön työhön. Vastaukset olivat vaihtelevia ja kävi ilmi, että usealle sijaiselle työyksikkö oli jo ennestään tuttu. Joissakin yksiköissä käytettiin talon sisäistä varahenkilöstöä, jolle osasto ja työnkuva olivat jo tuttuja. Harjoitteluyksiköt, joissa perehdytys oli pidempikestoista, olivat akuuttihoidon yksiköitä. Vastauksista ilmeni, että vähiten sijaisia käyttivät terveyskeskuksen vuodeosastot/geriatriset vuodeosastot.

Varahenkilöstö kuului henkilökuntaan ja saivat koulutuksen, ei ulkopuolisia.

Muutamien vastaajien mukaan harjoitteluyksikössä ei käytetty sijaisia harjoittelujakson aikana, tai tämä ei heille näyttäytynyt. Osa sijaisista oli entisiä työntekijöitä tai opiskelijoita. Perehdytyksen pituus ja taso vaihteli harjoitteluyksiköittäin. Osalle perehdytys tehtiin hyvin ja perusteellisesti sekä perehdytyksen kesto oli jopa viikkoja.

Hyvin, usean päivän perehdytys.

Erään vastaajan mukaan lyhytaikaiselle sijaiselle oltiin nimetty tutor, joka vastasi sijaisen perehdytyksestä. Lisäksi muutamissa yksiköissä perehdytys tapahtui

työskentelemällä vakihenkilön parina, jolloin sijaisen ei tarvinnut toimia yksin. Erään vastaajan mukaan perehdytys saatettiin tehdä vuoron alussa ja sijaiset vastaanotettiin hyvin. Vastaajien mukaan muutamissa yksiköissä perehdytys nähtiin puutteellisena, sillä se oli suurpiirteistä, eikä siihen käytetty riittävästi aikaa.

Paljon sijaisia, nopea sinne päin perehdytys.

5.2.8 Työnjako

Eri ammattiryhmien vastuu- ja tehtäväalueet vaihtelivat harjoitteluyksiköittäin. Vastausten mukaan akuuttihoidon- ja psykiatrian yksiköissä tehtäväalueet näyttivät selkeinä ja opiskelijalle jäi mielikuva, että jokainen työntekijä tiesi oman tehtävänsä yksikössä. Vastauksissa moniammatillisuus ja eri ammattiryhmien hyödyntäminen erottuivat terveyskeskusosastoilla selkeimmin.

Tehostetussa palveluasumisessa, kuntoutusosastoilla ja terveyskeskusten vuodeosastoilla työnjako näyttäytyi hyvin vaihtelevana ja osittain epäselkeänä. Työtehtävät eivät välttämättä eronneet toisistaan merkittävästi koulutuksesta riippumatta. Sairaanhoidajien työtehtäviin kuului muun muassa kirjalliset työt, tilausten tekeminen, lääkärintapaamiset, huumelääkkeiden jakaminen ja suonensisäisen lääkityksen sekä verensiirtojen toteuttaminen. Sairaanhoidajilla oli usein vastuu esimerkiksi lääkehoidon kokonaisuudesta, mutta kuitenkin he osallistuivat päivittäiseen perushoittoon omien vastuualueidensa lisäksi.

Ei eroa, kaikki tekee samaa, sh kuului lisäksi paperihommat, tilaukset, lääkärin tapaamiset, ym.

Päivä- ja yövuorossa ei eroja välttämättä niinkään ollut, mutta ilta- vuoroissa lähihoitajat olivat ns. kentällä työskentelemässä ja tällöin sairaanhoidajat ottivat kokonaan vastuun lääkehoidon toteutuksesta.

Lähi- ja perushoitajien työnkuvaan kuului päivittäinen hoitotyö. Kuitenkin ilmeni, ettei useassa harjoitteluyksikössä työnjako lähi-/perushoitajien ja sairaanhoitajien välillä ollut selkeä. Muutamien vastausten mukaan työtehtävät eivät poikenneet toisistaan millään tavalla. Eräässä harjoitteluyksikössä myös lähihoitaja sai kanyloida, kun hänellä oli siihen asianmukainen lupa. Sairaanhoitaja kuitenkin toteutti kyseisessä yksikössä suonensisäisen lääkehoidon ja verensiirrot.

Lähi- ja sairaanhoitajat tekivät muuten samaa työtä, paitsi lähihoitajat eivät antaneet laskimonsisäisiä lääkityksiä tai nesteitä, vaan delegoivat ne tarvittaessa sairaanhoitajalle. Tämä oli mielestäni erittäin hyvä juttu.

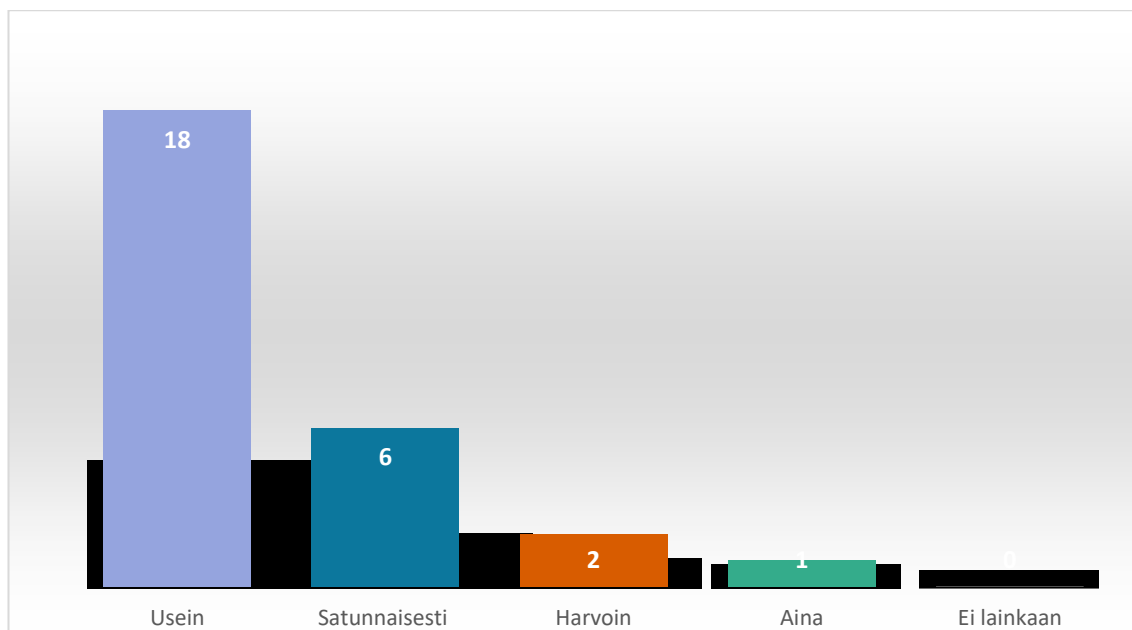
Eräässä vastauksessa lähi- ja perushoitajien työnkuva näyttäytyi myös fyysisempänä ja likaisempänä.

Sh:t teki toimistotyöt ja huumelääkkeet, lähihoitajat fyysiset ja likaiset työt.

Eräällä terveyskeskuksen-/geriatrisella vuodeosastolla fysioterapeutit vastasivat pääasiassa asiakkaan liikkumisesta ja toimintakyvyn ylläpitämisestä. Joissain terveyskeskusten-/geriatrien vuodeosastojen osastoilla eri ammattiryhmien läsnäolo ja työtehtävät erottuivat selkeinä esimerkiksi laitoshuoltajien, laboratoriohoitajien ja sairaanhoitajien välillä. Eräässä yksikössä koettiin hankalaksi yhdistää lääkärin ja osaston omat aikataulut; esimerkiksi lääkärinkierron viivästyessä hoitajien omat työt ja aikataulut kärsivät.

5.3 Hyvän vanhustyön ja asiakaslähtöisyyden ilmeneminen

Vastaajilta kysyttiin heidän näkemyksiään hoitohenkilökunnan asiakaslähtöisyyden toteuttamisesta. Suurimmassa osassa harjoittelupaikoissa henkilökunta otti opiskelijoiden mielestä asiakkaiden yksilölliset tarpeet, arvot ja tavat huomioon usein (n=18) tai satunnaisesti (n=6) (kuvio 7).



KUVIO 7. Vastaajien näkemys henkilökunnan asiakaslähtöisyyden toteutumisesta

Vastaajien mukaan asukkaiden yksilöllisiä tarpeita ja toiveita pyrittiin toteuttamaan resurssien antamien mahdollisuuksien mukaan. Toiveita ja tarpeita toteutettiin muun muassa eri apuvälineiden käytön huomioimisella ja ravitsemuksessa huomioimalla esimerkiksi toiveruoat. Kuntoutusosastolla asiakkaan iltatoimet myöhäistettiin, koska asiakkaalla oli tapana mennä myöhemmin nukkumaan. Terveyskeskuksen-/geriatriisella vuodeosastolla asiakas sai halutessaan itse pistää insuliinin oman tottumuksensa mukaan. Terveyskeskuksen-/geriatriisella vuodeosastolla sai myös vaihtaa potilashuonetta niin halutessaan, kun taas akuuttihoiton osastolla potilashuoneen vaihtaminen samansukupuoliseen huoneeseen ei onnistunut. Terveyskeskuksen-/geriatriisella vuodeosastolla kellon soittoon reagoitiin niin pian kuin pystyttiin ja saattohoidossa tehtiin kaikki mahdollinen kipujen minimoimiseksi.

Tehostetun palveluasumisen yksiköissä asiakaslähtöisyys ilmeni päivittäisissä toiminnoissa kuten pesuissa ja ravitsemuksessa. Esimerkiksi asiakkaiden hiuksia laitettiin heidän toiveidensa mukaisesti. Myös asiakkaiden hengellisyys huomioitiin. Asiakkaat pääsivät myös jossain paikassa vaikuttamaan viriketoiminnan sisältöön.

Asiakkaan hiusten laitto heidän haluamallaan tavalla, ruuan ja kahvin tarjoilu heidän mieltymystensä mukaan, virikehetket tms otettiin huomioon ja keksittiin asiakkaille heidän mieltymysten mukaisia tekemisiä.

Asiakkaita kuunneltiin, ja heidän kanssaan keskusteltiin heidän omista tuntemuksistaan ja arvoistaan. Asiakkaiden tilanteisiin paneuduttiin kokonaisvaltaisesti ja heidät kohdattiin yksilöllisesti, sekä päivittäisissä toiminnoissa heidän yksilöllisyytensä huomioitiin.

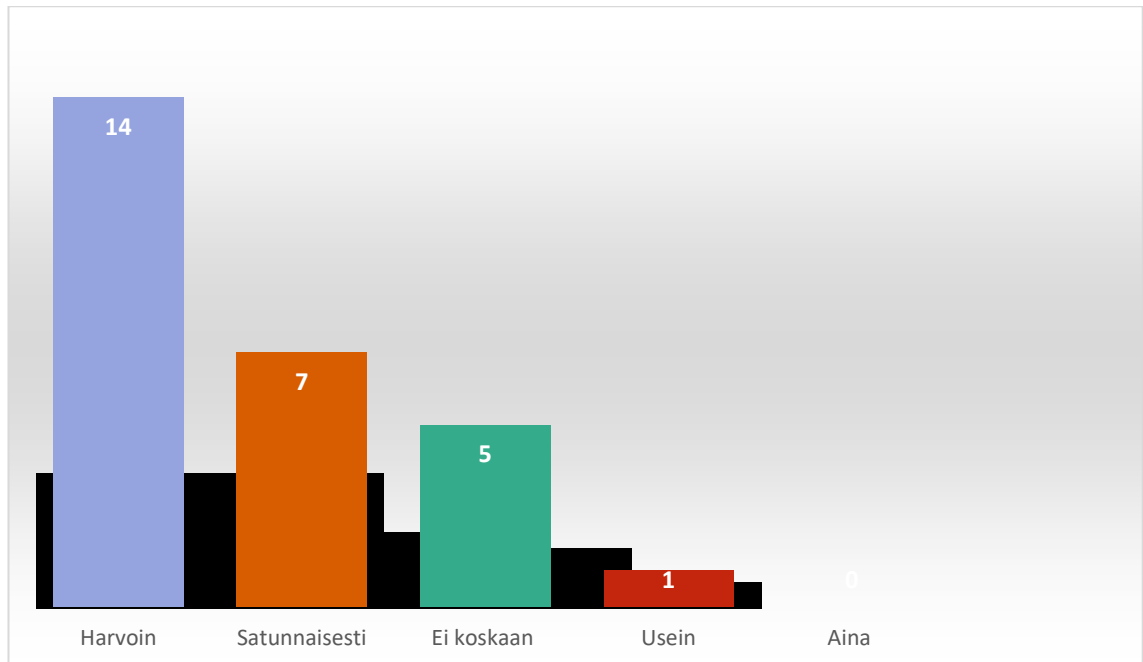
Kiireellä, niukoilla resursseilla ja mitoituksella perusteltiin sitä, miksi asiakaslähtöisyys ei aina toteutunut. Eniten tämä kävi ilmi tehostetun palveluasumisen yksiköissä.

