



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Katriina Eskola & Mia Heimovirta

---

# Potilaiden hoitoisuuden merkitys hoitotyön organisoinnissa ja laadussa

Opinnäytetyö

Kevät 2025

Sosiaali- ja terveysala (YAMK), Kehittäminen ja johtaminen



## SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

### Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Sosiaali- ja terveysala (ylempi AMK)

Suuntautumisvaihtoehto: Kehittäminen ja johtaminen

Tekijä: Katriina Eskola & Mia Heimovirta

Työn nimi alaotsikoineen: Potilaiden hoitoisuuden merkitys hoitotyön organisoinnissa ja laadussa

Ohjaaja: Katriina Kuhalampi

Vuosi: 2025

Sivumäärä: 86

Liitteiden lukumäärä: 3

---

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia ja kehittää hoitotyön organisointia ja tällä tavoin myös hoitotyön laatua potilaan hoitoisuus huomioiden. Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää hoitajien ja lähiesihenkilöiden näkökulmasta potilaiden hoitoisuuden merkitystä hoitotyön organisoinnissa ja hoitotyön laadussa. Opinnäytetyö tehtiin potilaiden hoitoisuuteen liittyen, sillä potilasmäärät ja potilaiden hoitoisuus kasvavat, ja tämä aiheuttaa väkisinkin muutoksia päivittäistoiminnan ja -työn organisointiin osastoilla. Näin ollen on tarpeellista kehittää hoitotyön organisointia potilaiden hoitoisuus huomioiden.

Opinnäytetyön tutkimus toteutettiin monimenetelmällisesti. Opinnäytetyön laadullinen aineisto kerättiin teemahaastattelemalla viittä Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskuksen lähiterveyspalveluiden vuodeosastojen lähiesihenkilöä. Määrällinen aineisto kerättiin Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskuksen lähiterveyspalveluiden vuodeosastojen hoitajille suunnatulla sähköisellä Webropol-kyselyllä. Kysely lähetettiin noin 130 hoitajalle. Laadullinen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä ja määrällinen aineisto analysoitiin pääosin Excel-taulukkolaskentaohjelmaa käyttäen.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että hoitajien näkökulmasta potilaiden hoitoisuuden huomiointi ei toteudu riittävästi hoitotyön organisoinnissa eikä resurssien kohdentamisessa. Hoitoisuus vaikuttaa keskeisesti hoitotyön laatuun ja laadukas hoitotyö edellyttää tasapainoista työkuormituksen jakautumista, hyvää johtamista ja työntekijöiden jaksamisesta huolehtimista. Hoitoisuuden vaihtelu ja tilanteiden ennakoimattomuus tekevät hoitotyön organisoinnista lähiesihenkilöille haastavaa. Toimivien sijaisjärjestelyjen ja riittävien resurssien kohdentaminen sekä organisaation sisäisen kommunikaation kehittäminen ovat keskeisiä tekijöitä onnistuneessa hoitotyön organisoinnissa. Osastojen toimintatapojen kehittäminen potilaiden hoitoisuus huomioiden edellyttää joustavuutta työnjaossa ja työprosesseissa, henkilöstön osaamisen laajentamista sekä esihenkilöiden aktiivisempaa osallistumista arjen hoitotyöhön. Lisäksi hoitajien aktiivisempi osallistaminen kehittämistyöhön vahvistaa sitoutumista ja mahdollistaa käytännönläheisten ratkaisujen löytymisen hoitoisuuden aiheuttamiin kuormitustilanteisiin. Osastojen välisen yhteistyön kehittäminen potilaiden hoitoisuus huomioiden edellyttää selkeitä toimintamalleja, työnkiertoa ja yhteistä tahtotilaa asioiden muuttamiseksi. Esihenkilöiden rooli on keskeinen yhteistyön mahdollistajana ja uuden toimintakulttuurin rakentajana.

<sup>1</sup> Asiasanat: hoitoisuus, hoitotyön organisointi, laatu, yhteistyö, kehittäminen

## SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

### Thesis abstract

Degree programme: Master's Degree in Social Services and Health Care

Specialisation: Development and Management

Authors: Katriina Eskola & Mia Heimovirta

Title of thesis: The significance of patient care intensity in the organization and quality of nursing

Supervisor: Katriina Kuhalampi

Year: 2025

Number of pages: 86

Number of appendices: 3

---

The purpose of this thesis was to examine and improve how nursing is organized, thereby also enhancing the quality of nursing by taking patient care intensity into account. The study aimed to explore the significance of patient care intensity in organizing care and ensuring high-quality nursing, as seen from the perspectives of nurses and their immediate supervisors. The reason for this thesis was that both patient numbers and patient care intensity increase, factors that inevitably lead to changes in the day-to-day operations and organization of hospital wards. In light of these challenges, developing nursing organization while keeping patient care intensity in mind is essential.

The research was conducted using a mixed-methods approach. Qualitative data were gathered through thematic interviews with five immediate supervisors from the inpatient wards of local health services at Seinäjoki Social and Health Center. Quantitative data were collected using an electronic Webropol survey sent to around 130 nurses working on those wards. The qualitative data was analyzed through inductive content analysis, and the quantitative data was primarily processed with Excel.

The results show that, from the nurses' point of view, patient care intensity is not fully considered in how nursing is organized or how resources are allocated. Patient care intensity heavily influences the quality of care, and delivering high-quality nursing requires balanced workloads, effective leadership, and paying attention to staff well-being. Fluctuations in patient care intensity and unpredictable situations make organizing nursing a challenge for immediate supervisors. Key factors for successful organization include effective substitute arrangements, proper resource allocation, and improvements in internal organizational communication. Developing wards with patient care intensity in mind calls for flexibility in work distribution and processes, staff expertise, and more active involvement of supervisors in day-to-day nursing tasks. Furthermore, encouraging nurses to participate more in development efforts increases their commitment and helps finding practical solutions to the burdens of varying patient care intensity levels. Improving collaboration between wards under these circumstances requires clear operating models, the option of rotating staff between units, and a shared resolve to make changes. Supervisors have a key role in creating the conditions for productive cooperation and building a new organizational culture.

<sup>1</sup> Keywords: patient care intensity, organization in nursing, quality, collaboration, developing

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä .....	2
Thesis abstract .....	3
SISÄLTÖ .....	4
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo .....	6
1 JOHDANTO .....	7
2 HOITOISUUS JA HOITOTYÖN KUORMITUS.....	9
2.1 Hoitotyön määrittely.....	9
2.2 Hoitotyön intensiteetin määrittely.....	11
2.3 Hoitotyön työmäärän määrittely.....	11
2.4 Hoitoisuuden määrittely.....	12
2.5 Hoitoisuusluokitus .....	12
2.6 Hoitotyön kuormituksen määrittely .....	14
3 HOITOTYÖN ORGANISOINTI JA TYÖNJAKO .....	17
3.1 Työn organisointi .....	17
3.2 Työnjako.....	18
3.3 Hoitotyön keskeisimmät työnjakomallit.....	19
3.4 Resurssipalvelut.....	20
4 TIEDOLLA JOHTAMINEN .....	22
4.1 Tiedolla johtamisen ulottuvuudet ja määritelmä .....	22
4.2 Tiedolla johtaminen terveydenhuollossa .....	23
4.3 Tiedolla johtamisen haasteet.....	24
5 LAATU TERVEYDENHUOLLOSSA .....	26
5.1 Terveydenhuollon laadun määritelmä .....	26
5.2 Terveydenhuollon laadun osa-alueet .....	26
5.3 Terveydenhuollon laadun mittaaminen ja kehittäminen.....	30
5.4 Laatujohtaminen.....	31
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	33
7 TOTEUTUS, AINEISTO JA MENETELMÄT .....	34
7.1 Yhteistyötahot ja toimintaympäristö.....	34

7.2	Tiedonhaku .....	34
7.3	Aineisto ja menetelmät .....	35
7.3.1	Laadullinen aineisto ja menetelmät.....	35
7.3.2	Määrällinen aineisto ja menetelmät.....	37
7.3.3	Monimenetelmällinen tutkimus opinnäytetyössä .....	39
8	TULOKSET .....	40
8.1	Tulosten esittäminen .....	40
8.2	Lähiesihenkilöiden ja Webropol-kyselyyn vastanneiden hoitajien esitiedot .....	41
8.3	Potilaiden hoitoisuuden huomioiminen hoitajien näkökulmasta hoitotyön organisoinnissa .....	41
8.4	Potilaiden hoitoisuuden merkitys hoitotyön laadussa .....	43
8.5	Potilaiden hoitoisuuden vaikutukset hoitotyön organisointiin lähiesihenkilöiden mielestä .....	49
8.6	Osastojen toimintatapojen ja osastojen välisen yhteistyön kehittäminen potilaiden hoitoisuus huomioiden.....	52
8.6.1	Osastojen toimintatapojen kehittäminen potilaiden hoitoisuus huomioiden	52
8.6.2	Osastojen välisen yhteistyön kehittäminen potilaiden hoitoisuus huomioiden .....	57
9	TULOSTEN YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	61
9.1	Tutkimustulosten tarkastelua.....	61
9.2	Johtopäätökset.....	68
10	POHDINTA.....	70
10.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	70
10.2	Opinnäytetyön prosessin pohdinta .....	73
10.3	Jatkotutkimusaiheet ja kehittämissuhteet .....	76
	LÄHTEET .....	78
	LIITTEET .....	87

## Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuva 1. Kokemus potilaiden hoidon yhdenvertaisuudesta hoitoisuudesta riippumatta, vertailu lähi- ja perushoitajien sekä sairaan- ja terveydenhoitajien välillä (IBM SPSS Statistics, 14.2.2025). .....	47
Taulukko 1. Potilaiden hoitoisuuden huomioiminen hoitotyön johtamisessa.....	42
Taulukko 2. Yhdenvertainen potilaiden hoito osastolla. ....	47
Taulukko 3. Seinäjoen sote-keskuksen lähiterveyspalveluiden vuodeosastojen välisen yhteistyön sujuvuus. ....	60

# 1 JOHDANTO

Potilaiden hoitoisuuden merkitys hoitotyön organisoinnissa ja laadussa on aiheena ajankohtainen ja merkittävä, koska potilaiden hoitoisuuden arviointi auttaa määrittelemään esimerkiksi, kuinka paljon henkilöstöä tarvitaan eri osastoilla. Riittävä resursointi ja hyvä työn organisointi tukevat hoitajien työhyvinvointia ja työmotivaatiota, mikä heijastuu myös potilaiden kokemaan hoidon laatuun. Idrissi Akhelij ym. (2019, s.13) kertovat, että terveydenhuollon johtamiseen tiedetään hoitotyön resurssien vaikuttavan joko suotuisasti tai epäsuotuisasti. Varsinkin hoitohenkilöstön puute ja vajaus vaikuttaa työn organisointiin. Liiallinen työmäärä on nähty eri tutkimuksissa olevan yhteydessä pieniin henkilöstövoimavaroihin ja henkilöstöresurssien rakenteet vaikuttavan potilasturvallisuuteen. Idrissi Akhelij ym. mukaan tutkimustulokset osoittavat, että suuret hoitohenkilöstöresurssit vaikuttavat suotuisasti potilasturvallisuuteen ja hoitotyön laatuun, mutta henkilöstön ja hoidon laadun välistä yhteyttä ei ole tarkasteltu potilaiden hoitoisuuden näkökulmasta. Hoitajien työmäärään vaikuttaa suuresti potilaiden hoitoisuus ja potilaiden hoitoisuuden on myös todettu tutkimuksissa olevan sidoksissa hoidon laatuun. Junttila (2023, s.18) kertoo väitöskirjassaan, että hoitotyön laatuun ja potilasturvallisuuteen on hoitotyön riittäville resursseilla ja kuormituksella todettu olevan selvä yhteys. Hoitotyön kuormituksen on todettu vaikuttavan myös hoitohenkilöstön työhyvinvointiin ja sitä kautta vaikuttavan hoitotyön laatuun. Hoitotyön kuormitus vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan hoitohenkilöstön pito- sekä vetovoimaan ja palveluiden kustannustehokkuuteen.

RAFAELA®-hoitoisuusluokitusjärjestelmä otettiin käyttöön Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen lähiterveyspalveluiden vuodeosastoilla vuonna 2025. Opinnäytetyö sijoittui vuosiin 2024–2025, eli suurimmaksi osaksi järjestelmän käyttöönoton suunnitteluvaiheeseen. Opinnäytetyön oli ensin tarkoitus käsitellä RAFAELA®-hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönottoa, mutta opinnäytetyön ja järjestelmän käyttöönoton ajankohta muuttivat suunnitelmia. Yhteisellä pohdinnalla yhteistyökumppanien kanssa päädyttiin tekemään opinnäytetyö kuitenkin hoitoisuuteen liittyen, sillä potilasmäärät ja potilaiden hoitoisuus kasvavat, ja tämä aiheuttaa väkisin muutoksia päivittäistoiminnan ja -työn organisointiin osastoilla. Aihe on siis erittäin ajankohtainen ja mielenkiintoinen. On myös tarpeellista lähteä kehittämään hoitotyön organisointia potilaiden hoitoisuus huomioiden. Hoitotyön organisointi on tärkeää, koska hoitajapula on suuri ja potilaat ikääntyessään monisairaampia ja hoidollisempia. Ajatuksena olisi, että tästä opinnäytetyöstä saatavaa tietoa voitaisiin hyödyntää myös sitten, kun RAFAELA®-hoitoisuusluokitusjärjestelmä on käytössä ja hoitoisuustietoa yksiköistä kertyy.

Opinnäytetyön tutkimus toteutettiin monimenetelmällisesti. Opinnäytetyön laadullinen aineisto kerättiin teemahaastattelemalla viittä Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskuksen lähiterveyspalveluiden vuodeosastojen lähiesihenkilöä. Määrällinen aineisto kerättiin Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskuksen lähiterveyspalveluiden vuodeosastojen hoitajille suunnatulla sähköisellä Webropol-kyselyllä. Kysely lähetettiin noin 130 hoitajalle. Laadullinen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä ja määrällinen aineisto analysoitiin pääosin Excel-taulukkolaskentaohjelmaa käyttäen. Tuloksissa vertailtiin myös lähi- ja perushoitajien ja sairaan- ja terveydenhoitajien vastauksia keskenään. Näiden ammattiryhmien väliset tilastolliset merkittävyydet testattiin IBM SPSS Statistics (versio 29.0.2.0) ohjelmassa Mann-Whitney U -testillä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitajien ja lähiesihenkilöiden näkökulmasta potilaiden hoitoisuuden merkitystä hoitotyön organisoinnissa ja hoitotyön laadussa. Tavoitteena on tutkia ja kehittää hoitotyön organisointia ja tällä tavoin myös hoitotyön laatua potilaan hoitoisuus huomioiden. Tämän opinnäytetyön yhteistyötahoja olivat Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskuksen lähiterveyspalveluiden vuodeosastot ja hoitotyön päällikkö sekä Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen palvelualueylihoitaja, joka työskentelee RAFAELA®-hoitoisuusluokitusjärjestelmän parissa. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys koostuu hoitoisuudesta ja hoitotyön kuormituksesta, hoitotyön organisoinnista ja työnjaosta sekä tiedolla johtamisesta ja hoitotyön laadusta.

## 2 HOITOISUUS JA HOITOTYÖN KUORMITUS

### 2.1 Hoitotyön määrittely

Rautava-Nurmi ym. (2020, s. 14) mukaan hoitotyöllä tarkoitetaan kaikkia niitä tehtäviä ja toimenpiteitä, joita terveydenhuollon ammattilaiset tekevät potilaan toimintakyvyn ja terveyden tukemiseksi. Hoitotyön tavoitteena on potilaan kärsimysten lievittäminen, terveydentilan säilyttäminen ja palauttaminen. Hoitotyön tavoitteena on lisäksi terveyden edistäminen ja sairauksien ennaltaehkäisy sekä sairauksista paraneminen. Hellsténin (2014, s. 21) mukaan hoitotyö painottuu erilaisiin toimenpiteisiin ja se perustuu hoitotieteeseen sekä lääketieteeseen. Blomqvist ym. (2022, s.19) taas kertovat, että hoitotyön periaatteita ovat potilaan kunnioittaminen, yksilöllisyyden, yksityisyyden, itsemääräämisoikeuden, perhe- ja terveystieteiden sekä turvallisuuden huomioiminen. Periaatteisiin kuuluu myös potilaan omatoimisuuden tukeminen, kokonaisuhoitoon sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Hoitotyötä tekevät hoidon ammattilaiset eri keinoin ja hoitotyö on suunnitelmallista sekä tavoitteellista. Rautava-Nurmi ym. (2020, s. 54) kertovat, että hoitotyön prosessin vaiheita ovat hoidon tarpeen arviointi, hoidon tavoitteiden asettaminen, hoitotyön suunnitellut toiminnot, hoidon toteutus sekä hoidon arviointi, mitä tehdään hoitotyön prosessin jokaisessa vaiheessa.

Hoitotyön tehtävät voidaan jakaa välittömiin ja välillisiin tehtäviin (Aluehallintovirasto (AVI) 8.10.2020). Välitön hoitotyö tarkoittaa suoraan potilaaseen kohdistuvaa hoitoa ja vuorovaikutusta, joka tapahtuu potilaan luona. Välitön hoitotyö on esimerkiksi potilaan perustarpeista ja hyvinvoinnista huolehtimista. Välillinen hoitotyö on sellaista missä ei olla suorassa kontaktissa potilaan kanssa, mutta se tukee hoitoprosessia ja tehdään potilasta varten. Blomqvist ym. (2022, s. 50) toteavat, että sosiaali- ja terveydenhuollossa hoitotyötä tehdään moniammatillisessa yhteistyössä ja yhteistyön avulla potilas saa kokonaisvaltaisempaa hoitoa.

Opinnäytetyö koskee julkisen terveystieteiden perustason vuodeosastoja ja osastoilla tapahtuvasta hoitotyöstä on kerrottu osastojen omavalvontasuunnitelmassa. Kuntoutusosaston Y1 omavalvontasuunnitelmassa kerrotaan, kuinka hoitotyössä huomioidaan potilaan omat voimavarat moniammatillisesti ja tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, 2025, s. 11). Potilaan hoidon tarve sekä fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet ja tavoitteet otetaan potilaslähtöisesti huomioon hoitosuunnitelmaa tehdessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa asiakas- ja potilaslähtöisyyden tulee toteutua potilaalle

annettavassa hoidossa (Kuntaliitto, 2019, s. 5). Blomqvist ym. (2022, s. 53) mukaan hoitotyötä ohjaa asiakaslähtöisyys ja se on tärkeä osa asiakkaan kohtaamista ja vaikuttaa hoidon onnistumiseen.

Hoitotyöhön osastolla kuuluu potilaiden perushoidosta eli hygieniasta ja ravitsemuksesta huolehtiminen sekä liikkumisen ja fyysisen toimintakyvyn huomioiminen osana kuntouttavaa hoitotyötä (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, 2025, s. 11–12). Lääkehoidon toteuttaminen ja erilaisten hoitotoimenpiteiden tekeminen, haavojen hoidot, potilaiden elintoimintojen ja terveydentilan seuranta erilaisin mittarein, yhteistyö lääkärin ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa ovat myös osastolla tapahtuvaa hoitotyötä.

Blomqvist ym. (2022, s. 3, s. 12) kertovat, että hoitotyön tulee perustua ajantasaiseen ja parhaan saatavilla olevan tiedon harkittuun käyttöön potilaan hoidossa sekä potilaan läheisten huomioimisessa. Hoitotyön tulee siis perustua näyttöön perustuvaan toimintaan (NTP) ja Käypä hoito suosituksiin. Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on käyttää vaikuttavaksi tunnistettuja hoitomenetelmiä sekä -käytäntöjä ja vastata näin hoidon tarpeeseen. Näyttöön perustuvan hoitotyön tarkoituksena on varmistaa potilaan oikeus hyvään ja turvalliseen hoitoon sekä lisätä terveydenhuollon vaikuttavuutta ja laatua. Näyttöön perustuvaa toimintaa voidaan tukea ja edistää hyvällä hoitotyön johtamisella esimerkiksi johtajan korkealla koulutustasolla, työkokemuksella, tutkimusosaamisella ja näytön käyttöönottoa arvostavalla toimintakulttuurilla. Hoitotyön tutkimussäätiö toimii näyttöön perustuvan toiminnan ja tutkimusnäytön eteenpäin viejänä hoitotyössä toimiville sekä seuraa näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumista Suomessa (Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus), i.a.).

Sosiaali- ja terveyspalveluja koskeva lainsäädäntö ohjaa Suomen sosiaali- ja terveyspalveluja (Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), 2024). Jokaisella kansalaisella on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin (Suomen perustuslaki 731/1999). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä säädetään muun muassa seuraavissa laeissa: Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021 ja Laki hyvinvointialueesta 611/2021. Lait velvoittavat edistämään väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä turvaamaan jokaiselle riittävät terveyspalvelut (STM, 2024). Fagerholm (2014, s. 3) kertoo, että terveydenhuollon palveluja säätevien lakien tavoitteena on taata väestölle laadukkaat, potilasturvalliset ja yhdenvertaiset palvelut sekä kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja.

## 2.2 Hoitotyön intensiteetin määrittely

Morris ym. (2007, s. 464) mukaan hoitoisuus käsitettä määriteltäessä on tärkeää selventää mitä hoitotyöllä, hoitotyöhön kuuluvilla tehtävillä ja työmäärällä, hoidon vaativuudella sekä hoitotyön intensiteetillä tarkoitetaan. Pitkäaho (2011, s. 70) kertoo, että hoitotyön intensiteetillä tarkoitetaan hoitotyön määrää ja laatua tietyllä aikavälillä ja sitä, mitä yksikössä tapahtuu potilaan hoitamiseen liittyen. Fagerholmin (2014, s. 98) mukaan hoitotyön intensiteettiä voidaan tarkastella erilaisten lukujen kautta, kuten potilaiden hoitoisuus suhteessa hoitajaresursseihin sekä potilaiden lukumäärä tai käyntimäärä vuodenaikana. Pitkäaho (2011, s. 116) kertoo, että intensiteetin mittaamiseen käytetään hoitoisuusluokituksia.

## 2.3 Hoitotyön työmäärän määrittely

Morris ym. (2007, s. 464) toteavat, että hoitotyön työmäärä tarkoittaa hoitotyön tehtäviä eli sitä työn suorittamisen määrää, joka on saatu tietyssä ennakkoon määritellyssä ajassa tehtyä. Morris ym. kertovat (s. 465), että hoitotyön työmäärään vaikuttaa välillisen ja välittömän hoitotyön lisäksi sellaiset tehtävät, mitkä eivät ole hoidollisia, kuten osastokokoukset, koulutukset ja hallinnolliset tehtävät. Morris ym. (s. 469) lisäävät, että potilaiden hoitoisuus vaikuttaa hoitotyön määrään ja hoitotyön määrä sisältää hoitotyön vaativuuden sekä myös ne hoitoon liittyvät toiminnot mitkä eivät ole potilaslähtöisiä. Hoitotyön työmäärään vaikuttaa potilaan sairauden vakavuusaste, hoidon vaativuus ja potilaan hoidon tarpeet sekä hoitotyöhön käytetty aika. Morris ym. lisäävät, että nämä eivät yksinään anna tarpeeksi tietoa hoitotyön työmäärästä mutta vaikuttavat potilaan hoitoisuuteen.

Idrissi Akhelij ym. (2019, s. 13) mainitsevat tutkimusartikkelissaan kuinka aikaisemmista tutkimuksista selviää, miten hoitohenkilökunnan työmäärän mittaamisessa on haasteita. Suhdeluku mikä kertoo, kuinka monta potilasta yhtä hoitajaa kohden on, ei ota huomioon potilaiden varsinaista hoitoisuutta, vaikka se onkin yleisimmin käytetty yksikkötasonmittari. Idrissi Akhelij ym. (s. 13–14) mukaan hoitotyön käytännön toiminnan ja työmäärän mittaaminen on hankalaa ja vaikeaa eikä ”potilasta per hoitaja” -suhdeluku kerro tai tunnista muita tekijöitä, jotka vaikuttavat hoitajien työmäärään. Hoitoisuuden määrittäminen edellyttääkin hoitoisuusluokituksen tekemistä.

## 2.4 Hoitoisuuden määrittely

Hoitoisuudella tarkoitetaan potilaan arvioitua määrällistä ja laadullista riippuvuutta hoitohenkilöstöstä välittömän hoidon aikana (Finto, 2020). Idrissi Akhelij ym. (2019, s. 14) kertovat tutkimusartikkelissaan, että potilaan hoitoisuudella tarkoitetaan potilaan kokonaisvaltaista ja henkilökohtaista hoidon tarvetta, joka suhteutetaan hoitajaresursseihin. Rautava-Nurmi ym., (2020, s. 59) lisäävät, että hoitoisuus määritellään potilaan tarvitseman hoidon vaativuuden ja määrän perusteella hoitotyön laadun arvioimiseksi ja resurssien sekä kustannusten selvittämiseksi.

## 2.5 Hoitoisuusluokitus

Idrissi Akhelij ym. (2019, s. 14) kertovat, että hoitoisuusluokituksen avulla potilaat luokitellaan hoidontarpeen perusteella ja hoitoisuusluokitus mittaa potilaan hoitoisuuden. Hoitoisuusluokitus ottaa huomioon potilaaseen kohdistuvan välittömän hoitotyön sekä myös epäsuoran hoitotyön esimerkiksi potilaan jatkohoitoa koskevat asiat. Heidän mukaansa hoitoisuusluokitus ei ota kuitenkaan huomioon kaikkia hoitajan työhön kuuluvia tehtäviä, kuten työpaikkakokouksia tai opiskelijoihin liittyviä asioista.

Kaustinen (2011, s. 15–16) kertoo, että hoitoisuusluokitusta voidaan käyttää työkaluna henkilöstösuunnittelussa, kuten henkilöstötarpeiden arvioinnissa, potilaiden hoitoisuuden tarkastelussa, hoitotyön budjetoinnissa sekä hoitotyön laadun varmistamisessa ja juuri näitä hyötyjä hoitoisuusluokitusten käytöstä on useissa tutkimuksista tullut esiin. Kaustisen mukaan hoitoisuusluokitusta, sen käyttöä ja hoitoisuusluokituksen tarvetta on perusteltu niin, että hoitotyönjohtajat ja hoitohenkilökunta saavat tietoa potilaiden hoitoisuudesta ja työn kuormittavuudesta, jolloin he voivat tätä saatua tietoa käyttää hyväksi henkilöstösuunnittelussa eli kohdentaa hoitajaresurssit vastaamaan paremmin potilaiden tarpeita. Hän lisää, että työnkuormitusta hoitohenkilökunnan näkökulmasta on suhteellisen haastava mitata hoitotyön luonteen takia.

Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen lähiterveyspalveluiden vuodeosastoille on tulossa käyttöön RAFAELA®-hoitoisuusluokitusmittari. Idrissi Akhelij ym. (2019, s. 14) kertovat, että RAFAELA® -hoitoisuusluokitusjärjestelmä on Suomessa vuosina 1994–2000 kehitetty järjestelmä ja sen tarkoituksena on edesauttaa henkilöstöresurssien ja potilaan hoidon tarpeen välistä tasapainoa. RAFAELA® -hoitoisuusjärjestelmässä on kolme työvälinettä. Ensimmäisenä on hoitoisuusluokitusmittari, jolla arvioidaan yksilöllisesti potilaan päivittäistä hoidon tarvetta.

Toisena työkaluna on yksikön päivittäinen hoitohenkilöstömäärä ja kolmantena PAONCIL-mittari (Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level), joka arvioi yksikön hoitoisuuden tasoa. Idrissi Akhelij ym. mukaan RAFAELA®-hoitoisuusluokitusjärjestelmässä tarkastellaan potilasta ja potilaan hoidon tarvetta kuuden eri osa-alueen kautta. Nämä osa-alueet ovat: ”1. hoidon suunnittelu ja koordinointi, 2. hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet, 3. ravinto ja lääkehoito, 4. hygienia ja eritystoiminta, 5. aktiviteetti/toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo, 6. hoidon/jatkohoidon opetus/ohjaus ja emotionaalinen tuki”. RAFAELA®-hoitoisuusluokitusjärjestelmä antaa pisteet potilaan hoitoisuudesta ja hoitoisuusluokan 1–5 (Finnish Consulting Group (FCG, i.a.). Hoitoisuusluokituksen avulla hoitaja tekee näkyväksi potilaaseen kohdistuneen välittömän ja välillisen hoitotyön. Järjestelmään tallennetaan lisäksi esihenkilön toimesta tieto toteutuneesta hoitohenkilökunnan resurssista. Järjestelmästä saadun hoitoisuustiedon avulla voidaan tehokkaammin arvioida yksikön henkilöstöresursointia ja seurata hoitotyön kuormitusta (FCG, i.a.). Hoitoisuusluokituksella tehdään siis hoitotyö näkyväksi. Hoitoisuustiedon avulla voidaan kehittää yksiköiden toimintaa ja tarkastella sitä eri osa-alueiden kautta.

Junttila (2023, s. 7) tutki väitöskirjassaan RAFAELA® -hoitoisuusluokitusjärjestelmän ennustevaliditeettia ja arvioi kuinka RAFAELA®:n validiteetin ja reliabiliteetin todentaminen ja hoitotyön kuormituksen mittaaminen onnistui käytännön hoitotyössä kaiken kiireen ja paineen keskellä. Tutkimuksen tuloksista ilmeni (s. 52–53), että kuormitustasomittarilla pystytään ennustamaan hoidon negatiivisia tuloksia. Tutkimuksessa ilmeni myös (s. 54), että RAFAELA® -hoitoisuusluokitusjärjestelmän validiteetin ja reliabiliteetin todentaminen on vaikeaa, joten hoitoisuusluokitusjärjestelmän luotettavuudesta on pidettävä huoli. Lisäksi on aktiivisesti osattava hyödyntää hoitoisuusluokitusjärjestelmästä saatua tietoa. Junttila (s. 70) ehdottaa väitöskirjassaan myös hoitoisuusluokitusjärjestelmän uutta toiminnallista mallia, jossa työn kuormitus pystyttäisiin ottamaan reaaliajassa huomioon. Toiminnallinen malli vähentäisi hoitajien ja esihenkilöiden työtä, mutta samalla hoitotyönresursseja pystyttäisiin hyödyntämään oikean tarpeen perusteella.

Junttilan (2023, s. 52–59) tekemän tutkimuksen tutkimustuloksista ilmeni, että RAFAELA® on hoitoisuusluokitusjärjestelmänä luotettava ja sen ennustevaliditeetti on toimiva. Hoitotyön kuormittavuus, kiire ja stressi hankaloittavat kuitenkin RAFAELA® -hoitoisuusluokitusjärjestelmän luotettavuuden ja validiteetin säilyttämistä. RAFAELA®-hoitoisuusluokitusjärjestelmää

olisi Junttilan (s. 71–72) mukaan hyvä jatkossa tekoälyn keinoin kehittää niin, että se olisi reaaliaikainen hoitotyön johtamisen väline.

## 2.6 Hoitotyön kuormituksen määrittely

Laine ja Kokkinen (2013, s. 203) kertovat, että sosiaali- ja terveydenhuoltoalan työntekijät kokevat monenlaisia kuormitustekijöitä työsssänsä ja varsinkin sosiaali- ja terveyskeskuksen vuodeosastoilla työntekijät kokevat työn fyysisesti ja psyykkisesti kuormittavana. Hellstén (2014, s.109) kertoo, että sosiaali- ja terveysalalla työn eri kuormitustekijät eroavat eri toimintasektoreiden välillä ja työntekijöiden kuormittumisella on nähty olevan yhteys työntekijöiden työmotivaatioon ja työympäristön rakenteellisiin tekijöihin.

Rytkönen (2018, s.164) kertoo, että kuormitukseen ja sen kokemiseen vaikuttaa muun muassa työntekijän elämäntilanne, ominaisuudet, oma toimintakyky sekä ikä. Hellstén (2014, s. 17) lisää, että työntekijän kuormittumiseen vaikuttaa työntekijän iän ja työn kuormitustekijöiden lisäksi työntekijän terveys, työkyky, sukupuoli ja ammattitaito. Rytkönen (2018, s. 91, s. 164) tarkasteli väitöskirjassaan hoivatyön kuormittavuutta ja esimerkiksi hoitajien iän vaikutusta kuormittavuuteen. Tuloksista selvisi, että mitä iäkkäämpi hoitaja oli, sitä enemmän he kokivat fyysistä kuormitusta työssään. Työntekijän ikä vaikuttaa myös työstä palautumiseen sillä vanhemmat työntekijät tekevät työtä lähempänä maksimisuorituskykynsä rajoja kuin nuoremmat kollegansa. Työntekijän toimintakyvyn tukeminen sekä ylläpitäminen on tärkeää ja merkityksellistä. Työntekijän toimintakyky ja sen muutokset tulisi ottaa huomioon työtehtävissä, ettei työkuormitus kasva liian suureksi. Työturvallisuuslaki (738/2002) velvoittaa myös esihenkilöä puuttumaan työntekijän jaksamiseen ja työkuormitukseen. Työkuormituksen on oltava sellainen, että työntekijä selviää siitä ja työnantajan tulee tarvittaessa puuttua kuormitustekijöihin (Työturvallisuuslaki 738/2002, luku 5, 25§).

Rytkösen (2018, s. 164) mukaan kuormittumiseen työssä vaikuttaa työntekijän ominaisuuksien lisäksi myös työolot sekä ne tekijät, jotka lieventävät kuormitusta. Rytkösen mukaan (s. 97–98, s. 164) myös hoitajien vähyys, töiden paljous ja koulutettujen sijaisten puute kuormittavat myös tulosten mukaan useita hoitajia. Ahola ym. (2010, s. 30) toteavat kuitenkin, että kuormittuminen ei aina kuitenkaan ole haitallista työntekijälle, mikäli kuormittuminen on sopivaa. Sopivasti kuormittunut työntekijä jaksaa tehdä työn ja toimintakyky sekä kiinnostus säilyy hyvänä. Alikuormitusta esiintyy, mikäli työ on liian helppoa ja vähäistä. Pitkään

jatkuessaan ali- tai ylikuormitus huonontaa työntekijän toimintakykyä ja erilaisia oireita saattaa alkaa esiintymään.

**Hoitotyön fyysiset kuormitustekijät.** Laine ja Kokkinen (2013, s. 203) kertovat, että fyysisesti raskas työ, vastuu potilaista, potilaiden monenlaiset ongelmat ja sairaudet sekä väkivallan uhka ovat yleisesti kuormittavia tekijöitä hoitoalalla. Raskaat potilaiden nostamistilanteet, epämukavat työasennot ja toistuvat yksipuoleiset liikkeet koetaan hoivatyössä fyysisesti raskaina ja ne saattavat aiheuttaa tuki- ja liikuntaelinvaivoja tai kipuja. Hellstén (2014, s. 118) kertoo, että hoitotyön fyysisesti kuormittavampia tehtäviä on käsin tehtävät potilaiden siirtämiset ja nostamiset, eikä apuvälineet tai tilat aina vastaa tarpeita. Fyysisesti kuormittavat myös huonot työasennot. Cowley ja Leggett (2010, s. 2) toteavat, että todella suurikokoisten potilaiden hoitaminen ja hoitoon liittyvät siirrot saattavat aiheuttaa fyysisen terveysriskin hoitajille. Hellsténin (2014, s.118) mukaan hoitajien omat toimintatavat, työtekniikat ja apuvälineiden käyttäminen auttavat vähentämään työn riskejä. Liian vähäiset henkilöstöresurssit saattavat lisätä fyysistä kuormitusta, sillä silloin ei esimerkiksi ole tarpeeksi aikaa käyttää tarvittavia apuvälineitä potilaiden siirtotilanteissa.

**Hoitotyön psyykkiset kuormitustekijät.** Rytönen (2018, s. 97) kertoo, että psyykkiset kuormitustekijät liittyvät yleensä työn sisältöön ja ihmisten parissa tehtävä työ lisää henkistä kuormittavuutta. Psyykkisiä kuormitustekijöitä voivat olla epäselvät työn tavoitteet, jatkuva kiire ja tunne, että työtä on liikaa, eikä työmäärään tai työtahtiin pysty itse vaikuttamaan. Psyykkisesti voi kuormittaa myös suuri vastuu potilaista, työnteon keskeytyminen (kognitiivinen kuormitus) usein, tai jos työssä ei ole mahdollisuutta kehittyä, eikä siitä saa tarpeeksi palautetta eikä arvostusta. Kognitiivinen kuormitus tarkoittaa esimerkiksi toistuvia työn keskeytymisiä ja monen asian samaan aikaan tekemistä aikapaineessa (Työterveyslaitos, i.a.-b). Työntekijöiden kognitiivisesti kuormittavia tekijöitä sekä työolosuhteita tulisi ennakoida mahdollisimman hyvin ja vaikuttaa niihin vähentämällä tarpeetonta aivokuormaa, joka edistää myös työn sujuvuutta. Hoitotyössä on lisääntynyt huomattavasti tiedolla työskentely ja tiedon käsittelyn vaatimukset, joten kognitiivinen kuormitus tulee ottaa huomioon työn suunnittelussa ja toteutuksessa.

Rytönen (2018, s.107) kertoo, että terveydenhoitoalalla esiintyy myös väkivallan uhkaa, joka on lisääntynyt parin viime vuosikymmenen aikana naisvaltaisilla aloilla. Sosiaali- ja terveysalan työntekijöillä on keskimääräistä suurempi riski joutua väkivallan tai väkivallan uhan kohteeksi (Työterveyslaitos, i.a.-b). Sosiaali- ja terveysalalla työntekijät kohtaavat usein työssään

myös eettistä kuormitusta. Eettistä kuormitusta voi aiheuttaa esimerkiksi tilanteet, joissa työntekijä joutuu toimimaan omia arvojaan vastaan. Mikäli tällaisia tilanteita on usein, voi työntekijälle syntyä eettistä kuormitusta. Eettinen kuormitus aiheuttaa stressireaktion ja siihen voi liittyä turhautumista tai jopa fyysisiä oireita. Kaikkea eettistä kuormitusta on mahdotonta poistaa, mutta tärkeää on kiinnittää eettisen kuormituksen hallintaan huomiota. Työpaikalla tulisi yhdessä luoda eettisen toiminnan pelisäännöt ja yhteinen ymmärrys eettisestä toiminnasta tukevasta arvopohjasta.

**Hoitotyön sosiaaliset kuormitustekijät.** Rytkösen (2018, s. 25) mukaan fyysisen ja psyykkisen kuormituksen lisäksi yksi kuormituksen muoto on sosiaalinen kuormitus. Sosiaalinen kuormitus liittyy työpaikan vuorovaikutussuhteisiin ja siihen liittyy myös työntekijöiden ja/tai esihenkilön väliset ristiriitatilanteet. Rytkönen jatkaa, että työpaikkakiusaaminen tai työntekijän epätasa-arvoinen kohtelu henkilökohtaisten ominaisuuksien vuoksi lisää sosiaalista kuormitusta. Työntekijöiden huono yhteistyö, työpaikan heikko tiedon kulku, huono ja epäselvä johtaminen kuuluu myös sosiaaliseen kuormittumiseen ja sen kokemiseen. Liiallinen stressi on myös yksi kuormitustekijä mikä saattaa aiheuttaa esimerkiksi univaikeuksia, mielialaongelmia, erilaisia sairauksia ja pahimmillaan se voi johtaa työuupumukseen (Työterveyslaitos, i.a.-a). Työtehtävien vaatimukset, fyysiset työolot, henkilöstön väliset ristiriidat tai traumaattiset tapahtumat työpaikalla ovat työelämän stressitekijöitä. Työntekijät reagoivat näihin ärsykeisiin eli stressitekijöihin yksilöllisesti ja stressireaktiot voidaan luokitella lyhyt- tai pitkäkestoisiksi. Stressireaktiot erotellaan vielä yksilön, yksityiselämän, työyhteisön ja organisaation tasolla.

## 3 HOITOTYÖN ORGANISOINTI JA TYÖNJAKO

### 3.1 Työn organisointi

Riikonen ym. (2003, s. 8–9) kertovat, että työn organisointi tarkoittaa työn suunnittelua ja työn toteuttamista eli sitä prosessia, jossa työtehtävät ja resurssit järjestetään niin, että työyhteisö toimii tehokkaasti organisaation tavoitteiden saavuttamiseksi. Voutilaisen ym. (2018, s. 212) artikkelin mukaan työnjaolla ja organisoinnilla voidaan sosiaali- ja terveydenhuollossa tarkoittaa esimerkiksi työntekijöiden osaamisen, ajan, tehtävien ja resurssien kohdentamista. Tavoitteena on vastata organisaation, työntekijöiden ja asiakkaiden tarpeisiin tarkoituksenmukaisesti tietyssä tilanteessa, ajassa ja paikassa. Laaksonen ym. (2012, s. 181–182) lisäävät, että työn organisointiin organisaation näkökulmasta kuuluu henkilöstötoiminnan osa-alueet eli esimerkiksi työntekijöiden rekrytointi, henkilöstösuunnittelu, koulutus, toiminnan kehittäminen, perehdytys, palkkaus, työsuojelu ja yhteistoimintamenettelyt sekä työsopimuskäytännöt. Hyvin toteutunut henkilöstötoiminta takaa organisaatioon osaavan ja riittävän henkilöstön ja auttaa organisaatiota pääsemään asetettuihin tavoitteisiin.

Työn organisointi on keskeinen osa työelämän hallintaa ja tehokasta johtamista (Oikeusministeriö, 2012, s. 9). Työn organisointi on laaja kokonaisuus ja se sisältää eri osa-alueita, kuten tehtävien suunnittelun ja priorisoinnin, työn jaon, töiden sujuvuuden, toimintatavat ja työvuorojen suunnittelun sekä toimintakulttuurin. Kauhasen (2012, s. 47) mukaan työn organisoimisen tavoitteena on varmistaa, että työ sujuu mahdollisimman toimivasti, tehokkaasti ja tuottavasti. Tavoitteena on myös entistä parempi asiakaslähtöisyys, joustavuus sekä tukea henkilöstön työmotivaatiota ja työhyvinvointia. Hänen mukaansa työn ja toimintatapojen organisoimisen on todettu olevan yhteydessä työhyvinvointiin. Tarkkosen (2012, s. 61) mukaan työn hyvä organisointi ja toimintatapojen kehittäminen lisäävät henkilöstön työhyvinvointia, jota on mahdollista pitää yllä ja kehittää vaikuttamalla mitoitukseen, työn järjestelyihin sekä työolosuhteisiin. Haapakorpi ja Haapola (2008, s. 11) lisäävät, että työn organisointi voi vaikuttaa myös työvoiman pysyvyyteen ja hyvin toteutettuna se parantaa tuloksellisuutta sekä antaa mahdollisuuksia työntekijöiden työhyvinvoinnin ylläpitämiseen. Onnistunut työnjako, laadukas johtaminen ja osaamisen oikea kohdentaminen tehostavat toimintaa.

Kauhanen (2012, s. 49) kertoo, että merkittävä osa hyvää työkokonaisuutta on se, että henkilöstö osallistuu työn kehittämiseen. Kauhanen lisää, että ergonominen suunnittelu työpaikalla

on tärkeää, koska parhaimmillaan se voi estää tuki- ja liikuntaelinten vaivoja ja sairauksia. Riikosen ym. (2003, s. 8–9) mukaan työyhteisössä töitä voidaan uudelleen organisoida useista erilaisista syistä esimerkiksi henkilöstö- tai organisaatorakenne muutosten vuoksi, mutta organisoinnin tarkoituksena on myös sopeuttaa työntekijöitä muuttuviin tilanteisiin.

Kauhasen (2012, s. 49) mukaan työn muotoilun ja organisoinnin menetelmät voidaan jakaa työn laajentamiseen ja työkiertoon sekä työajan, työvälineiden määrittelyyn ja antamiseen. Työkierrossa työntekijä vaihtaa fyysisesti työpaikkaa sovituksi ajaksi saman- tai eritasoisesta tehtävästä toiseen ja palaa takaisin työtehtävään mistä lähti. Työkierto on hyväksi havaittu organisoinnin keino ja sen tavoitteena on tuoda työntekijälle vaihtelua ja ehkäistä yksipuolista kuormitusta. Työn laajentaminen (s. 50) tarkoittaa työn monipuolistamista tai eritasoisten työtehtävien laajentamista uusille alueille. Tavoitteena työn laajentamisella on lisätä työn vaihtelevuutta, työntekijän motivaatiota sekä työntekijän vastuuta työn laadusta. Työn laajentaminen vaatii syvällisempää työpanosta sekä usein myös osaamisen kehittämistä. Työn rikastaminen (s. 51) tarkoittaa tietojen kehittämistä koulutuksin ja työn monipuolistamista niin, että se antaa työntekijälle enemmän haastetta ja vastuuta. Tapoja työn rikastamiseksi on useita ja tavoitteena on parantaa työn motivaatiota lisäämällä työn sisältöä, mikä parhaimmillaan vaikuttaa työntekijän työhyvinvointiin. Peltonen (2009, s. 41) kertoo, että tehtäväsiirroilla taas tarkoitetaan tehtävän tai vastuun siirtämistä tietyltä henkilöstöryhmältä toiselle henkilöstöryhmälle aikaisemmin kuuluneiden tehtävien lisäksi. Kauhasen (2012, s. 52, s. 55) mukaan työaika on yksi tärkeä työn organisoinnin osa-alue, mutta työn sisältöön vaikuttaa myös turvalliset työvälineet. Työvälineet voivat vaikuttaa työn laatuun, joten nykyaikaisten työvälineiden käytön osaaminen ja osaamisen varmistaminen on tärkeää.

### 3.2 Työnjako

Hukkanen ja Vallimies-Patomäki (2005, s. 12) kertovat, että työnjaolla tarkoitetaan työyhteisön toiminnan ja työtehtävien järjestämistä tarkoituksen mukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen koulutuksen ja osaamisen mukaan. Terveystieteiden henkilöstön työnjakoa säätelee myös Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 1994/559. Kangasniemen ym. (2017, s. 7) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa työnjako voi tarkoittaa joko alueellisesti, erikoisaloittain tai ammattihenkilöiden kesken toiminnan vastuiden jakamista. Ammattihenkilöiden työnjako kohdentuu työtehtäviin, työtaitoihin sekä vastuuseen. Ammattihenkilöiden työnjako perustuu osaamisen ja resurssien sekä työajan

kohdentamiseen. Organisaatiokulttuuri sekä sen menettelytavat voivat vaikuttaa ammattihenkilöiden työnjakoon.

Voutilainen ym. (2018, s. 212) kertovat, että työnjaon tavoitteena on työssä jaksamisen, tehokkuuden, työn joustavuuden ja työyhteisön suorituskyvyn parantaminen. Tämä edellyttää heidän mukaansa kokonaisuuksien hallintaa ja tietynlaista osaamista. Tolmala ym. (2019, s. 38) kertovat artikkelissaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon työnjako on ollut pitkään ammattitehtäviin liittyvää ja hierarkkista, mutta kokonaisvaltaisten ja yhtenäisten palveluiden saavuttaminen edellyttää joustavampaa työnjakoa, tiivistä yhteistyötä eri sektoreiden ja ammattiryhmien välillä sekä ammattilaisten autonomisuutta palveluiden ja oman työn järjestämisessä. Heidän mukaansa työnjaon on oltava perusteltua laadun, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden näkökulmasta.

### **3.3 Hoitotyön keskeisimmät työnjakomallit**

Laaksonen ym. (2012, s. 117–118) kertovat, että lähiesihenkilöllä on päävastuu toimintayksikön toiminnan organisoinnista. Esihenkilön tulee suunnitella organisaation työnjako niin, että se on tarkoituksenmukainen, mielekäs ja potilaan hyvä hoito ja organisaation tavoitteet toteutuvat. Työnjakomalleja on erilaisia ja niiden avulla henkilöstöä voidaan motivoida tekemään työtä hyvin ja saavuttamaan tavoitteet. Erilaisia työnjakomalleja ovat esimerkiksi yksilövastuinen hoitotyö, tiimi- ja ryhmätyö, modulaarinen, tehtäväkeskeinen ja parityöskentely työnjakomalli.

Laaksonen ym. (2012, s. 27–28) kertovat, että tehtäväkeskeisessä työnjaossa korostuu erilaisten tehtävien työnjako eli työt jaetaan työntekijöiden kesken mitä kukin hoitaa työvuoronsa aikana. Periaate ”kaikki-tekevät kaikkea” on alkanut laajenemaan varsinkin vanhustenhuollossa, poikkeuksena sellaiset tehtävät, joihin tarvitaan pätevyys ja toimilupa, esimerkiksi suonsisäinen lääkehoito. Ryhmätyö on yleisesti käytetty työnjaon perusta, jossa koko ryhmä vastaa esimerkiksi tiettyjen huoneiden tai moduulien potilaista. Voutilaisen ja Laaksosen (1994, s. 74–76) mukaan modulaarisessa työnjakomallissa yksikkö jaetaan moduuleihin eli erilaisiin alueisiin, jossa moduulissa työskentelevät huolehtivat oman moduulin potilaista. Moduulin sisällä voidaan kuitenkin myös toteuttaa yksilövastuisen hoitotyön periaatteita. Laaksosen ym. (2012, s. 27–28) mukaan tiimityössä jokainen on vastuussa koko tiimin tekemisistä eli potilaista on yhteisvastuu. Tiimi- ja ryhmätyö ovat lähellä yksilövastuista hoitotyötä ja

parhaimmillaan tiimityö luo perustan yksilövastuiselle hoitotyölle, jossa tehtävät jaetaan potilaiden mukaan.

Laaksosen ym. (2012, s. 27–28) mukaan käytännössä toteutuu yksilövastuinen hoitotyö, tiimi- ja ryhmätyö sekä ”kaikki tekevät kaikkea”-periaate ja työnjakomallit usein kuitenkin samaan aikaan. Yksilövastuinen hoitotyö voi olla myös tiimityötä ja tiimityö yhdistettynä yksilövastuiseen hoitotyöhön saattaa ehkäistä hoitajien kuormitusta. Yksilövastuinen hoitotyönjakomalli pyrkii yksilölliseen, kokonaisvaltaiseen ja tavoitteelliseen toimintaan potilaan parhaaksi ja siinä omahoitaja vastaa määrättyjen potilaiden hoidosta. Yksilövastuisen hoitotyön periaatteita ovat itsenäisyys, vastuullisuus, hoidon koordinointi ja jatkuvuus. Munnukka ja Aalto (2002, s. 109) kertovat, että esihenkilöllä on päävastuu yksilövastuiseen hoitotyöhön siirtymisestä ja se voi olla haasteellista. Omahoitajamallissa (s. 155) omahoitaja vastaa potilaan hoitotyöstä ja hoitotyön suunnitelmallisuudesta. Seinä ja Helander (2007, s. 9) kertovat, että työparityöskentelymallissa työpari toimii yhdessä hyödyntäen molempien osaamista ja pyrkien yhteiseen päämäärään. Työpareina voi olla kaksi saman ammattiryhmän ammattihenkilöä tai kaksi eri ammattiryhmän ammattihenkilöä, esimerkiksi sairaanhoitaja-lääkäri-työpari. Toimintamallista riippumatta hoitotyötä ohjaa aina Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

### 3.4 Resurssipalvelut

Resurssipalvelutoiminnan tarkoituksena on muun muassa avustaa yksiköitä sijaisrekrytoinnissa, sijaisresurssien tasapuolisessa kohdentamisessa ja koordinoida äkkilähtijöiden toimintaa (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, 2024a, s. 3–4). Resurssipalveluiden lähiesihenkilöt huolehtivat resurssipalveluiden tehtävistä omilla alueillaan yhteistyössä yksiköiden esihenkilöiden kanssa. Äkkilähtijätoiminnan tarkoituksena on auttaa yksiköitä paikkaamaan äkillisiä sijaistarpeita ja näin vähentää ulkopuolisten sijaisten tarvetta. Äkkilähtijät ovat resurssipalveluyksikön alla toimivia osaavia ja ammattitaitoisia hoitotyöntekijöitä. Äkkilähtijät kiertävät vähintään kolmessa eri yksiköissä, joista yksi on määritelty kotiyksiköksi. Eri yksiköissä äkkilähtijät tekevät pääsääntöisesti samaa työtä kuin yksikön vakituiset hoitajat. Äkkilähtijöitä (mts. 4) ei tulisi varata yksiköihin listan suunnitteluvaiheessa, sillä tarkoituksena on varata äkkilähtijä äkillisiin tarpeisiin ja varaukset tulee tehdä Respa-järjestelmän kautta.

Tuominen (2020, s. 5) tutki väitöskirjassaan hoitohenkilökunnan äkillisten poissaolojen hallintaa sairaaloissa ennen ja jälkeen sähköisen resursointisovelluksen käyttöönottoa ja analysoi

päivittäiseen resurssointiin liittyvää työtä esihenkilöillä. Tulosten pohjalta (s. 66) kehitettiin sairaaloiden päivittäisen resursoinnin malli, jonka avulla henkilöstövoimavarat voidaan hyödyntää paremmin. Väitöskirjassa (s. 53) kartoitettiin myös hoitohenkilökunnan kokemuksia toisessa yksikössä tehdyistä lainavuoroista eli työvuoroista, jossa hoitaja siirtyy tilapäisesti toiseen yksikköön. Tutkimustulosten mukaan lainavuorokokemus ei lisännyt stressiä hoitajissa, mutta lainavuoroon saattaa liittyä stressaavia tekijöitä, joten esihenkilön rooli selkeiden ohjeiden laatimisessa ja noudattamisessa on tärkeää. Tutkimustuloksista (s. 57) selviää, että esihenkilöiden työsuoritteet poissaolojen järjestämiseen vähenivät huomattavasti päivittäiseen resurssointiin tarkoitetun sovelluksen käyttöönoton jälkeen, joka toi myös kustannussäästöjä. Näiden lisäksi myös laina- ja varahenkilöstön käyttöä saatiin tehokkaammaksi. Tuominen (s. 66) lisää, kuinka tärkeää kuitenkin on, että esihenkilöt sekä hoitohenkilökunta sitoutuu arvioimaan lisähenkilöstön tarpeen jokaisessa vuorossa ja on tarjottava apua toiselle osastolle, jotta resurssipalvelun tuoma etu voidaan saavuttaa.

## 4 TIEDOLLA JOHTAMINEN

### 4.1 Tiedolla johtamisen ulottuvuudet ja määritelmä

Tiedolla johtaminen on osa tietojohdamista (Finto, i.a.). Sillä pyritään tekemään tietoperustaisia päätöksiä ja mahdollistamaan ne. Listenmaa (2023, s. 45–48) tiivistää tietojohdamisen koostuvan sekä tiedolla johtamisesta että tiedon johtamisesta. Termeinä tiedolla johtaminen on tärkeämpi, koska se perustuu tietoon organisaation menestystekijöistä ja luo mahdollisuuksia paremmalle johtamiselle sekä lisäksi se kuvaa organisaatiolle tuotettua arvoa. Tiedon johtaminen terminä tarkoittaa teknistä suorittamista eli kertoo siitä, kuinka merkityksellinen tieto organisaatiolle tuotetaan. Listenmaa kertoo myös, että tiedolla johtamisen käsitteelle ei ole yhtä ja ainoaa tulkinta tapaa eli sitä on käsitteenä vaikeaa määritellä. Hänen mukaansa tiedolla johtamisen tarkoitus on auttaa organisaatiota savuttamaan joko yksilöön tai koko organisaatioon kohdistuvat tavoitteet.

Yazdani ym. (2020, s. 1–7) tutkimuksen mukaan organisaatioiden toiminta tietoyhteiskunnan aikakaudella perustuu korkealaatuiseen informaatioon ja tietoon. Heidän mukaansa tiedolla johtamista tarvitaan organisaatioiden menestykseen sekä virheistä ja menneestä oppimiseen. Yazdani ym. tarkastelivat tutkimuksessaan käsitettä ”knowledge management” ja he toivat esille, kuinka käsitteen käyttö aiheuttaa hämmennystä jopa asiantuntijoiden keskuudessa. He totesivat tutkimuksessaan, että tietojohdamisen käsitteet tarvitsevat lisää täsmennystä ja uudelleen määrittelyä, sillä käsitteitä ja alakäsitteitä käytetään paljon väärin.

Ajanakun ja Mutulan (2018, s. 39–47) mukaan tiedolla johtaminen voi parantaa hoidon laatua auttamalla hoitohenkilökuntaa yhdistelemään ja käsittelemään terveydenhuollon sirpaleista tietoa. Tutkimuksessaan he tuovat esille, että teknologia on tärkeä osa tiedolla johtamista monella eri tasolla. Heidän mukaansa teknologia auttaa hoitohenkilökuntaa keräämään ja käyttämään tietoa eri lähteistä, mikä tukee parempaa päätöksentekoa ja ongelmanratkaisua. Tietotekniikka parantaa myös vuorovaikutusta hoitohenkilöstön välillä sekä hoitohenkilöstön ja potilaiden välillä, tämä lisää osaltaan hoidon laatua. Tietotekniikka mahdollistaa myös tiedon jakamista, luo asiantuntemusta sekä parantaa terveydenhuollon palveluiden ajantasaisuutta, laatua ja saatavuutta. Ajanakun ja Mutulan mukaan organisaatorakenteiden joustavuus on tärkeää tiedolla johtamisen prosessien helpottamisessa ympäri organisaatiota. Tiedolla johtaminen on kokonaisvaltaista ja sisältää tiedon tuottamisen lisäksi esimerkiksi tiedon

keräämistä, analysointia ja tiedon levittämistä. Organisaatioiden toiminnan johtamisessa käytetään aiempia tietoja ja tunnistetaan sekä omaksutaan uutta tietoa. Laaja tiedon hyödyntäminen lisää myös organisaatioiden suorituskykyä. Ajanaku ja Mutula kertovat tutkimuksessaan, että yksi isoimmista haasteista on yhdistää hoitotyön suorituskyky ja tiedolla johtaminen. Pihlajainen (2020, s. 54) kertoo, että saamiensa tulosten mukaan kehittämistarpeita johtamisosaamisessa olivat muun muassa strategiaosaaminen ja vaihteleva johtamisen tietoperusta. Pihlajaisen (s. 65) mukaan johtamisen yhtenäisten käsitteiden ja teoriaperustan lisäksi johtajat tarvitsevat työssään tietoa organisaation johtamiskäytännöistä, -prosesseista ja -toimintamalleista. Kokonaisuuksien hallinta nähtiin erittäin tärkeänä johtamistaitona.

## 4.2 Tiedolla johtaminen terveydenhuollossa

Vakkala ja Syväjärvi (2020, s. 122–123) kertovat, että sosiaali- ja terveydenhuollossa tiedolla johtaminen ja sen tärkeys näyttäytyy merkittävänä nyt ja tulevaisuudessa. He toteavat myös, että tiedolla johtaminen on keskeisessä roolissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden nykypäivän kehitystoiminnassa. Tiedolla johtamista ja tietotoimintaa ei voi erottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden suunnittelusta ja johtamisesta. Laihon ja Saranto (2021, s. 9) kertovat, että lähtökohtana tiedolla johtamiselle sote-alalla tulee olla reaaliaikaiset päätöksentekoa ja palvelutuotannon johtamista tukevat tietoaaineistot. Edellytyksenä on myös sote-asiantuntijoiden perustyön ymmärtäminen periaatteiden, tietojärjestelmien, menettelmien ja sote-palvelutuotantoa ohjaavan lainsäädännön tuntemisen ohella. Myös poliittis-hallinnolliset kysymykset palveluiden järjestämisestä tulee tuntea.

Myös Lammintakanen ja Rissanen (2018b, s. 34–38) kertovat, että tietoon perustuva kehittäminen on ollut viime vuosien trendi sosiaali- ja terveysalalla. Tiedolla johtamisella on pyritty yhdistämään asiantuntijakokemus, tutkimustieto ja tilanneymmärrys niin, että parhaat mahdolliset toimenpiteet ja käytännöt saadaan toteutettua. Tämä edellyttää heidän mukaansa johtajalta kokonaisuuksien hallintaa ja asiantuntemusta ja henkilöstöltä sitoutumista kehittämistyöhön. Tiedolla johtaminen lisää onnistuessaan palvelujen laatua. Lammintakanen ja Rissanen (2018a, s. 39–47) toteavat, että johtaminen sosiaali- ja terveysalalla linkittyy vahvasti strategiseen toimintaan ja valtakunnalliseen ja alueelliseen sote-politiikkaan. Päätöksenteko liittyy sekä politiikkaan että johtamiseen. Myös muun yhteiskunnan ja eri hallinnonalojen päätökset heijastuvat sote-alan päätöksentekoon ja palveluiden tarpeeseen (esimerkiksi liikennepolitiikka, asuntopolitiikka ja yhdyskuntapolitiikka).

Listenmaa (2023, s. 53) painottaa, että tuotettua tietoa tulee osata organisaatiossa hyödyntää. Tämän mahdollistaa tiedolla johtamisen sosiaalinen järjestelmä eli toimiva rakenne, motivoitunut henkilöstö sekä avoin ilmapiiri. Toimiva tiedolla johtamisen sosiaalinen järjestelmä lisää organisaation inhimillistä pääomaa ja mahdollistavat tiedon hyödyntämisen lisäarvon sekä vaikuttavuuden. Sosiaalinen järjestelmä, tietoarkkitehtuuri, tekniset järjestelmät ja johtamisarkkitehtuuri yhdessä varmistavat, että se tieto mikä on käytössä, tukee organisaation johtamista. Tsai ja Hung (2016, s. 244–250) toteavat tiedolla johtamisen vaikuttavan positiivisesti kustannustehokkuuteen terveydenhuollossa. Heidän mukaansa tietotekniikka tukee ja parantaa organisaatioiden tiedolla johtamisen prosesseja. Esimerkiksi viestintää ja tiedon jakamista johdon ja organisaation henkilöstön välillä voidaan kehittää ja parantaa tietotekniikan avulla. Myös organisaatiokulttuuri vaikuttaa tiedolla johtamisen onnistumiseen. Heidän mukaansa hiljaista tietoa voidaan saada organisaatioiden käyttöön ja hallita tiedolla johtamisen keinoin. Popa ja Stefan (2019, s. 2–16) kertovat, että sosiaali- ja terveydenhuollossa tiedolla johtamisen hyötyjä ovat esimerkiksi organisaatioiden oppiminen ja yhteistyö, päätöksenteko, kustannustehokkuus, hoidon laadun kohentuminen ja lääketieteellisten virheiden vähentyminen. Myös terveydenhuollon organisaatioiden suorituskykyä voidaan arvioida tiedolla johtamisen keinoin. He kuitenkin toteavat, että tiedolla johtamisen onnistumisen mittaaminen on vaikeaa.

### 4.3 Tiedolla johtamisen haasteet

Hellström ja Ikäheimo (2017, s. 3) kertovat, että Sitran vuonna 2017 teettämän kyselyn vastaajien mielestä kuusi merkittävintä haastetta tiedon hyödyntämisessä päätöksenteossa olivat kiire, tarkoitushakuisuus, yksipuolisuus, digitalisaatio, tiedonlukutaito ja kilpaileva tieto. Kiireen osalta kerrottiin, ettei päättäjillä ole tarpeeksi aikaa tutustua päätöksentekoon vaadittaviin taustatietoihin ja että tietoa vaaditaan kiireen takia liian tiivistettynä. Lisäksi tiedontuottajilla ei ole riittävästi kannusteita tiedon esittämiseen muodossa, joka palvelee päätöksentekoa. Tarkoitushakuisuudesta kerrottiin, että päätöksenteossa ei välttämättä olla avoimia siitä, minkälaiseen tietoon päätökset perustuvat. Yksipuolisuudesta mainittiin, että päätöksiä valmisteltaessa käytetään ja vertaillaan vaihtoehtoja, näkökulmia ja tietolähteitä liian suppeasti. Myös asiantuntijoita hyödynnetään liian vähän päätöksenteossa. Digitalisaation osalta mainittiin, että sen tuomia mahdollisuuksia hyödynnetään liian vähän ja rajatusti. Tiedonlukutaidon osalta kerrottiin, että tiedon laadun arvioinnissa ja johtopäätösten tekemisessä on puutteita.

Lisäksi päätöksenteossa tiedon objektiivisuuteen luotetaan liikaa. Kilpailevasta tiedosta mainittiin, että siitä on sen runsauden takia vaikea saada selvää.

Hellström ja Ikkäheimo (2017, s. 2) kertovat myös, että näyttöön perustuvaa päätöksentekoa tarvitaan entistä enemmän tiedon määrän kasvaessa ja ratkottavien ongelmien monimutkaisuudessa. Kuitenkin nykypäivän kiire ja saatavilla olevan tiedon hajanaisuus haastavat näyttöön perustuvaa päätöksentekoa. Tutkijat peräänkuuluttavat uudenlaista vuoropuhelua erilaisten asiantuntijuuksien, sektorien ja päätöksenteon välille. Heidän mukaansa tämän vuorovaikutuksen kehittäminen on keskeinen tulevaisuuden strateginen johtamishaaste Suomessa. Jalosen (2015, s. 55) mukaan tiedolla johtamista voidaan kehittää myös ongelmia ja haasteita tarkastelemalla. Jalonen (s. 57) on koonnut taulukkoon neljä erilaista tieto-ongelmaa ja niiden määritelmät, taulukon hän on koonnut mukailleen Michael Zackia (2001). Ensimmäinen tieto-ongelma on Jalosen mukaan epävarmuus, joka saattaa näkyä puutteina faktatiedossa ja informaatioissa. Toisena on monimutkaisuus. Tämä ilmenee informaation paljoutena, joka johtuu asioiden ja ilmiöiden yhteenliittymisestä. Kolmantena on epäselvyys, joka voi näkyä tulkintavaikeuksina. Ja neljäntenä tieto-ongelmana on Jalosen mukaan monitulkintaisuus, joka voi ilmetä useina ristiriitaisina tulkintoina.