Kiireen vuoksi tehtiin helpoimman kautta.

Tehostetussa palveluasumisessa asiakaslähtöisyyden toteutuminen riippui myös työntekijästä ja työntekijän omasta asenteesta. Joillekin hoitajille asiakaslähtöisyys oli sydämenasia. Aina itsemääräämisoikeus ei toteutunut esimerkiksi tupakkoinnin ja ruokailun suhteen. Eräällä terveystieteiden-/geriatrisella vuodeosastolla suuren asiakasmäärän vuoksi persoonallisuudeltaan vaativammat asiakkaat saattoivat joutua sivuutetuiksi, eikä heidän kaikkiin tarpeisiinsa aina ollut mahdollista vastata. Eräällä kuntoutusosastolla vaihtelevan asiakasmateriaalin vuoksi jokainen asiakas piti kohdata yksilöllisesti, eikä massana. Toisella kuntoutusosastolla vastaajan mukaan hoitajille oli tärkeämpää saada tehdä asioita oman mielensä mukaan, eikä niinkään asiakkaan tarpeiden.

Riippuu erittäin paljon hoitajasta. Jotkut ottivat hyvin yksilölliset tarpeet yms pienimmätkin toiveet huomioon, kun taas osa hoitajista oli suurpiirteisempiä ja meni ”ei sairaala ole hotelli” mentaliteetilla.

Vastaajilta kysyttiin, kuinka usein he havaitsivat epäeettistä toimintaa asiakkaita kohtaan harjoitteluyksiköissä. Noin puolet vastaajista (n=14) kertoi havainneensa harvoin epäeettistä toimintaa asiakkaita kohtaan ja neljäsosa (n=7) satunnaisesti (kuvio 8).



KUVIO 8. Vastaajien havainnot henkilökunnan epäeettisestä toiminnasta asiakkaita kohtaan

5.3.1 Työtavat

Vastaajia pyydettiin kuvaamaan, miltä henkilökunnan työtapa heille näyttäytyi. Useimmissa vastauksissa (n=15) työtapaa kuvattiin jossain määrin rutiininomaiseksi. Joidenkin vastausten mukaan rutiininomainen työtapa yhdistyi asiakaslähtöisen ja joustavan työtavan kanssa. Muutamassa vastauksessa rutiininomaista työtapaa perusteltiin kiireellä.

Rutiininomaista, välittävää mutta kiireistä.

Rutiininomaisuuden mainittiin ilmenevän tietyissä työtoiminnoissa. Asiakaslähtöisyys mainittiin myös useassa vastauksessa (n=9).

Suurin osa työyhteisöstä oli ollut tehtävissään jo pidemmän aikaa, jolloin väistämättä työtavat muotoutuvat jossain määrin rutiininomaisiksi, mutta mielestäni asiakaslähtöisyys oli kuitenkin koko ajan työssä läsnä.

Vastausten mukaan asiakaslähtöisyyttä pyrittiin toteuttamaan aikataulujen salissa.

Rutiininomaista mutta asiakaslähtöistä, henkilökunta oli hyvin ammattitaitoista ja osasi käsitellä potilaita yksilöinä, kuitenkin niin että aikatauluista pidettiin kiinni.

Asiakaslähtöinen työtapa ilmeni asiakkaiden yksilöllisenä huomioimisena, kohtaamisena, ystävällisyytenä, ja heidän kanssaan oltiin paljon vuorovaikutuksessa. Lisäksi kuntouttavaa työtettä pyrittiin toteuttamaan niin paljon kuin mahdollista. Myös joustava työtapa ilmeni useammassa vastauksessa (n=6). Joustavuutta tapahtui asiakkaan hoidollisten tarpeiden mukaan, tai henkilökunnan tarpeiden mukaan, kuten työvuorojen vaihto työntekijöiden kesken sekä pitkiin vuoroihin jääminen. Eräässä vastauksessa kerrottiin, että henkilökunta jousti kiireen niin vaatiessa. Muutamassa vastauksessa mainittiin työtapana luovuus. Myös erilaisia yksittäisiä työtapoja mainittiin, kuten motivoiva, uudenlainen, tilanteeseen soveltuva, lämmin, ja välittävä työtapa. Tuloksista ilmeni, että työtapa vaihteli työntekijöiden mukaan.

5.4 Oma suhtautuminen vanhustyötä kohtaan

Vastaajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä, miten heidän suhtautumisensa vanhustyöhön muuttui harjoittelujakson myötä. Suurin osa opiskelijoista, joilla oli jo aiempaa vanhustyön työkokemusta ilmaisi, ettei heidän suhtautumisensa vanhustyötä kohtaan muuttunut harjoittelujakson myötä. Osa vastaajista, joilla oli aiempaa vanhustyön työkokemusta, kertoi suhtautumisensa muuttuneen. Yhdessä vastauksessa suhtautuminen muuttui myönteisempään suuntaan hyvän harjoittelukokemuksen vuoksi.

Eräästä vastauksesta ilmeni, että vanhustyön harjoittelujaksolla työt painottuivat kiireiseen ja fyysiseen työhön. Vastaaja kuitenkin ilmaisi pitävänsä kiireestä ja fyysisyydestä, mutta kertoi työn tuntuneen toisaalta myös raskaalta. Sairaanhoidajan työnkuva kyseisessä yksikössä painottui toimistotyöhön, minkä vuoksi vas-

taaja ei haluaisi tehdä sairaanhoitajan työtä samaisessa yksikössä. Yhdestä vastauksesta ilmeni, että vastaaja voisi viihtyä vanhusten parissa, mutta huolta herättivät vanhustyön työyhteisöt ja työssä jaksaminen. Toinenkin vastaaja kertoi viihtyvänsä vanhustyössä, mutta koki liian vähäisten resurssien olevan esteenä vanhustyössä työskentelylle.

Pidän vanhustyöstä mutta säästetään väärässä asiassa.

Vastaajista seitsemän 12:sta, joilla ei ollut aikaisempaa hoitotyön kokemusta vanhustyöstä kertoi suhtautumisensa muuttuneen positiivisemmaksi harjoittelun myötä. Positiivisempaan suhtautumiseen vaikutti harjoitteluyksikön viihtyvyys ja tykättyminen vanhuksiin asiakasryhmänä.

Suhtautumiseni muuttui positiivisemmaksi vanhustyöstä, koska tunsin paljon myötätuntoa vanhuksia kohtaan.

Erään vastaajan mukaan psykiatrian puolella vanhusten kanssa työskentely oli ollut mukavaa, mutta vastaajalla oli kertomansa mukaan jo entuudestaan positiivinen asenne vanhustyötä kohtaan. Muutaman vastaajan mukaan heidän ennakkoodotuksensa vanhustyöstä muuttuivat harjoittelujakson myötä positiivisempaan suuntaan. Positiiviseen muutokseen vaikutti vanhustyön työnkuvan selkiytyminen. Erään vastaajan mukaan vanhustyöhön suhtautumisen muutokseen vaikutti, kun asiakkaat tulivat tutuiksi.

Olin aiemmin ajatellut, että en ikinä haluaisi olla vastaavassa paikassa töissä, mutta harjoittelukokemus paljasti työn todellisuuden olevan luuloistani poikkeava. Vaikka työ oli omalla tavallaan raskasta, se oli myös toisinaan hyvin palkitsevaa. Työhön vaikutti myös se, että osa potilaista tuli tutuiksi ja sen myötä myös heihin suhtautui eri tavalla.

Toinen vastaaja kertoi omien ennakkoluulojensa vanhustyötä kohtaan muuttuneen myönteisempään suuntaan, mutta ilmaisi työilmapiirin olleen harjoitteluyksikössä huono.

Itse vanhustyö ei ollut niin paha mitä odotin, mutta työpaikalla oli huono työilmapiiri.

Kaksi kolmasosaa (n=19) vastaajista kertoi, että he voisivat työskennellä tulevaisuudessa kyseisessä harjoitteluyksikössä jossain määrin. Heistä kolmasosa (n=8) ilmaisi, että he voisivat tehdä työtä lyhytaikaisesti tai keikkalaisena. Perusteluna lyhytaikaiselle työskentelylle oli työkokemuksen kartuttaminen. Eräs vastaaja kertoi, että voisi mahdollisesti työskennellä kyseisessä yksikössä, mutta mieluummin lähihoitajana.

Ehkä, mutta mieluummin lähihoitajana.

Muita perusteluita lyhytaikaiselle työskentelylle olivat työyksikön tuttuus ja mukava työ. Kuitenkin erään vastaajan mukaan työn kuormittavuuden vuoksi työtä ei jaksaisi tehdä pidempiaikaisesti.

Kyllä, mutta lyhytaikaisesti. Paikka on nyt tuttu ja työ oli ihan mukavaa, mutta pidempää aikaa en jaksaisi.

Lisäksi perusteluna lyhytaikaiseen työskentelyyn vaikutti, ettei vanhustyö ollut oma kiinnostuksenkohde ja työyksikössä vallitsi huono ilmapiiri.

Vastaajien mukaan erilaisia syitä harjoitteluyksikön vetovoimaisuuteen olivat mukava työilmapiiri, ystävälliset ja auttavat työkaverit, työtehtävien monipuolisuus ja se, että jokainen päivä oli erilainen. Lisäksi vetovoimaisuuden syyksi mainittiin toimiva työyhteisö.

Kyllä voisin, koska mielikuvani vuodeosastotyön kuormittavuudesta osoittautuivat harjoittelun myötä osittain liioitelluiksi ja työ oli myös monipuolisempaa kuin olin kuvitellut. Työpaikan ilmapiiri oli myös hyvä, mikä on mielestäni merkittävää.

Eräs terveyskeskuksen-/geriatrisella vuodeosastolla harjoittelussa ollut vastaaja ilmaisi, että työ oli luonteeltaan helppoa perushoitotyötä ja asiakkaiden vaihtuvuuden vuoksi työhön ei ehtinyt kyllästyä. Toinen vastaaja taas ilmaisi, että voisi

työskennellä tulevaisuudessa myös vanhustenkin parissa, mutta toivoisi työskentelevänsä vaihtelevamman tai monipuolisemman asiakasryhmän kanssa. Muutamassa vastauksessa tuli esille, että harjoittelukokemus oli vahvistanut omaa tunnetta siitä, ettei tulevaisuudessa halua suunnata vanhustyöhön.

Kahdeksan vastaajaa ilmaisi, ettei voisi tulevaisuudessa ajatella työskentelevänsä kyseisessä työyksikössä. Vastaajien mukaan erilaisia syitä tähän olivat yksikön huono työilmapiiri, työn kuormittavuus ja esimiehen reagoimattomuus siihen. Syitä olivat vastaajien mukaan lisäksi haasteiden puute, työnkuvan ja työaikojen epämiellyttävyys. Lisäksi koettiin, ettei vanhustyö itsessään ole se erikoisala, johon haluaisi suuntautua.