Tsain ja Hungin (2016, s. 244–250) mukaan haasteena terveydenhuollon tiedolla johtamisessa nähdään hajautetut tietojärjestelmät ja niiden vaikutus tiedon jakamiseen ja sen kulkuun. Kivisen ja Lammintakasen (2013, s. 90–97) mukaan terveydenhuollossa tietojärjestelmät ja it-valmiudet tulevat muita aloja jäljessä, eivätkä ne vastaa vaatimukseen laadun, hoidon ja tehokkuuden saralla. Heidän mukaansa tausta, asenteet, tiedot ja taidot vaikuttavat johtajien tietotarpeisiin ja järjestelmien käyttöön. Ongelmana ovat myös terveydenhuollon haastava ja monimutkainen toimintaympäristö, johtamisjärjestelmät, organisaatorakenteet ja nopeat muutokset. Nämä edellä mainitut aiheuttavat haasteita ja jännitteitä tietojärjestelmiin sekä toimintaan ylipäänsä. Lisäksi tiedolla johtamista haastaa tietojärjestelmien ja tietotarpeiden yhteensopimattomuus, eli tarvittavaa tietoa ei joko ole saatavilla nykyisten järjestelmien kautta tai sen hankkiminen on haastavaa. Kivisen ja Lammintakasen (s. 90–97) mukaan johtamisessa tarvittaisiin enemmän kehittyneempää tietoa, joka on analysoitu ja käsitelty, että tieto tukisi paremmin päätöksen tekoa ja näin lisäisi tiedon kokonaisvaltaisempaa sekä ennakoivaa käyttöä.

## 5 LAATU TERVEYDENHUOLLOSSA

### 5.1 Terveydenhuollon laadun määritelmä

Kuisma ym. (2019, s. 11) painottavat, että laatu käsitteenä on laaja ja laadulle on olemassa useita määrittelyjä. Sosiaali- ja terveydenhuolto tuottaa palveluja, joten sosiaali- ja terveydenhuollon laatu on palvelun laatua. Kuisma ym. (s. 12–13) mukaan laatuun liittyviä käsitteitä sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat muun muassa: ”hyvä laatu, laatukriteeri, laatuindikaattori, laatuvaatimus, laaturjestelmä, laadunhallinta ja korjaava toimenpide”. Laatuun liittyviä käsitteitä ovat lisäksi myös vaatimusten mukaisuus, palveluprosessi, auditointi, sertifiointi ja oma-valvonta. Laatu määritellään tarkoittavan asiakkaan saavan palvelua tarpeidensa mukaan, oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Hyvään sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun kuuluu myös, että se on näyttöön ja parhaaseen mahdolliseen käytettävissä olevaan tietoon perustuva toimintaa, mikä tuottaa hyvinvointia ja terveyttä minimoimalla riskit.

Terveydenhuollon toiminnan tulee pohjautua hyviin hoitokäytäntöihin ja sen tulee perustua näyttöön perustuvaan hoitotyöhön (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Terveyspalvelujen toiminnan tulee lain mukaan olla turvallista ja laadukasta. Kuisma ym. (2019, s. 12–13) mukaan laadukas toiminta on toiminnalle asetettujen vaatimusten ja odotusten mukaista missä otetaan huomioon myös taloudelliset rajat ja voimavarat. Blomqvist ym. (2022, s. 13) kertovat, että terveydenhuollon laatua määritteleviä lakeja ovat Terveydenhuoltolaki 1326/2010, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 sekä Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Laaksonen ym. (2020, s. 76) kertovat, että laadun määrittely sote-palveluissa on vaikeaa, sillä laatu käsitteenä ymmärretään subjektiivisesti ja kokonaisvaltaisesti. Sote-alalla palvelu voi olla aineeton prosessi, jolla on prosessin lisäksi lopputulos. Laaksonen ym. toteavat, että laadun keskiössä on asiakkaan kokemus.

### 5.2 Terveydenhuollon laadun osa-alueet

Kuisma ym. (2019, s.11) kertovat, että kansainvälinen terveydenhuollon organisaatio eli Yhdysvaltojen Institute of Medicine (nykyinen National Academy of Medicine) tarkastelee terveydenhuollon laatua kuuden eri näkökulman kautta. Nämä kuusi eri osa-alueita ovat, turvallisuus, tehokkuus, oikeudenmukaisuus, potilaskeskeisyys, oikea-aikaisuus ja vaikuttavuus.

Tätä edellä mainittua jaottelua ja sen käyttöä suosittelevat sekä kotimaiset että kansainväliset sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset.

Terveyspalvelujen eurooppalainen laatustandardi on määritellyt 11 laatutekijää terveydenhuollon organisaatioille (Suomen Standardit (SFS) 10.12.2019). Näitä laatutekijöitä ovat hoidon oikea-aikaisuus ja saavutettavuus, potilasturvallisuus, sopiva asianmukainen hoito, potilaskeskeinen hoito (sisältäen psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen koskemattomuuden), saatavuus, potilaan osallisuus, näyttöön ja tietoon perustuva hoito ja hoidon jatkuvuus, vaikuttavuus, tehokkuus, tasapuolisuus.

Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian 2017–2021 mukaan laatuun kuuluvat: ”asiakas- ja potilaskeskeisyys, yhdenvertaisuus, saatavuus, saavutettavuus ja oikea-aikaisuus, potilas- ja asiakasturvallisuus ja vaikuttavien menetelmien käyttö” (Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2017, s. 25).

**Asiakas- ja potilaskeskeisyys.** Asiakas- ja potilaskeskeisyydestä käytetään useissa lähteissä myös termejä asiakas- ja potilaslähtöisyys. Asiakas- ja potilaslähtöiset sote-palvelut ovat vaikuttavia ja turvallisia, lisäävät hyvinvointia ja terveyttä ja vastaavat asiakkaan tarpeisiin (Kuntaliitto, 2019, s. 7). Asiakaslähtöisyys on toimintatapa, jossa palvelunantaja organisoii toimintaansa asiakkaan voimavarojen ja tarpeiden mukaisesti, asiakas nähdään myös aktiivisena toimijana ja yksilönä (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL), 5.12.2023). Tällä kaikella yritetään varmistaa asiakkaan, ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden tasavertaisuus. Asiakaslähtöisyys näkyy esimerkiksi niin, että asiakasta tuetaan päätöksenteossa, hän saa vaikuttaa palveluihinsa ja palvelukokonaisuudet ja -polut suunnitellaan yhteistyössä asiakkaan kanssa, riittävä tiedonsaanti turvataan, mahdollistetaan palautteenanto ja toiminnan kehittäminen sekä siinä, että asiakkaan itsemääräämisoikeutta, ihmisarvoa ja yksityisyyttä kunnioitetaan. Asiakaslähtöisyys on tärkeää myös sote-palveluiden yhdenvertaisuuden edistämisessä. Turusen (2015, s. 257) mukaan on huomattu, että asiakas- ja potilaskeskeisyys vaikuttavat myös toimintatapojen ja näyttöön perustuvan tiedon viemisessä käytäntöön. Hän kertoo, että johdon tulee sitoutua potilaskeskeiseen toimintaan varmistuen henkilöstöresurssit ja osaaminen ja niiden pohjalta tehdä muutoksia toimintaa arvioimalla. Potilaiden tarpeet tulee huomioida myös toiminnan strategisissa tavoitteissa.

**Yhdenvertaisuus.** Yhdenvertaisuutta on se, että ihmisiä kohdellaan oikeudenmukaisesti ja tasapuolisesti, eikä ketään aseteta eriarvoiseen asemaan ilman perusteltua ja hyväksyttävää

syitä tarkasteltavan asian tai toiminnan yhteydessä (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL), 5.12.2023). Myös Suomen perustuslaissa 731/1999 käsitellään yhdenvertaisuutta. Yhdenvertaisuus tarkoittaa, ettei ketään saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan tai vammaisuuden perusteella (Suomen perustuslaki 731/1999). Perustuslain lisäksi esimerkiksi Yhdenvertaisuuslaissa ja Naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta annetussa laissa säädetään yhdenvertaisuudesta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 5.12.2023). Yhdenvertaisuuslain tarkoituksena on yhdenvertaisuuden edistäminen ja syrjinnän ehkäisy sekä syrjinnän kohteeksi joutuneen oikeusturvan tehostaminen. Ketään ei saa syrjiä kielen, alkuperän, kansalaisuuden, uskonnon, mielipiteen, vakaumuksen, poliittisen toiminnan, ammattiyhdistystoiminnan, perhesuhteiden, iän, terveydentilan, vammaisuuden, seksuaalisen suuntautumisen tai muun henkilöön liittyvän syyn takia (Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014).

**Saatavuus.** Pohtimalla, mitä palveluja jo on, paljonko niitä on ja vastaavatko palvelut tarvetta, voidaan arvioida sosiaali- ja terveystalouden yhtäläistä saatavuutta (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL), 5.12.2023). Tämän THL koonnin mukaan ”saatavuus on tila, jossa sosiaali- ja terveystaloutta on riittävästi tarjolla eri väestöryhmien tarpeisiin nähden”. Apua, ratkaisuja ja tukea on tarjottava tarpeiden mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa (Kuntaliitto, 2019, s. 9). Palvelut on saatava yhdenvertaisesti ja kohtuullisessa ajassa riippumatta sukupuolesta, etnisistä tekijöistä, sosioekonomisesta asemasta tai asuinpaikasta. Myös aukioloaikojen ja välimatkojen näkökulma on otettava huomioon, etenkin fyysisistä läsnäoloa vaativissa palveluissa.

**Saavutettavuus ja oikea-aikaisuus.** Sote-palveluiden yhdenvertainen saavutettavuus on sitä, että on turvattu eri väestöryhmien yhtäläinen mahdollisuus sosiaali- ja terveystaloutta hyödyntämiseen ja pääsy näihin palveluihin on varmistettu (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 5.12.2023). Yhdenvertainen saavutettavuus rakentuu koonnin mukaan taloudellisesta, tiedollisesta, fyysisestä, asenteellisesta ja taidollisesta saavutettavuudesta. Saavutettavuuteen vaikuttaa esimerkiksi asiakkaan liikkumismahdollisuudet, palvelujen etäisyys asuinpaikasta, ympäristön esteettömyys, tiedon saaminen, kieli palveluita käytettäessä, asiakasmaksut, sähköisten ja digitaalisten palveluiden käytön mahdollisuus, luottamus esimerkiksi avun saamiseen, yhdenvertaiseen kohteluun, asioinnin turvallisuuteen ja ammattihenkilöihin.

Potilaan on saatava lääketieteelliseltä kannalta hoitonsa oikeaan aikaan (Kuntaliitto, 2019, s. 9). Potilaan ottaessa yhteyden terveydenhuoltoon tai ollessa hoitokontaktissa arvioidaan hoidon kiireellisyys. Kiireellisyys arvioidaan yksilöllisyys huomioiden muissa paitsi päivystyksellistä hoitoa vaativissa tiloissa. Arvioinnin apuna voidaan käyttää esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön kiireettömän hoidon perusteita sekä Käypä hoito -suosituksia. Ajoituksessa ja arvioinnissa on huomioitava lisäksi mahdollinen työkyvyttömyys ja alentunut toimintakyky ja siitä johtuva avun tarve.

**Potilas- ja asiakasturvallisuus.** Asiakas- ja potilasturvallisuus on sitä, että potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon oikeaan aikaan tuntien olonsa turvalliseksi ja siten, että siitä aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 5.12.2023). Hoidon turvallisuus, laiteturvallisuus ja lääkehoidon turvallisuus sisältyvät potilasturvallisuuteen. Tärkeää on, että henkilökunnan osaamista seurataan ja kehitetään. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden ja henkilöiden täytyy noudattaa potilas- ja asiakasturvallisuuden turvaavia toimintatapoja ja periaatteita (THL, 5.12.2023).

Turvallisuus palveluissa ja hoidossa on sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaislaadun kannalta erittäin suuressa roolissa (Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), i.a.). Turvallinen palvelu ja hoito on vaikuttavaa, perustuu näyttöön ja toteutuksessa korostuu oikea ajoitus sekä oikeellisuus. Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyy toimintoja sekä periaatteita, joilla varmistetaan turvallisuus ja suojataan asiakkaita ja potilaita vahingoilta. Toimiva tiedonkulku, tarvikkeiden, laitteiden, tietojärjestelmien, tilojen ja lääkkeiden asianmukainen ja turvallinen käyttö sisältyvät turvallisuuteen. Turvallisuutta parantavien toimien on oltava mitattavissa ja perustua näyttöön, ne mahdollistavat ammattilaisten laadukkaasti työn tekemistä ja ehkäisevät mahdollisia järjestelmään liittyviä virheitä (STM, i.a.). Yhtenäiseen turvallisuuskulttuuriin suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaa asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia. Nykyinen strategia ja toimeenpanosuunnitelma sijoittuu vuosille 2022–2026. Maailmanlaajuinen potilasturvallisuuden tavoiteohjelma on laadittu Maailman terveysjärjestö WHO:n (World Health Organization) toimesta.

**Vaikuttavien menetelmien käyttö.** Vaikuttavuus sosiaali- ja terveystaloudissa on palvelujen ansiosta syntynyt muutos potilaan hyvinvoinnissa, toimintakyvyssä tai terveydentilassa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 5.12.2023). Arviointia on suhteutettava tilanteeseen, jossa olisi toimittu eri tavalla tai palvelua ei olisi ollenkaan toteutettu. Vaikuttavuudelle sosiaali- ja terveystaloudissa on asetettava tavoitteita ja vaikuttavuutta täytyy myös mitata.

Päämääränä ovat hyvinvointia, toimintakykyä ja terveyttä lisäävät vaikuttavat palvelut. Koivulan ym. (2020, s. 103) mukaan terveydenhuollon puolella monet vaikuttavuuden mittarit perustuvat näyttöön perustuvaan toimintaan.

Palveluiden vaikuttavuuden seuranta on tärkeää myös terveydenhuollon voimavarojen kohdentamisen ja oikeudenmukaisuuden takia (Kuntaliitto, 2019, s. 13). Palvelusta saatava terveyshyöty kytkeytyy ammattilaisten osaamiseen, käytettyihin menetelmiin sekä potilaan sitoutumiseen ja osallistumiseen. Erilaisten tutkimusten lisäksi tieto potilaan omasta kokemuksestaan muutoksesta terveydentilassaan on tärkeää. Yksi terveydenhuollon laadun keskeisistä kriteereistä onkin potilaan oma arvio paranemisestaan ja lisäksi potilaan näkökulmasta se, kuinka hänen hoitonsa toteutetaan, on merkittävää.

### **5.3 Terveydenhuollon laadun mittaaminen ja kehittäminen**

Koivula ym. (2020, s. 76) kertovat, että täytyy asettaa laatukriteerit, että voidaan sanoa palvelun olevan laadukasta. Tämä vaatii sen, että tunnistetaan palvelun ominaispiirteet ja asetetaan laatutavoitteita. Tämän jälkeen voidaan laatua mitata suhteessa laatutavoitteisiin. Terveydenhuoltolaki velvoittaa toimintayksiköitä laatimaan laadunhallinnan suunnitelman, jossa otetaan potilasturvallisuus huomioon (Kuntaliitto, 2019, s. 5). Toimintayksikön johto on vastuussa laadun kehittämisestä ja henkilöstön ohjaamisesta laadun parantamisessa. Kuisma ym. (2019, s. 11) lisäävät, että laadunvarmistus edellyttää ja vaatii sosiaali- ja terveydenhuollossa käytäntöjen kuvaamista ja hallintaa. Laatusuositukset ohjaavat Suomessa terveydenhuollon laatua. Laatusuositusten mukaan laadunhallinnassa on tärkeää johdon, mutta myös koko henkilöstön vastuu. Laadunhallinta ja laatutyö kuuluu jokaiseen päivään ja keskiössä on asiakas- ja potilaslähtöisyys. Laatutyö velvoittaa toiminnan seuraamista esimerkiksi eri mittarein ja toiminnan arviointia, joiden pohjalta toimintaa tarvittaessa kehitetään ja muokataan.

Hoidon laadun mittaaminen on haastavaa, sillä hoidon laatu on moninainen asia (Kuntaliitto, 2019, s. 5). Laadun elementteinä voidaan pitää hoidon asiakaslähtöisyyttä, potilasturvallisuutta, saatavuutta ja hoidon tulee olla lääketieteellisesti hyväksyttävää, vaikuttavaa ja kustannustehokasta. Jonsson ym. (2019, s. 3) kertovat, että lait mahdollistavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laadun seurannan ja kehittämisen asiakastietojen ja toimintatietojen pohjalta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) pitää yllä alan laaturekisteriä. Tavoitteena valtiovallalla on kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisuuksia tuottaa

laadukasta, vaikuttavaa ja asiakas- ja potilaslähtöisiä palveluja, jossa otetaan huomioon kansalliset laaturekisterit ja niiden hyödyntäminen sekä muodostaminen. Jonsson ym. (s. 16) lisäävät, että sosiaali- ja terveydenhuollon laatu Suomessa näyttäytyy kansainvälisesti vertailtuna melko hyvänä, mutta tulokset eivät ole yksiselitteisiä ja palvelujen ja toiminnan vaikuttavuutta ja turvallisuutta on yleisellä tasolla vaikea kattavasti arvioida. Muissa Pohjoismaissa on laajat laaturekisterijärjestelmät, mutta Suomessa rekisteripohjaisten laatutietojen puute on aikaisemmin vaikeuttanut laatutyötä. THL on alkanut edistää ja kehittää Suomessa kansallisia laaturekistereitä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 20.2.2024). Ensiksi vuonna 2018 käynnistyi THL:n kansallinen laaturekisterityö projekti ja vuodesta 2023 alkaen kansallisten laaturekisterien kehittäminen on tullut osaksi THL:n pysyvää toimintaa ja tietoja julkaistaan esimerkiksi hyvinvointialueiden käyttöön.

Kuisma ym. (2019, s. 10) kertovat, että laatua voidaan tarkastella esimerkiksi organisaation järjestelmän ja tulosten avulla. Erilaisia laadunhallinnan malleja (s. 11) ovat esimerkiksi ISO-laatujärjestelmä ja EFQM eli Euroopan laatupalkintokriteerit. Kuisma ym. jatkavat, että laadun arvioinnissa käytetään yleensä erilaisia mittareita, mutta kun laatua tarkastellaan potilaan, hoitajan tai johtamisen perspektiivistä saa laatu erilaisia piirteitä. Käsitteenä laatua onkin syytä tarkastella laajasti ja monipuolisesti. Luotettavia mittareita on saatavilla rajoitetusti ja laaturekistereiden merkitys laadun ohjauksessa tulee varmasti tulevaisuudessa kasvamaan. Koivula ym. (2020, s. 84) toteavat, että Demingin ympyrä (1993) on usein laadun kehittämisen taustalla. Demingin ympyrässä toistuvat seuraavat vaiheet: suunnittelu (plan), tekeminen (do), arviointi (check) ja toiminta (act). Tämä jatkuvan kehittämisen ja parantamisen malli vaikuttaa esimerkiksi Leanin ja ISO-standardin taustalla.

#### **5.4 Laatujohtaminen**

Hietschold ym. (2014, s. 6255–6259) kertovat artikkelissaan, että laatujohtaminen on kokonaisvaltainen johtamisfilosofia, jolla on useita määritelmiä. Määritelmillä on kuitenkin yhtenäisiä piirteitä, kuten esimerkiksi asiakkaiden vaatimusten ja tarpeiden täyttäminen, tiettyihin palveluihin tai prosesseihin keskittyminen, organisaation suorituskyvyn parantaminen ja virheiden poistaminen. Hietschold ym. jatkavat (s. 6255), että viime vuosikymmeninä laatu käsite on laajentunut koskemaan koko organisaatiota ja laadusta on tullut jokaisen työntekijän asia. Heidän mukaansa laatujohtaminen (Total Quality Management, TQM) on kokonaisvaltainen lähestymistapa ja he korostavat, että organisaation työntekijät, asiakkaat ja muut

sidosryhmät ovat kiinteä osa laadunhallintaa ja sen johtamista. Kuitenkin TQM:n ollessa johtamisfilosofia, on Hietscholdin ym. (s. 6259–6261) mukaan laadun kehittämisen toimien lähdeittä johdosta. Tämä vaatii johdolta sitoutumista ja vahvaa johtamista, jossa työntekijöitä kannustetaan ja motivoidaan, tarjotaan resursseja ja tarkastellaan toimintaa pitkällä aikavälillä. Laatujohtamiseen kuuluu kiinteästi ihmisten johtaminen ja osaamisen kehittäminen.

Talib ym. (2011, s. 564) kertovat, että vaatimusten ja kilpailun lisääntyessä on organisaatioiden tavoiteltava jatkuvasti parempaa laatua, parantaa toimintaa ja pyrkiä joustavuuteen. Talib ym. (s. 564) jatkavat, että laatujohtamisen työkalut, kuten esimerkiksi PDCA-sykli, Six Sigma ja Lean-menetelmät, auttavat organisaatioita kehittämään toimintaansa. Heidän mukaansa (s. 564–581) laadun johtamiseen kuuluu laatukulttuurin luominen tai sen muuttaminen organisaatiossa. Vaikka laatujohtaminen voi olla haasteellista, sen hyödyt – kuten parempi asiakastyytyväisyys, tehokkaammat prosessit ja kustannusten lasku – tekevät siitä sen arvoista. Laatutyöllä voidaan vaikuttaa henkilöstön veto- ja pitovoimaan lisäämällä työtyytyväisyyttä ja viihtyvyyttä (Suomen Standardit (SFS), 10.12.2019). Tämä on merkittävä etu kilpailussa työntekijöistä, lisäksi vastuiden, toimintatapojen ja prosessien selkeys helpottavat myös henkilöstön perehdytystä.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitajien ja lähiesihenkilöiden näkökulmasta potilaiden hoitoisuuden merkitystä hoitotyön organisoinnissa ja hoitotyön laadussa. Opinnäytetyön tavoiteltavat tulokset koskevat hoitajien mielipiteitä potilaiden hoitoisuudesta ja hoitoisuuden vaikutuksista käytännön kenttätöihin, hoitotyön organisointiin ja hoitotyön laatuun.

Opinnäytetyön tavoitteena on tutkia ja kehittää hoitotyön organisointia ja tällä tavoin myös hoitotyön laatua potilaan hoitoisuus huomioiden.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Miten potilaiden hoitoisuus huomioidaan hoitajien näkökulmasta hoitotyön organisoinnissa?
2. Mikä merkitys potilaiden hoitoisuudella on hoitotyön laadussa?
3. Miten lähiesihenkilöiden mielestä potilaiden hoitoisuus vaikuttaa hoitotyön organisointiin?
4. Miten lähiesihenkilöiden ja hoitohenkilökunnan mielestä osastojen toimintatapoja ja osastojen välistä yhteistyötä voitaisiin kehittää potilaiden hoitoisuus huomioiden?

## 7 TOTEUTUS, AINEISTO JA MENETELMÄT

### 7.1 Yhteistyötahot ja toimintaympäristö

Tämän opinnäytetyön yhteistyötahoja olivat Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskuksen lähiterveyspalveluiden vuodeosastot ja hoitotyön päällikkö sekä Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen palvelualueylihoitaja, joka työskentelee RAFAELA®-hoitoisuusluokitusjärjestelmän parissa. Opinnäytetyö tehtiin Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskuksen lähiterveyspalveluiden vuodeosastoilla Y1, Y2, A4 ja M3. Osasto Y1 on kuntoutusosasto, Y2 on akuuttiosasto, A4 on akuutti- ja saattohoito-osasto ja M3 on psykogeriatrinen osasto. Hoitajia näillä vuodeosastoilla on yhteensä noin 130.

### 7.2 Tiedonhaku

Tiedonhaun tavoitteena oli muodostaa kokonaiskuva opinnäytetyön aiheesta ja ymmärtää aiheeseen liittyvät teoriat ja käytännöt. Tavoitteena oli myös löytää aiempia tutkimuksia ja julkaisuja, joiden avulla aihetta voitiin tarkastella laajemmasta näkökulmasta. Tiedonhaku aloitettiin kartoittamalla aiheeseen liittyviä keskeisiä käsitteitä ja hakusanoja. Näiden avulla muodostettiin teoreettinen viitekehys ja alettiin tarkentaa tiedonhakua. Tieteellisiä artikkeleita, julkaisuja, kirjoja ja ammattilehtiä etsittiin muun muassa SeAMK-Finnasta, Finnasta ja Google Scholarista. Kotimaisten artikkeleiden osalta tiedonhakua tehtiin myös Journal.fi ja Medic -tietokannoista. Ulkomaisten artikkeleiden osalta tiedonhakua tehtiin muun muassa Cinahl Ultimate, Sage Journals ja PubMed-tietokannoista. Tiedonhaussa hyödynnettiin myös aikaisempia opinnäytetöitä ja väitöskirjoja ja hyödynnettiin luotettavia verkkolähteitä, kuten Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivuja.

Hakusanoina käytettiin esimerkiksi "hoitoisuus, hoitotyön kuormitus, kuormitustekijät, hoitoisuusluokitus, työn organisointi, työnjako, johtaminen, tiedolla johtaminen, tietojohtaminen, laatu, hoidon laatu ja laadukas hoitotyö". Englanninkielisiä hakusanoja olivat esimerkiksi "patient care intensity, quality in nursing, organization in healthcare, nursing workload, knowledge management ja total quality management ". Erityisesti lähteiden luotettavuuteen kiinnitettiin huomiota. Ensisijaisina tietolähteinä pidettiin tieteellisiä ja vertaisarvioituja julkaisuja ja oppikirjoja. Verkkolähteiden kohdalla varmistettiin, että sivusto oli luotettava. Aiemmat

opinnäytetyöt toimivat tiedonhaussa lähinnä inspiraationa ja vertailukohtana, mutta eivät pääasiallisina tietolähteinä.

### **7.3 Aineisto ja menetelmät**

Opinnäytetyö toteutettiin monimenetelmällisenä tutkimuksena, jossa yhdistettiin laadullista ja määrällistä aineistoa. Laadullista aineistoa kerättiin teemahaastattelemalla Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskuksen lähiterveyspalveluiden vuodeosastojen lähiesihenkilöitä. Määrällinen aineisto kerättiin sähköisellä Webropol -kyselyllä, joka osoitettiin Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskuksen lähiterveyspalveluiden vuodeosastojen hoitajille. Monimenetelmällisellä tutkimuksella pyrittiin selvittämään ja tarkastelemaan tutkimuskysymyksiä laajemmin käyttäen kahta eri näkökulmaa, lähiesihenkilöiden ja hoitajien. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen saatiin vastaukset hoitajille suunnatun Webropol-kyselyn pohjalta. Toiseen tutkimuskysymykseen käytettiin sekä lähiesihenkilöiden teemahaastatteluista kerättyä aineistoa että hoitajien Webropol-kyselyvastauksia. Kolmanteen tutkimuskysymykseen saatiin tulokset lähiesihenkilöiden teemahaastatteluista ja neljänteen tutkimuskysymykseen käytettiin sekä lähiesihenkilöiden teemahaastatteluista kerättyä aineistoa että hoitajien Webropol-kyselyvastauksia. Opinnäytetyön kirjoittajia oli kaksi, joten laajempi aineiston kerääminen ja käyttö oli mahdollista, ilman, että taakka kasvoi liian suureksi.

#### **7.3.1 Laadullinen aineisto ja menetelmät**

Tuomi ja Sarajärvi (2018, s. 98) toteavat, että laadullisessa tutkimuksessa pyritään antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta tietylle ilmiölle, ymmärtämään jotain toimintaa tai kuvaamaan jotain tapahtumaa tai ilmiötä. Näin ollen laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että ne, joilta tietoa kerätään tietävät tutkittavasta aiheesta tai heillä on kokemusta siitä. Vilkka (2015, s. 120) toteaa, että laadullisessa tutkimuksessa ei ole tavoitteena totuuden löytäminen. Tavoitteena on tulkintojen avulla näyttää jotakin, joka on välittömän huomion ulottumattomissa. Vilkka (s. 125) toteaa, että laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyn tutkimuksen täytyy olla emansipatorinen. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi sitä, että tutkimukseen osallistujat eivät ole vain tiedonlähteitä vaan tutkimuksen tulisi lisätä myös tutkittavien ymmärrystä tutkittavasta asiasta ja myös tutkimustilanteen jälkeen vaikuttaa myönteisesti toiminta- ja ajattelutapoihin.

Vilka (2015, s. 123) kertoo, että laadullisen menetelmän tutkimushaastattelumuotoja ovat avoin haastattelu, lomakehaastattelu ja teemahaastattelu. Tutkimuksen tavoitteet vaikuttavat hänen mukaansa sopivimman haastattelutavan valintaan. Tässä opinnäytetyössä päädyttiin tekemään lähiesihenkilöille teemahaastatteluja. Tuomi ja Sarajärvi (2018, s. 87–88) kertovat, että teemahaastattelussa valitaan haastattelun teema etukäteen ja edetään teemaa tarkentavien kysymysten varassa. Teemahaastattelun kysymykset pohjautuvat tutkimuksen viitekehukseen ja siinä pyritään tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti löytämään merkityksellisiä vastauksia. Haastateltavia lähestyttiin ensin sähköpostitse, heille lähetettiin pyyntö osallistua teemahaastatteluun, saatekirje ja tutkimuksen tietosuojaseloste. Tämän jälkeen haastattelujen ajankohdat sovittiin puhelimitse. Lähiesihenkilöiden teemahaastattelut toteutettiin marraskuussa 2024. Kaikki lähiesihenkilöt suostuivat haastateltaviksi eli yhteensä viisi lähiesihenkilöä haastateltiin. Kaikki teemahaastattelut nauhoitettiin ääninauhuria käyttäen haastateltavien suostumuksella. Lähiesihenkilöiltä kysyttiin 10 kysymystä opinnäytetyön teemoihin liittyen (liite 1). Teemahaastattelut kestivät yhteensä 2 h 3min ja aukikirjoitettua aineistoa oli yhteensä 33 sivua (fontti Arial 12, riviväli 1,5).

Teemahaastatteluista saatu aineisto ja sähköisen Webropol -kyselyn kaksi avointa kysymystä analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä (liite 2). Puusan (2020, s. 148) mukaan sisällönanalyysia voidaan käyttää monenlaisessa laadullisessa tutkimuksessa. Hän jatkaa, että jotkut tutkijat pitävät sitä menetelmänä, jossa määrällistä ja laadullista aineistoa ja analyysia yhdistellään. Puusan (s. 149) mukaan sisällönanalyysia voidaan ajatella keinona, jolla jäsennetään empiirinen aineisto sen tulkintaa varten. Tuomen ja Sarajärven (2018, s. 117–122) mukaan sisällönanalyysilla voidaan analysoida aineistoa objektiivisesti ja systemaattisesti, analyysilla saadaan aineistoon selkeyttä ja näin voidaan tehdä tutkittavasta ilmiöstä luotettavia johtopäätöksiä. Heidän mukaansa (s. 122) ensin aineisto hajotetaan osiin, sitten se käsitteellistetään ja tämän jälkeen se kasataan taas uudella tavalla johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi. Analyysiyksiköksi sisällönanalyysiin valittiin alkuperäisilmaisuuissa esiintyviä lausumia tai kokonaisuuksia. Alkuperäisilmaisut kerättiin taulukoihin tutkimuskysymyksittäin ja tämän jälkeen alkuperäisilmaisut pelkistettiin. Pelkistetyistä ilmaisuista muodostettiin alaluokkia ja näitä yhdistelemällä muodostettiin yläluokkia. Lopuksi muodostettiin yläluokista pääluokkia.

### 7.3.2 Määrällinen aineisto ja menetelmät

Heikkilä (2008, s. 16) kertoo, että määrällistä tutkimusta nimitetään myös tilastolliseksi tutkimukseksi ja sillä pyritään selvittämään prosenttiosuuksiin ja lukumääriin liittyviä kysymyksiä. Tähtinen ym. (2020, s. 13–20) kertovat, että tutkittavan ilmiön selittäminen, kuvailu ja ymmärtäminen voidaan yleisesti määritellä tilastollisen ja määrällisen tutkimuksen tavoitteiksi. Omaan tutkimusaiheeseen perehtyminen ja tarkka suunnittelu on keskeistä prosessin etene-  
misen ja luotettavuuden kannalta. Heikkilän (2008, s. 16) mukaan usein aineisto kerätään systemaattisesti tutkimuslomakkeita käyttäen, joissa on valmiina vastausvaihtoehdot. Ilmiöitä kuvataan numeerisen tiedon pohjalta ja saatuja tuloksia voidaan esittää myös taulukoiden ja kuvioiden avulla. Heikkilän (s. 17) mukaan määrällinen tutkimus vastaa esimerkiksi seuraaviin kysymyksiin: Mikä? Missä? Paljonko? Kuinka usein? Hän jatkaa, että usein määrällisen tutkimuksen otos on edustava ja numeerisesti suuri. Heikkilä (s. 18–19) kertoo, että tutkimusongelma säätelee kohderyhmää ja sopivinta tiedonkeruumenetelmää. Tietoa voidaan hänen mukaansa kerätä muun muassa lomakekyselyllä, henkilökohtaisilla haastatteluilla, puhelinhaastattelulla, internet-kyselyllä (esimerkiksi Webropol), havainnoimalla tai useampaa menetelmää käyttäen.

Opinnäytetyön määrällinen aineisto kerättiin sähköisellä Webropol -kyselyllä, johon vastasivat Seinäjoen sosiaali- ja terveystieteiden lähtökohdan vuodeosastojen hoitajat. Sähköiseen kyselyyn päädyttiin suuren hoitajamäärän takia ja jotta otanta olisi mahdollisimman kattava. Tähtisen ym. (2020, s. 25) mukaan kyselylomake on hyvä aineiston keruun väline tutkimuksissa, joissa kiinnostuksen kohde on esimerkiksi kokemuksissa, asenteissa, arvoissa ja mielipiteissä. Heikkilä (2008, s. 17–18) kertoo, että niin määrällisessä kuin laadullisessakin tutkimuksessa luokittelu, päättely ja tulkinta ovat perusteiltaan samoja. Erona on, että määrälliset analyysit ovat yksiselitteisempiä kuin laadulliset, määrällinen tutkimus jakaantuu lisäksi selvemmin eri vaiheisiin. Tähtinen ym. (2020, s. 20) toteavat, että aiheeseen perehtymättömyys ja suunnittelemattomuus voivat aiheuttaa suuria ongelmia aineiston analyysi- ja tulkintavaiheessa esimerkiksi kyselylomakkeisiin pohjautuvissa tutkimuksissa. Tutkimuksen perusasetelmien, lähtökohden, valittujen menetelmien ja kerätyn aineiston pitää siis sopia yhteen mahdollisimman luontevasti.

Webropol -kyselyä testattiin neljällä ulkopuolisella hoitajalla ennen kuin se lähetettiin varsinaisille vastaajille. Linkki sähköiseen Webropol -kyselyyn ja saatekirje lähetettiin sovitusti osastonhoitajille, jotka välittivät sen osastonsa hoitajille. Osastonhoitajilta pyydettiin myös tieto

siitä, kuinka monelle henkilölle kysely lähetettiin, mutta vain kaksi osastonhoitajista ilmoitti, kuinka monelle henkilölle kysely oli lähetetty. Kyselyyn vastattiin anonyymisti joko sähköpostitse lähetetyn linkin tai QR-koodin kautta. Kysely oli auki kaksi viikkoa, jonka aikana lähetettiin kaksi muistutusviestiä kyselyyn vastaamisesta. Myös kolmen osaston WhatsApp-tiedotusryhmiä hyödynnettiin ja kysely lähetettiin myös tätä kautta hoitajille. Yhden osaston WhatsApp-ryhmään opinnäytetyön tekijät eivät saaneet kyselyä laittaa. Sähköinen Webropol-kysely hoitajille toteutettiin tammikuussa 2025.

Kyselylomakkeessa (liite 3) kysyttiin esitietoina vastaajien ammattinimikettä ja kauanko vastaajat olivat työskennelleet kyseisillä osastoilla. Varsinaisessa kyselyosuudessa oli 29 pakollista Likertin asteikollista kysymystä. Näistä kysymyksistä osa oli aiheeseen orientoivia. Heikkilä (2008, s. 53) kertoo, että Likertin asteikkoa käytetään mielipideväittämissä. Asteikko on yleensä 4-, 5-, 7- tai 9-portainen. Usein asteikon toinen ääripää on täysin samaa mieltä ja toinen ääripää täysin eri mieltä. Vastaaja valitsee Likertin asteikolta omaa mielipidettään parhaiten vastaavan vaihtoehdon. Opinnäytetyön kyselyssä käytettiin 5-portaista Likertin asteikkoa, jonka vastausvaihtoehdot olivat: täysin eri mieltä, melko eri mieltä, en samaa enkä eri mieltä, melko samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Vastaajille annettiin myös mahdollisuus valita vaihtoehto: en osaa sanoa. Likertin asteikollisten kysymysten lisäksi kyselyssä oli kaksi avointa kysymystä, joihin ei ollut pakko vastata.

Määrällinen aineisto analysoitiin pääosin Excel-taulukkolaskentaohjelmaa käyttäen. Tuloksissa vertailtiin myös lähi- ja perushoitajien ja sairaan- ja terveydenhoitajien vastauksia keskenään ja näiden ammattiryhmien väliset tilastolliset merkitsevyydet testattiin IBM SPSS Statistics (versio 29.0.2.0) ohjelmassa Mann-Whitney U -testillä. Taanilan (2020) mukaan Mann-Whitney U -testi sopii pienillekin aineistoille ja toimii hyvin mielipideasteikollisissa kysymyksissä. Tulososiossa merkintä  $p=$ , kuvastaa tilastollista merkitsevyyttä. Opinnäytetyössä tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin  $p<0,05$ . Mann-Whitney U-testillä tutkitaan: "ovatko kaksi riippumatonta otosta samoin jakautuneesta perusjoukosta" (Tietoarkisto, i.a.). Kuvailevat tulokset esitetään opinnäytetyössä frekvensseinä (lukuina) ja suhteellisina frekvensseinä (prosentteina).

### 7.3.3 Monimenetelmällinen tutkimus opinnäytetyössä

Vilka ja Mankki (2024, s. 8–9) kertovat monimenetelmällisen tutkimuksen käytön lisääntyneen vahvasti 2000- ja 2010-luvuilla. He pohtivat, että yksi merkittävimmistä syistä monimenetelmällisen tutkimuksen käytön lisääntymiselle on se, että yksimetodiseen tutkimukseen verrattuna monimenetelmällisen tutkimuksen koetaan antavan tasapainoisempaa ja syvempää tietoa tutkittavasta ilmiöstä.

Åkerblad ja Seppänen-Järvelä (2024, s. 18) kertovat, että monimenetelmällinen tutkimus on edelleen kehittyvä, verrattuna yleisempiin määrälliseen ja laadulliseen tutkimusotteeseen. Myöskään monimenetelmällisen tutkimuksen määritelmästä ei ole vielä täyttä yhteisymmärrystä. Åkerbladin ja Seppänen-Järvelän mukaan (s. 21) erilaisten aineistojen käyttäminen samassa tutkimuksessa nähdään yhtenä määritelmällisenä kriteerinä monimenetelmälliselle tutkimukselle. Tämä tarkoittaa yleensä vähintään kahden aineistokokonaisuuden, esimerkiksi kysely- tai rekisteriaineiston ja haastattelu- tai havainnointiaineiston samaan tutkimukseen liittämistä. He jatkavat, että myös yksittäinen aineistokokonaisuus voi sisältää määrällistä ja laadullista aineistoa. Esimerkiksi kyselyaineisto, jossa on sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Åkerblad ja Seppänen-Järvelä (s. 24) toteavat myös, ettei monimenetelmälliseen tutkimukseen riitä, että määrällistä sekä laadullista aineistoa on käytetty samassa tutkimuksessa. Keskeisenä nähdään muun muassa aineistojen, menetelmien, näkökulmien, analyysitekniikoiden, löydösten ja tulkintojen integroiminen, eli yhteen nivominen tutkimusprosessin aikana.

Vilka ja Mankki (2024, s. 18–20) kertovat, että yhdistämällä laadullisen ja määrällisen tutkimuksen, voidaan saada tutkimukselle merkittävää lisäarvoa ja tuottaa mahdollisesti monipuolisempaa ja vahvempaa näyttöä kuin yksin laadullisella ja määrällisellä tutkimuksella. Monimenetelmätutkimus mahdollistaa myös entistä monimutkaisempien ja laajempien kysymysten esittämisen. He jatkavat (s. 21–22), että laadullisella tutkimuksella pystytään tuomaan todellisuudesta esiin tulkinnallisia, yksilöllisiä, kontekstuaalisia ja myös ainutlaatuisia näkökulmia. Määrällisellä tutkimuksella voidaan heidän mukaansa vähentää tulkinnallisuuteen ja viinonuihin liittyviä ongelmia laadullisessa tutkimuksessa ja myös kerätä suurempaa aineistoa ja näin yleistää tuloksia suurempaan joukkoon. Vilka ja Mankki (s. 24–30) muistuttavat kuitenkin, että monimenetelmätutkimus ei suinkaan ole ongelmaton. Tutkimus voi jäädä hyvin pinnalliseksi tai eri osa-alueiltaan heikkolaatuiseksi. Tutkijan tulisi myös osata tuoda esiin ja perustella, miten ja miksi hän käyttää monimenetelmätutkimusta.

## 8 TULOKSET

### 8.1 Tulosten esittäminen

Vilka ja Mankki (2024, luku 5.4) kertovat, että monimenetelmätutkimuksen integraatioita voi edistää tulosten osalta esimerkiksi ”kudontamenetelmää” käyttämällä. Eli tulokset kerrotaan esimerkiksi näkökulma, teema tai käsite kerrallaan, eikä laadulliset ja määrälliset tulokset peräkkäin erillään toisistaan. Kudontamenetelmä mahdollistaa aineistojen vuoropuhelua tuomalla kunkin otsikon alle niin laadullista että määrällistä tietoa. Näin lukijalle voi myös tarpeen mukaan painottaa, esiintyykö aineistoissa mahdollisesti ristiriitoja vai tukevatko löydökset toisiaan. Vilka ja Mankki kertovat myös, että tällainen tulosten integrointi mahdollistaa myös tuloksia kuvaavien otsikoiden käytön menetelmiä kuvaavien otsikoiden sijasta. He muistuttavat kuitenkin, että vaikka tulosten integroivassa raportoinnissa pyritään aineistojen hyvään vuoropuheluun, raportoinnissa ei kuitenkaan täydy luopua laadullisten ja määrällisten tulosten ominaispiirteistä. Heidän mukaansa tulee hyväksyä se, että monimenetelmätutkimuksen raportointiin voi jäädä erilaisia sävyjä ja syvyyksiä.

Opinnäytetyön tulokset esitellään tässä luvussa tutkimuskysymyksittäin, eli laadulliset ja määrälliset tulokset on nivottu yhteen tutkimuskysymysten kohdalla, joissa on käytetty molempia. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen saatiin vastaukset hoitajille suunnatun Webropol-kyselyn pohjalta. Toiseen tutkimuskysymykseen käytettiin sekä lähiesihenkilöiden teemahaastatteluista kerättyä aineistoa että hoitajien Webropol-kyselyvastauksia. Kolmanteen tutkimuskysymykseen saatiin tulokset lähiesihenkilöiden teemahaastatteluista ja neljänteen tutkimuskysymykseen käytettiin sekä lähiesihenkilöiden teemahaastatteluista kerättyä aineistoa että hoitajien Webropol-kyselyvastauksia.

Määrällisen aineiston, eli hoitajille suunnatun Webropol-kyselyn osalta tehtiin lähi- ja perushoitajien ja sairaan- ja terveydenhoitajien vastausten välillä vertailua. Näiden kahden ammattiryhmän väliset tilastolliset merkitsevyydet testattiin Mann-Whitney U -testillä. Tuloksena oli, että ammattiryhmien vastauksissa merkitseviä eroavaisuuksia oli vain kolmessa. Tuloksissa on kerrottu näiden kolmen kysymyksen kohdalla, minkälainen eroavaisuus havaittiin ammattiryhmien välillä. Muiden kysymysten kohdalle ei kirjoitettu erikseen, ettei ammattiryhmien välillä havaittu eroavaisuutta.

## 8.2 Lähiesihenkilöiden ja Webropol-kyselyyn vastanneiden hoitajien esitiedot

Opinnäytetyöhön teemahaastateltiin viittä lähiesihenkilöä. Nämä lähiesihenkilöt olivat Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskuksen lähiterveyspalveluiden vuodeosastojen osastonhoitajia ja apulaisosastonhoitajia. Opinnäytetyöprosessin aikana lähiesihenkilöissä oli vaihtuvuutta, tämän takia haastateltavat valittiin työkokemuksen ja osaston toiminnan tuntemuksen mukaan.

Sähköiseen Webropol -kyselyyn vastasi 63 henkilöä. Ennakkotietona oli, että Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskuksen lähiterveyspalveluiden vuodeosastoilla on sijaiset mukaan lukien noin 130 hoitajaa. Tämän tiedon pohjalta vastausprosentiksi saatiin 48,5 %. Vastaajista 35 (55,6 %) oli sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia ja 28 (44,4 %) lähihoitajia ja perushoitajia. Vastaajista 25 ilmoitti työskentelevänsä osastolla Y1, 24 osastolla Y2, 1 osastolla M3 ja 11 osastolla A4. Lisäksi yksi vastaaja ilmoitti työskentelevänsä kaikilla neljällä osastolla ja yksi vastaaja ilmoitti työskentelevänsä osastoilla Y1 ja A4. Vastaajista 13 (20,6 %) oli työskennellyt kyseisellä osastolla 0–1 vuotta, 17 (27 %) 2–5 vuotta, 15 (23,8 %) 6–10 vuotta, 6 (9,5 %) 11–15 vuotta ja 12 (19 %) yli 15 vuotta.

## 8.3 Potilaiden hoitoisuuden huomioiminen hoitajien näkökulmasta hoitotyön organisoinnissa

Tähän tutkimuskysymykseen saatiin seuraavia vastauksia kysyttäessä **hoitajien** mielipiteitä Webropol kyselyssä Likertin asteikkoa käyttämällä. Kyselylomakkeen kysymykset ovat tuloksissa tummennetulla tekstillä ja hoitajien vastaukset kerrotaan tummennuksen jälkeen.

**Mielestäni hoitohenkilöstöresurssit ovat riittävät potilaiden hoitoisuuteen nähden.** Kyselyyn vastanneista (n=63) täysin eri mieltä oli 22 (34,9 %) vastaajaa, melko eri mieltä oli 33 (52,4 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä oli kolme (4,8 %) vastaajaa, melko samaa mieltä oli neljä (6,3 %) vastaajaa, täysin samaa mieltä ei ollut kukaan vastaajista ja yksi (1,6 %) vastaajista vastasi, että en osaa sanoa. *Hoitohenkilöstöresurssit koettiin siis suurimman osan eli 55 (87,3 %) vastaajan mielestä riittämättömiksi potilaiden hoitoisuuteen nähden.*

**Hoitohenkilöstöresurssit ovat mielestäni kohdennettu oikein potilaiden hoitoisuus huomioiden.** Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä oli 10 (15,9 %) vastaajaa, melko eri mieltä oli 28 (44,4 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä oli 11 (17,5 %) vastaajaa, melko samaa mieltä oli 11 (17,5 %) vastaajaa, täysin samaa mieltä oli yksi (1,6 %) vastaaja ja en osaa

sanoa vastasi kaksi (3,2 %) vastaajaa. *Suurin osa vastaajista eli 38 (60,3 %) vastaajaa siis koki, etteivät hoitohenkilöstöresurssit olleet kohdennettu oikein potilaiden hoitoisuuteen nähdessä.*

**Mielestäni hoitotyön johtamisessa on huomioitu potilaiden hoitoisuus.** Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä oli 12 (19,0 %), melko eri mieltä oli 28 (44,4 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä oli kahdeksan (12,7 %) vastaajaa, melko samaa mieltä oli kahdeksan (12,7 %) vastaajaa, täysin samaa mieltä oli kolme (4,8 %) vastaajaa, ja neljä (6,3 %) vastaajista vastasi, että en osaa sanoa. *Suurin osa vastaajista eli 40 (63,4 %) vastaajaa siis koki, ettei hoitotyön johtamisessa ole huomioitu potilaiden hoitoisuutta riittävästi. Tämän kysymyksen kohdalla havaittiin Mann-Whitney U-testin avulla, että ero lähi- ja perushoitajien ja sairaan- ja terveydenhoitajien välillä oli merkitsevä (p=0.050). Sairaan- ja terveydenhoitajat kokivat enemmän, että hoitotyön johtamisessa on huomioitu potilaiden hoitoisuus kuin lähi- ja perushoitajat (taulukko 1).*

Taulukko 1. Potilaiden hoitoisuuden huomioiminen hoitotyön johtamisessa.

Mielestäni hoitotyön johtamisessa on huomioitu potilaiden hoitoisuus	1 Täysin eri mieltä	2 Melko eri mieltä	3 En samaa enkä eri mieltä	4 Melko samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä	6 En osaa sanoa	Keskiarvo	Yhteensä
Lähihoitaja / perushoitaja	8 28,6 %	12 42,8 %	1 3,6 %	3 10,7 %	1 3,6 %	3 10,7 %	2,5	28
Sairaanhoitaja / terveydenhoitaja	4 11,4 %	16 45,7 %	7 20,0 %	5 14,3 %	2 5,7 %	1 2,9 %	2,7	35
Yhteensä	12	28	8	8	3	4		63

**Potilaiden hoitoisuus on mielestäni huomioitu hoitotyön organisoinnissa.** Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä oli 10 (15,9 %) vastaajaa, melko eri mieltä oli 35 (55,6 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä oli seitsemän (11,1 %) vastaajaa, melko samaa ja täysin samaa mieltä oli neljä (6,3 %) vastaajaa ja en osaa sanoa vastasi kolme (4,8 %) vastaajista. *Suurin osa vastaajista eli 45 (71,5 %) vastaajaa siis koki, että potilaiden hoitoisuutta ei ole huomioitu hoitotyön organisoinnissa tarpeeksi.*

**Työn kuormitus on mielestäni huomioitu hoitotyön organisoinnissa.** Kyselyn vastaajista (n=63) täysin eri mieltä oli 13 (20,6 %) vastaajaa, melko eri mieltä oli 38 (60,3 %) vastaajaa,

en samaa enkä eri mieltä oli viisi (7,9 %) vastaajaa, melko samaa mieltä oli neljä (6,3 %) vastaajaa, täysin samaa mieltä oli yksi (1,6 %) vastaaja ja en osaa sanoa kaksi (3,2 %) vastaajaa. *Suurin osa vastaajista eli 51 (80,9 %) vastaajaa oli siis sitä mieltä, että hoitotyön kuormitusta ei huomioida hoitotyön organisoinnissa riittävästi.*

**Olen tyytyväinen nykyiseen työnjakomalliin.** Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä oli kaksi (3,2 %) vastaajaa, melko eri mieltä oli viisi (7,9 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä oli 13 (20,6 %) vastaajaa, melko samaa mieltä oli 27 (42,9 %) vastaajaa, täysin samaa mieltä oli 15 (23,8 %) vastaajaa ja en osaa sanoa vastasi yksi (1,6 %) vastaaja. *Suurin osa vastaajista eli 42 (66,7 %) vastaajaa oli siis tyytyväisiä heidän nykyiseen työnjakomalliinsa.*

#### 8.4 Potilaiden hoitoisuuden merkitys hoitotyön laadussa

Tähän tutkimuskysymykseen käytettiin sekä lähiesihenkilöiden teemahaastatteluista kerättyä aineistoa että hoitajien Webropol-kyselyvastauksia. Ensin esitellään laadulliset tulokset lähiesihenkilöiden kohdalta ja tämän jälkeen määrälliset tulokset, jotka on saatu hoitajien Webropol-kyselystä. **Lähiesihenkilöiden** teemahaastatteluista saatiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttämällä tutkimuskysymykseen seuraavat tulokset. Sisällönanalyysin mukaan tekijöitä, joilla lähiesihenkilöiden mielestä potilaiden hoitoisuus vaikuttaa hoitotyön laatuun olivat *hoitajien kuormitus ja resurssien riittävyys, hoitotyön toteutus, työn priorisointi ja ajankäyttö, johtaminen sekä työilmapiiri ja työssä jaksaminen.*

**Hoitajien kuormitus ja resurssien riittävyys.** Haastatteluissa lähiesihenkilöt kertoivat, että raskashoitaiset potilaat kuormittavat enemmän hoitajia ja tämä vaikuttaa suoraan hoidon laatuun. Potilaiden hoitoisuus vaikuttaa haastateltavien mukaan suoraan hoitajien työmäärään ja resurssien riittävyyteen. Korkean hoitoisuuden tilanteissa hoitajien kuormitus kasvaa, koska raskashoitaiset potilaat vaativat enemmän hoitoa ja valvontaa. Jos resursseja ei pystytä lisäämään potilaiden hoitoisuuden mukaan, hoitajat joutuvat työskentelemään ääri rajoilla, mikä voi heikentää hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Lähiesihenkilöt kertoivat myös, että ennakoimattomuus vaikeuttaa työvuorosunnittelua ja kuormittaa henkilöstöä. Haastatteluissa kaksi lähiesihenkilöä kertoi, että potilaiden korkea hoitoisuus lisää hoitajien työmäärää ja heikentää potilaiden saamaa hoidon laatua sekä hoitajien työssä jaksamista.

Raskashoitaiset potilaat kuormittaa hoitajia enemmän, mikä tietysti aina on suoraan nähtävissä ja peilattavissa hoidon laatuun. (Lähiesihenkilö 3)

Riittämättömät resurssit ja korkea hoitoisuus voivat johtaa kiireeseen, joka voi aiheuttaa hoidon viivästymistä, hoitovirheitä ja heikentää potilasturvallisuutta. Haastatteluissa ilmeni, että jos hoitajia on liian vähän suhteessa potilaiden hoitoisuuteen, hoitoon voi tulla viivettä, mikä voi vaikuttaa esimerkiksi potilaiden lääkitysten antamiseen, kivun- ja hygienian hoitoon. Lähiesihenkilöiden mielestä riittävät resurssit ja tasapainoinen kuormitus osastolla lisäävät yksilöllistä ja laadukasta hoitoa.

**Hoitotyön toteutus.** Haastatteluissa lähiesihenkilöt kertoivat, että hoitoisuuden ollessa osastoilla korkea, potilaat, jotka tarvitsevat vähemmän hoitoa, saattavat jäädä vähemmälle huomiolle. Tämä voi johtaa hoidon laadun epätasaisuuteen. Esimerkiksi liiallinen kiire ja työmäärä voivat vaikuttaa perushoidon toteutumiseen. Myös kuntouttava työote ja omatoimisuuden tukeminen voivat jäädä vähemmälle.

Joissain tilanteissa saatetaan mennä sieltä mistä niin sanotusti aita on matalin, eli ei vaikka nosteta sieltä vuoteesta, vaikka voitaisiin nostaa ruokailemaan pyörätuoliin, niin ei ehkä nosteta. Syötetään, vaikka potilas voisi ehkä hitaasti syödä itsekin. (Lähiesihenkilö 2)

Yksi lähiesihenkilö kertoi, että mitä vähemmän hoitoisia potilaat ovat, niin sitä enemmän laadukasta hoitotyön aikaa on. Toinen haastateltava kertoi, että mitä enemmän aikaa ja resursseja menee yhden tai yksittäisten potilaiden hoitamiseen, on se jostain muualta pois.

**Työn priorisointi ja ajankäyttö.** Kaikkien lähiesihenkilöiden mielestä hoitoisuuden ollessa korkea, erityisesti työn priorisointi ja ajankäyttö tulee ottaa huomioon, sillä se vaikuttaa oleellisesti hoidon laatuun. Lähiesihenkilöt kertoivat, että hoitajien ja heidän itsensä on jatkuvasti tehtävä päätöksiä siitä, mitkä tehtävät ovat kiireellisimpiä ja mitkä voidaan siirtää myöhemmäksi.

Jos kiireestä mennään, niin sitten saattaa unohtua ihan jotakin perusasioita. Tai ei välttämättä aina unohdukaan, mutta jätetään tietoisesti tekemättä, kun on pakko priorisoida. (Lähiesihenkilö 4)

Yksi lähiesihenkilö kertoi, että hoitoiset potilaat voivat viedä aikaa muista töistä esimerkiksi kirjaamisesta. Priorisoinnin ja ajankäytön haasteet voivat myös erään lähiesihenkilön mielestä näkyä esimerkiksi hoitoviiveinä. Hänen mukaansa potilaat voivat joutua odottamaan esimerkiksi ruokailuun avustamista.

**Johtaminen.** Haastateltavien mielestä esihenkilöiden tehtävänä on varmistaa, että hoitajien työkuormitus pysyy kohtuullisena ja että resurssit vastaavat osaston potilaiden hoitoisuutta. Siihen ei kuitenkaan aina pystytä, sillä käytössä olevat resurssit ovat rajalliset. Hoitoisuuden kasvaessa osastolla esihenkilöiden on tehtävä nopeita päätöksiä resurssien lisäämisestä, työn uudelleenjärjestelystä ja lisävun hankkimisesta laadukkaan hoidon varmistamiseksi.

Esihenkilöiden tehtävänä on tasapainottaa työkuormaa, seurata hoidon laatua ja kehittää toimintatapoja, jotka tukevat sekä hoitajia että potilaita. (Lähiesihenkilö 1)

Hoitoisuuden vaihtelua ei pystytä pitkän aikavälin työvuorosuunnittelussa haastateltavien mukaan juurikaan ennakoimaan, joten toisinaan hoitajat saattavat joutua tilanteisiin, joissa työmäärä on kohtuuttoman suuri ja hoidon laatu saattaa kärsiä. Toisaalta päivittäisessä johtamisessa hoitoisuutta voidaan huomioida ja työkuormaa tasata esimerkiksi työvuoroja muokkaamalla tai lisähenkilöstöä hyödyntämällä. Yhden lähiesihenkilön mielestä hoitoisuusluokituksen käyttöönotto voisi auttaa kohdentamaan hoitotyön resursseja paremmin. Tällä hetkellä osastoilla ei ole hoitoisuusluokitusta käytössä.

**Työilmapiiri ja työssä jaksaminen.** Kolme lähiesihenkilöä kertoivat, että sekä korkea kuormitus hoitotyössä että resurssien riittämättömyys voivat vaikuttaa negatiivisesti työilmapiiriin ja hoitajien työssä jaksamiseen. Lähiesihenkilöiden mielestä, jos työmäärä koetaan jatkuvasti liian suureksi, eikä siihen saada riittävästi helpotusta, voi tämä näkyä myös hoitotyön laadussa. Esimerkiksi jos työilmapiiri on kireä ja hoitajat kokevat olevansa kuormittuneita, saattavat potilaat huomata tämän kiireisinä hoitotilanteina tai vähäisenä hoitajien läsnäolona. Tämä voi heikentää potilaiden kokemusta hoidon laadusta.

Korkea hoitoisuus saattaa aiheuttaa hoitajissa stressiä, riitoja ja yhteenottoja hoitajien keskuudessa, jos työn kuormitus jakautuu epätasaisesti. (Lähiesihenkilö 5)

Haastatteluissa ilmeni, että jos yksittäinen hoitaja kokee kantavansa suuremman vastuun raskashoitoisista potilaista kuin muut, voi se aiheuttaa ristiriitoja työyhteisössä. Lähiesihenkilöt olivat sitä mieltä, että avoin kommunikaatio ja selkeä työnjako ovat edellytyksenä hyvälle työilmapiirille. Heidän mielestään huono työilmapiiri voi johtaa lisääntyneisiin sairauspoissaoloihin ja henkilöstön vaihtuvuuteen, mikä edelleen heikentää hoitotyön laatua.

**Hoitajille** suunnatussa Webropol-kyselyssä hoitajilta kysyttiin alla olevia kysymyksiä, jotka ovat tummennettu. Hoitajien vastaukset kerrotaan tummennuksen jälkeen. Näillä kysymyksillä pyrittiin vastaamaan tutkimuskysymykseen hoitajien näkökulmasta.

**Mielestäni potilaat saavat osastolla laadukasta hoitoa.** Tämä kysymys oli aiheeseen orientoiva, eikä vastaa varsinaiseen tutkimuskysymykseen. Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä oli yksi (1,6 %) vastaaja, melko eri mieltä oli 11 (17,5 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä oli yhdeksän (14,3 %) vastaajaa, melko samaa mieltä oli 36 (57,1 %) vastaajaa, täysin samaa mieltä oli kuusi (9,5 %) vastaajaa. Kukaan ei vastannut, että en osaa sanoa. *Suurin osa vastaajista, eli 42 (66,6 %) siis koki, että heidän osastollaan potilaat saavat laadukasta hoitoa.*

**Mielestäni potilaan hoitoisuudella on merkitystä potilaskeskeisyyden toteutumisessa.** Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä ei ollut kukaan, melko eri mieltä oli neljä (6,3 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä oli yhdeksän (14,3 %) vastaajaa, melko samaa mieltä oli 26 (41,3 %) vastaajaa, täysin samaa mieltä oli 19 (30,2 %) vastaajaa ja en osaa sanoa vastasi viisi (7,9 %) vastaajaa. *Suurin osa, eli 45 (71,5 %) vastaajaa siis koki, että potilaan hoitoisuudella on merkitystä potilaskeskeisyyden toteutumisessa.*

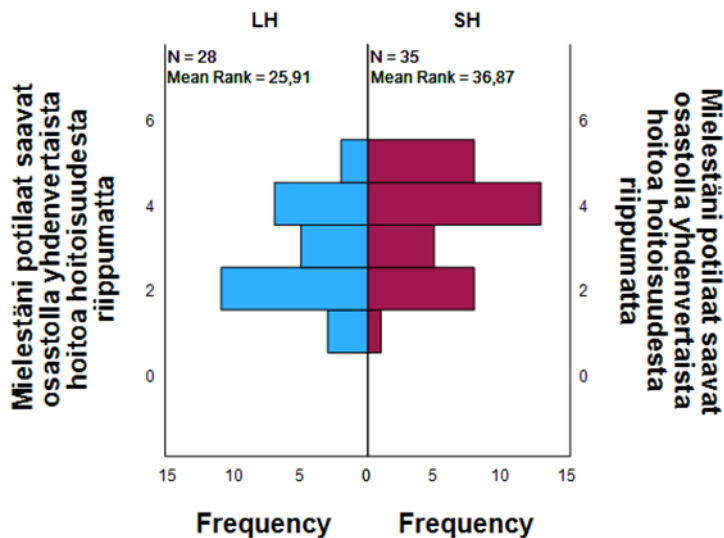
**Mielestäni potilaat saavat osastolla yhdenvertaista hoitoa hoitoisuudesta riippumatta.** Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä oli neljä (6,3 %), melko eri mieltä oli 19 (30,2 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä oli 10 (15,9 %) vastaajaa, melko samaa mieltä oli 20 (31,7 %) vastaajaa, täysin samaa mieltä oli 10 (15,9 %) vastaajaa. Kukaan vastaajista ei vastannut en osaa sanoa. *Suurin osa vastaajista 30 (47,6 %) siis koki, että potilaat saavat osastolla yhdenvertaista hoitoa hoitoisuudesta riippumatta. Tämän kysymyksen kohdalla havaittiin Mann-Whitney U-testin avulla, että ero lähi- ja perushoitajien ja sairaan- ja terveydenhoitajien välillä oli merkitsevä ( $p = 0.015$ ). Lähi- ja perushoitajat kokivat merkitsevästi useammin, että potilaat eivät saa yhdenvertaista hoitoa hoitoisuudesta riippumatta. Sairaan- ja terveydenhoitajat puolestaan arvioivat hoidon olevan tasapuolisempaa. Seuraavalla sivulla esitetään taulukko ja kuva tulosten jakautumisesta lähi- ja perushoitajien ja sairaan- ja terveydenhoitajien kesken (taulukko 2 ja kuva 1). Tämän kysymyksen kohdalla oli suurin tilastollinen merkitsevä eroavaisuus ammattiryhmien välillä.*

Taulukko 2. Yhdenvertainen potilaiden hoito osastolla.

Mielestäni potilaat saavat osastolla yhdenvertaista hoitoa	1 Täysin eri mieltä	2 Melko eri mieltä	3 En samaa enkä eri mieltä	4 Melko samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä	6 En osaa sanoa	Keskiarvo	Yhteensä
Lähihoitaja / perushoitaja	3 10,7 %	11 39,3 %	5 17,9 %	7 25,0 %	2 7,1 %	0 0 %	2,8	28
Sairaanhoitaja / terveydenhoitaja	1 2,8 %	8 22,9 %	5 14,3 %	13 37,1 %	8 22,9 %	0 0 %	3,5	35
Yhteensä	4	19	10	20	10	0		63

## Independent-Samples Mann-Whitney U Test

Ammattinimike (jos olet opiskelija: valitse ammattinimeke, jonka alla teet töitä)



Kuva 1. Kokemus potilaiden hoidon yhdenvertaisuudesta hoitoisuudesta riippumatta, vertailu lähi- ja perushoitajien sekä sairaan- ja terveydenhoitajien välillä (IBM SPSS Statistics, 14.2.2025).