En. Työpaikan ilmapiiri oli niin epäasiallinen, eikä vanhustyö ole muutenkaan se, mitä haluan tehdä.

Eräs vastaaja ilmaisi, ettei voisi työskennellä kyseisessä harjoitteluyksikössä, koska asiakkaiden kohtaamiseen ei ollut riittävästi aikaa.

En ikinä voisi tehdä vakituisesti työtä, jossa en kerkeä kunnolla kohdataamaan asiakkaita.

Vanhustyön vetovoimaisuuteen vaikuttavista tekijöistä kysyttäessä vastaajat kertoivat erilaisia asioita. Näitä olivat: hyvä työyhteisö, saatavilla olevat resurssit, työn kuormittavuus, median ja hoitoalan keskuudessa vallitsevat asenteet, esimiestyön laatu, palkkaus, työn vaatavuus ja työn arvostus. Työyhteisöön liittyviä positiivisia vetovoimaisuuteen vaikuttavia asioita olivat työyhteisön tiiviys ja toimivuus. Lisäksi työyksikön ilmapiirillä oli suuri merkitys.

Työyhteisö ja työilmapiiri, niiden täytyy olla kunnossa, jotta vanhustyötä jaksaa tehdä.

Vastaajien mukaan vanhustyön vetovoimaisuuteen vaikuttaa työn määrän ja työn laadun yhteensovittamisen haastavuus.

Hoitajien määrä ainakin, vanhustyössä tarvitaan aikaa, mutta liian vähällä hoitajamäärällä työ on vain rasittavaa.

Vastaajien mukaan vanhustyössä tulevat vastaan myös työn fyysinen ja psyykinen kuormitus. Näihin vaikuttavat vastaajien mukaan puutteelliset resurssit, niukat henkilöstömitoitukset ja kiire. Muutaman vastaajan mukaan esimerkiksi mahdollisuus eettiseen ja laadukkaaseen hoitotyöhön estyy. Erään vastaajan mukaan hoitoalalla vallitsee negatiivisia ennakoasenteita vanhustyötä kohtaan ja työn arvostuksen määrä on vähäistä.

Yleinen asenne hoitoalan keskuudessa tuntuu olevan, että vanhustyössä ovat ne jotka eivät ole muualle päässeet. Sekä myös, että jos potilaana on vanhus esim sairaalassa se on siellä potilaana siksi koska sitä ei olla osattu sijoittaa oikeaan paikkaan tai oikealle osastolle.

Vastaajien mukaan vähäinen arvostus itse vanhuksia kohtaan vaikuttaa alan vetovoimaisuuteen ja vanhuksia ei yhteiskunnassa nähdä yksilöinä. Lisäksi median luomat mielikuvat ja uutisointi heikentävät vanhustyön arvostusta. Vastaajien mielestä laadukas esimiestyö on myös tärkeä vetovoimaisuustekijä. Muutaman vastaajan mukaan myös huonolla palkkauksella on vaikutusta. Vanhustyön nähdään myös olevan vaativaa ja työtaakka koetaan kohtuuttomaksi. Vetovoimaisuuteen muita yksittäisiä vaikuttavia tekijöitä vastaajien mukaan ovat työvuoro-suunnittelun laatu, vanhusten kunto sekä hoitohenkilökunnan motivoituneisuus juuri vanhustyötä kohtaan.

Tarpeeksi hoitajia jotka motivoituneita työskentelemään ja heitä kiinnostaa vanhusten olot, hyvä esimies.

Eräs vastaaja kertoi pitävänsä vanhuksista, mutta olevansa huolissaan työyhteisöistä ja työssä jaksamisesta.

Vanhukset ovat ihania, mutta työyhteisöt ja jaksaminen huolestuttavat.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa ensimmäisestä ohjatusta harjoittelusta palanneiden sairaanhoitajaopiskelijoiden näkemyksiä vanhustyön työyhteisöistä. Lisäksi tavoitteena oli tuoda esiin sairaanhoitajaopiskelijoiden näkökulmia vanhustyön vetovoimaisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Olemme käyttäneet opinnäytetyössä vanhustyön asiakkaista yhteneväisyyden ja tulosten analysoinnin selkeyttämiseksi nimeä ”asiakas” riippumatta siitä, onko asiakas ollut potilaan, asukkaan, tai asiakkaan asemassa. Valtaosa vastaajista oli harjoittelujaksolla jossakin tehostetun palveluasumisen-, tai terveyskeskuksen/geriatrisen vuodeosaston yksikössä.

6.1.1 Työilmapiiri hyvän työyhteisön ilmentäjänä

Tuloksissa ”hyvä työilmapiiri” tai ”huono työilmapiiri” toistuivat eri kysymysten vastauksissa. Tämä osoittaa, että kun tarkastellaan sairaanhoitajaopiskelijoiden kiinnostusta vanhustyötä kohtaan, on syytä kiinnittää huomiota myös työilmapiirin merkitykseen. Santalan ja Sorvaniemen (2015, 36) opinnäytetyön mukaan sairaanhoitajaopiskelijoiden mielestä tärkein tekijä työpaikan valinnassa on työilmapiiri ja sen jälkeen tulee työn sisältö.

Sairaanhoitajaopiskelijoiden suhtautumista vanhustyöhön on tutkittu jo vuosia sitten. Saman aiheen äärellä oli Hautalan (2008) tutkimuksen mukaan aikoinaan jo Snape (1986), joka tutki sairaanhoitajaopiskelijoiden suhtautumista vanhusten hoitotyötä kohtaan. Tutkimuksen mukaan työyhteisöjen ilmapiireillä saattoi olla vaikutusta opiskelijoiden asenteisiin myös ikäihmisiä kohtaan. (Hautala 2008, 7.) Sälevän (2017) tutkimuksen mukaan työryhmän ilmapiiri koostuu työn ilosta, valitsevasta ilmapiiristä ja työryhmässä tehtävästä yhteistyöstä. Ilmapiiriin tulee ongelmia, mikäli avoin vuorovaikutus ei onnistu, ajatellaan negatiivisesti, tai ilmenee luottamuspulaa johdon ja työntekijöiden välillä. (Sälevä 2017, 16, 24.)

Tulosten mukaan hyvän työyhteisön piirteet ilmenivät opiskelijoille keskinäisenä avunantamisena ja -saamisena. Huumoria pidettiin myös tärkeänä. Asioista puhuttiin avoimesti ja opiskelijoille oltiin ystävällisiä sekä heitä kohdeltiin tasavertaisina työyhteisön jäseninä. Muita työntekijöitä kunnioitettiin ja luotettiin toisten työtappoihin. Ilmapiiiri oli positiivinen ja yksikössä vallitsi hyvä ”me-henki”. Öhmanin, Keisun ja Enbergin (2017) tutkimuksen mukaan vanhustyössä työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten mielestä työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ovat hyvin toimiva työyhteisö ja yhteistyö, laadukas esimiestyö, urakehitysmahdollisuudet, ja kiinnostavat työtehtävät. Sivosen (2014) tutkimuksessa sairaanhoitajaopiskelijoiden mielestä hyvässä työyhteisössä kaikki työntekijät otetaan mukaan, työntekijät ovat työhönsä motivoituneita ja työkavereilta pystyy helposti kysymään apua. Huumori ja rento ilmapiiiri kuuluvat myös hyvän työyhteisön piirteisiin. Lisäksi työkavereilta saadun tuen sekä keskinäisen palautteen antamisen ja saamisen ajatellaan olevan hyvän työyhteisön tärkeitä piirteitä. (Sivonen 2014, 26.) Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajaopiskelijoiden vastauksista ilmeni, että hyvän työyhteisön piirteisiin kuuluu, että työntekijät ovat kiinnostuneita toisistaan myös työn ulkopuolella. Sivosen (2014, 27) tutkimuksessa opiskelijoiden näkemysten mukaan niillä työkavereilla, jotka ovat työn ulkopuolellakin ystäviä, on luottamuksellisempi suhde, mikä heijastuu myös työhön.

6.1.2 Työn sisältö ja työnjaot

Tulosten mukaan vanhustyön työn sisältö tai vanhustyön sairaanhoitajan työnkuva eivät houkuttele sairaanhoitajaopiskelijoita. Yksittäisessä vastauksessa yksikön sairaanhoitajan työ painottui toimistotyöhön, mutta muiden vastausten mukaan vanhustyön työnkuva painottui pitkälti perushoittoon koulutuksesta riippumatta. Kaarlelan (2013, 18) tutkimuksen mukaan sairaanhoitaja osallistuu vanhustyössä perushoittoon omien erityistehtäviensä lisäksi. Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajaopiskelijat toivat vastauksissaan esiin, että työnjako vanhustyön yksiköissä oli vaihtelevaa ja osittain myös epäselkeää. Työtehtävissä ei välttämättä ollut merkittäviä eroja, vaikka koulutustaustat poikkesivat toisistaan. Kuitenkin sairaanhoitajilla näytti olevan kokonaisvaltaisesti isompi vastuu vanhustyön työyksiköissä; sen lisäksi että heidän työnkuvansa oli pääosin yhteneväinen lähi- ja perushoitajien työnkuvan kanssa. Kaarlelan (2013) tutkimuksen mukaan aikaisemmin vanhustyön sairaanhoitajien työnkuva on keskittynyt asiakkaiden lääkehoitoon, voinnin seurantaan ja akuuttitilanteiden hoitoon. Nykyään vanhustyössä suurin osa sairaanhoitajien ajasta menee perushoittoon, eikä sairaanhoitajan tehtäville jää työvuorossa aikaa, jolloin töitä joutuu jäädä tekemään työajan jälkeen, tai siirtämään ne seuraavaan työvuoroon. (Kaarlela 2013, 28-29.)

Pohdimme, että ensimmäisen harjoittelun painottuessa usein perushoidossa harjaantumiseen sairaanhoitajaopiskelijoille saattaa jäädä vähän epäselväksi yksikön sairaanhoitajan työnkuva. Sairanhoitajaopiskelijan työnkuva vanhustyön harjoitteluyksiköissä vastaakin enemmän lähi- ja perushoitajien työnkuvaa vanhustyön harjoittelun sijoituessa opintojen alkuvaiheeseen. Hurmeen (2013, 43) tutkimuksen mukaan kansainvälisessä sairaanhoitajakoulutuksessa opiskelevat sairaanhoitajaopiskelijat toivat myös ilmi, ettei sairaanhoitajan työ eronnut kovin paljon lähihoitajan työstä ensimmäisellä harjoittelujaksolla.

Tässä tutkimuksessa opiskelijoiden vastauksista myös ilmeni, ettei vanhustyötä pidetä tarpeeksi haastavana. Kaarlelan (2013, 28) mukaan vanhustyön sairaanhoitajien mielestä vanhusten hoidon harjoittelujaksojen sijoituessa opintojen alkuvaiheeseen hoitotyön teoreettiset opinnot ovat vasta alussa, eikä osaamista vanhusten terveydentilan kokonaisvaltaiseen arviointiin vielä ole.

Omien kokemustemme myötä olemme huomanneet, ettei sairaanhoitajaopiskelija välttämättä pääse vanhustyön harjoittelujaksolla sellaisiin oppimistilanteisiin mukaan, jossa selviäisi laajemmin sairaanhoitajan vastuutehtävät yksikössä. Käytännössä saattaa myös olla, ettei sairaanhoitajaopiskelijoilla ole lainkaan sairaanhoitajaohjaajaa harjoittelujaksolla. Kaarlelan (2013) tutkimuksen mukaan vanhusten laitousyksikön sairaanhoitaja toimii vuorovastaavana ja hoitotyön kokonaisvastuu on hänellä. Asiakkaiden voinnin arviointi ja sairaanhoidon määrittely kuuluvat hänelle, samoin kuin hoito-ohjeiden antaminen asiakkaille ja muulle työryhmälle. Lisäksi lääkehoidon toteuttaminen, lääkehoidon seuranta, lääketilaukset ja omaisyhteistyö kuuluvat sairaanhoitajan vastuulle. (Kaarlela 2013, 16.) Tämä osoittaa, että vanhustyön sairaanhoitajan vastuu on suuri ja vaatii paljon osaamista.