**Mielestäni potilaita ei syrjitä hoitoisuuden perusteella.** Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä ja melko eri mieltä oli kolme (4,8 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä oli kahdeksan (12,7 %) vastaajaa, melko samaa mieltä oli 25 (39,7 %) vastaajaa, täysin samaa mieltä oli 22 (34,9 %) vastaajaa ja en osaa sanoa vastasi kaksi (3,2 %) vastaajaa. *Suurin osa eli 47 (74,6 %) vastaajaa oli siis sitä mieltä, että potilaita ei syrjitä hoitoisuuden perusteella.*

**Mielestäni hoitajia on aina saatavilla potilaiden tarpeiden mukaisesti.** Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä oli 14 (22,2 %) vastaajaa, melko eri mieltä oli 38 (60,3 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä oli seitsemän (11,1 %) vastaajaa, melko samaa mieltä ja täysin samaa mieltä oli kaksi (3,2 %) vastaajaa ja en osaa sanoa ei vastannut kukaan. *Suurin osa vastaajista eli 52 (82,5 %) oli siis sitä mieltä, että hoitajia ei aina ole saatavilla potilaiden tarpeiden mukaisesti.*

**Minulla on tarpeeksi aikaa potilailleni.** Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä oli 26 (41,3 %), melko eri mieltä oli 29 (46 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä oli kuusi (9,5 %) vastaajaa, melko samaa mieltä oli kaksi (3,2 %) vastaajaa, kukaan vastaajista ei vastannut olevansa täysin samaa mieltä tai en osaa sanoa. *Suurin osa vastaajista eli 55 (87,3 %) oli siis sitä mieltä, että heillä ei ole tarpeeksi aikaa potilailleen.*

**Potilaat saavat tarvitsemansa hoidon oikeaan aikaan hoitoisuudesta riippumatta.** Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä oli kahdeksan (12,7 %) vastaajaa, melko eri mieltä oli 27 (42,9 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä oli 13 (20,6 %) vastaajaa, melko samaa mieltä oli 15 (23,8 %) vastaajaa, kukaan vastaajista ei vastannut olevansa täysin samaa mieltä, eikä en osaa sanoa. *Suurin osa vastaajista eli 35 (55,6 %) oli siis sitä mieltä, että potilaat eivät saa tarvitsemaansa hoitoa aina oikeaan aikaan ilman, että potilaan hoitoisuuden taso vaikuttaa siihen.*

**Mielestäni potilasturvallisuus ei vaarannu potilaiden hoitoisuuden takia.** Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä oli kolme (4,8 %) vastaajaa, melko eri mieltä oli 31 (49,2 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä oli 13 (20,6 %) vastaajaa, melko samaa mieltä oli kahdeksan (12,7 %) vastaajaa, täysin samaa mieltä oli kaksi (3,2 %) vastaajaa ja en osaa sanoa vastasi kuusi (9,5 %) vastaajaa. *Vähän yli puolet vastaajista eli 34 (54 %) oli siis sitä mieltä, että potilasturvallisuus saattaa vaarantua potilaiden hoitoisuuden takia.*

**Mielestäni laiteturvallisuus ei vaarannu potilaiden hoitoisuuden takia.** Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä ei ollut kukaan. Melko eri mieltä oli 10 (15,9 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä oli 19 (30,2 %) vastaajaa, melko samaa mieltä oli 14 (22,2 %) vastaajaa, täysin samaa mieltä oli kahdeksan (12,7 %) vastaajaa ja en osaa sanoa vastasi 12 (19,0 %) vastaajaa. *Suurin osa vastaajista eli 22 (34,9 %) oli siis sitä mieltä, että laiteturvallisuus ei vaarannu potilaiden hoitoisuuden takia. Tämän kysymyksen kohdalla suurin yksittäinen vastausprosentti oli kuitenkin vastausvaihtoehdossa en samaa enkä eri mieltä.*

**Potilaiden hoitoisuus vaikuttaa lääkehoidon laadukkaaseen toteutumiseen.** Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä ei ollut kukaan. Melko eri mieltä oli viisi (7,9 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä oli 10 (15,9 %) vastaajaa, melko samaa mieltä oli 27 (42,9 %) vastaajaa, täysin samaa mieltä oli 16 (25,4 %) vastaajaa ja viisi (7,9 %) vastaajaa vastasi en osaa sanoa. *Suurin osa vastaajista eli 43 (68,3 %) oli siis sitä mieltä, että potilaiden hoitoisuus vaikuttaa lääkehoidon laadukkaaseen toteutumiseen.*

**Potilaiden hoitoisuus ei vaikeuta tiedonkulkua.** Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä oli kolme (4,8 %) vastaajaa, melko eri mieltä oli 21 (33,3 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä oli 14 (22,2 %) vastaajaa, melko samaa mieltä oli 13 (20,6 %) vastaajaa, täysin samaa mieltä oli neljä (6,3 %) vastaajaa ja en osaa sanoa vastasi kahdeksan (12,7 %) vastaajaa. *Suurin osa vastaajista eli 24 (38,1 %) oli siis sitä mieltä, että potilaiden hoitoisuus vaikeuttaa tiedonkulkua.*

**Mielestäni potilaiden hoito on vaikuttavaa potilaiden hoitoisuudesta riippumatta.** Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä ei ollut kukaan vastaajista. Melko eri mieltä oli 10 (15,9 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä oli 13 (20,6 %) vastaajaa, melko samaa mieltä oli 25 (39,7 %) vastaajaa, täysin samaa mieltä oli kuusi (9,5 %) vastaajaa ja en osaa sanoa vastasi yhdeksän (14,3 %) vastaajaa. *Suurin osa vastaajista eli 31 (49,2 %) oli siis sitä mieltä, että potilaiden hoito on vaikuttavaa potilaiden hoitoisuudesta riippumatta.*

## 8.5 Potilaiden hoitoisuuden vaikutukset hoitotyön organisointiin lähiesihenkilöiden mielestä

**Lähiesihenkilöiden** teemahaastatteluista saatiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttämällä tutkimuskysymykseen seuraavat tulokset. Sisällönanalyysin mukaan tekijöitä, joilla potilaiden hoitoisuus vaikuttaa lähiesihenkilöiden mielestä hoitotyön organisointiin olivat *ennakoinnin haasteet, resurssien riittävyys ja saatavuus, työnjako ja työtehtävien priorisointi ja kommunikation ja yhteistyön merkitys.*

**Ennakoinnin haasteet.** Yksi suurimmista haasteista kaikkien lähiesihenkilöiden mielestä hoitotyön organisoinnissa oli hoitoisuuden ennakointi. Lähiesihenkilöiden mukaan hoitoisuus vaihtelee päivittäin, eikä sitä aina voida arvioida etukäteen.

Ennakoimattomuus haastaa, se on enemmän semmoista tosiaan tulipalojen sammuttelua, kuin sitä suunnitelmallista toimintaa. (Lähiesihenkilö 3)

Lähiesihenkilöiden mukaan äkilliset muutokset, kuten potilaiden hoitoisuuden lisääntyminen, akuutit tilanteet tai yllättävät potilassiirrot, voivat muuttaa tilannetta osastolla nopeasti ja vaikeuttaa hoitotyön organisointia. Tällaisissa tilanteissa ennakointiin ei ole juuri mahdollisuuksia, vaan kyse on nopeasta reagoinnista ja olemassa olevien resurssien uudelleenjärjestelystä. Lähiesihenkilöt kokivat, että tällainen jatkuva yllättäviin tilanteisiin sopeutuminen kuormittaa sekä hoitajia että heitä itseään ja vaikeuttaa näin suunnitelmallista työskentelyä.

**Resurssien riittävyys ja saatavuus.** Kaksi lähiesihenkilöstä kertoi, että potilaiden hoitoisuus vaikuttaa keskeisesti siihen, kuinka hyvin hoitotyön resurssit riittävät. Kun osastolla on paljon raskashoitoisia potilaita, henkilökunnan tarve kasvaa, mutta lähiesihenkilöiden mukaan lisähenkilöstöä ei aina ole saatavilla. Kaikki lähiesihenkilöt kertoivat, että sijaisten saaminen äkillisiin henkilöstötarpeisiin voi olla haastavaa ja aikaa vievää. Etenkin yövuoroon sijaisen saaminen koettiin hankalaksi. Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella on käytössä resurssipalvelu (respa), josta saa tarpeen mukaan varattua hoitajia poissaoloihin tai lisäävuksi. Haastatteluissa kysyttiin lähiesihenkilöiltä, miten he kehittäisivät toimintaa respan kanssa. Keskeisiä kehittämissuhteita olivat selkeämmät ohjeet varausten tekemiseen ja lisäävun pyytämiseen, työparimallin kehittäminen ja työnkuvien selkeyttäminen. Näiden kehittämistoimien myötä hoitotyön organisointi helpottuisi. Hoitotyön organisoinnin helpottuessa myös potilaiden hoitoisuuteen vastaaminen paranisi.

Suurin osa työajasta menee siihen resurssien haalimiseen. (Lähiesihenkilö 1)

Ja sitten edelleen ehkä tuota respan työpari kuviota selkeämmäksi, että meillä on niinku sekä täällä osastolla että sitten siellä respan päässä, jokaisen esimerkiksi semmoisen äkkilähtijän, joka tulee tänne meille käymään, että kaikilla on selkeät sävelet siitä, että mikä on työpari ja mitä se tekee, että kun edelleenkin on yksilökohtaisia eroja siitä, että kuinka toimeen tartutaan. (Lähiesihenkilö 5)

Kaksi lähiesihenkilöä kertoi, että potilasmäärä vaikuttaa sijaisten hankintaan siten, että jos osasto on täynnä hoitoisia potilaita, pitää sijaisia hankkia, mutta jos osastolla on tilaa ja hoitoisuus matala, ei sijaista välttämättä tarvita. Yksi lähiesihenkilö mainitsi, että myös taloustilanne on huomioitava resurssoinnissa ja hoitotyön organisoinnissa. Kaksi lähiesihenkilöä kertoi myös, että työvuorosuunnittelussa on tärkeää huomioida myös riittävä osaaminen, etenkin potilaiden ollessa hoitoisia.

**Työnjako ja työtehtävien priorisointi.** Haastateltavien mielestä hoitoisuuden lisääntyessä hoitajien sekä lähiesihenkilöiden on pystyttävä arvioimaan, mitkä tehtävät ovat kiireellisimpiä ja mitkä voidaan siirtää myöhemmäksi. Tämä voi kuitenkin olla haastavaa, sillä kaikki potilaan hoitoon liittyvät tehtävät ovat tärkeitä. Yksi lähiesihenkilö kertoi, että kiireessä voi syntyä tilanteita, joissa vähemmän kiireelliset, mutta silti tarpeelliset työtehtävät jäävät tekemättä.

Jos kovin hoitoisia potilaita, työt organisoidaan uudelleen aamulla ja hoitajat tekee sitä myös hyvin omatoimisesti. Ikään kuin mä en sitä organisoisi täältä käsin työvuorollisesti, vaan se tapahtuu sitten osastolla. (Lähiesihenkilö 5)

Kaikkien lähiesihenkilöiden mielestä työnjaossa on tärkeää huomioida hoitajien osaaminen ja kokemus. Kaikki hoitajat eivät välttämättä ole yhtä kokeneita raskashoitoisten potilaiden hoidossa, joten työvuorosunnittelussa ja työnjaossa on pyrittävä jakamaan tehtävät tasaisesti. Myös opiskelijat tulee huomioida työnjaossa. Esimerkiksi yksi lähiesihenkilö kertoi, että heidän osastollaan opiskelijat eivät osallistu väkivaltaisten potilaiden hoitoon. Kolme lähiesihenkilöä kertoi haastattelussa, että arjessa joudutaan usein organisoimaan töitä uudelleen potilaiden hoitoisuuden perusteella. Esimerkiksi jokin moduuli voi olla kuormittavampi kuin toinen ja tällöin resursseja joudutaan kohdentamaan toisiin.

**Kommunikaation ja yhteistyön merkitys.** Lähiesihenkilöiden mukaan avoin vuorovaikutus hoitajien kesken sekä esihenkilöiden ja henkilöstön välillä helpottaa hoitotyön organisointia. Tämä näkyy esimerkiksi siten, että osastolla kuormitus jakautuu tasaisemmin potilaiden hoitoisuuden mukaan ja siten, että avun tarpeeseen reagoidaan helpommin.

Henkilökunta tulee mulle kertomaan toki sen aina, että nyt on hoitoista porukkaa, että nyt me tarvitaan apua tuonne ja silloin tietysti lähdetään katsomaan sitä lisäapua esimerkiksi respasta. (Lähiesihenkilö 2)

Yksi lähiesihenkilö kertoi, että kommunikaatioon liittyviä haasteita syntyy erityisesti silloin, kun osaston tilanne tai hoitoisuus muuttuu nopeasti eikä tietoa saada välitettyä riittävän sujuvasti. Esimerkiksi, jos osaston toisella puolella on erityisen hoitoisia potilaita, eikä tieto siirry muulle henkilöstölle, työkuormitus voi jakautua epätasaisesti. Lähiesihenkilöt korostivat, että myös kommunikaatio organisaation eri tasoilla on tärkeää hoitotyön organisoinnin ja osaston hoitoisuuden näkökulmasta. Esimerkiksi hoitoisuuden ollessa korkea, voidaan pyytää ylemmältä taholta lupa hankkia lisäapua.

## 8.6 Osastojen toimintatapojen ja osastojen välisen yhteistyön kehittäminen potilaiden hoitoisuus huomioiden

Tähän tutkimuskysymykseen käytettiin sekä lähiesihenkilöiden teemahaastatteluista kerättyä aineistoa että hoitajien Webropol-kyselyvastauksia. Kysymys on kaksiosainen, ensin esitellään osastojen toimintatapojen kehittäminen potilaiden hoitoisuus huomioiden ja tämän jälkeen esitetään tulokset osastojen välisen yhteistyön kehittämisen osalta. Kummankin kysymyksen kohdalla esitellään ensin tulokset lähiesihenkilöiden osalta ja tämän jälkeen tulokset, jotka on saatu hoitajien Webropol-kyselystä.

### 8.6.1 Osastojen toimintatapojen kehittäminen potilaiden hoitoisuus huomioiden

**Lähiesihenkilöiden** teemahaastatteluista saatiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttämällä tutkimuskysymykseen seuraavat tulokset. Sisällönanalyysin mukaan tekijöitä, joilla lähiesihenkilöiden mielestä voitaisiin kehittää osastojen toimintatapoja, potilaiden hoitoisuus huomioiden olivat *työntekijöiden osaamisen kehittäminen, työn organisoinnin kehittäminen ja työhyvinvoinnin tukeminen*.

**Työntekijöiden osaamisen kehittäminen.** Lähiesihenkilöt kertoivat, että työntekijöiden osaamisen kehittämiseen tulisi panostaa entistä enemmän. Yhden lähiesihenkilön mielestä erilaisten hoitotekniikoiden, kuten kinestetikan, käyttö ja koulutus ovat yksi tärkeä osaamisen kehittämisen muoto. Kinestetikalla voidaan helpottaa raskaiden potilaiden hoitamista ja vähentää hoitajien fyysistä kuormitusta.

Enemmän apuvälineiden hyödyntämistä, kinestetikan käyttöä ja koulutusta.  
(Lähiesihenkilö 1)

Yksi lähiesihenkilö kertoi, että hoitohenkilökunnan osaamista tulisi laajentaa siten, että hoitajat voisivat joustavammin tehdä erilaisia työtehtäviä. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että lähihoitajat voivat tarvittaessa osallistua enemmän lääkehoitoon ja lääkärinkierroille ja sairaanhoitajat enemmän perushoitoon, jolloin työkuormitus voisi jakautua tasaisemmin. Kaksi lähiesihenkilöä kertoivat, että heidän osastoillaan on jo käytössä niin sanotusti "kaikki tekevät kaikkea" -toimintamalli. Kaikki lähiesihenkilöt pitivät koulutautumista tärkeänä ja heidän mielestään koulutusta pitäisi lisätä.

**Työn organisoinnin kehittäminen.** Haastatteluissa kaksi lähiesihenkilöä kertoi, että osaston toimintatapoja voisi kehittää selkeyttämällä työnjakoa työntekijöiden välillä. Työnjaon selkeyttäminen voisi auttaa tasaamaan hoitoisuuden aiheuttamaa työkuormitusta.

Pitäisi suunnitella jonkinlaista sapluunaa, jolla voisi ennakoida esimerkiksi työnjakoa yhtä moduulia kuormittavissa tilanteissa. (Lähiesihenkilö 3)

Konkreettisenä esimerkkinä yksi lähiesihenkilö ehdotti selkeitä ohjeistuksia siihen, milloin lisääpua voitaisiin pyytää hoitoisuuden ollessa osastolla korkea. Kaikki lähiesihenkilöt kertoivat, että he voisivat kehittää osaston toimintaa esimerkiksi suunnittelemalla työvuoroja uudelleen työntekijöiden kanssa. Osa lähiesihenkilöistä kertoi, että nykyiset työvuorot eivät aina vastaa osaston tarpeita vaan tarvittaisiin enemmän joustoa päivärytmiin.

**Työhyvinvoinnin tukeminen.** Kaikki lähiesihenkilöt kokivat työhyvinvoinnin tärkeänä. Suurin osa lähiesihenkilöistä mainitsi haastatteluissa, että olisi tärkeää pyrkiä pääsemään irti vanhoista totutuista toiminta- ja ajattelutavoista. He kokivat tämän vaikuttavan työhyvinvointiin ja lisäävän työkuultuurin joustavuutta. Potilaiden hoitoisuuden ollessa vaihteleva lähiesihenkilöt kokivat joustavuuden olevan erittäin tärkeää. Kolme lähiesihenkilöä kertoivat, että työhyvinvointia voisi osastolla lisätä esimerkiksi työtehtäviä monipuolistamalla, jotta työn mielekkyys ja motivaatio työhön säilyvät.

Kaikkien pitäisi tehdä kaikkia töitä, niin se, että saa tehdä erilaisia töitä niin se myös lisää mielenkiintoa ja jaksamista siinä työssä. (Lähiesihenkilö 4)

Kaikki lähiesihenkilöt kokivat, että työhyvinvointia voidaan edistää huomioimalla yksilölliset elämäntilanteet työvuorosuunnittelussa. Esimerkiksi mahdollisuus kevennettyihin työvuoroihin tai yövuorojen vähentäminen tietyissä elämäntilanteissa voivat auttaa hoitajia jaksamaan paremmin työssään.

**Hoitajille** suunnattuun Webropol- kyselyyn vastasi 63 (n=63) hoitajaa, joista 34 vastasi avoimeen kysymykseen, jossa kysyttiin, miten mielestäsi oman osastosi toimintatapoja voitaisiin kehittää potilaiden hoitoisuus huomioiden. Vastausten perusteella tekijöitä, joilla hoitajien mielestä voitaisiin kehittää oman osaston toimintatapoja, potilaiden hoitoisuus huomioiden olivat *tiedonkulun ja viestinnän parantaminen, työprosessien ja työnjaon kehittäminen, toiseen työnjakomalliin siirtyminen, työvuorosuunnittelun kehittäminen, esihenkilön osallistuminen hoitotyön arkeen ja yhteistyön ja moniammatillisuuden vahvistaminen*. Osa hoitajien

vastauksista eivät liittyneet toimintatapojen kehittämiseen, joten näitä vastauksia ei voitu hyödyntää.

**Tiedonkulun ja viestinnän parantaminen.** Hoitajien vastauksista ilmeni, että tiedonkulussa ja viestinnässä on kehitettävää, jotta hoidon jatkuvuus ja työtehtävien sujuvuus voidaan varmistaa. Hoitajien mielestä olisi tärkeää, että he saisivat osallistua enemmän toiminnan kehittämiseen.

On myös tärkeää toimintatapoja miettiessä kuunnella hoitohenkilökuntaa. (Hoitaja 6)

Vastauksista ilmeni, että hoitajat toivoivat hoitoisuuden olevan tasaista eri moduuleissa ja autettaisiin toinen toistansa, varsinkin jos omassa moduulissa on matalampi hoitoisia potilaita. Useampi hoitaja toivoi auttamiskulttuurin kehittämistä omalla osastollaan.

**Työprosessien ja työnjaon kehittäminen.** Kolme hoitajista koki, että kiertävän hoitajan ja lääkehoitajan työtehtäviä tulisi jakaa tasaisemmin, sillä tällä hetkellä tietyt tehtävät, kuten lääkehoito, voivat kuormittaa yksittäisiä työntekijöitä liikaa. Lisäksi yksi hoitaja ehdotti, että lähihoitajat ja sairaanhoitajat voisivat tehdä enemmän samoja työtehtäviä, mikä vähentäisi työn epätasaista jakautumista ja mahdollistaisi joustavamman työn teon potilaiden hoitoisuuden mukaan.

Kiertävän ja lääkehoitajan töiden jakaminen tasaisesti. Tällä hetkellä lääkehoitaja on ylityöllistetty. Kiertävä hoitaja voisi auttaa lääkehoitajaa enemmän. (Hoitaja 9)

Potilaiden hoitoisuutta tulisi hoitajien mielestä tarkastella säännöllisesti ja jakaa hoitovastuita tasaisemmin, jotta kuormitus ei kasautuisi yksittäisille hoitajille tai yhteen moduuliin. Tämä voisi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että vuodepotilaat ja haavanhoitoa tarvitsevat potilaat jaettaisiin tasaisemmin moduulien välillä, jotta työ määrä olisi kohtuullinen kaikille. Kolme hoitajaa kertoi vastauksessaan, että esimerkiksi lääkärinkierroilla olevan hoitajan vaihtuminen päivittäin on ongelmallista, koska hoitajat eivät ehdi perehtyä potilaiden asioihin kunnolla. Tämän vuoksi hoitajat ehdottivat, että sama hoitaja osallistuisi lääkärinkierrolle useamman päivän ajan, mikä parantaisi potilaiden saamaa hoitoa, voinnin seuranta ja yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa. Myös lääkärinkierrojen koettiin alkavan liian myöhään. Hoitajien vastauksissa ehdotettiin myös, että lääkkeenjakaajan toimenkuvaa tulisi kehittää ja työvuoroa tarkastella. Tällä pyrittäisiin vähentämään päällekkäistä työntekoa ja kehittämään työprosesseja.

Jos sama hoitaja olisi useamman päivän kierrolla peräkkäin niin pääsisi asioihin paremmin kiinni ja se palvelisi niin hoitajia, lääkäreitä ja potilasta. (Hoitaja 52)

Mielestäni lääkärinkierrot alkaa liian myöhään ja venyy turhan pitkäksi, voisi kiertää nopeampaa niin jäisi muulle aikaa enemmän. (Hoitaja 17)

Kaksi hoitajaa mainitsi vastauksessaan, että potilaskoordinaattori –viikkoina osastolla tulisi olla ylimääräinen hoitaja iltavuorossa kuormitusta vähentämässä. Hoitajat kokivat potilaskoordinaattorin roolin oman työn ohessa kuormittavana. Yksi hoitaja odotti hoitoisuusluokituksen käyttöönottoa, sillä se voisi hänen mielestään auttaa potilaiden sijoittelussa ja hoitoisuuden huomioimisessa. Yhden hoitajan mukaan potilaiden hoitoisuus pitäisi huomioida potilaspaikkojen määrässä ja työn kuormituksessa tarkemmin.

**Toiseen työnjakomalliin siirtyminen.** Useat hoitajat eri osastoilta kokivat, että nykyinen moduulityöskentely ei ole toimiva. He ehdottavat siirtymistä joko yksilövastuiseen toimintamalliin tai parityöskentelyyn.

Voitaisiin siirtyä yksilövastuiseen työntekoon tai parityöskentelyyn, vähemmän potilaita/hoitajia helpottaisi työtaakkaa ja vähentäisi stressitasoja. Olisi aikaa enemmän potilaille. (Hoitaja 43)

Muuttaisin moduulit pienemmiksi. Moduulissa olisi aina sairaanhoitaja-lähihoitaja-työpari, joka vastaisi kokonaisuudessaan oman moduulin potilaiden hoidosta. Poistettaisiin siis erikseen toimivat lääkehoitaja, kotiutushoitaja, kiertohoitaja, käytävähoitaja ym termistöt. Työparilla olisi kokonaisvaltainen näkemys potilaiden voinnista ja toimintakyvystä. (Hoitaja 27)

Hoitajat uskoivat, että työnjakomallin vaihtaminen parantaisi hoitajien työssä jaksamista ja potilaiden hoidon jatkuvuutta, sillä hoitajat saisivat paremman kokonaiskuvan potilaan tilanteesta ja voisivat suunnitella hoidon toteutusta paremmin. Hoitajat kokivat myös, että olisi helpompaa hallita pienempää potilasmäärää, jolloin hoitoisuuden aiheuttama kuormitus olisi vähäisempää.

**Työvuorosuunnittelun kehittäminen.** Kahden hoitajan mielestä työvuorosuunnittelua tulisi kehittää siten, että se tukisi paremmin osaston päivittäistä rytmiä ja ruuhka-aikoja. Työvuorosuunnittelussa tulisi hoitajien mielestä huomioida myös potilaiden hoitoisuus ja tarpeen mukaan hankkia lisäapua hoitoisuuteen perustuen. Yksi hoitaja ehdotti, että työvuoroihin lisättäisiin niin sanottu välivuoro, jotta ruuhka-aiempuja voitaisiin tasata. Erityisesti viikonloppu- ja

iltavuoroihin useampi hoitaja toivoi lisää henkilökuntaa, jotta työmäärä ja kuormitus ei kasvaisi kohtuuttomaksi. Esimerkkinä vastauksissa mainittiin, että aikaa vieviä haavanhoitoja voi olla myös viikonloppuisin useampia. Kolme hoitajaa kertoi, että työvuorosuunnittelua voisi kehittää niin, että hoitajien osaaminen ja pätevyys huomioitaisiin paremmin eri työvuoroissa, varsinkin potilaiden hoitoisuuden ollessa korkea. On ollut tilanteita, joissa kokemattomat hoitajat ovat joutuneet hoitamaan liian vaativia potilaita.

Työvoiman lisääminen on tärkeää silloin, kun potilaiden hoitoisuus on suurta osastolla. Tähän ollaan toki pyrittykin nykyään osastolla, mikä on hieno juttu. Eettinen stressi vähenee, kun töiden jälkeen on tunne, että jokaiselle potilaalle on ollut riittävästi aikaa. (Hoitaja 59)

Voisi ottaa ns välivuoron käyttöön aamu- ja iltavuoron väliin, ruuhka-aikaa helpottamaan esim. klo 10 -17(18). (Hoitaja 8)

Myös työntekijän pystyvyys ja osaaminen vuorossa pitää huomioida. (Hoitaja 13)

**Esihenkilön osallistuminen hoitotyön arkeen.** Kaksi hoitajaa toivoivat, että esihenkilöt osallistuisivat enemmän osaston päivittäiseen toimintaan. Tämä voisi hoitajien mielestä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että esihenkilöt kiertäisivät aamuisin moduulit läpi ja tutustuisivat siihen, minkälaisia potilaita osastolla on, jotta työn organisointi olisi oikeudenmukaista ja resursit saataisiin kohdennettua paremmin hoitoisuuden mukaan. Hoitajien mielestä olisi tärkeää, että esihenkilöt tietäisivät mitä hoitotyössä tapahtuu ja minkälainen kuormitus osastolla todellisuudessa on.

Toivon, että esihenkilöt osallistuisivat enemmän osaston päivittäiseen toimintaan, että heitä näkisi enemmän ja että he tietäisivät, mitä osastolla oikeasti tapahtuu. (Hoitaja 33)

**Yhteistyön ja moniammatillisuuden vahvistaminen.** Kaksi hoitajaa koki, että moniammatillista yhteistyötä tulisi kehittää ja moniammatillisuutta hyödyntää paremmin hoitoisten potilaiden kanssa. Yksi hoitaja ehdotti, että fysioterapeutti voisi osallistua aamutoimiin hoitoisten potilaiden kohdalla.

Mun mielestä voitaisiin kehittää moniammatillista toimintaa. Esim. Ft:t voisivat osallistua hoitoisien potilaiden aamutoimiin. Toivoisin myös, että ammattirajoja ns "himmennetään" eli että ei olisi niin tarkkoja rajoja esim. Lääkärien, hoitajien, laitoshuoltajien yms. välillä, vaan että kaikki tulisi hyvin toimeen ja sujuisi. (Hoitaja 29)

Lisäksi hoitajien mukaan yhteistyötä lääkäreiden kanssa tulisi kehittää ja sujuvoittaa lääkärinkiertoja. Kolme hoitajaa mainitsi vastauksissaan, että varsinkin potilaiden ollessa hoitoisia, on tärkeää noudattaa yhteisiä pelisääntöjä.

### 8.6.2 Osastojen välisen yhteistyön kehittäminen potilaiden hoitoisuus huomioiden

**Lähiesihenkilöiden** teemahaastatteluista saatiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttämällä tutkimuskysymykseen seuraavat tulokset. Sisällönanalyysin mukaan tekijöitä, joilla voitaisiin kehittää osastojen välistä yhteistyötä, potilaiden hoitoisuus huomioiden olivat *osastojen välinen joustava työskentely, toiminnan läpinäkyvyys ja yhteishengen vahvistaminen*.

**Osastojen välinen joustava työskentely.** Kaikki lähiesihenkilöt kokivat, että osastojen välistä yhteistyötä tulisi kehittää siten, että hoitohenkilökuntaa pystyttäisiin siirtämään osastojen välillä joustavasti, silloin kun hoitoisuus on jollain osastolla korkea. Hoitohenkilökunnan siirrettävyys on kuitenkin vielä uusi asia, ja se voi kohdata vastustusta hoitohenkilökunnassa, jos hoitajat eivät tunne toisten osastojen toimintatapoja. Tämän haasteen ratkaisemiseksi lähiesihenkilöt ehdottivat työnkierron lisäämistä, jolloin hoitajat pääsisivät tutustumaan eri osastoihin ja niiden toimintatapoihin ennalta. Tämä vähentäisi kynnystä siirtyä auttamaan toista osastoa ja edistäisi osastojen välistä yhteistyötä. Kaikki lähiesihenkilöt olivat yhtä mieltä siitä, että myös tutustumispäiviä tai lyhyempiä tutustumisjaksoja voitaisiin järjestää työnkierron lisäksi. Yhden lähiesihenkilön mielestä työparityöskentelymallin toteuttaminen, joka on käytössä myös resurssipalveluissa (respassa), onnistuisi vaikka ei tuntisikaan toisen osaston toimintatapoja.

Pitäisi olla osastojen välistä työnkiertoa, että olisi tuttu paikka, että voisi sitten hätätapauksessa käydä auttamassa toisia osastoja. (Lähiesihenkilö 3)

Käytäis kiertämässä, katsomassa ja tekemässä havaintoja ihan siitä tehdäänkö täällä sellaisia asioita mitä me voitais myöskin kokeilla tai voitais hyödyntää jotain toimivia käytäntöjä. (Lähiesihenkilö 5)

Haastatteluissa lähiesihenkilöt korostivat osastojen välisen avun antamisen ja tarjoamisen merkitystä. Yhden lähiesihenkilön mukaan osastojen välinen avun antaminen ja tarjoaminen lähtee lähiesihenkilöistä itsestään. Tämän lähiesihenkilön mukaan uusia toimintatapoja luotaessa esihenkilön rooli esimerkin näyttäjänä on merkittävä. Esihenkilöiden ja hoitajien tulisi yhteistyössä kehittää joustava toimintamalli, miten ja missä tilanteissa hoitajia siirrettäisiin

joustavasti osastojen välillä hoitoisuuteen ja osastojen kuormitukseen perustuen. Haastattelussa yksi lähiesihenkilö ehdotti, että myös potilassiirtojen suunnitelmallisuutta tulisi kehittää potilaiden hoitoisuus huomioiden yhteistyössä kaikkien osastojen kesken.

**Toiminnan läpinäkyvyys.** Kaikki lähiesihenkilöt olivat yhtä mieltä siitä, että osastojen välinen yhteistyö edellyttää selkeitä toimintamalleja ja avoimuutta, jotta hoitoisuus ja työkuormitus jakautuisivat tasaisesti osastojen välillä. Lähiesihenkilöt korostivat, että osastojen välillä tulisi olla yhteneväiset toimintatavat ja käytännöt, näin yhteistyö voisi olla sujuvampaa eikä turhia ristiriitoja tulisi hoitajien ja osastojen kesken. Lähiesihenkilöt pitivät myös avoimen viestinnän edistämistä tärkeänä osastojen ja yksittäisten hoitajien välillä.