Kaarlelan (2013, 34) tutkimuksen mukaan palvelujärjestelmän muutokset ovat vähentäneet sairaanhoitajien määrää vanhustyön työyksiköissä, eikä sairaanhoitajaa ole joissain vuoroissa lainkaan. Omien kokemustemme mukaan vanhustyön yksiköissä saattaa usein työskennellä vain yksi sairaanhoitaja. Joissain isommissa yksiköissä sairaanhoitaja myös päivystää usealla eri osastolla oman osastonsa työn lisäksi. Mielestämme sairaanhoitajan työmäärä ja vastualueet voivat toisinaan olla kohtuuttoman suuret. Myös Hätälän (2015, 41) mukaan sairaanhoitajien vastuu usein monellakin osastolla samanaikaisesti voi vähentää vanhustyön vetovoimaa vastuun kasvaessa liian suureksi.

6.1.3 Työpaikkakiusaaminen

Tuloksista ilmeni, että suurin osa opiskelijoista havaitsi jonkinasteista työpaikkakiusaamista harjoittelujaksojensa aikana. Suurin osa opiskelijoista kertoi havainneensa hoitohenkilökunnan kesken tapahtuvaa selän takana puhumista. Samansuuntaisia tuloksia ovat raportoineet myös Teuho, Roto, Sulonen, Vikberg-Aaltonen ja Sankelo (2017): opiskelijat kertoivat hoitohenkilökunnan puhuneen selän takana pahaa kollegoistaan, mutta myös opiskelijoista puhuttiin selän takana. Sivosen (2014) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajaopiskelijoiden mielestä työyhteisön sisäinen luottamus on tärkeää, koska työskentely on ryhmätyötä, ja kollegoilta joudutaan usein pyytämään apua. Opiskelijoiden mielestä keskinäiseen

luottamukseen myös kuuluu, ettei työkavereista puhuta negatiiviseen sävyyn. (Sivonen 2014, 27, 29) Kaarlelan (2013, 36) tutkimuksen mukaan vanhustyössä työskentelevien sairaanhoitajien mielestä huhupuheet ja niiden levittäminen heikentävät työtyytyväisyyttä.

Tulosten mukaan sairaanhoitajaopiskelijat joutuivat harjoitteluyksiköissä kohtamaan myös vähättelyä ja epäasiallista kohtelua henkilökunnan taholta. Sairaanhoitajaliiton (2019) opiskelijakyselyssä runsas kolmannes vastaajista kertoi kokeneensa epäasiallista käytöstä harjoittelujaksojensa aikana. Sivosen (2014, 40) tutkimuksessa sairaanhoitajaopiskelijat kokivat, että ensimmäisillä harjoittelujaksoilla heitä oli käytetty työvoimana työyhteisöissä, mikä on vastoin harjoittelun tavoitteita tai heidän omaa tahtoaan. Stoltin (2011) tutkimuksen mukaan opiskelijan ja harjoitteluohjaajan välisellä ohjaussuhteella on suuri merkitys opiskelijan ammatillisen kasvun ja itsetunnon kehittymisen kannalta. Opiskelijat näkivät hyvänä, että ohjaaja toimi opiskelijalle enemmänkin työparina, eikä käyttänyt asemaansa väärin. Sairaanhoitajaopiskelijoiden suuntautumisvaihtoehdon valintaan vaikuttivat myönteiset kokemukset ja onnistumiset harjoittelujaksojen aikana. (Stolt 2011, 56, 58, 74-75.)

Dawsin, McBreartyn ja Bellin (2020) tutkimukseen osallistuneista jokainen uraansa aloittava sairaanhoitaja raportoi jonkinasteisesta työpaikkakiusaamisesta tai epäasiallisesta kohtelusta. Tämän koettiin olleen yksi merkittävimmistä esteistä oman ammatillisen kasvun ja -itsetunnon kehittymiselle. Sairaanhoitajat havaitsivat paljon negatiivista ja alentavaa käyttäytymistä muiden hoitajien taholta, mutta kokivat itsensä voimattomiksi asian kanssa. Osa hoitajista raportoi kiusaamisesta eteenpäin, mutta johdon reagointia ei koettu riittäväksi. (Daws, McBrearty & Bell 2020.) Flinkmanin, Leino-Kilven ja Salanterän (2014) mukaan vastavalmistuneen sairaanhoitajan sitoutumiseen uuteen ammattiin ja työpaikkaan auttavat kokeneiden kollegoiden ja esimiesten antama tuki sekä heidän toimimisensa positiivisina roolimalleina. Negatiiviset roolimallit puolestaan vaikeuttavat tätä sitoutumista. Vastavalmistunut saattaa nähdä työssään sellaisia kollegoita, jotka suhtautuvat työhönsä kyynisesti ja ovat menettäneet innostuksensa siihen niin, että laadukas potilashoito jää saavuttamatta. Siirtymävaiheessa opis-

kelijasta ammattilaiseksi tarvitsee vastavalmistunut hoitaja ymmärtävän esimiehen sekä kokeneempien kollegoidensa tukea. (Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä 2014, 51-52.)

Tulosten mukaan opiskelijat havaitsivat harjoittelujakson aikana myös eri ammattiryhmien välistä negatiivista suhtautumista. Eniten tällaista ilmeni lähi- ja perushoitajien suhtautumisessa sairaanhoitajia kohtaan. Opiskelijoiden havaintojen mukaan sairaanhoitajan työpanosta ei pidetty riittävänä verrattuna muiden hoitajien työpanokseen. Pohdimme, että sairaanhoitajan työ ja työn tulokset saattavat jäädä näkymättömiksi muulle henkilökunnalle. Asiaa voisi auttaa, jos kaikilla yksikön työntekijöillä olisi selkeä kuva siitä, mitä kenenkin omaan vastuu- ja tehtäväalueeseen kuuluu. Omien kokemustemme mukaan olemme havainneet, että kiireen ja tiukkojen henkilöstöresurssien keskellä sairaanhoitajan ”katoaminen vahvuudesta” saattaa aiheuttaa muissa hoitajissa tyytymättömyyttä ja tunnetta työkuorman kasvamisesta. Tämä taas voi vaikuttaa eri ammattiryhmien väliseen kollegiaalisuuteen ja heikentää sitä kautta työyksikön ilmapiiriä.

6.1.4 Vanhustyön kuormittavuus

Tulosten mukaan sairaanhoitajaopiskelijat kokivat vanhustyön fyysisesti kuormittavaksi satunnaisesti ja arvioivat henkilökunnan kokeneen työn fyysisesti kuormittavaksi usein. Tämä osoittaa, että vanhustyössä työskentely näyttäytyy opiskelijoille fyysisesti raskaana. Kröger ym. (2018) mukaan 79-80% laitoshoidon työntekijöistä kertoo päivittäin joutuvansa työskentelemään hankalissa asennoissa ja nostelemaan tai siirtelemään painavia ihmisiä. Pohjoismaisessa vertailussa Suomessa on vähiten käytössä apuvälineitä fyysisesti raskaisiin työtehtäviin. (Kröger ym. 2018, 37-38.) Omassa työssämme olemme havainneet, että erilaisten apuvälineiden, kuten nostureiden käyttöön saattaa kulua enemmän aikaa, minkä vuoksi niitä ei kiireessä aina käytetä. Laitoshoidon työntekijöistä jopa 43% kertoo kärsivänsä usein toistuvista selkäkivuista (Kröger ym. 2018, 55). Hätälän (2015, 39) opinnäytetyön mukaan ne vanhustyön työpaikat, joissa ergonomiaan ja apuvälineisiin on satsattu, ovat myös vetovoimaisempia työpaikkoja.

Opiskelijoille vanhustyö ei siis näyttäytynyt yhtä kuormittavana kuin hoitohenkilökunnalle. Eroja opiskelijoiden ja henkilökunnan välillä selittänee, että opiskelijat ovat harjoitteluyksikössä pääsääntöisesti oppimassa, opiskelijoita ei lasketa mukaan henkilöstömitoitukseen, eikä harjoittelujakso kestä kovin montaa viikkoa. Opiskelijat toimivat harjoitteluyksiköissä ”lisäkäsinä”. Osa sairaanhoitajaopiskelijoista ilmaisi, että he voisivat lyhytaikaisesti tai keikkalaisina työskennellä omassa harjoitteluyksikössä. Lyhytaikaista työskentelyä perusteltiin työkokemuksen kartuttamisella. Vastauksista ilmeni, että vanhustyön raskauden vuoksi sitä ei jaksaisi pidempiaikaisesti tehdä.

Sairaanhoitajaopiskelijat kokivat työn psyykkisesti kuormittavaksi satunnaisesti. Opiskelijat arvioivat myös henkilökunnan kokeneen työn psyykkisesti kuormittavaksi satunnaisesti. Opiskelijoiden vastausten mukaan vanhustyössä asiakkaiden kohtaamiseen ei ollut riittävästi aikaa. Lisäksi työn määrän ja työn laadun yhteensovittamisessa nähtiin haasteita. Sälevän (2017) tutkimuksen mukaan mielekkäässä työssä työtehtäviä ei ole liikaa ja työllä on selkeä tavoite. Mielekkäässä työssä työ on sujuvaa; asiat etenevät ja töitä on mahdollista tehdä riittävän hyvin ilman kiirettä ja paineita. (Sälevä 2017, 17.)

6.1.5 Työturvallisuus vanhustyössä

Tulosten mukaan sairaanhoitajaopiskelijat kertoivat väkivallan uhan määrän vaihdelleen harjoitteluyksiköissä ja muutama kertoi kokeneensa väkivallan uhkaa myös jatkuvasti. Tämä osoittaa, että väkivallan uhkaa esiintyy vanhustyössä vaihtelevasti, mutta on siellä kuitenkin tavallista. Tulosten mukaan lääkepoikkeamista tehtiin lähes poikkeuksetta HaiPro-ilmoitus, mutta väkivaltatilanteisiin ei aina reagoitu millään tavalla. Myös Rytkösen (2018) tutkimuksen tulokset hoivatyöntekijöiden kokemuksista uhkatilanteista ja niihin liittyvistä toimintatavoista olivat samankaltaisia: uhkatilanteista tehtiin HaiPro-ilmoituksia ja niistä viestitettiin eteenpäin, mutta joissain yksiköissä asioihin ei reagoitu. Joissain yksiköissä uhka- tai väkivaltatilanteita myös vähäteltiin. (Rytkönen 2018, 108-109.) Tulokset osoittavat, että uhka- tai väkivaltatilanteiden käsittelyssä on vaihtelevuutta ja myös kehittämisen varaa. Näyttää myös siltä, että henkilökuntaan kohdistuvia haittatapahtumia ei pidetä niin merkityksellisinä, kuin asiakkaisiin kohdistuvia.

Mielestämme asiaan pitäisi suhtautua vakavammin. Vastauksista ilmeni, että psykiatrian puolella turvatoimiin on satsattu. Reimanin (2017) tutkimuksessa selvitettiin suomalaisten hoitotyöntekijöiden kokemia väkivaltatilanteita perusterveydenhuollossa. Suurin osa väkivaltatilanteista tapahtuu vanhustenhuollossa (79%), kehitysvammahuollossa (13%), psykiatrian puolella (7%) ja päivystyksessä (1%). (Reiman 2017, 20.) Lukemat ovat mielestämme yllättäviä ja osoittavat, että jotain pitäisi tehdä turvallisuuden parantamiseksi myös vanhustyössä.

Tulosten perusteella opiskelijoita ei ohjeistettu, miten toimia uhkaavissa tilanteissa. Rytkösen (2018, 109) tutkimuksessa kolmasosa haastatelluista hoivatyön hoitajista kertoi, ettei työnantaja ollut ohjeistanut, miten uhkaavissa tilanteissa tulee toimia. Reimanin (2017) tutkimuksessa vaaratilanteiden ehkäisemiseen hoitohenkilökunta ehdotti muun muassa henkilökunnan lisäämistä. Jotkut myös näkivät, ettei vaaratilanteita pysty aina etukäteen ennustamaan. Myös hoitajien omaa työtä ja työnjakoa ehdotettiin parannettavaksi. Vaaratapahtumia ajateltiin myös mahdollisesti estävän, jos asiakkaan annettaisiin nukkua pidempään. (Reiman 2017, 37.) Tämä osoittaa, että asiakaslähtöisellä hoidolla voitaisiin estää myös erilaisia vaara- tai väkivaltatilanteita. Teoriaosuuden pohjalta voidaan myös päätellä, että liian niukka henkilöstömitoitus ja kiire muistisairaiden kanssa työskennellessä lisäävät väkivaltatilanteiden riskiä vanhustyössä.

Sairaanhoitajaopiskelijat kertoivat vastauksissaan erilaisista työturvallisuuteen liittyvistä haasteista. Näitä olivat muun muassa epäkohdat ergonomiassa, työvuorosunnittelussa, hygieniassa, aseptiikassa ja jalkineissa. Tulosten mukaan tiedonkulun heikkous oli yksi työturvallisuuteen vaikuttava tekijä. Omassa työssämmme sijaisina olemme havainneet, ettei tieto esimerkiksi ole aina kulkenut, jos jollain asiakkaalla on ollut taipumusta käyttäytyä aggressiivisesti henkilökuntaa kohtaan. Hiltunen (2017) tutki työturvallisuusjohtamista osastonhoitajien työssä ja tutkimuksen mukaan työyhteisö ja siellä tapahtuva yhteistyö ovat tärkeitä tekijöitä työturvallisuuden toteutumiseksi. Työ on tiimityötä ja asioista tulisi keskustella avoimesti. (Hiltunen 2017, 38-39.)

6.1.6 Esimiestyön näkymättömyys

Tulosten mukaan esimiestyö ei paljoo näyttäytynyt sairaanhoitajaopiskelijoille. Esimiestyö näyttäytyi pääasiassa työvuorolistojen laatimisena, yksikön toiminnan kokonaisvaltaisena organisointina ja sijaisten hankkimisena. Osalle yksikön esimiehen tehtäväkuva ei oikein selvinnyt, esimiestä ei paljoo näkynyt, tai ei näkynyt lainkaan. Tästä voidaan päätellä, että sairaanhoitajaopiskelijat eivät ole saaneet mahdollisuutta luoda erityistä suhdetta yksikön esimieheen. Sivosen (2014, 27) tutkimuksessa sairaanhoitajaopiskelijat pitivät luottamussuhdetta osastonhoitajaan tärkeänä sairaalaympäristössä; ilman luottamusta osastohoitajalle ei uskalleta edes puhua. Tämän opinnäytetyön tuloksista ilmeni, ettei esimies aina reagoi työntekijöiden välisiin ristiriitatilanteisiin tai työntekijöiden huoliin. Aiemmassa tutkimuksessa opiskelijat ovat kuvanneet harjoitteluyksikön esimiehen toimintaa välinpitämättömäksi (Teuvo ym. 2017). Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella esimiestyöstä ei muodostunut sairaanhoitajaopiskelijoille realistista kuvaa ja itse esimies näyttäytyi etäisenä.

6.1.7 Vanhustyön asiakaslähtöisyys ja eettisyys

Suhonen, Charalambous, Stolt, Katajisto & Puro (2012) tutkivat hoitotyöntekijöiden työtyytyväisyyden ja asiakaslähtöisen hoidon toteutumisen yhteyttä eri hoitoyksiköissä. Työtyytyväisyys oli tutkimuksen mukaan yhteydessä asiakaslähtöisyyden toteutumiseen. (Suhonen, Charalambous, Stolt, Katajisto & Puro 2012.) Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan vanhustyön yksiköissä vallitsivat pääosin rutiininomaiset työtavat. Asiakaslähtöistä työtapaa pyrittiin toteuttamaan, mutta resurssien sanellessa asiakaslähtöinen työskentely ei aina toteutunut. Myös hoitajien henkilökohtaisilla asenteilla ja asennoitumisella koettiin olleen merkitystä. Pohjoismaisessa vertailussa Suomessa hoitotyöntekijät ovat kriittisempiä annettun hoidon yksilöllisyyden suhteen. Suomessa vain 25% hoitajista on sitä mieltä, että hoitoa voidaan toteuttaa asiakkaiden yksilöllisten toiveiden mukaan, kun vastaava luku Ruotsissa on 52%. (Kröger ym. 2018, 43-44.)

Tuloksista ilmeni, että opiskelijat havaitsivat harvoin tai satunnaisesti epäeettistä toimintaa asiakkaita kohtaan. Pohdimme jälkepäin, että kysymyksellä olisi voinut saada enemmän saada irti, jos kysymys olisi ollut avoin. Epäeettinen toiminta

kuitenkin riippuu henkilön omista arvoista ja asenteista sekä mahdollisten eettisten ongelmakohtien tiedostamisesta ja havaitsemisesta. Kanin & Pohjolan (2012, 304-305) mukaan käytännön vanhustyössä, ja varsinkin kiireen vallitessa eettinen pohdinta voi unohtua. Pohdimme, että epäeettisen kohtelun ollessa myös subjektiivinen kokemus, voisi siitä olla hyvä keskustella työyhteisöissä yhteisesti, koska työ on vahvasti myös tiimi- ja parityöskentelyä.

6.1.8 Oma suhtautuminen ja vanhustyön vetovoimaisuus

Enemmistö opiskelijoista, joilla oli aiempaa vanhustyön työkokemusta ennen harjoittelua, kertoi ettei heidän suhtautumisensa vanhustyötä kohtaan muuttunut harjoittelujakson myötä. Suurin osa opiskelijoista, joilla ei ollut aikaisempaa kokemusta vanhustyöstä, kertoi suhtautumisensa muuttuneen positiivisemmaksi. Positiiviseen muutokseen vaikuttava asia oli esimerkiksi tykästyminen vanhuksiin asiakasryhmänä. Myös hyvällä harjoittelukokemuksella oli merkitystä. Myös Carlson ja Idwall (2015) tutkivat opiskelijoiden kiinnostusta työskennellä vanhusten parissa ensimmäisen harjoittelun jälkeen. Opiskelijoilla ei siis ollut vertailukohtaa muihin harjoittelupaikkoihin. Yli puolet opiskelijoista kertoivat jakson päätyttyä olevansa innokas työskentelemään vanhustyössä. Syyksi kuitenkin arveltiin, että kun opiskelijat pääsivät ensimmäistä kertaa tekemään varsinaista käytännön hoitotyötä, se lisäsi heidän innokkuuttaan; sen sijaan että he olisivat olleet nimenomaan kiinnostuneita vanhustyöstä. (Carlson & Idwall 2015.)

Pohdimme, että eri ammattikorkeakoulujen opintojen eroavaisuuksilla on paljon vaikutusta opiskelijoiden oppimiskokemuksiin- ja mahdollisuuksiin. Omien kokemustemme mukaan myös gerontologisen hoitotyön opintojakson sijoittuminen vanhustyön harjoittelun kanssa on aiheuttanut ristiriitaisia ajatuksia. Esimerkiksi muistisairaahan kohtaamisen erityispiirteet kuuluvat olennaisesti vanhustyön osaamiseen, mutta varsinainen tähän liittyvä opintojakso tulee vasta myöhemmin opinnoissa. Teoria ja käytännön harjoittelu eivät tässä tapauksessa kohtaa.

Salinin, Hautsalon, Vännin, Seitsamon ja Yli-Koiviston (2020) tutkimuksessa selvitettiin sairaanhoitajaopiskelijoiden asennoitumista ikäihmisiä kohtaan ja heidän ajatuksiaan gerontologisen hoitotyön opintojaksosta. Tulosten mukaan opiskelijoiden suhtautuminen ikäihmisiä kohtaan oli pääasiassa positiivista. Opiskelijat

toivoivat gerontologisen hoitotyön opintojaksoon enemmän opetusta haastavista vuorovaikutustilanteista asiakkaiden kanssa, jotka kärsivät muun muassa muisti-sairauksista, mielenterveyden häiriöistä, päihdeongelmista tai käyttäytyivät aggressiivisesti. Toivottiin myös lisää opetusta seksuaaliterveydestä ja seksuaalivähemmistöistä. Opiskelijat toivoivat myös enemmän teoriaa ikäihmisten hoidon erityispiirteistä, esimerkiksi lääkehoidosta ja ikääntymiseen liittyvistä sairauksista. Lisäksi kaivattiin lisää opetusta stressinhallinnasta, ergonomiasta ja potilassiirroista. Opiskelijat toivoivat lisää moniammatillista opetusta muiden ammattialojen opiskelijoiden kanssa, kuten sosiaalialan- ja lääketieteen opiskelijoiden kanssa. Opiskelijat, joilla oli jo aikaisempi sosiaali- ja terveysalan tutkinto sekä vanhustyön työkokemusta kokivat, että heidän jo olemassa olevaa kokemustaan ja tietämystään tulisi huomioida enemmän opinnoissa. Tutkimuksessa arveltiin, että tällaisten opiskelijoiden tulisi päästä syventämään osaamistaan, jolloin ei syntyisi turhautumista ja heidän asenteisiinsa pystyttäisiin mahdollisesti vaikuttamaan jo opintojen aikana. (Salin, Hautsalo, Vänni, Seitsamo & Yli-Koivisto 2020.)

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan opiskelijat pitävät vanhustyön vetovoimaisuutta heikentävinä tekijöinä huonoa työilmapiiriä, työn kuormittavuutta, kiirettä, huonoja resursseja ja vanhustyötä ei ylipäänsä nähdä kiinnostavana. Tuloksista ilmeni, että niukkojen resurssien vuoksi sairaanhoitajaopiskelijat tunsivat, etteivät vanhustyössä pysty toimimaan oman ammattietikkansa mukaisesti.

Stevens (2011) tutki Australiassa 150:n sairaanhoitajaopiskelijan kiinnostusta vanhustyötä kohtaan koulutuksen eri vaiheissa. Ensimmäisenä opiskeluvuonna 12 opiskelijaa kertoi vanhustyön olleen suurin kiinnostuksen kohde tulevaisuudessa. Kolmantena vuonna vanhustyöstä kiinnostuneita oli jäljellä enää kolme. Nämä kolme kertoivat vanhustyön vetovoiman johtuvan siitä, että he ”pitävät vanhuksista”, tai että vanhukset asiakasryhmänä ovat intohimo, tai kutsumus. Syyt, miksi opiskelijat eivät halunneet tehdä vanhustyötä olivat stereotyyppisiä kuten: ”Mitä järkeä? Heistä ei tule yhtään nuorempia tai terveempiä”. Opiskelijat myös ajattelivat, ettei vanhustyössä pääse kehittämään jo opittuja taitoja, tai taidot voisivat helposti unohtua vanhustyössä. (Stevens 2011.)

Tulosten mukaan vanhustyön vetovoimaisuutta heikentäviä tekijöitä opiskelijoiden mielestä ovat vanhustyön huono maine ja imago yleisissä keskusteluissa

sekä hoitoalan sisällä. Myös Hätälän (2015) mukaan vanhustyön yleisellä imagoilla on merkittävä vaikutus alan vetovoimaisuuteen (Hätälä 2015, 41). Kaarlelan (2013) tutkimuksen mukaan myös vanhustyössä työskentelevien sairaanhoitajien mielestä vanhustenhoidon julkisuuskuva on huono. Media tuo vanhustenhoitosta vain negatiivisia asioita esiin, eikä lainkaan positiivisia onnistumisia. (Kaarlela 2013, 41.) Julkisuudessa vanhustyön yhteydessä puhutaan enenevässä määrin hoivatyöstä. Hoppania, Karsio, Näre, Olakivi, Sointu, Vaittinen & Zechner (2016) mukaan hoitotieteen ja sairaanhoitajien ammattikunnat ovat esittäneet, ettei ”hoiva”-sanaa tulisi käyttää terveydenhuollon ammattien yhteydessä lainkaan. Hoitotyö nähdään ammattimaisena toimintana, kun taas hoiva mielletään luonnollisena osana naisten työtä, osin epämääräisenä, eikä vaadi sen kummempaa osaamista. Ikääntyneen väestön kohdalla nämä rajat kuitenkin hälvenevät, kun terveydelliset ja sosiaaliset tarpeet sekoittuvat. Esimerkiksi vanhuksen hygieniää hoitaessa on myös kyse terveyden hoitamisesta. Esimerkkinä hoitoalan palkkaneuvotteluissa hoitotyön vaatavuuden korostaminen on parempi tehokeino, kuin vetoaminen hoivan epämääräiseen maailmaan. (Hoppania, Karsio, Näre, Olakivi, Sointu, Vaittinen & Zechner 2016, 99.)