...toiminta olisi tavallaan mustavalkoista, avointa ja kaikkien tiedossa tietyt raamit. (Lähiesihenkilö 2)

**Yhteishengen vahvistaminen.** Kahden lähiesihenkilön mukaan yksi merkittävä osastojen välisen yhteistyön haaste on kilpailuasetelma, joka näkyy eri yksiköiden välillä esimerkiksi hoitoisuuden tai työmäärän vertailuna. Lähiesihenkilöt korostivat, että yhteishengen vahvistaminen osastojen välillä on tärkeää, jotta yhteistyö olisi sujuvaa.

Yhteishengen parantaminen, ei kilpailua tai vertailuja hoitoisuudesta tai kuormituksesta, osastojen välillä. (Lähiesihenkilö 1)

Pitäisi luoda sitä ajatusta ja se kuva siitä, että me tehdään yhdessä töitä, että me ollaan kaikki samassa veneessä... (Lähiesihenkilö 3)

Lähiesihenkilöt ehdottivat, että osastojen välistä yhteisöllisyyttä ja toisiinsa tutustumista voitaisiin edistää muun muassa yhteisillä koulutuksilla ja epävirallisilla vapaa-ajan tapahtumilla, jotka loisivat "me-henkeä" ja vahvistaisivat yhteenkuuluvuuden tunnetta eri osastojen välillä.

**Hoitajille** suunnatussa Webropol-kyselyssä kysyttiin, miten hoitajien mielestä voitaisiin kehittää osastojen välistä yhteistyötä, potilaiden hoitoisuus huomioiden. Vastauksia kysymykseen saatiin 30, joista suurin osa ei liittynyt aiheeseen, joten kaikkia vastauksia ei voitu hyödyntää. Tekijöitä, joilla hoitajien mielestä voitaisiin kehittää osastojen välistä yhteistyötä, potilaiden hoitoisuus huomioiden olivat *osastojen välinen työnkierto ja joustavuus ja hoitohenkilökunnan siirrettävyys hoitoisuuden perusteella.*

**Osastojen välinen työnkierto ja joustavuus.** Osastojen välisen työnkierron lisääminen oli seitsemän hoitajan mielestä tärkeää. He kokivat, että työnkierron avulla hoitajat saisivat paremman käsityksen toisten osastojen toiminnasta, mikä parantaisi yhteistyötä ja joustavuutta osastojen välillä. Yhdessä vastauksessa kerrottiin myös, että työnkiertoa voisi toteuttaa lyhyempinä jaksoina, jolloin hoitajat tutustuisivat eri osastojen työskentelytapoihin ja potilasmateriaaliin. Tämä lisäisi joustavuutta tilanteissa, joissa lisäkäsia tarvitaan nopeasti toiselle osastolle hoitoisuuden ollessa korkea.

Työn kierrolla, saisi perspektiiviä omaan työhön, kun näkisi muidenkin osastojen hyvät ja huonot puolet. (Hoitaja 37)

**Hoitohenkilökunnan siirrettävyys hoitoisuuden perusteella.** Neljän hoitajan mielestä hoitohenkilökunnan siirrettävyys olisi tärkeää, jotta potilaiden hoitoisuuteen pystyttäisiin reagoimaan paremmin. Hoitajien mielestä resurssien kohdentamista tulisi kehittää siten, että lisäapua olisi saatavilla silloin, kun potilaiden hoitoisuus kasvaa merkittävästi tietyllä osastolla. Lisäksi yksi hoitaja ehdotti, että resurssipalveluiden henkilöstöä kohdennettaisiin paremmin osastojen hoitoisuuden mukaan eikä niin, että nopein varaaja saa työntekijän. Tarkoituksena olisi kohdentaa apu sinne missä sitä tarvitaan.

Jos varaus tehty ylimääräisestä hoitajasta respaan, eikä omalla osastolla tarvetta, siirtyy ylimääräinen hoitaja kuormittavalle osastolle. (Hoitaja 6)

**Hoitajille** suunnatussa Webropol-kyselyssä kysyttiin myös hoitajien mielipiteitä työnkiertoon ja yhteistyöhön liittyen. Alla on esitetty väittämä tummennetulla ja tämän jälkeen hoitajien vastaukset.

**Mielestäni hoitajien välinen työnkierto muilla osastoilla on tarpeellista.** Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä oli yksi (1,6 %) vastaaja, melko eri mieltä oli neljä (6,3 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä ja melko samaa mieltä oli 15 (23,8 %) vastaajaa, täysin samaa mieltä oli 25 (39,7 %) vastaajaa ja en osaa sanoa vastasi kolme (4,8 %) vastaajaa. *Suurin osa vastaajista eli 40 (63,5 %) oli sitä mieltä, että hoitajien välinen työnkierto muilla osastoilla on tarpeellista.*

**Olen itse halukas menemään työnkiertoon.** Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä oli 10 (15,9 %) vastaajaa, melko eri mieltä oli kahdeksan (12,7 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä, melko samaa mieltä ja täysin samaa mieltä oli 14 (22,2 %) vastaajaa ja en osaa sanoa

vastasi kolme (4,8 %) vastaajaa. *Suurin osa vastaajista eli 28 (44,4 %) oli siis sitä mieltä, että olisi itse halukas menemään työnkiertoon.*

**Olisin valmis menemään työpariksi tai auttamaan toiselle osastolle tilanteen niin vaatiessa.** Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä oli kuusi (9,5 %) vastaajaa, melko eri mieltä oli viisi (7,9 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä oli kuusi (9,5 %) vastaajaa, melko samaa mieltä oli 24 (38,1 %) vastaajaa, täysin samaa mieltä oli 19 (30,2 %) vastaajaa ja en osaa sanoa vastasi kolme (4,8 %) vastaajaa. *Suurin osa vastaajista eli 43 (68,3 %) oli siis sitä mieltä, että olisi valmis menemään työpariksi tai auttamaan toiselle osastolle tilanteen niin vaatiessa.*

**Mielestäni Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskuksen lähiterveyspalveluiden vuodeosastojen välinen yhteistyö on sujuvaa.** Vastaajista (n=63) täysin eri mieltä oli kahdeksan (12,7 %) vastaajaa, melko eri mieltä oli 20 (31,7 %) vastaajaa, en samaa enkä eri mieltä oli 11 (17,5 %) vastaajaa, melko samaa mieltä oli 19 (30,2 %) vastaajaa, täysin samaa mieltä oli yksi (1,6 %) vastaaja, en osaa sanoa vastasi neljä (6,3 %) vastaajaa. *Suurin osa vastaajista eli 28 (44,4 %) oli siis sitä mieltä, ettei Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskuksen lähiterveyspalveluiden vuodeosastojen välinen yhteistyö ole sujuvaa. Tämän kysymyksen kohdalla havaittiin Mann-Whitney U-testin avulla, että ero lähi- ja perushoitajien ja sairaan- ja terveydenhoitajien välillä oli merkitsevä (p=0.046). Sairaan- ja terveydenhoitajat kokivat yhteistyön olevan sujuvampaa verrattuna lähi- ja perushoitajiin (taulukko 3).*

Taulukko 3. Seinäjoen sote-keskuksen lähiterveyspalveluiden vuodeosastojen välisen yhteistyön sujuvuus.

<b>Mielestäni Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskuksen lähiterveyspalveluiden vuodeosastojen välinen yhteistyö on sujuvaa</b>	<b>1 Täysin eri mieltä</b>	<b>2 Melko eri mieltä</b>	<b>3 En samaa enkä eri mieltä</b>	<b>4 Melko samaa mieltä</b>	<b>5 Täysin samaa mieltä</b>	<b>6 En osaa sanoa</b>	<b>Keski-arvo</b>	<b>Yhteensä</b>
Lähihoitaja / perushoitaja	4 14,3 %	12 42,8 %	5 17,9 %	5 17,9 %	0 0 %	2 7,1 %	2,7	28
Sairaanhoitaja / terveydenhoitaja	4 11,4 %	8 22,9 %	6 17,1 %	14 40 %	1 2,9 %	2 5,7 %	3,2	35
Yhteensä	8	20	11	19	1	4		63

## 9 TULOSTEN YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 9.1 Tutkimustulosten tarkastelua

**Potilaiden hoitoisuuden huomioiminen hoitajien näkökulmasta hoitotyön organisoinnissa.** Hoitajille suunnatun Webropol-kyselyn tulosten mukaan hoitotyön organisoinnissa ei ole huomioitu potilaiden hoitoisuutta riittävästi. Hoitohenkilöstöresurssit koettiin riittämättömiksi eikä niitä ollut kohdennettu oikein potilaiden hoitoisuuteen nähden. Henkilöstön riittävyyden varmistaminen edellyttää resurssien kohdentamista niin, että potilaiden tarpeisiin pystytään vastaamaan työnjaolla ja työntekijöiden osaamista hyödyntäen parhaalla mahdollisella tavalla (Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden työryhmä, 2023, s. 18). Viitala (2021, s.14) kertoo, että henkilöstöjohtamiselle viitekehykset antavat lait, asetukset sekä työehtosopimukset. Esimerkiksi työturvallisuuslaissa määrätään, että työn suunnittelussa ja mitoituksessa on otettava huomioon työntekijöiden fyysiset ja henkiset edellytykset, jotta työn kuormitustekijöistä työntekijän turvallisuudelle tai terveydelle aiheutuvaa haittaa tai vaaraa voidaan välttää tai vähentää (Työturvallisuuslaki 2002/738, 2 luku 13 §).

Suurimman osan mielestä hoitotyön johtamisessa ei ole huomioitu potilaiden hoitoisuutta tarpeeksi. Sairaalan- ja terveydenhoitajat kokivat enemmän, että hoitotyön johtamisessa on huomioitu potilaiden hoitoisuus, kuin lähi- ja perushoitajat. Kyselyn tulosten mukaan hoitajien mielestä myöskään hoitotyön kuormitusta ei huomioida hoitotyön organisoinnissa riittävästi. Hellsténin (2014, s. 3, s. 71) mukaan eri ammattiryhmissä voi olla eroja työnkuormituksen kokemisessa. Lähihoitajat saattavat kokea työn fyysisesti kuormittavampana, kun taas sairaanhoitajat kokevat työn vastaavasti psyykkisesti kuormittavampana. Hoitotyön kuormitusta voidaan seurata esimerkiksi RAFAELA® hoitoisuusluokitusjärjestelmällä. Se tukee hoitotyön johtamista antamalla tietoa siitä, kuinka paljon hoitoa potilaat päivittäin tarvitsevat, millaisia resursseja hoitotyöhön kuluu ja mitä hoitotyö käytännössä sisältää (Finnish Consulting Group (FCG), i.a.). RAFAELA® hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla hoito voidaan resursoida oikein, kun potilaiden yksilöllisistä tarpeista saadaan tarkkaa tietoa.

**Potilaiden hoitoisuuden merkitys hoitotyön laadussa.** Tekijöitä, joilla lähiesihenkilöiden mielestä potilaiden hoitoisuus vaikuttaa hoitotyön laatuun olivat hoitajien kuormitus ja resurssien riittävyys, hoitotyön toteutus, työn priorisointi ja ajankäyttö, johtaminen sekä työilmapiiri ja työssä jaksaminen. Opinnäytetyön tutkimuksen tulokset osoittavat, että sekä

lähiesihenkilöiden että hoitajien näkökulmasta potilaiden hoitoisuus vaikuttaa merkittävästi hoitotyön laatuun, resurssien hallintaan ja hoitajien työolosuhteisiin. Myös Peng ym. (2023, luku 6.1) toteavat, että ylläpitämällä riittävää hoitajamitoitusta voidaan vähentää hoitajien väsymistä ja tyytymättömyyttä työhön. Hoitajamitoituksen ylläpitäminen parantaa myös hoidon laatua. Hoitajat kokivat osastolla annettavan hoidon laadukkaaksi, mutta he kokivat myös, että resurssien riittämättömyys ja kiire vaikuttivat heidän mahdollisuuksiinsa tarjota potilaille yhdenvertaista ja oikea-aikaista hoitoa. Vastausten mukaan hoitajat kokivat, että heillä ei ollut tarpeeksi aikaa heidän potilailleen, eikä hoitajia ollut aina saatavilla potilaiden tarpeiden tai hoitoisuuden mukaisesti. Rytkönen (2018, s. 25) kertoo tehdyn erilaisia tutkimuksia työoloista ja keskeiseksi kuormitustekijäksi nousi kiire. Kiireen kokemisen merkittävimpiä syitä työpai-koilla koettiin olevan henkilöstön vähäinen määrä työtehtäviin verraten. Kiireen seuraukset työntekijälle voivat olla moninaiset ja pahimmillaan se näkyy työssäjaksamisen vaikeutena. Lähiesihenkilöt puolestaan tunnistivat potilaiden hoitoisuuden vaikutukset hoitajien työmäärään ja korostivat johtamista resurssien hallinnassa ja työnjaossa.

Kaustinen (2011, s. 15) kertoo tehdyn useita tutkimuksia, joissa on selvitetty hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoitotyön toteutumisesta. Näissä tutkimuksissa hoitajat kokivat, ettei heillä ollut tarpeeksi aikaa toteuttaa laadukasta hoitotyötä. Tutkimusten tuloksista ilmeni myös se, ettei henkilöstöresursseja käytetty niin hyvin kuin olisi voitu ja, että hoitotyön laatuun vaikuttaa työn huono organisointi ja siitä usein johtuva liiallinen työnkuormitus. Juntila (2023, s. 7) tiivistää väitöskirjassaan, että hoitotyön liiallinen kuormitus on tutkimuksissa todettu liittyvän hoidon tuloksiin ja laatuun epäsuotuisasti. Kaustinen (2011, s. 15) puolestaan kertoo väitöskirjassaan, että laadukas hoitotyö ja laadukkaan hoidon takaaminen on haastavaa hoitotyön johtajien näkökulmasta, sillä hoitoympäristö voi muuttua nopeasti, jolloin myös hoitotyön turvallisuus saattaa kärsiä. Hoitajien tarpeen määrittäminen on välttämätöntä potilaiden hoidon tarpeiden kasvaessa ja samalla myös sote-alan rahoituksen vähentyessä. Hellstén (2014, s. 3, s. 17) lisää, että työn kuormittavuuden vähentäminen vaatii varsinkin lähiesihenkilöltä hyvää johtamista, sillä työhön liittyvät kuormitustekijät vaikuttavat työntekijään ja sitä kautta koko työyhteisöön.

Hoitajille suunnatun kyselyn tuloksissa oli eroavaisuutta kysyttäessä hoidon yhdenvertaisuudesta. Lähi- ja perushoitajat kokivat merkitsevästi useammin, että potilaat eivät saa yhdenvertaista hoitoa hoitoisuudesta riippumatta. Saira- ja terveydenhoitajat puolestaan arvioivat hoidon olevan tasapuolisempaa. Tämä voi johtua eri ammattiryhmien työnkuvien eroista ja

heidän erilaisista rooleistaan. Yhdenvertaisuuden tunnistaminen ja tiedostaminen on merkittävässä osassa hyvinvointialueen toimintaa, päätöksentekoa ja ammatillista osaamista (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, 2024b, s. 7). Yhdenvertaisuuden toimintakäytännöt rakentuvat työntekijöiden, johdon ja päättäjien toimesta yhteistyössä palvelunkäyttäjien kanssa. Yhdenvertaisuus ei ole sitä, että kaikille annetaan samanlaista ja saman verran palveluita, vaan yhdenvertaisuus riippuu ympäristöstä ja yksilöstä (mts. 10–11).

Lähiesihenkilöt korostivat, että työkuormituksen tasainen jakautuminen on tärkeää hoidon laadun säilyttämiseksi, mutta haasteena nähtiin resurssien rajallisuus ja hoitoisuuden ennakoinnattomuus. Myös Maghsoud ym. (2022) olivat havainneet tutkimuksessaan, että työkuormituksen vaikutus heijastui hoidon laatuun hoitajien työtyytyväisyyden, emotionaalisen uupumuksen ja hoitotyössä tapahtuvan niin sanotun piilotetun hoidon rajoittamisen takia, jota tapahtui resurssien rajallisuuden vuoksi. Hoitajat joutuvat siis jättämään joitakin hoitotoimenpiteitä tekemättä tai lykkäämään niitä ajan tai resurssien puutteen vuoksi. Hämäläinen ym. (2024, s. 50) kertovat, että ennakoitokyvykkyyteen liittyy tietojohdaminen. Heidän mukaansa tiedolla johtaminen liittyy ennakointiin tulevaisuustiedon hyödyntämisen osalta ja tiedon johtaminen taas tulevaisuustiedon tuottamisen osalta. He jatkavat (s. 54), että ennakoititiedon hyödyntäminen auttaa organisaatiota tekemään kestäviä päätöksiä ja varautumaan muutoksiin. Se tukee pitkällä aikavälillä toimivaa ja ennakoivaa johtamista. Opinnäytetyön tuloksista selvisi myös, että lähiesihenkilöt kokivat työn priorisoinnin ja ajankäytön sekä työilmapiirin ja työssä jaksamisen tärkeinä osa-alueina hoitotyön laadussa.

Osa hoitajista koki, että potilasturvallisuus saattaa vaarantua potilaiden hoitoisuuden takia. Lääkehoidon toteutumisen ja tiedonkulun sujuvuuden nähtiin myös heikentyvän potilaiden hoitoisuuden vuoksi, mikä voi huonontaa hoidon kokonaislaatua. Lähiesihenkilöiden mukaan mahdolliset resurssien puutteet sekä hoitoisuuden että työn ennakoinnattomuus voivat johtaa tilanteisiin, joissa hoitajien työkuormitus kasvaa kohtuuttomasti. Idrissi Akhelij ym. (2019, s. 13) mukaan aikaisemmista tutkimuksista tiedetään se, että henkilöstöresurssien vaje saattaa olla vaaraksi potilasturvallisuudelle. Fagerströmin ym. (2018, johtopäätökset) tutkimus osoitti, että oletetun optimaalisen tason ylittävä työkuormitus lisää haittatapahtumia ja potilaiskuolleisuuden riskiä. Heidän mukaansa tehokas resurssien kohdentaminen on tärkeää, jotta hoitotyötä voidaan johtaa onnistuneesti ja hallita kokonaisuutta. Se vaikuttaa suoraan siihen, kuinka hyviä hoitotuloksia saadaan aikaan ja siihen, kuinka hyvin haittatapahtumia voidaan estää.

**Potilaiden hoitoisuuden vaikutus hoitotyön organisointiin lähiesihenkilöiden mielestä.**

Tekijöitä, joilla potilaiden hoitoisuus vaikuttaa lähiesihenkilöiden mielestä hoitotyön organisointiin olivat ennakkoinnin haasteet, resurssien riittävyys ja saatavuus, työnjako ja työtehtävien priorisointi ja kommunikaation ja yhteistyön merkitys. Lähiesihenkilöiden mukaan potilaiden hoitoisuuden vaihtelu vaikeuttaa hoitotyön organisointia ja ennakkointia, ja äkilliset hoitoisuuden muutokset sekä yllättäviin tilanteisiin sopeutuminen kuormittavat sekä hoitajia että lähiesihenkilöitä. Myös Lunden (2022, s. 68) tuo väitöskirjassaan ilmi, että esihenkilöt joutuivat järjestelemään uudelleen hoitajaresursseja potilaiden hoidon järjestämiseksi ja tekemään nopeita päätöksiä. Esihenkilöt kokivat äkilliset muutokset resursseissa, potilaiden hoidossa ja ympäristössä haastavina, sillä heidän vastuullaan oli hyvän hoidon ja osaamisen varmistaminen kaikissa tilanteissa.

Haastatteluissa ilmeni, että potilaiden hoitoisuus vaikuttaa keskeisesti siihen, kuinka hyvin hoitotyön resurssit riittävät. Sijaisten saaminen äkillisiin henkilöstötarpeisiin oli lähiesihenkilöiden mielestä usein haastavaa ja aikaa vievää. Myös Bjerregård Madsen ym. (2020, s. 81) tutkimuksen mukaan lähiesihenkilöillä kuluu paljon aikaa henkilöstömäärän riittävydestä huolehtimiseen. Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella käytössä oleva resurssipalvelu (respa) koettiin pääosin hyvänä. Kehittämisehdotuksina respan toimintaan lähiesihenkilöt ehdottivat selkeämpiä ohjeita varausten tekemiseen ja lisäävun pyytämiseen, työparimallin kehittämistä ja työnkuvien selkeyttämistä. Näiden kehittämistoimien myötä hoitotyön organisointi lähiesihenkilöiden mukaan helpottuisi. Lähiesihenkilöt kokivat myös, että resurssipalveluissa on ajoittain liian vähän henkilöstöä saatavilla äkillisiin tarpeisiin. Myös Piirainen ym. (2023, s. 379) kertovat, että heidän tutkimuksessaan varahenkilöstön määrä koettiin liian vähäiseksi lähiesihenkilöiden toimesta ja varahenkilöistä jouduttiin kilpailemaan. Lähiesihenkilöiden mielestä potilaiden hoitoisuus ja taloustilanne vaikuttavat sijaisten hankintaan. Myös riittävä osaaminen tulee ottaa huomioon hoitotyön organisoinnissa, etenkin hoitoisuuden ollessa osastolla korkea.

Lähiesihenkilöiden mielestä potilaiden hoitoisuuden lisääntyessä työnjako ja työtehtävien priorisointi korostuvat. Tiukka taloustilanne voi ajaa tilanteeseen, jossa pitää miettiä uusia keinoja kuinka vähäisemmällä henkilöstömäärällä hoidetaan jopa lisääntyneet tehtävät (Oikeusministeriö, 2012, s. 9). Näin ollen henkilöstöstrategiassa onkin pidettävä tärkeänä työprosessien ja työnjaon tarkastelua sekä töiden priorisointia. Lähiesihenkilöiden mukaan hyvä kommunikaatio helpottaa hoitotyön organisointia, etenkin hoitoisuuden ollessa korkea.

Kommunikaation haasteena koettiin nopeasti muuttuvat tilanteet, joissa tiedonkulku saattaa heikentyä oleellisesti. Heikko kommunikaatio lähiesihenkilöiden ja hoitajien välillä voi johtaa työkuormituksen epätasaiseen jakautumiseen osastolla. Lähiesihenkilöt korostivat, että myös kommunikaatio organisaation eri tasoilla on tärkeää hoitotyön organisoinnin ja osaston hoitoisuuden näkökulmasta. Muuttuneen Sote-alan toimintaympäristön ja hierarkkisen johtamiskulttuurin on uudistuttava (Sotehelmet, 2022, s.12). Johtamisen tulisi vastata muuttuneisiin odotuksiin, jossa keskeistä on henkilöstön parempi huomioon ottaminen ja työntekijöiden osallistaminen kehittämiseen. Arvostuksen osoittaminen päivittäisessä arjentyössä ja vuorovaikutuksen kehittäminen esihenkilöiden ja työntekijöiden kesken ovat keskiössä johtamisen uudistamisessa. Johtamisen kuuluisi olla yhteistyötä, jossa vuorovaikutustaitojen merkitys korostuu.

**Osastojen toimintatapojen kehittäminen potilaiden hoitoisuus huomioiden.** Tekijöitä, joilla lähiesihenkilöiden mielestä voitaisiin kehittää osastojen toimintatapoja, potilaiden hoitoisuus huomioiden olivat työntekijöiden osaamisen kehittäminen, työn organisoinnin kehittäminen ja työhyvinvoinnin tukeminen. Tekijöitä, joilla hoitajien mielestä voitaisiin kehittää oman osaston toimintatapoja, potilaiden hoitoisuus huomioiden olivat tiedonkulun ja viestinnän parantaminen, työprosessien ja työnjaon kehittäminen, toiseen työnjakomalliin siirtyminen, työvuorosunnittelun kehittäminen, esihenkilön osallistuminen hoitotyön arkeen ja yhteistyön ja moniammatillisuuden vahvistaminen.

Sekä lähiesihenkilöt että hoitajat korostivat tarvetta työnjaon ja työprosessien kehittämiseen sekä joustavuuden lisäämiseen. Lähiesihenkilöt painottivat työnjaon selkeyttämistä ja ohjeistuksien parantamista, kun taas hoitajat nostivat esiin epätasaisesti jakautuvat työtehtävät, erityisesti lääkehoidon ja perushoidon kuormittavuuden. Haasteet henkilöstön saatavuudessa, toimintaympäristöjen muutokset ja kasvavat laatuvaatimukset haastavat kehittämään työpaikkojen toimintaa sekä työoloja (Oikeusministeriö, 2012, s. 9). Sekä lähiesihenkilöt että hoitajat ehdottivat joustavampaa työnjakoa lähi- ja sairaanhoitajien kesken ja pitivät tärkeänä, että työvuorojen sisältöä tarkastellaan yhteistyössä uudelleen. Tarkoitus olisi vähentää päällekkäistä työntekoa. Lähiesihenkilöiden mielestä osaamista tulisi laajentaa siten, että hoitajat voisivat joustavammin tehdä erilaisia työtehtäviä. Tumin ym. (2022, s. 137–138) tutkimus paljasti, että työn laajentaminen ja työn rikastaminen vaikuttavat suoraan työntekijöiden työmotivaatioon ja kannustavat heitä suoriutumaan työssään paremmin. Sekä lähiesihenkilöt että hoitajat kokivat, että osaamisen kehittäminen on keskeinen keino vastata hoitoisuuden

aiheuttamaan kuormitukseen. Esimerkkinä mainittiin kinestetiiikan käyttö ja lisäkoulutus. Stenman (2020, s.59) tutki väitöskirjassaan hoitotyössä toimivan henkilöstön kokemuksia työtyytyväisyydestä ja toimintaympäristöstä kinestetiiikan käyttöönoton aikana eri geriatrisilla osastoilla. Tuloksista ilmeni esimerkiksi, että kinestetiiikan käyttöönotaneilla osastoilla henkilöstö koki työn kuormittavuuden vähentyneen.

Lähiesihenkilöt toivat esiin, että olisi tärkeää pyrkiä päästämään irti vanhoista totutuista toiminta- ja ajattelutavoista. Hoitajien työtehtäviä voisi monipuolistaa, jotta työn mielekkyys ja motivaatio työhön säilyvät. Tämä lisäisi lähiesihenkilöiden mukaan myös työhyvinvointia. Hoitajat toivat vastauksissaan ilmi, että he haluaisivat osallistua enemmän toiminnan kehittämiseen. Työhyvinvointia on mahdollista parantaa työprosesseja kehittämällä (Sotehelmet, 2022, s. 35). Kehittämisen tulisi tapahtua yhdessä ja tärkeää olisi käyttää olemassa olevaa tutkimustietoa. Työprosessin kehittäminen edellyttää kehittävää johtamista ja koko henkilöstön osallistumista ja mukaan ottamista.

Vastauksissa toivottiin toiminnan kehittämistä esimerkiksi lääkärinkiertojen osalta siten, että lääkärinkierrolle osallistuisi sama hoitaja useampana päivänä, näin hoidon jatkuvuus ja laatu kohenisivat. Lisäksi hoitajat toivoivat, että hoitoisuus jakautuisi tasaisesti eri moduuleissa. Esihenkilöiden toivottiin osallistuvan enemmän osaston päivittäiseen toimintaan, jotta työn organisointi olisi oikeudenmukaista ja resurssit saataisiin kohdennettua paremmin hoitoisuuden mukaan. Hoitajien mielestä olisi tärkeää, että esihenkilöt tietäisivät mitä hoitotyössä tapahtuu ja minkälainen kuormitus osastolla todellisuudessa on. Stenman (2020, s.62) kertoo, että lähiesihenkilö on merkittävässä asemassa esimerkiksi muutosten läpiviemisessä ja se tulisi tapahtua yhteistyössä työntekijöiden kanssa. Lähiesihenkilön tulee tukea ja kannustaa henkilöstöä sekä olla mukana arjessa. Hoitajien vastausten perusteella yhteistyötä tulisi kehittää ja moniammatillisuutta hyödyntää paremmin hoitoisten potilaiden kanssa.

Hoitajien mukaan tiedonkulussa ja viestinnässä on kehitettävää ja useampi hoitaja toivoi, että auttamiskulttuuria kehitettäisiin omalla osastolla. Näitä asioita ei tullut esiin lähiesihenkilöiden haastatteluissa. Osa toimintatapojen kehittämisehdotuksista koski työn organisointia. Useat hoitajat eri osastoilta kokivat, että nykyinen moduulityöskentely ei ole toimiva ja he ehdottivat siirtymistä joko yksilövastuiseen toimintamalliin tai parityöskentelyyn. Tämä on kuitenkin ristiriidassa määrällisen kyselyosion vastausten kanssa, jossa suurin osa vastaajista koki olevansa tyytyväinen nykyiseen työnjakomalliin. Hellman (2023, s. 43) kertoo, että työyksiköistä lähtevä työnjakomallien kehittäminen on merkityksellistä ja henkilöstön näkökulma tulee

huomioida kehittämässä. Pitämällä huolta hyvästä johtamisesta, asianmukaisesta työn organisoinnista ja työnjaosta varmistetaan resurssien saatavuus ja henkilöstön pysyvyys.

Työn organisointiin liittyen hoitajat toivoivat, että potilaiden hoitoisuus huomioitaisiin potilaspaikkojen määrässä tarkemmin ja resursointia tarkasteltaisiin myös potilaskoordinaattorin roolin suhteen. Potilaskoordinaattorin rooli koettiin kuormittavana oman työn ohessa. Vastausten mukaan myös hoitoisuusluokituksen käyttöönottoa odotettiin, sillä se voisi auttaa hoitajien mukaan potilaiden sijoittelussa ja hoitoisuuden huomioimisessa. Hoitajien vastauksissa ilmeni, että erityisesti viikonloput koettiin kuormittavina. Työmäärä ei viikonloppuisin perushoidossa juurikaan vähene, vaikka hoitohenkilöstöä onkin vähemmän. Työnjaolla voidaan edistää töiden tasapuolista jakautumista ja mielekkyyttä, mikä tukee työhyvinvointia ja viihtyvyyttä (KT Kuntatyönantajat, 2016, s. 7). Hyvin suunniteltu työnjako voi vähentää kuormitusta, sairauspoissaoloja ja henkilöstön vaihtuvuutta, parantaen työilmapiiriä ja työnantajakuvaa. Uudistukset työnjaossa vaativat johtajilta kokonaisuuden hallintaa ja työntekijöiltä joustavuutta sekä oppimishalua.

**Osastojen välisen yhteistyön kehittäminen potilaiden hoitoisuus huomioiden.** Tekijöitä, joilla voitaisiin lähiesihenkilöiden mukaan kehittää osastojen välistä yhteistyötä, potilaiden hoitoisuus huomioiden olivat osastojen välinen joustava työskentely, toiminnan läpinäkyvyys ja yhteishengen vahvistaminen. Tekijöitä, joilla hoitajien mielestä voitaisiin kehittää osastojen välistä yhteistyötä, potilaiden hoitoisuus huomioiden olivat osastojen välinen työnkierto ja joustavuus ja hoitohenkilökunnan siirrettävyys hoitoisuuden perusteella.

Sekä lähiesihenkilöt että hoitajat kokivat tärkeäksi osastojen välisen yhteistyön kehittämisen. Hoitajille suunnatun kyselyn mukaan suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, ettei Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskuksen lähiterveyspalveluiden vuodeosastojen välinen yhteistyö ole sujuvaa. Vastausten mukaan sairaan- ja terveydenhoitajat kokivat yhteistyön olevan sujuvampaa verrattuna lähi- ja perushoitajiin. Sekä lähiesihenkilöiden että hoitajien vastauksissa esiintyi samoja teemoja, kuten hoitohenkilöstön siirtäminen joustavasti kuormituksen mukaan eri osastojen välillä. Sekä lähiesihenkilöt että hoitajat ehdottivat työnkierron lisäämistä ja lyhyempiä tutustumisjaksoja toisiin osastoihin, jolloin hoitajat pääsisivät tutustumaan eri osastoihin ja niiden toimintatapoihin ennalta. Tämä vähentäisi kynnystä siirtyä auttamaan toista osastoa ja edistäisi osastojen välistä yhteistyötä. Myös Viitala (2021, luku 3.6) toteaa, että työnkierto lisää usein työn mielekkyyttä, osaamista ja tämän lisäksi laajentaa näkökulmia sekä työnkierron olemassa olevan että vastaanottavan yksikön kohdalla. Työnkierto on hänen mukaansa

parhaimmillaan pitkäntähtäimen systemaattista kehittämistoimintaa. Hoitajille suunnatussa Webropol kyselyssä selvisi, että 40 vastaajaa (n=63) koki työnkierron tarpeellisena, mutta 28 vastaajaa oli halukkaita menemään itse työnkiertoon tällä hetkellä.