Tulosten mukaan sairaanhoitajaopiskelijoiden mielestä vanhustyön vetovoimaisuuteen vaikuttaa motivoituneisuus tai kiinnostus työskennellä nimenomaan vanhusten kanssa. Lisäksi laadukasta esimiestyötä pidetään tärkeänä. Myös Kuosan & Kuukan (2016) tutkimuksessa sairaanhoitajaopiskelijat toivat esiin samansuuntaisia tuloksia. Vetovoimaisuutta lisääviksi tekijöiksi ehdotettiin vanhustyön mahdollisuuksista tiedottamista, resurssien lisäämistä, palkkauksen ja etuuksien lisäämistä sekä henkilökunnan työhyvinvoinnin lisäämistä ja työskentelymenetelmien kehittämistä. Sairaanhoitajaopiskelijoiden mielestä lisäresurssit mahdollistaisivat vanhustyön kehittämisen enemmän aktivoivampaan ja kuntouttavampaan suuntaan. Opiskelijat toivat myös esille, että palkkausta nostamalla myös työn arvostus voisi lisääntyä. Lisäksi vastauksissa ehdotettiin työilmapiirin kehittämistä ja enemmän esimiesten antamaa tukea henkilöstölle. (Kuosa & Kuukka 2016, 48-49.) Salinin ym. (2020) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajaopiskelijoiden mielestä käytännön harjoitteluyksiköllä on paljon merkitystä opiskelijoiden asenteiden muovautumisessa gerontologista hoitotyötä kohtaan. Sairaanhoitajaopiskelijoiden mielestä myös harjoittelujakson ajoittumista opinnoissa tulisi miettiä uudelleen. (Salin ym. 2020.)

6.2 Käytetyn menetelmän tarkastelua

Tulokset vastasivat hyvin opinnäytteelle annettuihin tehtäviin. Tulokset ovat hyvin yhteneväisiä teoreettisten lähtökohtien kanssa ja aihe on hyvin ajankohtainen. Pohdimme, että käyttämällä haastatteluja kyselylomakkeen sijasta olisimme voineet saada syvällisempiä vastauksia ja tarkentaminen sekä jatkokysymysten esittäminen olisivat olleet mahdollisia. Toisaalta vastaajamäärä olisi silloin ollut huomattavasti pienempi.

Kysymyksiä ja kysymysten asettelua olisi ehkä pitänyt vielä tarkemmin miettiä muutamien kysymysten kohdalla. Esimerkiksi työtavoista kysyttäessä vastauksista ilmeni, että kysymys saattoi olla liian johdatteleva. Joitakin kysymyksiä olisi voinut avata vastaajille ehkä enemmän, kuten ”työn sosiaalinen kuormitus”, ja mitä se tarkoittaa. Pohdimme myös, että epäeettisen toiminnan ilmenemisestä olisi voinut tehdä mieluummin avoimen kysymyksen, jolloin vastauksista olisi voinut saada enemmän irti. Kyselylomakkeen tekeminen oli työläs prosessi ja aika-
taulujen vuoksi kyselyä ei loputtomiin pystynyt työstämään.

Aiheen laajuus, lähteiden runsaus ja aiheen rajaaminen toivat myös omat haasteensa. Onnistuimme kuitenkin mielestämme säilyttämään työn punaisen langan ja tätä osittain tukee se, että opinnäytetyön tulokset ovat yhteneväisiä teoriaosuu-
den kanssa. Opinnäytetyössä olisimme myös voineet ehkä yrittää hyödyntää jo-
tain valmiita mittareita. Koimme aineiston analysointivaiheen työläänä ja kahden eri tutkimusmenetelmän yhdistäminen tuotti haastetta. Käyttämämme lähteet oli-
vat suurimmaksi osin kotimaisia ja aiheesta löytyi paljon uusia lähteitä.

Opinnäytetyön aihe saatiin maaliskuussa 2019 ja opinnäytetyöprosessi kesti ko-
konaisuudessaan noin vuoden verran muiden opintojen ohessa. Opinnäytetyön
tekeminen vei todella paljon aikaa, mutta oli myös tekijöilleen silmiä avaava mo-
nelta osin. Opinnäytetyön tuloksia voivat hyödyntää esimerkiksi vanhustyön esi-
miehet ja -työntekijät sekä hoitoalan opettajat ja -opiskelijat.

6.3 Luotettavuuden tarkastelua

Tutkimustyössä pyritään aina välttämään virheitä, mutta tutkimustulosten luotettavuudessa ja pätevydessä saattaa olla silti vaihtelua. Tämän takia tutkimuksen luotettavuutta tulee aina arvioida. Tutkimustyössä reliaaabeliudella tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta, eli kykyä olla antamatta sattumanvaraisia tuloksia. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Opinnäytetyön tulokset olivat samansuuntaisia aiempien aihetta sivuavien tutkimusten kanssa.

Tutkimuksen validiudella tarkoitetaan sitä, että mittari ja käytetty tutkimusmenetelmä mittaavat juuri sitä on tarkoituskin. Esimerkiksi kyselylomakkeen kohdalla vastaaja saattaa ymmärtää kysymykset eri tavalla kuin tutkija on ne alun perin ajatellut, eli mittari voi aiheuttaa tuloksiin virheitä. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-232.) Opinnäytetyön mittarin muutama kysymys olisi pitänyt ehkä muotoilla toisella tavalla. Työtavoista kysyttäessä kysymys oli jälkikäteen ajateltuna liian johdatteleva. Myös kysymyksissä ilmenneet käsitteet eivät välttämättä olleet niin yksiselitteisiä, esimerkiksi kysymys sosiaalisesta kuormituksesta. Kaikki kysymykset eivät myöskään olleet välttämättä niin informatiivisia.

Sähköisessä kyselyssä aineisto on jo valmiiksi sähköisessä muodossa. Vastauksia ei siten tarvitse syöttää tai litteroida, jolloin tieto on tarkalleen siinä muodossa kuin vastaaja on sen ilmaissut. Se lisää aineiston luotettavuutta. (Valli & Aaltola 2015, 110.) Sähköisessä kyselyssä ei voi tietää, millaisissa olosuhteissa osallistujat ovat kyselyyn vastanneet. Emme voi olla täysin varmoja siitä, että kuinka monta kertaa yksittäiset ihmiset ovat vastanneet kyselyyn.

Käytimme raportissa vastaajien suoria lainauksia. Teimme kyselyn mahdollisimman pian opiskelijaryhmän palattua kouluun, jolloin heiltä saatu tieto oli mahdollisimman tuoretta. Selostimme mahdollisimman tarkasti tutkimuksemme eri vaiheet ja laadullisessa tutkimuksessa se kohentaa tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 232).

Luotettavuutta arvioitaessa on muistettava objektiivisuus; tutkimusteksti on aina tutkijan oma tulkinta aineistosta ja käytetyistä lähteistä. Tutkijalta edellytetään,

että hän noudattaa työssään menetelmällistä ja kielellistä objektiivisuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 309.) Pohdimme myös, että esimerkiksi kysyessämme opiskelijoiden havaintoja henkilökunnan kuormittuneisuudesta, on tämä opiskelijoiden subjektiivinen havainto, eikä objektiivista tietoa.

Opinnäytetyön tekijöitä oli kaksi, mikä lisää luotettavuutta, jolloin tulosten tulkinta ei jää vain yhden henkilön varaan. Opinnäytetyöntekijöillä oli myös omaa kokemusta opinnäytetyössä käsiteltävistä aiheista. Tämä tarkoittaa, että esimerkiksi analysointivaiheessa vastausten ymmärtäminen oli helpompaa ja toisaalta ehkä luotettavampaa. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää melko korkea vastausprosentti. Opinnäytetyön vastaajajoukko jäi melko pieneksi, mutta vastausprosentti oli kuitenkin kohtalaisen suuri.

6.4 Eettisyyden tarkastelua

Opinnäytetyölle haettiin Tampereen ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti tutkimuslupa koulutuspäälliköltä. Hakemuksen liitteenä oli opinnäytetyössä käytettävä mittari ja kyselyn saatekirje. Saatekirjeessä kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite, sekä informoitiin vastaajia kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Vastaajille myös kerrottiin, että heidän anonymiteetistään huolehditaan opinnäytetyön kaikissa vaiheissa. Säilyttämällä tutkimusvastaukset vastuullisesti varmistetaan tutkittavien anonymiteetin säilyminen tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa. Anonymiteetin säilyminen voidaan varmistaa myös suorien tunnisteiden, kuten nimien, iän tai sukupuolen kysymättä jättämisellä. (Hallamaa, Launis, Lötjönen & Sorvali 2006, 130-133.) Tutkimukseen osallistumisen ollessa vapaaehtoista, kunnioitetaan tutkittavien itsemääräämisoikeutta hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (Hallamaa ym. 2006, 124). Raportoidessamme opinnäytetyön tuloksia, pidimme huolen objektiivisuudesta sekä nostimme vastauksista suoria lainauksia. Suoria lainauksia käyttäessämme huomioimme myös sen, että vastaajien tunnistamattomuus säilyi.

Kyselyä laatiessa pohdimme, olisiko vastaajia voinut motivoida jollakin lahjuksella, mikä olisi mahdollisesti lisännyt vastausprosenttia. Toisaalta olimme sitä

mieltä, että tämä saattaisi olla eettisesti kyseenalaista. Opinnäytetyön raportoinnissa noudatimme kirjallisen raportoinnin ohjeita ja pyrimme olemaan tarkkoja lähdeviitteiden käytössä. Tutkimusaineisto hävitetään heti opinnäytetyön valmistuttua.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyön johtopäätöksinä voidaan todeta:

1. Sairaanhoidajaopiskelijoiden ensimmäisen harjoittelun painottuessa perushoittoon, saattaa sairaanhoitajien todellinen työnkuva eri yksiköissä jäädä opiskelijoille epäselkeäksi.
2. Vanhustyön työpaikkojen työilmapiireissä ja kollegiaalisuudessa olisi paljon kehitettävää. Lisäksi työilmapiirillä on suuri merkitys työyksikön vetovoimaisuuden kannalta.
3. Useimmiten syyt vanhustyön vetovoimaisuuteen vaikuttavista tekijöistä ovat muualla kuin itse vanhuksissa. Vanhukset ovat sairaanhoidajaopiskelijoiden mielestä asiakkaina mukavia ja pitkäaikaishoidossa heihin ehtii usein myös tutustua ja tykättyä. Vanhustyö on myös monipuolista.

Tämän opinnäytetyön tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta voivat toimia kiinnostavina keskustelun herättäjinä ja aiheen syvällisemmän tutkimisen stimuloijina. Näiden johtopäätösten pohjalta pohdimme, että ensimmäisellä vanhustyön harjoittelujaksolla ohjaajana vähintään toisen tulisi olla koulutukseltaan sairaanhoitaja ja opiskelijan olisi tärkeää päästä näkemään työ yksikössä sairaanhoitajan näkökulmasta. Myös vanhustyön harjoittelujakson sijoittumista opinnoissa tulisi ehkä harkita uudelleen.

Työilmapiirin kehittämiseen tulisi suhtautua vakavammin. Työilmapiiriä voitaisiin kuitenkin kehittää lukuisilla eri keinoilla, kuten hyvällä esimiestyöllä, paremmilla resursseilla, työyhteisön yhteisillä tavoitteilla ja selkeällä työnjaolla. Hoitoalan koulutuksessa tulisi olla enemmän työelämätaitojen opettelua ja moniammatillista opiskelua. Hoitotyön koulutuksessa tulisi olla enemmän tietoisia siitä, että harjoittelujaksolla on suuri merkitys työyksikön ja sitä edustavan hoitotyön osa-alueen vetovoimaisuuteen. Niukkojen resurssien vaikutuksien näyttäytyminen jo alan opiskelijoille johtaa siihen, että kiinnostus vanhusalaa kohtaan jää pieneksi.

7.1 Jatkotutkimusideat

Jatkotutkimusideana voisi tutkia, minkälaisia vastaavia kokemuksia sairaanhoitajaopiskelijat saivat vanhustyön harjoittelusta opintojen myöhemmässä vaiheessa. Olisi myös kiinnostavaa tietää, miten sairaanhoitajaopiskelijat itse määrittelevät epäeettisen toiminnan vanhustyössä ja millaista epäeettistä toimintaa sairaanhoitajaopiskelijat havaitsivat harjoittelujaksojensa aikana. Kiinnostavaa olisi myös tietää tarkemmin, millainen on sairaanhoitajaopiskelijoiden työnkuva ensimmäisessä harjoittelussa.

LÄHTEET

Blomberg, K., James, I., & Kihlgren, A. 2013. Meanings over time of working as a nurse in elderly care. *The Open Nursing Journal* 7, 107-113.

Brunou, S. 2009. Sairaanhoidajaopiskelijoiden ohjattujen käytännön harjoittelujen aikana ilmenneet eettiset ongelmat. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Carlson, E. & Idwall, E. 2015. Who wants to work with older people? Swedish student nurses' willingness to work in elderly care. A questionnaire study. *Nurse education today* 35/2015, 849-853.

Daws, K., McBrearty, K. & Bell, D. 2020. "If somebody just showed me once how to do it": How are workplace cultures and practice development conceptualized and operationalized for early career nurses? *Nurse Education Today* (85), 104-267.

Flinkman, M., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2014 Työyhteisön keinot pitää nuoret sairaanhoitajat työpaikassa ja ammatissa. Teoksessa Ranta, I. & Tilander, E. (toim.) Työhyvinvoinnin keinot. Helsinki: Fioca Oy.

Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. 2006. Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Hakapaino Oy.

Hantikainen, V., Hoivala, T. & Kulmala, J. (toim.) 2017. Uusien toimintatapojen käyttöönotto- esimerkkinä kinestetikan hyödyntäminen. Teoksessa Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. PS-kustannus. Juva: Bookwell Digital. 54-69.

Hautala, S. 2008. Terveysthuoltoalan opiskelijoiden suhtautuminen vanhusten hoitotyöhön. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/79975/gradu03169.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Helminen, S. 2010. Hoidon laatuun vaikuttavat tekijät ja laadunhallinta pienissä, yksityisissä vanhainkodeissa esimiesten näkökulma - Esimiesten näkökulma. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Pro gradu- tutkielma.

Hellsten, K. 2014. Työn fyysinen ja psyykinen kuormittavuus vanhustenhoidossa – seurantatutkimus ergonomisen kehittämistyön tuloksista. Turun yliopisto. Väitöskirja. <https://www.utupub.fi/handle/10024/98971>

Hiltunen, T. 2017. Turvallisuusjohtaminen osastonhoitajien työssä sairaalassa. Itä-Suomen yliopisto. Lääketieteen laitos. Ergonomia. Pro gradu- tutkielma. https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170745/urn_nbn_fi_uef-20170745.pdf

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Hoppania, H-K., Karsio, O., Näre, L., Olakivi, A., Sointu, L., Vaittinen, T. & Zechner, M. 2016. Hoivan arvoiset. Vaiva yhteiskunnan ytimessä. Gaudeamus Oy. Tallinna: Printon Trukikoda.

Hurme, T. 2013. Kansainvälinen sairaanhoitajakoulutus Suomessa – Kliininen harjoittelu ja ammatti-identiteetti opiskelijoiden kuvaamana. Itä- Suomen yliopisto. Hoitotiede. Terveystieteiden opettajankoulutus. Pro gradu- tutkielma. https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140007/urn_nbn_fi_uef-20140007.pdf

Hätälä, M. 2015. Vetovoimainen vanhustyön työpaikka hoitajien kuvaamana. Oulun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/87522/Hatala_Minna.pdf?sequence=1

Jääskeläinen, L. 2009. Sairaanhoitaja opiskelijan käytännön harjoittelun ohjaajana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/80663/gradu03611.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kaarlela, A-M. 2013. Sairaanhoitajien työtyytyväisyys vanhustyössä. Hoitotiede. Hoitotyön johtaminen. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130261/urn_nbn_fi_uef-20130261.pdf

Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kangasniemi, M., Haapa, T., Tilander, E., Arala, K. & Suutarla, A. 2015. Ammattien välinen kollegiaalisuus. Teoksessa Becker, E., Hahtela, N. & Ranta, I. (toim.) 2015. Kollegiaalisuus hoitotyössä. Hoitotyön vuosikirja 2015. Sairaanhoitajaliitto. Fioca Oy.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. 1. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kivinen, P. & Laaksonen, H. (toim.) 2018. Yhteistoiminnallinen kehittäminen ja dialogisuus – teoriasta käytäntöön. Julkaisussa Työn ilolla! – Dialogia ja yhteistoiminnallista kehittämistä. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Knuuttila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveystieteiden vaaratapah- tumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007. Terveystieteiden laa- dunhallinta. Helsinki: Yliopistopaino. [https://www.valvira.fi/docu- ments/14444/50159/LH-2007-1_vaaratapahtumien_raportointi.pdf](https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1_vaaratapahtumien_raportointi.pdf)

Korhonen, A., Jylhä, V., Siltanen, H., Kangasniemi, M. & Holopainen A. 2015. Ammatillaisen autonomia ja yhtenäiset toimintamallit. Tutkiva hoitotyö 13 (21), 40-42.

Koskinen, S. 2016. Nursing students and older people nursing- Towards a future career. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto. Suomi Annales Universitatis Turkuensis. Painosalama Oy: Turku.

<https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/121990/AnnalesD1223Koskinen.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Kuntaliitto. 2017. Iäkkäiden palvelut. Asumispalvelut ja laitoshoidot. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut/asumispalvelut-ja-laitoshoidot>

Kuosa, M. & Kuukka, A. 2016. Vanhustyön vetovoimaisuus tulevaisuudessa – Hoitoalan opiskelijoiden käsityksiä vanhustyöstä. Saimaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala / YAMK Lappeenranta. Terveystieteiden koulutusohjelma. Johtamisen osaaminen. Opinnäytetyö. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/114965/Kuosa_Kuukka.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kröger, T., Aerschot, L. & Puthenparambil, J. 2018. Hoivatyö muutoksessa. Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa. Jyväskylän yliopisto. NORD-CARE2-tutkimushanke. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/57183/978-951-39-7372-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Käypähoito. 2016. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Voutilainen, P. & Löppönen, M. Päivitetty 22.9.2016. Luettu 18.1.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nix01676>

Käypähoito-suositus. 2017. Muistisairaudet. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/8/duo13663>

Käypähoito-suositus. 2016. Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset). Päivitetty 21.9.2016. Luettu 28.1.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nix01592>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Lammi-Taskula, J. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. 7. Uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Merasto, M. 2015. Kollegiaalisuus on sairaanhoitajan ammattitaitoa. Teoksessa Becker, E., Hahtela, N. & Ranta, I. (toim.) 2015. Kollegiaalisuus hoitotyössä. Hoitotyön vuosikirja 2015. Sairaanhoitajaliitto. Fioca Oy.

Metropolia ammattikorkeakoulu. 2019. Opinto-opas. Luettu 4.12.2019. <http://opinto-opas.metropolia.fi/fi/88094/fi/70320/arkisto>

Moisanen, K. 2018. Asiakaslähtöisen osaamisen johtaminen vanhustalouden palveluissa. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Väitöskirja. https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2775-0/urn_isbn_978-952-61-2775-0.pdf

Molander, G. 2014. Hoidanko oikein? Eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä. PS-kustannus. Juva: Bookwell Oy.

Mäki-Petäjä- Leinonen, A. & Karvonen- Kälkäjä, A. 2019. Vanhuse oikeuden perusteet. Alma Talent Oy. <https://verkkokirjahylly-almatalent-fi.libproxy.tuni.fi/teos/HADBBXXTBBAED#piste:b4>

Mönkäre, R. 2019. Vuorovaikutus aggressiivisesti käyttäytyvän muistisaira an kanssa. Teoksessa Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. (toim.) Muistisaira an hoito. Kustannus Oy Duodecim. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/op/mho00147/do>

Pirhonen, J. 2013. Toimintamahdollisuudet vanhojen ihmisten pitkäaikaishoidossa. Martha C. Nussbaumin teoria etnografisen tutkimuksen valossa. Gerontologia 27 (2), 58-72. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/97033/toimintamahdollisuudet_vanhojen_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pirhonen, J. 2017. Good Human Life in Assisted Living for Older People: What the residents are able to do and be. University of Tampere. Academic dissertation. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/101042/978-952-03-0416-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rajamäki, T. 2019. Vanhusten hoidossa käy pyöröovi, lähihoitajaopiskelija toivoo edes yli 2000 euron alkupalkkaa. Helsingin sanomat. Päivitetty 11.6.2019. Luettu 2.9.2019. <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006138230.html>

Reiman, S. 2017. Hoitohenkilökuntaan kohdistuvat väkivaltatilanteet ja lähijohdattajien toiminta. Yhden kaupungin perusterveydenhuollon HaiPro-aineiston analyysi vuodelta 2015. Itä-Suomen Yliopisto. Hoitotiede. Hoitotyön johtaminen. Pro gradu- tutkielma. https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20180150/urn_nbn_fi_uef-20180150.pdf

Ruontimo, T. 2009. Vanhustyön vastuunkantajat. Tehy ry. Helsinki: Multiprint Oy. https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2009/2009_b_3_vanhustyon_vastuunkantajat_id_24.pdf

Rytkönen, A. 2018. Hoivatyöntekijöiden työn kuormittavuus ja teknologian käyttö vanhustyössä. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/104482>

Räsänen, R. 2011. Iäkkäiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen merkitys sille. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61722/R%C3%A4s%C3%A4nen_Riitta_DORIA.pdf?sequence=4

Räsänen, R. & Kulmala, J. (toim.) 2017. Hyvä työ- ja asiakaskäyttäytyminen. Teoksessa Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. PS-kustannus. Juva: Bookwell Digital.

Sairaanhoitajat. 2020. Ammattietiikka ja kollegiaalisuus. <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/kollegiaalisuus-ja-ammattietiikka/>

Sairaanhoitajat. 2019. Opiskele sairaanhoitajaksi. Päivitetty 21.8.2014. Luettu 17.8.2019. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/opiskelu-sairaanhoitajaksi/>

Sairaanhoitajat. 2020. Perusasiat kuntoon työpaikalla. <https://sairaanhoitajat.fi/tyohyvinvointi/perusasiat-kuntoon-tyopaikalla/>

Sairaanhoitajat. 1996. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salin, S., Hautsalo, K., Vänni, K., Seitsamo, S. & Yli-Koivisto, L. 2020. Finnish nurse students' attitudes towards older adults and the teaching of gerontological nursing – A Survey study. *Nurse Education Today* (88), 104379.

Santala, M. & Sorvaniemi, S. 2015. Vetovoimainen työpaikka hoitoalalla. Valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden näkökulma. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/90667/Santala_Mirka_Sorvaniemi_Saija.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Petäjä-Leinonen, A. 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Silvennoinen, P. & Ronkainen, K. 2019. Geriatrisen kuntoutusosaston omahoitajat työnsä kehittäjinä. *Aikuiskasvatus* 39 (1), 6-18.