Lähiesihenkilöiden ja hoitajien vastauksissa tuli esiin myös se, että työparityöskentelykin olisi mahdollista ja siihen oltaisiin halukkaita, vaikka toisen osaston toimintatapoja ei vielä tuntisi-kaan. Lähiesihenkilöt ja hoitajat korostivat yhteishengen rakentamisen ja avunannon ja avun tarjoamisen merkitystä yhteistyön onnistumiselle. Uusia toimintatapoja luotaessa esihenkilön rooli esimerkin näyttäjänä on merkittävä. Stenman (2020, s.65) kertoo, että uuden toimintamallin läpivieminen ja ylläpitäminen vaatii lähiesihenkilöltä jatkuvaa esilläoloa, työntekijöiden ohjausta, motivoimista ja tukemista. Vastauksissa tuli myös esiin se, että potilassiirtojen suunnitelmallisuutta tulisi kehittää potilaiden hoitoisuus huomioiden yhteistyössä kaikkien osastojen kesken.

Lähiesihenkilöt korostivat, että osastojen välillä tulisi olla yhteneväiset toimintatavat, jotta yhteistyö olisi sujuvampaa eikä turhia ristiriitoja tulisi hoitajien ja osastojen välillä. Avoimen viestinnän edistämistä pidettiin tärkeänä. Lähiesihenkilöiden mukaan yksi merkittävä osastojen välisen yhteistyön haaste on kilpailuasetelma, joka näkyy eri yksiköiden välillä esimerkiksi hoitoisuuden tai työmäärän vertailuna. Sekä lähiesihenkilöt että hoitajat ehdottivat, että osastojen välistä yhteistyötä voitaisiin kehittää esimerkiksi yhteisillä koulutuksilla ja epävirallisilla vapaa-ajan tapahtumilla.

## 9.2 Johtopäätökset

**Potilaiden hoitoisuuden huomioiminen hoitajien näkökulmasta hoitotyön organisoinnissa.** Tähän tutkimuskysymykseen johtopäätöksenä voidaan todeta, että hoitajien näkökulmasta potilaiden hoitoisuuden huomiointi ei toteudu riittävästi hoitotyön organisoinnissa eikä resurssien kohdentamisessa. Potilaiden hoitoisuuden huomioiminen hoitotyön organisoinnissa on keskeinen osa oikeudenmukaista hoitotyön johtamista.

**Potilaiden hoitoisuuden merkitys hoitotyön laadussa.** Tähän tutkimuskysymykseen johtopäätöksenä voidaan todeta, että hoitoisuus vaikuttaa keskeisesti hoitotyön laatuun, erityisesti yhdenvertaisuuteen, vaikuttavuuteen ja turvallisuuteen. Kiire ja resurssien puute pakottavat priorisoimaan työtehtäviä, mikä voi heikentää yksilöllisen ja potilaskeskeisen hoidon

toteutumista. Laadukas hoitotyö edellyttää tasapainoista työkuormituksen jakautumista, hyvää johtamista ja työntekijöiden jaksamisesta huolehtimista.

### **Potilaiden hoitoisuuden vaikutus hoitotyön organisointiin lähiesihenkilöiden mielestä.**

Tähän tutkimuskysymykseen johtopäätöksenä voidaan todeta, että hoitoisuuden vaihtelu ja tilanteiden ennakoimattomuus tekevät hoitotyön organisoinnista haastavaa. Esihenkilöt joutuvat usein tekemään nopeita ratkaisuja henkilöstöressurssien ja potilasturvallisuuden turvaamiseksi. Toimivien sijaisjärjestelyjen, riittävien resurssien kohdentaminen, organisaation sisäisen kommunikaation kehittäminen ja tasapuolinen työnjako ovat keskeisiä tekijöitä onnistuneessa hoitotyön organisoinnissa.

### **Osastojen toimintatapojen ja osastojen välisen yhteistyön kehittäminen potilaiden hoitoisuus huomioiden.**

Tähän tutkimuskysymykseen johtopäätöksenä voidaan todeta, että osastojen toimintatapojen kehittäminen potilaiden hoitoisuus huomioiden edellyttää joustavuutta työnjaossa ja työprosesseissa, henkilöstön osaamisen laajentamista sekä esihenkilöiden aktiivisempaa osallistumista arjen hoitotyöhön. Lisäksi hoitajien aktiivisempi osallistaminen kehittämistyöhön vahvistaa sitoutumista ja mahdollistaa käytännönläheisten ratkaisujen löytymisen hoitoisuuden aiheuttamiin kuormitustilanteisiin. Halukkuutta yhteistyön kehittämiseen on. Osastojen välisen yhteistyön kehittäminen potilaiden hoitoisuus huomioiden edellyttää selkeitä toimintamalleja, työnkiertoa ja yhteistä tahtotilaa asioiden muuttamiseksi. Tutustumisjaksot, avoin viestintä, toiminnan läpinäkyvyys ja yhteishengen vahvistaminen madaltavat kynnyksiä auttaa toista yksikköä. Esihenkilöiden rooli on keskeinen yhteistyön mahdollistajana ja uuden toimintakulttuurin rakentajana.

## 10 POHDINTA

### 10.1 Eettisyys ja luotettavuus

Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK) muodostuu menettelytavoista, jotka edesauttavat hyvän tieteellisen käytännön toteutumisessa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK), 2023, s. 3, 11). Hyvän tieteellisen käytännön periaatteisiin kuuluu rehellisyys, arvostus, vastuun ottaminen sekä luotettavuus. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK, 2019, s. 4) ohje Suomessa (TENK, 2019, s. 4) määrittelee ja ohjeistaa ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettisen ennakoarvioin. Ohjetta tulee käyttää kaikkeen sellaiseen tieteelliseen tutkimukseen missä käytetään ihmistieteiden tutkimusmenetelmiä sekä lisäksi myös tutkimukseen, joka kohdistuu ihmiseen. Tässä opinnäytetyössä ei tarvittu eettistä ennakoarviointia ja opinnäytetyön tutkimuksessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä sen jokaisessa vaiheessa.

Tutkimuslupa haettiin ja saatiin Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueelta. Opinnäytetyötä varten kerättiin aineistoa vuodeosastoilla työskenteleviltä hoitajilta anonymisti sähköisen Webropol-kyselyn kautta ja teemahaastatteleamalla lähiesihenkilöitä. Opinnäytetyössä ei käytetty tekijänoikeussuojan alaista materiaalia. Sekä teemahaastatteluihin osallistuminen, että Webropol-kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistujia tiedotettiin tutkimuksen tarkoituksesta kirjallisesti saatekirjeissä. Opinnäytetyön tutkimuksessa ei kerätty varsinaisia henkilötietoja, mutta lähiesihenkilöiden pienen määrän takia oli mahdollisuus, että heidät olisi voinut tunnistaa suoraan, välillisesti tai epäsuorasti. Tämän takia haastateltavien tietoja käsiteltiin voimassa olevan tietosuojalainsäädännön (Euroopan Unionin yleinen tietosuojasetuksen 679/2016 ja voimassa olevan kansallisen lainsäädännön) mukaisesti. Teemahaastattelut nauhoitettiin nauhurilla ja tämän jälkeen haastattelut litteroitiin ja tiedot siirrettiin Word-tiedostoon. Haastattelujen äänitteitä, litterointeja ja Word-tiedostoa säilytettiin opinnäytetyöntekijöiden toimesta opinnäytetyöntekijöiden tietokoneilla. Tietokoneet olivat opinnäytetyöntekijöiden kotona, suojattuna salasanoilla ja materiaali (äänite, litterointi sekä Word-tiedosto) säilytettiin erillisessä salasanalla suojatussa kansiossa. Ulkopuoliset henkilöt eivät päässeet materiaaliin käsiksi. Tutkittavien henkilöllisyyden suojaamiseksi teemahaastatteluaineisto anonymisoitiin, jotta haastateltavia ei voitu tunnistaa tekstimuotoisesta aineistosta. Haastattelutallenteet tuhottiin litteroinnin jälkeen. Opinnäytetyön tulokset raportoitiin siten, ettei yksittäisiä vastaajia voida niistä tunnistaa.

Heikkilän (2008, s. 30) mukaan tutkijalta vaaditaan tarkkuutta ja kriittisyyttä koko prosessin ajan, sillä virheitä voi tapahtua missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Hänen mukaansa etenkin kyselytutkimuksessa tulee huomioida jo suunnitelmavaiheessa kato, eli vastaamatta jättäneiden määrä. Heikkilä (s. 30–31) kertoo, että määrällisessä tutkimuksessa on tärkeää, että otos edustaa koko tutkittavana olevaa perusjoukkoa, muuten saadut tulokset ovat sattumanvaraisia. Hän jatkaa (s. 188), että tutkimuksen luotettavuuden takia otoksen lisäksi on kiinnitettävä huomiota siihen, että kysymykset mittaavat oikeita asioita tutkimusongelman kannalta ja että vastausprosentti olisi tarpeeksi korkea.

Opinnäytetyön määrällinen kysely lähetettiin kaikille Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen Seinäjoen sosiaali- ja terveystieteiden lähi- ja perushoitajien vuodeosastojen hoitajille, eli kyseessä oli kokonaisotanta. Kyselylomake laadittiin huolellisesti teoreettiseen viitekehykseen pohjaten ja testattiin vielä ennen vastaajille lähettämistä. Kyselylomakkeen kysymykset olivat opinnäytetyön tekijöiden ja testivastaajien mielestä selkeitä ja yksiselitteisiä. Muutama kysymys kuitenkin saattoi olla liian pitkä ja siksi vaikeammin ymmärrettävissä. Seitsemän kysymystä jätettiin analysoimatta, sillä ne eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin, vaan olivat niin sanotusti aiheeseen orientoivia kysymyksiä. Nämä kysymykset sisällytettiin kyselyyn sen takia, että niiden ajateltiin olevan tärkeitä yhteistyökumppaneille. Näitä kysymyksiä olivat esimerkiksi: ”mielestäni työntekijät huomioidaan yksilöinä työn jaossa, mielestäni henkilökunta saa osallistua työn organisointiin ja mielestäni hoitohenkilöstön ammattitaito ja osaaminen ovat hyvällä tasolla”. Kyselyvastaukset annetaan opinnäytetyöprosessin jälkeen lähiesihenkilöille toiminnan kehittämistä varten, tämä mainittiin hoitajille suunnatun kyselyn alussa.

Kyselyvastausten määrää yritettiin nostaa antamalla tietoa tulevasta kyselystä vastaajille etukäteen ja lähettämällä muutama muistutusviesti sähköpostiin kyselyn ollessa auki. Kyselyyn vastasi noin 130 hoitajasta 63, eli vastausprosentti jäi 48,5 %. Opinnäytetyön tekijät työskentelevät kahdella tutkimuskohteina olleista osastoista. Näiden kahden osaston vastaajamäärä hoitajille suunnatussa kyselyssä oli korkeampi, kuin muiden kahden osaston, joiden henkilöstölle opinnäytetyön tekijät olivat vieraita. Tämä on saattanut vaikuttaa opinnäytetyön kyselyn vastausprosenttiin. Lisäksi opinnäytetyön kyselyn aikaan on ollut muitakin kyselyitä, joihin henkilökunnan on pitänyt vastata. Osastoilla on ollut myös kiirettä, joka on voinut laskea vastaajamäärää.

Tuloksissa vertailtiin sairaan- ja terveydenhoitajien ja lähi- ja perushoitajien kyselyvastauksia keskenään. Vertailua olisi haluttu tehdä myös eri osastojen välillä, mutta tämä jätettiin

tekemättä osastojen erilaisten vastausmäärien takia. Tuloksia analysoitaessa päätettiin, että tulokset esitetään sekä frekvensseinä (lukuina) että suhteellisina frekvensseinä (prosentteina), sillä vastaajamäärä oli niin pieni. Pelkästään suhteellisten frekvenssien eli prosenttien käyttö näin pienen vastaajamäärän kanssa olisi ollut harhaanjohtavaa. Myös Heikkilä (2008, s. 79) kertoo, että prosenttilukujen käyttöä tulee harkita tarkkaan otoksen ollessa pieni.

Tuomen ja Sarajärven (2018, s. 163–166) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa moni asia. Esimerkiksi tutkimuksen perustelu ja sen kuvaaminen, tutkijan oma sitoumus, aineiston keruu (valitut menetelmät, niiden toteutus ja mahdolliset ongelmat), tiedonantajat ja yhteistyötahot, tutkimuksen kesto, aineiston analyysi (miten analysoitiin ja kuinka tuloksiin päästiin), eettisyys ja tutkimuksen raportointi. Yhtenä keinona parantaa tutkimuksen luotettavuutta nähtiin tutkimusmenetelmien yhteiskäyttö, joskaan tämäkään ei ole ongelmantonta.

Opinnäytetyön aihe valittiin opinnäytetyön tekijöiden mielenkiinnon mukaan ja tämä tuki työelämän tarvetta. Opinnäytetyön tekijät olivat motivoituneita ja sitoutuneita opinnäytetyön tekemiseen ja tämä osaltaan lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Laadullista aineistoa kerättiin sekä lähiesihenkilöitä teemahaastattelemalla että hoitajille suunnatun Webropol-kyselyn kahdesta avoimesta kysymyksestä. Teemahaastattelujen luotettavuuteen on saattanut vaikuttaa se, että opinnäytetyön tekijöillä ei ollut aikaisempaa kokemusta haastatteluiden tekemisestä. Aiempi kokemus olisi voinut lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Haastattelujen kyselyrunkoa ei testattu etukäteen, mutta se koettiin opinnäytetyön tekijöiden mielestä toimivaksi. Myös opinnäytetyötä ohjaava opettaja hyväksyi alustavan kyselyrunгон. Osa haastateltavista oli opinnäytetyön tekijöille jo ennalta tuttuja ja tämä on voinut helpottaa haastattelutilannetta vähentämällä jännitystä. Taas toisaalta, tämä on voinut vaikuttaa haastateltavien avoimuuteen joko lisäämällä tai vähentämällä sitä.

Haastetta aineiston analysointiin toi aineiston suuri määrä. Analyysimenetelmäksi valittiin induktiivinen sisällönanalyysi, sillä se tuntui sopivan aineiston käsittelyyn parhaiten ja analyysin tekijöitä oli kaksi. Sisällönanalyysia tehdessä palattiin aineiston pariin yhä uudelleen ja uudelleen ja näin pyrittiin varmistamaan jo tehtyjä luokitteluja. Analyysia ja tulosten raportointia opinnäytetyön tekijät tekivät yhdessä. Sisällönanalyysitaulukot lisättiin työhön myös liitteeksi lukijan nähtäväksi, jotta lukija näkee, kuinka ne on tehty ja miten saatuihin tuloksiin on päästy.

Opinnäytetyön tutkimuksessa käytettiin monimenetelmällistä lähestymistapaa, koska sen ajateltiin antavan syvempää tietoa tutkittavasta aiheesta. Monimenetelmätutkimus mahdollisti lähiesihenkilöiden ja hoitajien näkökulmien vertailun hyödyntämällä kahta eri aineistoa. Näin pystyttiin tuottamaan monipuolisempaa tietoa tutkittavasta aiheesta. Hoitajille suunnatun kyselyn avoimet vastaukset nostivat esiin kehittämisalueita, jotka eivät olisi tulleet ilmi määrällisessä aineistossa, mikä korostaa laadullisen aineiston merkitystä kokonaiskuvan muodostamisessa. Monimenetelmällisyyttä käytettiin läpi koko opinnäytetyön eri vaiheiden. Opinnäytetyön tuloksien raportoinnissa käytettiin ”kudontamenetelmää”, jolla saatiin aikaan parempaa vuoropuhelua lähiesihenkilöiden ja hoitajien näkemysten välille.

## 10.2 Opinnäytetyön prosessin pohdinta

Opinnäytetyöprosessi alkoi aiheen valinnalla. Aiheeksi valikoitui molempia opinnäytetyöntekijöitä kiinnostava aihe, joten motivaatio tekemiseen säilyi tekijöillä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Aiheen valinnasta käytiin alussa keskustelua myös opinnäytetyön yhteistyökumppaneiden kanssa, jonka jälkeen aihe varmistui. Tutkimuskysymykset määriteltiin opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa. Jälkikäteen ajateltuna tutkimuskysymyksiä olisi pitänyt olla vähemmän tai niiden olisi pitänyt olla eri muodossa. Esimerkiksi viimeinen tutkimuskysymys oli kaksiosainen ja tämä hankaloitti hieman tulosten käsittelyä ja raportointia.

Tiedonkeruu aiheeseen liittyen alkoi jo aiheen valintaa mietittäessä, mutta opinnäytetyön suunnitelman tekeminen auttoi selkeyttämään aihetta vielä paremmin. Teoreettinen viitekehys rakentui aiheen valinnan ja tiedonhankinnan myötä. Ensin kirjoitettiin opinnäytetyön teoriaosuus ja tämän jälkeen tehtiin teemahaastattelukysymykset. Teemahaastattelukysymykset olivat aiheeseen sopivat ja haastattelut sujuivat hyvin, rennossa ilmapiirissä. Teemahaastatteluilta opittiin esimerkiksi haastattelukysymysten tekemistä ja saimme kokemusta haastattelujen toteuttamisesta teoriassa ja käytännössä.

Määrällisen Webropol- kyselyn kysymykset pohjautuivat opinnäytetyön teoreettiseen viitekehukseen ja tutkimuskysymyksiin. Kysymyksiä oli aluksi liikaa ja niitä käytiin läpi ohjaavan opettajan kanssa. Kysymysten karsinnan jälkeen tehtiin lopullinen kyselylomake, joka testattiin muutamalla testivastaajalla. Testivastaajat antoivat kyselystä hyvää palautetta, eikä korjattavaa ilmennyt. Jälkikäteen tulimme siihen tulokseen, että kysymyksiä taisi olla liikaa ja osa kysymyksistä olisi voitu muotoilla toisin vastaamaan tutkimuskysymyksiin paremmin.

Toisaalta ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla kysymyksiä olisi pitänyt olla enemmän. Määrällisen Webropol- kyselyn tekeminen opetti, kuinka tärkeää kysymysten ja Likertin asteikon muotoilu ja sanavalinnat ovat. Määrällisen kyselyn toteuttaminen onnistui muuten hyvin ja palaute oli pääsääntöisesti positiivista, mutta yhden osaston työntekijät eivät yhtä vastaajaa lukuun ottamatta vastanneet kyselyyn. Tähän saattoi liittyä se, että kyseinen osasto on fyysisesti erillään muista osastoista ja opinnäytetyön tekijät tämän osaston henkilökunnalle vieraita. Olisimme ehkä voineet käydä esittäytymässä ja mainostaa opinnäytetyötämme heille paremmin, jotta kyselyyn olisi saatu enemmän vastauksia.

Aineiston analysointi aloitettiin laadullisesta aineistosta käyttämällä induktiivista sisällönanalyysia. Analyysimenetelmä oli laajan aineiston takia hieman työläs ja aikaa vievä, mutta koska tekijöitä oli kaksi, ei taakka kasvanut liian suureksi. Litterointien jälkeen opinnäytetyön tekijöillä oli aluksi hieman hankaluuksia siinä, kuinka lähteä analyseja tekemään. Tämän takia palattiin aikaisempien kurssien materiaalien ja kirjallisuuden pariin, joiden avustuksella sisällönanalyysi lähti etenemään. Määrällinen aineisto analysoitiin pääsääntöisesti Exceliä käyttämällä ja tämä sujui hyvin ilman suurempia ongelmia. Tuloksissa haluttiin vertailla ammattiryhmien välisiä eroavaisuuksia ja tähän löydettiin Mann Whitney U-testi. Tämä testi oli opinnäytetyön tekijöille uusi ja siksi sen sopivuudesta tähän opinnäytetyön tutkimukseen kysyttiin aiheeseen perehtyneeltä opettajalta. Testi suoritettiin SPSS –ohjelmassa ja tämä onnistui hyvin.

Tuloksien raportoinnissa haluttiin esittää tulokset tutkimuskysymyksittäin, sillä se koettiin selkeimpänä tapana edetä sekä opinnäytetyön tekijöiden että lukijoiden kannalta. Tätä tukemaan löydettiin myös tuoretta kirjallisuutta. Tämä tapa raportoida tulokset koettiin hyvänä, sillä se mahdollistaa jo tuloksia luettaessa esimerkiksi lähiesihenkilöiden ja hoitajien välisten eroavaisuuksien ja samankaltaisuuksien havaitsemista. Monimenetelmällisyyden ja kahden erilaisen aineiston takia tuloksien ja johtopäätösten kirjoittaminen oli aikaa vievää ja työlästä. Raportointia opinnäytetyön tekijät tekivät yhdessä ja yhteisen ajan löytäminen ei aina ollut helppoa, jonka takia raportointia tehtiin useammassa erässä.

Opinnäytetyön tekijät tutustuivat kunnolla toisiinsa vasta näiden opintojen myötä, mutta parityöhön päädyttiin yhteisen kiinnostuksen kohteen ja saman työnantajan kautta. Parityöskentely lisäsi ja opetti yhteistyötaitoja, ajankäytönhallintaa, kompromissien tekoa ja laajensi näkökulmia eri asioista. Opinnäytetyöprosessin aikana erityisesti analyysi- ja ongelmanratkaisutaidot kehittyivät. Opinnäytetyötä tehtiin paljon Teamsin välityksellä ja tämä sujui hyvin.

Kommunikointi ja koko opinnäytetyöprosessi parityönä on ollut vaivatonta. Kokonaisuudessaan tämä prosessi oli mielenkiintoinen, opettavainen ja palkitseva. Samalla se antoi valmiuksia tulevaan työhön ja jatko-opintoihin. Parityö mahdollisti myös toisen osaston toimintatapoihin tutustumista, ja tästä saatiin ideoita myös oman osaston toiminnan kehittämiseen. Tämän opinnäytetyön tekeminen parityönä on varmasti lisännyt osaltaan ainakin kahden osaston välistä yhteistyötä nyt ja toivottavasti myös tulevaisuudessa, sillä opinnäytetyön tekijät työskentelevät kahdella tutkimuskohteena olleista osastoista. Yhteistyön lisääntyminen entisestään vaatisi sitä, että kaikki olisivat tutumpia keskenään ja tähän täytyykin jatkossa pyrkiä aktiivisesti.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia ja kehittää hoitotyön organisointia ja tällä tavoin myös hoitotyön laatua potilaan hoitoisuus huomioiden. Nämä opinnäytetyölle asetetut tavoitteet saavutettiin osittain. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla selvitettiin hoitajien näkökulmasta, kuinka potilaiden hoitoisuus huomioidaan hoitotyön organisoinnissa. Saadut tulokset jäivät pinnallisiksi, sillä tähän tutkimuskysymykseen vastattiin pelkästään hoitajille suunnatun Webropol-kyselyn avulla. Tämän takia kysymyksiä aiheeseen liittyen olisi pitänyt olla useampia ja kysymysten olisi myös pitänyt tukea toinen toistaan, jotta ilmiöitä olisi voitu kuvata tarkemmin. Muiden tutkimuskysymysten osalta mielestämme opinnäytetyössä pystyttiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Etenkin viimeiseen tutkimuskysymykseen, eli miten lähiesihenkilöiden ja hoitohenkilökunnan mielestä osastojen toimintatapoja ja osastojen välistä yhteistyötä voitaisiin kehittää potilaiden hoitoisuus huomioiden, saatiin mielestämme vastattua hyvin ja kattavasti. Tämä johtui varmasti siitä, että sekä lähiesihenkilöiltä että hoitajilta kysyttiin suoraan, miten he kehittäisivät toimintaa. Vaikka hoitajien vastauksista kaikkia ei voitu hyödyntää, tuli vastauksissa esiin hyviä kehittämissuhteita ja mielipiteitä.

Opinnäytetyöstä saatujen tulosten avulla voidaan jatkossa toivon mukaan kehittää osastojen välistä yhteistyötä lisäämällä työnkiertoa ja tutustumalla toisiin osastoihin. Hoitoisuusaihe nostettiin tämän opinnäytetyön myötä esiin sekä lähiesihenkilöiden että hoitajien keskuudessa ja se antoi lisätietoa käytännön työhön RAFAELA® -hoitoisuusluokituksen käyttöönoton alkaessa osastoilla. Opinnäytetyöntulokset auttavat lähiesihenkilöitä tiedolla johtamisessa ja käytännön kehittämistyössä. Se auttaa ymmärtämään paremmin, kuinka hoitotyön esihenkilö voi vaikuttaa potilaiden hoitoisuuden huomioimiseen hoitotyön organisoinnissa ja resurssien kohdentamisessa varmistamalla, että potilaiden hoitoisuutta arvioidaan systemaattisesti ja säännöllisesti. Opinnäytetyön tulokset osoittivat, kuinka tärkeää on kehittää

hoitotyön organisointia potilaiden hoitoisuus huomioiden, sillä potilaiden hoitoisuus vaikuttaa myös hoitotyön laatuun. Saadut tulokset viedään yksiköihin toiminnan kehittämistä varten. Varsinainen kehittämistoiminta tulee tapahtumaan kentällä yhteistyössä henkilökunnan ja esihenkilöiden kanssa. Osastoilla on erilaiset toimintatavat ja profiilit, joten tämän opinnäytetyön puitteissa ei pystytty varsinaisesti vielä kehittämään toimintaa, mutta opinnäytetyö antaa työkaluja kehittämistoiminnalle jatkossa.

### 10.3 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämissuositukset

Jatkotutkimuksissa voitaisiin esimerkiksi tutkia, miten reaaliaikainen hoitoisuustieto vaikuttaa resurssien jakautumiseen ja työkuormitukseen eri osastoilla. Erityisesti olisi hyödyllistä selvittää, miten tasapainoisempi työkuormitus parantaa työhyvinvointia, sekä millä keinoilla hoitajien työssäjaksamista voidaan tukea entistä paremmin. Lisäksi olisi kiinnostavaa saada tietää, kuinka RAFAELA®-hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttö vaikuttaa hoitotyön organisointiin ja laatuun käytännön tasolla tulevaisuudessa.

Kehittämissuosituksia tämän opinnäytetyön perusteella on esimerkiksi se, että esihenkilöiden ja hoitajien tulisi yhteistyössä kehittää toimintamalli, jossa hoitajia voitaisiin siirtää tarpeen mukaan joustavasti osastojen välillä hoitoisuuteen ja osastojen kuormitukseen perustuen. Yhteistyötä osastojen välillä tulee kehittää aktiivisesti, lisätä työnkiertoa, avunantoa, tutustumisjaksoja ja madaltaa kynnystä vuorovaikutukseen toisten osastojen henkilökunnan kanssa. Esihenkilöillä on tässä suuri rooli esimerkinnäyttäjinä ja kehittämisen mahdollistajina.

Työvuorojen sisältöä ja työnjakoa tulisi tarkastella uudelleen, sillä sekä lähiesihenkilöt että hoitajat toivat tämän tarpeen esiin. Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat kokivat, että hoitotyön johtamisessa ei ole huomioitu potilaiden hoitoisuutta riittävästi. Tämän takia kehittämissuosituksena olisi, että potilaiden hoitoisuudesta keskusteltaisiin yhteisesti esihenkilöiden ja työntekijöiden välillä yhtenä osana hoitotyön arkea. Näin potilaiden hoitoisuus huomioitaisiin myös hoitotyön organisoinnissa paremmin ja tämä lisäisi osaltaan johtamisen läpinäkyvyyttä. Hoitoisuus- tiedolla johtaminen on tärkeää hoitotyön organisoinnin näkökulmasta.

Yhdenvertaisuuden toteutumiseen tulisi saatujen tulosten mukaan kiinnittää huomiota. Aiheesta voisi pitää esimerkiksi osastotunnin, jossa tutustuttaisiin Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen Osallisuus-, yhdenvertaisuus- ja tasa-arvo-ohjelmaan (2024–2026). Osastotunnilla olisi tärkeää keskustella, miksi yhdenvertaisuus potilaiden hoitoisuus huomioiden ei toteudu

tai miksi osa kokee, ettei se toteudu. Lisäksi hyvä johtaminen ja resurssien oikea kohdentaminen ovat avainasemassa yhdenvertaisuuden varmistamisessa. Kun hoidon suunnittelu ja toteutus perustuvat hoitoisuuteen, kaikilla potilailla on paremmat mahdollisuudet saada yksilöllistä, tasa-arvoista ja vaikuttavaa hoitoa.

## LÄHTEET

- Ahola, K., Hakola, T., Hopsu, L., Leino, T., Leskinen, T., Oksa, J., Takala, E-P., Vorne, J. & Vuokko, A. (2010). Työkuormitusta arvioimalla ja säätelemällä voidaan edistää työhyvinvointia työssä. Teoksessa T. Kantolahti, & T. Nikander (toim.). *Puheenvuoroja työn kuormittavuudesta: Työhyvinvointi foorumi* (s. 30). (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:17). Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3011-7>
- Ajanaku, O. J., & Mutula, S. (2018). The relationship between knowledge management and nursing care performance. *The Shout African Journal of Library and Information Science*, 84(2), 39–51. <https://doi.org/10.7553/84-2-1785>
- Aluehallintovirasto (AVI). (8.10.2020). *Valvira ja aluehallintovirastot tukevat vanhuspalvelulain muutoksen toimeenpanoa* [tiedote]. <https://avi.fi/tiedote/-/tiedote/69896469>
- Bjerregård Madsen, J., Kaila, A., Vehviläinen-Julkunen, K., & Miettinen, M. (2020). Hoitotyön johtajien ja lähijohtajien työn sisältö erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede*, 32(2), 75–85. <https://erepo.uef.fi/handle/123456789/27074>
- Blomqvist, M., Rummukainen, T., Sainio, T., Simola, T., Tyrisevä-Ryösö, M., Kimpimäki, K., Sinivuori, E. (2022). *Hoitotyön perusosaaminen*. Sanoma Pro Oy.
- Cowley, S. P., & Leggett, S. (2010). Manual handling risks associated with the care, treatment and transportation of bariatric patients and clients in Australia. *International journal of nursing practice*, 16(3), 262–267. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01839.x>
- Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue. (20.1.2025). *Kuntoutusosasto Y1 omavalvontasuunnitelma*. <https://www.hyvaep.fi/uploads/2025/01/omavalvontasuunnitelma-kuntoutusosasto-y1.pdf>
- Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue. (2024a). Resurssipalveluiden toimintakäsikirja. Sisäinen tietolähde.
- Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue. (2024b). *Osallisuus-, yhdenvertaisuus ja tasa-arvo-ohjelma (2024–2026): Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue*. [https://www.hyvaep.fi/uploads/2024/11/osallisuus\\_yhdenvertaisuus\\_tasa\\_arvo\\_ohjelma2024\\_2026hyvaep.pdf](https://www.hyvaep.fi/uploads/2024/11/osallisuus_yhdenvertaisuus_tasa_arvo_ohjelma2024_2026hyvaep.pdf)
- Euroopan Unionin yleinen tietosuojasetus 679/2016. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=CELEX:32016R0679>
- Fagerholm, N. (2014). *Sairaaloiden somaattisten poliklinikoiden hoitotyön henkilöstömitoitus: Tunnusluku- ja asiantuntijaperusteinen mallinnus = Nurse staffing in acute hospital outpatient's health care system: indicators and experts' modeling* (Publications of the

University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, 254) [väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto]. Erepo. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1604-4>

Fagerström, L., Kinnunen, M., & Saarela, J. (2018). Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. *BMJ open*, 8(4), e016367. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016367>

Finnish Consulting Group (FCG). (i.a.). *RAFAELA®-hoitoisuusluokitusjärjestelmä*. Haettu 12.10.2024, <https://www.fcg.fi/palvelut/sosiaali-ja-terveyspalvelut/sosiaali-ja-terveyspalvelut-sote-johtaminen/rafaela/>

Finto. (2020). Hoitoisuus. Teoksessa *Yleinen suomalainen ontologia (YSO)*. Haettu 28.2. 2024, <https://finto.fi/yso/fi/page/p6619>

Finto. (i.a.). Tiedolla johtaminen. Teoksessa *Tietotermit*. Haettu 16.12.2024, <http://urn.fi/URN:NBN:fi:au:tt:t90>

Haapakorpi, A., & Haapola, I. (2008). *Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla: Esimerkkinä vanhusten kotihoito* (Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 35/2008). Työ- ja elinkeinoministeriö. <https://docplayer.fi/2890301-Tyon-organisointi-ja-tyohyvinvointi-sosiaali-ja-terveysalalla-esimerkkina-vanhusten-kotihoito.html>

Heikkilä, T. (2008). *Tilastollinen tutkimus* (7. uud. p.). Edita.