Sivonen, T. 2014. Sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksia vuorovaikutuksesta sairaalayhteisössä. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Puheviestinnän pro gradu-tutkielma. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/44980/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201412193565.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sormunen, M., Saaranen, T., Tossavainen, K. & Turunen, H. 2013. Monimene-
telmätutkimus terveystieteissä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 50 (4), 312-321.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Työhyvinvointi. <https://stm.fi/tyohyvinvointi>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Vanhuspalvelulaissa säädetään henkilöstö-
mitoituksesta laitoshoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/vanhuspalvelulaissa-saadetaan-henkilostomitoituksesta-laitoshoidossa-ja-tehostetussa-palvelu-asumisessa

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Stevens, J. A. 2011. Student nurses' career preferences for working with older people: A replicated longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies* 48/2011, 944-951.

Stolt, J. 2011. Opiskelijasta sairaanhoitajaksi. Käytännön harjoittelujaksot sairaanhoitajaopiskelijan ammatillisen identiteetin rakentumisen tukena. Lapin yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Pro gradu-tutkielma. <https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/59607/Stolt.Jaana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Suhonen, R., Charalambous, A., Stolt, M., Katajisto, J. & Puro, M. 2013. Caregivers work satisfaction and individualised care in care settings for older people. *Journal of Clinical Nursing* 22 (3-4), 479-490.

Suonsivu, K. 2015. Kohti riittävyttä- matkalla työhyvinvointiin. UNIpress.

Sälevä, T. 2017. Työhyvinvoinnin johtaminen sosiaali- ja terveysalan järjestöissä. Lapin yliopisto. Hallintotiede / Johtamisen psykologia. Pro gradu- tutkielma. <https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/62964/Sälevä.Tanja.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tampereen ammattikorkeakoulu. 2019. Opetussuunnitelmat. <http://opinto-opas-ops.tamk.fi/index.php/fi/167/fi/49595>

Tallavaara, M-S., Autti, L. & Uusitalo, E. 2016. Kaltoinkohtelu ympärivuorokautisissa vanhustenhuollon yksiköissä työntekijöiden havainnoimana. Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Helsinki. https://www.valvira.fi/documents/14444/1835702/Selvityksia_kaltoinkohtelu_vanhustenhuollon_yksikoissa.pdf/e530024a-9274-4cc1-b651-5d5c03a9661c

Tehy. 2020. Opiskelija sijaisena. <https://www.tehy.fi/fi/apua/koulutus-ja-osaamisen/opiskelija-sijaisena>

Teuho, S., Roto, H., Sulonen, T., Vikberg-Aaltonen, P. & Sankelo, M. 2017. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. Tutkiva hoitotyö 15 (1), 10-17.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Kahdeksan faktaa vanhuspalvelujen tilasta. 3.1.2019. https://thl.fi/fi/-/8-faktaa-vanhuspalvelujen-tilasta?redirect=https%3A%2F%2Fthl.fi%2Ffi%2Fetusivu%3Fp_id%3D101_IN-STANCE_tcsSJTqcGI0N%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2-1-3%26p_p_col_pos%3D1%26p_p_col_count%3D2

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Muistisairauksien yleisyys. Päivitetty 4.3.2019. Luettu 18.1.2020. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Työterveyslaitos. 2019. Toimiva työyhteisö. <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/>

Työturvallisuuskeskus. 2019. Asiantuntijatyön työyhteisö. https://ttk.fi/tyoturvallisuus_ja_tyosuojelu/toimialakohtaista_tietoa/asiantuntija-ja_toimistotyö/tyoyhteiso

Työturvallisuuskeskus. 2020. Työntekijän perehdyttäminen ja opastus. https://ttk.fi/tyoturvallisuus_ ja_tyosuojelu/tyosuojelu_tyopaikalla/vastuut_ ja_ velvoitteet/tyohon_perehdyttaminen_ ja_ tyonopastus

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.

Valli, R. & Aaltola, J. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. PS-kustannus. Juva: Bookwell Oy.

Valli, R. 2018. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. 2020. Itsemääräämisoikeus ja vapaus valita. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://etene.fi/itsemaaramisoikeus-ja-vapaus-valita>

Valvira. 2020. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Nimikkeiden käytöstä. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/koulutus_suomessa/nimikkeiden_kaytosta

Vataja, R. & Mönkäre, R. 2019. Impulssikontrollin muutokset eli estottomuus muistisairaalla. Teoksessa Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. (toim.) Muistisairaahan hoito. Kustannus Oy Duodecim. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/op/mho00103/do>

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. PS-kustannus. Juva: Bookwell Oy.

Voutilainen, N., Haapa, T. & Jokiniemi, K. 2019. Sairaanhoidtajien perehdyttämisaaminen ja sen mittaaminen - integratiivinen kirjallisuuskatsaus. Tutkiva Hoitotyö 17 (4), 3-13.

Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. 1. Painos. Tampere: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Väkivallan uhka työelämässä – Työturvallisuussäntöjä valmisteleva neuvottelukunta väkivallan uhka- ja jaoston raportti. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Öhman, A., Keisu, B-I., & Enberg, B. 2017. Team social cohesion, professionalism, and patientcenteredness: Gendered care work, with special reference to elderly care – a mixed method study. BMC Health services research 381/2017. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2326-9>

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

Sairaanhoitajaopiskelijoiden näkemyksiä vanhustyön työyhteisöistä 2019

Vastaajan taustatiedot

1. Ikä ____ vuotta

2. Harjoitteluyksikkösi muoto

- a) Tehostetun palveluasumisen yksikkö/ palvelutalo / vanhainkoti
 - b) Terveyskeskuksen vuodeosasto / geriatrinen vuodeosasto
 - c) Avoterveydenhuollon tai kotihoidontyön yksikkö
 - d) Akuuttihoidon osasto
 - e) Joku muu, mikä?
-
-

3. Oliko harjoitteluyksikkösi

- a) Yksityinen toimija
 - b) Kunnallinen
 - c) Ei tietoa
 - d) Muu mikä?
-

4. Onko sinulla aikaisempaa työkokemusta vanhuksista?

- a) Ei ole aikaisempaa kokemusta
 - b) Kyllä, työkokemusta vanhustyöstä
 - c) Kyllä, vapaaehtoistyöstä
 - b) Kyllä, olen auttanut isovanhempiani tai muita läheisiä/tuttavia
 - c) Joku muu mikä?
-

Vastaa seuraaviin kysymyksiin harjoittelujaksosi kokemusten perusteella.
Valitse omaa kokemustasi parhaiten kuvaavin vaihtoehto.

Kuormittavuus

1. Kuinka usein sinä koit työn harjoitteluyksikössäsi kuormittavaksi?

a) Fyysisesti

- Aina
- Usein
- Satunnaisesti
- Harvoin
- Ei lainkaan
- En osaa sanoa

b) Psyykkisesti

- Aina
- Usein
- Satunnaisesti
- Harvoin
- Ei lainkaan
- En osaa sanoa

c) Sosiaalisesti

- Aina
- Usein
- Satunnaisesti
- Harvoin
- Ei lainkaan
- En osaa sanoa

2. Tekemiesi havaintojen perusteella, kuinka usein yksikön hoitohenkilökunta koki työnsä kuormittavaksi?

a) Fyysisesti

- Aina
- Usein
- Satunnaisesti
- Harvoin
- Ei lainkaan
- En osaa sanoa

b) Psyykkisesti

- Aina
- Usein
- Satunnaisesti

- Harvoin
 Ei lainkaan
 En osaa sanoa

c) Sosiaalisesti

- Aina
 Usein
 Satunnaisesti
 Harvoin
 Ei lainkaan
 En osaa sanoa

Uhkatilanteet

3. Kuinka usein sinä koit väkivallan uhkaa harjoittelujaksosi aikana? (Fyysistä tai psyykkistä)

- Aina
 Usein
 Satunnaisesti
 Harvoin
 Ei koskaan
 En osaa sanoa

4. Miten yksikössä kirjattiin ja käsiteltiin uhkatilanteet esim. väkivalta-tilanteet tai lääkepoikkeamat? Perustele vastauksesi.

Työturvallisuus

5. Havaitsitko joitakin työturvallisuuteen liittyviä epäkohtia harjoittelusi aikana? Millaisia, kerro omin sanoin.

Asiakaslähtöisyys

6. Miten sinun mielestäsi henkilökunta otti huomioon asiakkaiden yksilölliset tarpeet, arvot ja tavat?

- Aina
Usein
Satunnaisesti
Harvoin
Ei lainkaan
En osaa sanoa

Perustele vastauksesi esimerkein.

Asiakkaiden kohtelu

7. Kuinka usein havaitisit epäeettistä toimintaa asiakkaita kohtaan harjoittelujaksosi aikana?

- Aina
Usein
Satunnaisesti
Harvoin
En koskaan
En osaa sanoa

Kollegiaalisuus

8. Miten arvioisit henkilökunnan kollegiaalisuutta toisiaan ja muita ammattiryhmiä kohtaan. (sairaanhoitajat, lähihoitajat, laitoshuoltajat, hoiva-avustajat jne.) Perustele vastauksesi.

Työpaikkakiusaaminen

9. Havaitsetko harjoittelujaksosi aikana itseesi tai johonkin muuhun kohdistuvaa työpaikkakiusaamista? (Esimerkiksi toisten vähättelyä, ulos sulkemista tai selän takana puhumista).

Hyvä työyhteisö

10. Millaisia hyvän työyhteisön piirteitä havaitset omassa harjoitteluyksikössäsi?

Kehittämishalu

11. Kuinka motivoituneita harjoitteluyksikössäsi oltiin työn uudistamista kohtaan? Esim. Uudet toimintatavat, kouluttautuminen jne.

En osaa sanoa

Ei lainkaan motivoituneita

Hyvin vähän motivoituneita

Melko motivoituneita

Hyvin motivoituneita

Erittäin hyvin motivoituneita

12. Perustele esimerkein.

Esimiestyö

13. Millaisia tehtäviä ja vastuita esimiehellä mielestäsi oli harjoittelupaikassasi?

Perehdytys

14. Työskentelikö harjoittelupaikassa lyhytaikaisia sijaisia? Miten heitä perehdytettiin?

Työnjako

15. Miten eri ammattiryhmien vastuu- ja tehtäväalueet näyttäytyivät harjoitteluyksikössäsi? Perustele.

Työtavat

16. Kuvaile henkilökunnan työtapaa, näyttäytyikö se asiakaslähtöiseltä, joustavalta, luovalta, rutiininomaiselta, vai millaiselta?

Oma suhtautumisesi

17. Miten oma suhtautumisesi vanhustyöhön muuttui ensimmäisen harjoittelujaksosi jälkeen? Miksi?

18. Voisitko ajatella työskenteleväsi tässä kyseisessä yksikössä tulevaisuudessa? Perustele miksi.

19. Harjoittelukokemukseesi pohjaten, mitkä asiat vaikuttavat mielestäsi vanhustyön vetovoimaisuuteen?

Liite 2. Kyselyn saatekirje

Moikka!

Olemme Tamkin loppuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijoita ja tämä kysely on keskeinen osa opinnäytetyötämme sairaanhoitajaopiskelijoiden näkemyksistä ja kokemuksista vanhustyön työyhteisöistä. Kysely on kohdistettu ensimmäisen ohjatun harjoittelun suorittaneille sairaanhoitajaopiskelijoille. Voit vastata kyselyyn, vaikka ensimmäinen harjoittelupaikkasi ei olisi ollut varsinainen vanhustyön yksikkö.

Vastaaminen on vapaaehtoista ja tapahtuu anonyymisti. Kyselyyn voit vastata tietokoneella tai puhelimella ja vastaaminen kestää maksimissaan 30 minuuttia.

Suuret kiitokset osallistumisestasi!

Ystävällisin terveisin, Julia Tulijoki ja Pia Uschanov