Hellman, N. (2023). Yhteistyö- ja työnjakomallit sosiaali- ja terveydenhuollossa: Selvitystyö (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2023:7). Sosiaali- ja terveysministeriö. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164636/STM\\_2023\\_7\\_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164636/STM_2023_7_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Hellstén, K. (2014). *Työn fyysinen ja psyykinen kuormittavuus vanhusten hoidossa: Seurantatutkimus ergonomisen kehittämistyön tuloksista* (Annales Universitatis Turkuensis C 391) [väitöskirja, Turun yliopisto]. Painosalama Oy. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-5850-4>

Hellström, E., & Ikäheimo, H-P. (2017). *Tieto päätöksenteossa: Kohti dialogiloikkaa*. Sitran työpäpaperi. <https://www.sitra.fi/julkaisut/tieto-paatoksenteossa/>

Hietschold, N., Reinhardt, R., & Gurtner, S. (2014). Measuring critical success factors of TQM implementation successfully - a systematic literature review. *International journal of production research* 52(21), 6254–6272. <https://doi.org/10.1080/00207543.2014.918288>

Hotus. *Hoitotyön tutkimussäätiö*. (i.a.). Haettu 18.12.2024, <https://hotus.fi/>

Hukkanen, E., & Vallimies-Patomäki, M. (2005). *Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa: Selvitys Kansallisen terveystieteen tutkimuskeskuksen työnjakopiloteista* (Sosiaali- ja

terveysministeriön selvityksiä 2005:21). Sosiaali- ja terveysministeriö.  
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504226838>

Hämäläinen, M., Huhtaniemi, M. & Unkari-Virtanen, L. (2024). Suositus ennakoitietiedon johtamiseen. Teoksessa L. Unkari-Virtanen (toim.,) *Tulevaisuuden kudelmia: Ennakointikyvykkyyden kehittäminen Metropoliassa* (s. 50–63). Metropolia Ammattikorkeakoulu. <http://www.urn.fi/URN:ISBN:978-952-328-412-8>

IBM SPSS Statistics (versio 29.0.2.0). (14.2.2025). *Vertailu lähi- ja perushoitajien sekä sairaan- ja terveydenhoitajien välillä.*

Idrissi Akhelij T., Salanterä S. & Junntila K. (2019). Potilaiden hoitoisuuteen perustuvan henkilöstöresursoinnin ja potilasturvallisuuden välinen yhteys erikoissairaanhoidon kirurgisilla vuodeosastoilla. *Tutkiva Hoitotyö* 17(1), 12–19.  
<http://hdl.handle.net/10138/327054>

Jalonen, H. (2015). Tiedolla johtamisen näyttämö ja kulissit. Teoksessa Virtanen, P., Stenvall, J. & Rannisto, P.-H. (toim.), *Tiedolla johtaminen hallinnossa: Teoriaa ja käytäntöjä*. Tampereen yliopistopaino Oy. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9755-1>

Jonsson, P.-M, Pikkujämsä S, & Heiliö, P.-L. (toim.). (2019). *Kansalliset laaturekisterit sosiaali- ja terveydenhuollossa: Toimintamalli, organisointi ja rahoitus* (THL raportti 16/2019). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-420-2>

Junntila, J. (2023). *Hoitoisuusluokitusjärjestelmä hoitohenkilöstön resursoinnin työkaluna: Tutkimus hoitoisuusluokitusjärjestelmän ennustevaliditeetista sekä sen luotettavuuden ja optimaalisen hoitotyön kuormitustason kalibroinnin haasteista hoitotyön kiireisessä arjessa* (Tampereen yliopiston väitöskirjat 887) [väitöskirja, Tampereen yliopisto]. Trepo. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-3114-6>

Kangasniemi, M., Voutilainen, A., Kapanen, S., Tolmala, A., Koponen, J., Hämäläinen, M., & Elovainio, M. (2017). *Työn uusjako: Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työnkuvien ja keskinäisen työnjaon kohdistaminen ja tehostaminen SOTE-reformissa* (Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 66/2017). Valtioneuvoston kanslia. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-452-8%C2%A0>

Kauhanen, J. (2012). *Henkilöstövoimavarojen johtaminen* (10.–11. p.). Talentum Media Oy.

Kaustinen, T. (2011). *Oulu-hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta* (Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1134) [väitöskirja, Oulun yliopisto]. Juvenes Print. <https://urn.fi/URN:ISBN:9789514296437>

Kivinen, T., & Lammintakanen, J. (2013). The success of a management information system in health care - a case study from Finland. *International journal of medical informatics*, 82(2), 90. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2012.05.007>

- Koivula, U-M., Hautaviita, P. & Laaksonen, H. (2020). Laatu ja vaikuttavuus. Teoksessa H. Laaksonen, H. Laitinen & H. Hiilamo. (toim.), *Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä* (s. 75–109). Sanoma Pro Oy.
- KT Kuntatyönantajat. (2016). Toimivaan työnjakoon! Tehtävien ja työnjakojen muutokset terveydenhuollossa. <https://www.kt.fi/julkaisut-ja-oppaat/2016/toimivaan-tyonjakoon-tehtavien-ja-tyonjakojen-muutokset-terveydenhuollossa>
- Kuisma, M., Järvelin, J., Kilpiäinen, E., Tuukkanen, J., Pöllänen, R., Saarinen, M., Vaula, E., Wilen, S. & Etelälahti, T. (2019). *Laatu- ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä – suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin* (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:23). Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161737>
- Kuntaliitto. (2019). *Terveydenhuollon laatuopas* (2. uud.p.). <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2019/1996-terveydenhuollon-laatuopas>
- Laaksonen, H., Niskanen, J., & Ollila, S. (2012). *Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa* (2. uud.p.). Edita Publishing.
- Laihonen, H., & Saranto, K. (2021). *Tiedä ensin, johda sitten: Sote-tietojohdamisen osaamistarpeet sekä kansallisen koulutuksen ja tutkimuksen nykytila* (Raportteja ja muistioita 2021:33). Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://www.urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6890-5>
- Laine, M., & Kokkinen L. (2013). Terveys- ja sosiaalipalvelut. Teoksessa T. Kauppien, P. Mattila-Holappa, M. Perkiö-Mäkelä, A. Saalo, J. Toikkanen, S. Tuomivaara, S. Uuksulainen, M. Viluksela & S. Virtanen (toim.), *Työ ja Terveys Suomessa 2012: Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista* (s. 202–208). Työterveyslaitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-302-8>
- Laki hyvinvointialueesta 611/2021. <https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/2021/611>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. <https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/1992/785>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021. <https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/2021/612>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. <https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/1994/559>
- Lammintakanen, J., & Rissanen, S. (2018a). Poliittikka ja strategia sosiaali- ja terveysjohtamisessa. Teoksessa J. Lammintakanen & S. Rissanen (toim.), *Sosiaali- ja terveysjohtaminen* (3–4., uudistettu painos, s. 39–58). Sanoma Pro Oy.
- Lammintakanen, J., & Rissanen, S. (2018b). Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä. Teoksessa J. Lammintakanen & S. Rissanen (toim.), *Sosiaali- ja terveysjohtaminen* (3–4., uudistettu painos, s. 15–38). Sanoma Pro Oy.

- Listenmaa, J. (2023). *Laita tieto töihin: Tiedolla johtamisen käsikirja*. Alma Talent.
- Lunden, A. (2022). *Osaamisen ja näyttöön perustuvan toiminnan johtaminen hoitotyössä* (Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, 711) [väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto]. Erepo. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-4670-6>
- Maghsoud, F., Rezaei, M., Asgarian, F. S., & Rassouli, M. (2022). Workload and quality of nursing care: the mediating role of implicit rationing of nursing care, job satisfaction and emotional exhaustion by using structural equations modeling approach. *BMC nursing*, 21(1), 273. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01055-1>
- Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P., & Hyde, A. (2007). Reconsidering the conceptualization of nursing workload: Literature review. *Journal of advanced nursing*, 57(5), 463–471. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04134.x>
- Munnukka, T., & Aalto, P. (2002). *Minun hoitajani: Näkökulmia omahoitajuuteen*. Tammi.
- Oikeusministeriö. (2012). *Opas töiden organisoinnin ja priorisoinnin tueksi* (Oikeusministeriön julkaisu 45/2012). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-259-165-4>
- Peltonen, E. (2009). *Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa: Vertaileva tutkimus* (Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 168) [väitöskirja, Kuopion yliopisto]. Erepo. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1078-2>
- Peng, X., Ye, Y., Ding, X., & Chandrasekaran, A. (2023). The impact of nurse staffing on turnover and quality: An empirical examination of nursing care within hospital units. *Journal of Operations Management*, 69(7), 1124–1152. <https://doi.org/10.1002/joom.1245>
- Pihlainen, V. (2020). *Asiantuntijoiden käsityksiä johtamisosaamisen nykytilasta ja tulevaisuuden suunnista suomalaisissa sairaaloissa 2030* (Publications of the University of Eastern Finland, Dissertations in Social Sciences and Business Studies 223) [väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto]. Erepo. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-3378-2>
- Piirainen, K., Piirainen, S., Kuha, S., Ylisirniö, M., & Kanste, O. (2023). Sosiaali- ja terveysalan lähiesihenkilöiden kokemuksia hoitotyön varahenkilöstöstä henkilöstövoimavarojen johtamisen näkökulmasta. *Hoitotiede*, 35(4), 365–381. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/142094/89733>
- Pitkäaho, T. (2011). *Hoitotyön henkilöstömitoitus ja tulos kompleksisessa erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä: Nurse staffing and nursing outcome in a complex acute health care system* (Publications of the University of Eastern Finland, Dissertations in Health Sciences 49) [väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto]. Erepo. [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/9762/urn\\_isbn\\_978-952-61-0395-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/9762/urn_isbn_978-952-61-0395-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Popa, I., & Ștefan, S. C. (2019). Modeling the Pathways of Knowledge Management Towards Social and Economic Outcomes of Health Organizations. *International Journal of*

*Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1114.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16071114>

- Puusa, A. (2020). Näkökulmia laadullisen aineiston analysointiin. Teoksessa A. Puusa, & P. Juuti (toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät* (s. 145–156). Gaudeamus.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M., Vuorinen, S., Müller, E., Rusanen, S. (2020). *Hoitotyön taidot ja toiminnot* (7. p.). Sanoma Pro Oy.
- Riikonen, E., Tuomi, K., Vanhala, S., & Seitsamo, J. (2003). *Hyvinvoiva henkilöstö - menestyvä yritys*. Työterveyslaitos.
- Rytkönen, A. (2018). *Hoivatyöntekijöiden työn kuormittavuus ja teknologian käyttö vanhustyössä* (Acta Universitatis Tamperensis 2410) [väitöskirja, Tampere University Press]. Trepo. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0829-2>
- Seinä, S., & Helander, J. (2007). *Tiimeistä työpareiksi: Toiselta oppiminen ja ammatillinen kehittyminen*. Hämeen ammattikorkeakoulu.
- Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden työryhmä. (2023). *Tiekartta 2022–2027: Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaaminen* (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023:8). Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7178-3>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (2017). *Valtioneuvoston periaatepäätös: Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021* (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3963-9>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (2024). *Lainsäädäntö Sosiaali- ja terveyspalvelut*. Haettu 7.1.2025, <https://stm.fi/sotepalvelut/lainsaadanto>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (i.a.). *Asiakas- ja potilasturvallisuus*. Haettu 5.1.2025, <https://stm.fi/asiakas-ja-potilasturvallisuus>
- Sotehelmet. (2022). *Sotehelmiä hyvinvointialueiden johtamisen ja kehittämisen tueksi*. <https://www.sotehelmet.fi/>
- Stenman, P. (2020). *lääkäiden hoitotyössä toimivan henkilöstön kokemuksia työtyytyväisyydestä ja toimintaympäristöstä kinestetiikan käyttöönoton aikana* (Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1581) [väitöskirja, Oulun yliopisto]. Punamusta. <https://urn.fi/URN:ISBN:9789526227016>
- Suomen perustuslaki 731/1999. <https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/1999/731>

- Suomen Standardit (SFS). (10.12.2019). *Miten arvioida terveystalvelujen laatua ja lisätä alan vetovoimaa?* <https://sfs.fi/miten-arvioida-terveystalvelujen-laatua-ja-lisata-ala-vetovoimaa/>
- Taanila, A. (2020). *Mann-Whitney U –testi*. <https://tilastoapu.wordpress.com/2012/03/08/mann-whitney-u-testi/>
- Talib, F., Rahman, Z. & Qureshi, M.N. (2011). Analysis of interaction among the barriers to total quality management implementation using interpretive structural modeling approach. *Benchmarking: An International Journal*, Vol. 18 No. 4, s. 563–587. <https://doi.org/10.1108/14635771111147641>
- Tarkkonen, J. (2012). *Työhyvinvointi johtamistehtävänä: Periaatteet, rakenteet ja käytännöt*. UNIpress.
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL). (5.12.2023). *Yhdenvertaisuuden käsitteet*. <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/kehittyva-palvelujarjestelma/yhdenvertaiset-palvelut/yhdenvertaisuuden-kasitteet>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (20.2.2024). *Sote- palvelujen johtaminen: Kansallisten laaturekisterien raportit*. <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/arviointi-ja-seuranta/sote-tietopohja/terveydenhuollon-kansalliset-laaturekisterit/kansallisten-laaturekisterien-raportit>
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/2010/1326>
- Tietoarkisto. (i.a.). *Hypoteesien testaus - SPSS-harjoitus 2*. Haettu 13.3.2025, <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/hypoteesi/harjoitus2/>
- Tolmala, A., Koponen, J., Hämäläinen, M., Korhonen, S., Koskinen, M., Asikainen, N., & Kangasniemi, M. (2019). Asiantuntijoiden näkemyksiä työn uusjaosta tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalalla – Delfoi-tutkimus. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 56(1), 27–41. <https://doi.org/10.23990/sa.69797>
- Tsai, J. C. A., & Hung, S. Y. (2016). Determinants of knowledge management system adoption in health care. *Journal of Organizational Computing and Electronic Commerce*, 26(3), 244–266. <https://doi.org/10.1080/10919392.2016.1194062>
- Tumi, N. S., Hasan, A. N., & Khalid, J. (2022). Impact of Compensation, Job Enrichment and Enlargement, and Training on Employee Motivation. *Business perspectives and research*, 10(1), 121–139. <https://doi.org/10.1177/2278533721995353>
- Tuomi, J., & Sarajarvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (Uudistettu laitos.)*. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuominen, O. (2020). *Rescheduling sudden absences of nursing staff in hospital settings (Annales universitatis turkuensis sarja - ser. d osa – tom. 1464) [väitöskirja, Turun*

yliopisto]. Painosalama Oy.

<https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/148953/AnnalesD1465Tuominen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Turunen, Hannele. (2015). Potilas- ja asiakaskeskeisyys tutkimuksen lähtökohtana. *Hoitotiede*, 27 (4), 257–258. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128339>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (2019). *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019* (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019).

[https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2019.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen Suomessa: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023* (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023).

[https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje\\_2023.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf)

Työterveyslaitos. (i.a.-a). *Stressi ja työuupumus*. Haettu 4.2.2025,

<https://www.ttl.fi/teemat/tyohyvinvointi-ja-tyokyky/stressi-ja-tyouupumus>

Työterveyslaitos. (i.a.-b). *Strategisen työhyvinvoinnin johtamishuomion kohteet: Johtamishuomio työympäristössä*. Haettu 10.3.2025,

<https://www.ttl.fi/oppimateriaalit/tyohyvinvoinnin-tiedolla-johtaminen-sote-alalla/osa-2-strategisen-tyohyvinvoinnin-johtamishuomion-kohteet/23-johtamishuomio-tyoymparistossa>

Työturvallisuuslaki 738/2002. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738#L2>

Tähtinen, J., Laakkonen, E., & Broberg, M. (2020). *Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita* (2. uud. p.). Turun yliopisto.

Vakkala, H., & Syväjärvi, A. (2020). Tietokulttuurin ulottuvuudet sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuvissa organisaatioissa – vuorovaikutteisen tiedolla johtamisen haaste. *Hallinnon Tutkimus*, 39(2), 122–139. <https://doi.org/10.37450/ht.98085>

Viitala, R. (2021). *Henkilöstöjohtaminen: keskeiset käsitteet, teoriat ja trendit*. Edita.

Vilka, H. (2015). *Tutki ja kehitä* (4. uud. p.). PS-kustannus.

Vilka, H., & Mankki, V. (2024). *Johdatus monimenetelmätutkimukseen*. Santalahti-kustannus.

Voutilainen, A., Kapanen, S. & Kangasniemi, M. (2018). Työnjaon kuvaus sosiaali- ja terveysministeriön asiakirjoissa - dokumenttianalyysi. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 55(3), 212–224. <https://doi.org/10.23990/sa.74422>

Voutilainen, P., & Laaksonen, K. (1994). Potilaskeskeinen hoitotyö: Askel eteenpäin. Kirjayhtymä.

Yazdani, S., Bayazidi, S., & Mafi, A. (2020). The current understanding of knowledge management concepts: A critical review. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 34, 127. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7787024/>

Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141325>

Åkerblad, L., & Seppänen-Järvelä, R. (2024). *Monimenetelmällinen tutkimus: Opas suunnitteluun ja toteutukseen*. Gaudeamus.

## **LIITTEET**

**Liite 1. Teemahaastattelukysymykset lähiesihenkilöille**

**Liite 2. Sisällönanalyysi**

**Liite 3. Sähköinen Webropol-kysely hoitajille**

**Liite 1. Teemahaastattelukysymykset lähiesihenkilöille**

1. Miten yksikössä huomioidaan potilaiden hoitoisuus hoitotyön organisoinnissa?
2. Miten esihenkilönä organisoit työnjakoa huomioiden potilaan hoitoisuuden?
3. Miten varmistat, että työmäärä ja työn kuormitus hoitotyössä ovat jaettu tasan hoitohenkilöstön keskuudessa?
4. Minkälaisia haasteita esihenkilön näkökulmasta potilaiden hoitoisuus tuo työnjakoon ja työn organisointiin?
5. Millä keinoin lähiesihenkilö voi vähentää hoitotyön kuormittavuutta?
6. Miten osaston toimintatapoja voisi kehittää potilaiden hoitoisuus huomioiden?
7. Miten lähiterveyspalveluiden osastojen välistä yhteistyötä voitaisiin kehittää potilaiden hoitoisuus huomioiden?
8. Hyvinvointialueella on käytössä resurssipalvelu (respa), miten kehittäisit yhteistyötä tai työnjakoa respan kanssa?
9. Miten potilaiden hoitoisuus vaikuttaa hoitotyön laatuun?
10. Miten esihenkilönä varmistat potilaan laadukkaan hoidon hoitoisuudesta riippumatta?

## Liite 2. Sisällönanalyysi

Mikä merkitys potilaiden hoitoisuudella on hoitotyön laadussa?

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
“Raskashoitaiset potilaat kuormittaa hoitajia enemmän, mikä tietysti aina on suoraan nähtävissä ja peilattavissa hoidon laatuun.”	Raskashoitaiset potilaat kuormittavat enemmän ja tämä vaikuttaa suoraan hoitotyön laatuun	Raskashoitaiset potilaat kuormittavat	Hoitajien kuormitus ja resurssien riittävyys	Tekijöitä, joilla lähesihenkilöiden mielestä potilaiden hoitoisuus vaikuttaa hoitotyön laatuun
“Liian vähäiset resurssit ja hoitoisuus saattaa aiheuttaa kiirusta, jolloin hoito viivästyy, tulee hoitovirheitä ja potilasturvallisuus voi huonontua.”	Riittämättömät resurssit ja korkea hoitoisuus voi aiheuttaa kiirettä, hoidon viivästy mistä, hoitovirheitä ja vaarantaa potilasturvallisuutta.	Resurssien riittämättömyys ja hoitajien kuormitus lisää kiirettä  Kiire voi lisätä hoidon viivästy mistä  Kiire voi lisätä hoitovirheitä  Kiireessä potilasturvallisuus voi vaarantua	Hoitajien kuormitus ja resurssien riittävyys	
“Mitä enemmän aikaa ja resursseja menee yhden tai yksittäisten potilaitten hoitamiseen, niin se on sitten herkästi pois jostakin muualta.”	Yksittäisen potilaan hoidon vaatima aika ja resurssit vähentävät aikaa muualta	Hoidon vaatima aika ja resurssit	Hoitotyön toteutus	
“Jos kiireestä mennään niin sitten saattaa unohtua ihan jotakin perusasioita. Tai ei välttämättä aina unohdukaan, mutta jätetään tietoisesti tekemättä, kun on pakko priorisoida.”	Kiireessä perusasioita saatetaan unohtaa tai jättää tietoisesti tekemättä, kun täytyy priorisoida	Priorisointi perusasioissa kiireen takia	Työn priorisointi ja ajankäyttö	
“Joissain tilanteissa saatetaan mennä sieltä mistä niin sanotusti aita on matalin, eli ei vaikka nosteta sieltä vuoteesta, vaikka voitaisiin nostaa ruokailemaan pyörätuoliin, niin ei ehkä nosteta. Syötetään,	Joissain tilanteissa hoitoa voidaan toteuttaa helpoimmin, mutta ei aina ehkä potilaan parhaaksi.	Potilaan saama hoito ei aina toteudu potilaan parhaaksi	Hoitotyön toteutus	

vaikka potilas voisi ehkä hitaasti syödä itsekin.”				
“ettei ehkä ole niin paljon sitä aikaa niille potilaille olla siinä ääressä”	Ei ole aikaa olla potilaan äärellä.	Potilaan saama aika vähäistä	Työn priorisointi ja ajankäyttö	
“Mitä vähemmän hoitoisia potilaat on niin sitä enemmän laadukasta hoitotyön aikaa on.”	Vähemmän hoitoiset potilaat mahdollistavat enemmän aikaa toteuttaa laadukkaampaa hoitotyötä.	Potilaiden hoitoisuus vaikuttaa laadukkaan hoitotyön toteuttamiseen	Hoitotyön toteutus	
“Hoitoisuuden ollessa korkea, saattaa tulla hoitoon viivettä ja potilaat joutua odottamaan.”	Korkea hoitoisuus saattaa aiheuttaa hoitoviivettä ja lisätä odotusaikaa.	Hoitoisuus saattaa vaikuttaa hoitoviiveeseen	Työn priorisointi ja ajankäyttö	
“Hoitoisuus ja kiire vaikuttaa, ettei ole antaa aikaa potilaalle”	Hoitoisuus ja kiire vähentävät potilaalle annettavaa aikaa	Hoitoisuus vähentää potilaan saamaa aikaa	Työn priorisointi ja ajankäyttö	
“Hoitoiset potilaat vievät aikaa muista töistä esim. kirjaimisesta”	Hoitoiset potilaat vähentävät aikaa muista työtehtävistä	Hoitoisuus vähentää aikaa muista työtehtävistä	Työn priorisointi ja ajankäyttö	
“Esihenkilöiden tehtävänä on tasapainottaa työkuormaa, seurata hoidon laatua ja kehittää toimintatapoja, jotka tukevat sekä hoitajia että potilaita.”	Esihenkilöt tasapainottavat työkuormaa, valvovat laatua ja kehittävät toimintaa.	Työvuorosuunnittelu  Laadunvalvonta  Toiminnan kehittäminen	Johtaminen	
“Korkea hoitoisuus saattaa aiheuttaa hoitajissa stressiä, riitoja ja yhteenottoja hoitajien keskuudessa, jos työn kuormitus jakautuu epätasaisesti.”	Korkea hoitoisuus voi aiheuttaa stressiä ja konflikteja hoitajien keskuudessa, jos työn kuormitus jakautuu epätasaisesti.	Hoitoisuus voi lisätä hoitajille stressiä  Hoitoisuus voi aiheuttaa hoitajien välisiä konflikteja	Työilmapiiri ja työssä jaksaminen	
“Huono työilmapiiri voi aiheuttaa lisääntyneitä sairauspoissaoloja ja vaikuttaa henkilöstön vaihtuvuuteen, mikä heikentää osaltaan mielestäni myös hoitotyön laatua.”	Huono työilmapiiri voi vaikuttaa sairauspoissaoloihin ja henkilöstön vaihtuvuuteen heikentäen hoitotyön laatua.	Työilmapiirin vaikutus sairauspoissaoloihin  Työilmapiirin vaikutus henkilöstön vaihtuvuuteen	Työilmapiiri ja työssä jaksaminen	
“Potilaiden kuntouttava hoito saattaa kärsiä, jos hoitajilla ei ole	Potilaiden kuntouttava hoito voi kärsiä, jos hoitajilla ei ole riittävästi aikaa	Kuntouttavan hoitotyön toteutumisessa voi olla haasteita	Hoitotyön toteutus	

riittävästi aikaa tukea omatoimisuutta vaan tehdään asioita potilaan puolesta.”	tukea omatoimisuutta.			
“Hoitoisuusluokituksen käyttöönotto, esim. Rafaela, voisi auttaa kohdentamaan resursseja paremmin.”	Hoitoisuusluokituksen käyttöönotto voisi auttaa kohdentamaan resursseja tehokkaammin.	Hoitoisuusluokitus auttaa resurssien kohdentamisessa	Johtaminen	
“Avoin puhe ja kommunikaatio ja esihenkilöiden tuki voivat helpottaa työtaakkaa ja parantaa työyhteisön ilmapiiriä.”	Kommunikaatio ja esihenkilön tuki vähentää työtaakkaa ja parantaa ilmapiiriä.	Kommunikaatio parantaa työilmapiiriä  Esihenkilön tuki auttaa työssäjaksamisessa	Työilmapiiri ja työssä jaksaminen	
“Resurssien jakautuminen ei aina ole ennakoitavissa, mikä vaikeuttaa työvuorosuunnittelua ja kuormittaa henkilöstöä.”	Resurssien ennakoinnattomuus vaikeuttaa työvuorosuunnittelua ja lisää kuormitusta.	Ennakoimattomuus vaikeuttaa työvuorosuunnittelua  Ennakoimattomuus kuormittaa	Hoitajien kuormitus ja resurssien riittävyys	
“Raskashoitaiset potilaat lisäävät hoitajien työmäärää ja kiirettä, mikä voi heikentää hoidon laatua ja aiheuttaa väsymystä.”	Hoitoiset potilaat lisäävät työmäärää ja voivat heikentää hoidon laatua ja aiheuttaa uupumusta.	Hoitoisuus vaikuttaa työmäärään  Korkea hoitoisuus heikentää hoidon laatua  Korkea hoitoisuus heikentää työssä jaksamista	Hoitajien kuormitus ja resurssien riittävyys	

Miten lähiesihenkilöiden mielestä potilaiden hoitoisuus vaikuttaa hoitotyön organisointiin?

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
“Hoitoisuuden vaihtelu osastolla hankaloittaa työvuorosuunnittelua ja työn ennakoimista.”	Hoitoisuuden vaihtelu vaikeuttaa työvuorosuunnittelua ja ennakoimista.	Hoitoisuuden vaihtelu haastaa työvuorosuunnittelussa  Hoitoisuuden vaihtelu haastaa ennakoimista	Ennakoinnin haasteet	Tekijöitä, joilla potilaiden hoitoisuus vaikuttaa lähiesihenkilöiden mielestä hoitotyön organisointiin
“Potilasmäärä vaikuttaa hoitotyön organisointiin, eli jos osasto täynnä hoitoisia potilaita pitää sijaisia hankkia, mutta jos	Potilasmäärä ja potilaiden hoitoisuus määrittävät sijaistarvetta	Potilasmäärä ja hoitoisuus vaikuttaa resurssointiin	Resurssien riittävyys ja saatavuus	

osastolla on tilaa, ei sijaista välttämättä tarvita”				
“Myös taloustilanne huomioidaan hoitotyön organisoinnissa”	Taloustilanteen huomioiminen hoitotyön organisoinnissa	Taloustilanteen huomioiminen	Resurssien riittävyys ja saatavuus	
“Opiskelijat eivät hoida esimerkiksi väkivaltaisia potilaita”	Opiskelijat eivät hoida väkivaltaisia potilaita	Työtehtävissä huomioitava ammattitaito ja oikeudet	Työnjako ja työtehtävien priorisointi	
“Jos kovin hoitoisia potilaita, työt organisoidaan uudelleen aamulla ja hoitajat tekee sitä myös hyvin oma-toimisesti. Ikään kuin mä en sitä organisoisi täältä käsin työvuorollisesti, vaan se tapahtuu sitten osastolla.”	Työt organisoidaan hoitoisuuden mukaan uudelleen, myös hoitajien toimesta	Töiden uudelleen organisointi hoitoisuuden mukaan	Työnjako ja työtehtävien priorisointi	
“Mun näkökulmasta ehkä myöskin mä kaipaaisin tuohon selkeitä ohjeita, että missä tilanteessa mitään voidaan varailla. Varsinkin mitä tulee näihin lisäapupyyntöihin, yv-päiville, vuosiloman sijaisuudet ja siis muuta tällaista...”	Selkeämmät ohjeet respan varauksen tekemiseen ja lisäavun pyytämiseen.	Ohjeiden selkeyttäminen respan kanssa	Resurssien riittävyys ja saatavuus	
“Ja sitten edelleen ehkä tuota respan työpari kuviota selkeämmäksi, että meillä on niinku sekä täällä osastolla että sitten siellä respan päässä, jokaisen esimerkiksi semmoisen äkkilähtijän, joka tulee tänne meille käymään, että kaikilla on selkeät sävelet siitä, että mikä on työpari ja mitä se tekee, että kun edelleenkin on yksilökohtaisia eroja siitä, että kuinka	Työparimallin selkeyttäminen, kaikille tietoon miten työpari-mallissa toimitaan.	Työparimallin kehittäminen	Resurssien riittävyys ja saatavuus	

toimeen tartutaan..”				
“Mielestäni työnkuvia respan kanssa tulisi selkeyttää, esim. että kuka tekee työsopparit ja miten respan työntekijät toimivat eri osastoilla, eli mitä siihen kuuluu.”	Respan kanssa työntekijöiden toimenkuvan ja respan toiminnan selkeyttäminen.	Respan kanssa työnkuvien selkeyttäminen	Resurssien riittävyys ja saatavuus	
“Jos hoitoisuus on korkea, hoitajamäärä ei riitä, on valvontapotilasta ja muuta tällaista, pyydetään lupa, että saadaan ylimääräinen työntekijä”	Hoitoisuuden ollessa korkea pyydetään lupa lisäavulle ylemmältä taholta	Kommunikaatio organisaation eri tasoilla	Kommunikaation ja yhteistyön merkitys	
“Huomioidaan työvuorosuunnittelussa, että tarvittavat ammattiryhmät ovat töissä ja riittävä osaaminen siellä työvuoroissa”	Työvuorosuunnittelussa huomioidaan tarvittavat ammattiryhmät ja riittävä osaaminen	Osaamisen varmistaminen työvuorosuunnittelussa	Resurssien riittävyys ja saatavuus	
“henkilökunta tulee mulle kertomaan toki sen aina, että nyt on hoitoista porukkaa, että nyt me tarvitaan apua tuonne ja silloin tietysti lähdetään katsomaan sitä lisäapua esimerkiksi respasta.”	Henkilökunta ilmoittaa avuntarpeesta ja siihen reagoidaan	Avun tarpeeseen reagoiminen	Kommunikaation ja yhteistyön merkitys	
“Semmoinen avoimuus, kommunikointi henkilökunnan kanssa, että he uskaltaa tulla sanomaan ja he tietää että sillä on vaikutusta sitten kun he tulee myös kertomaan niin silloin asia hoidetaan ja kyllä he myös sanoo sitten että nyt on tilanne se, että me ei tarvita”	Avoin kommunikointi rohkaisee hoitajia tuomaan tarpeensa esiin.	Avoin kommunikointi edistää yhteistyötä	Kommunikaation ja yhteistyön merkitys	
“Työvuorolistallisesti mun täytyy tietysti huolehtia, että aina on resurssi kunnossa	Työvuorosuunnitteluvaiheessa resurssit katsottava kuntoon	Työvuorosuunnittelun merkitys resurssoinnissa	Resurssien riittävyys ja saatavuus	

suunnitteluvaiheessa jo”				
“hoitajien tulee saada se suu auki, että nyt meillä on tilanne paha että he ei tästä nyt selviä. Ja se on hyvä asia, että se tuodaan esille”	Hoitajien tulee kertoa esihenkilölle osaston kuormituksesta	Hoitajien ja esihenkilön välisen kommunikaation toimivuus	Kommunikaation ja yhteistyön merkitys	
“kun tilanne tulee yhtäkkiä eteen, niin se työllistää enemmän kuin se, että jos olisi esimerkiksi etukäteen pystynyt johonkin tilanteeseen varautumaan tai sitten resursseilla olisi pystynyt ottamaan huomioon jotakin tulevia kuormituksia.”	Äkilliset tilanteet työllistävät enemmän kuin etukäteen tiedossa olleet tilanteet, joihin pystyy varautumaan	Äkilliset tilanteet kuormittavat enemmän kuin ennakoidut	Ennakoinnin haasteet	
“äkilliset sairauspoissaolot, jos ei ole saatavilla paikkaajaa.”	Sairaspoissaolot vaikeuttavat työn organisointia	Sairaspoissaolot	Resurssien riittävyys ja saatavuus	
“suurin osa työajasta menee siihen resurssien haalimiseen.”	Työaikaa kuluu resurssien hankkimiseen	Resurssien hankkiminen vie esihenkilön työaikaa	Resurssien riittävyys ja saatavuus	
“Ennakoimattomuus haastaa, se on enemmän semmoista tosiaan tulipalojen sammuttamista, kuin sitä suunnitelmallista toimintaa.”	Ennakoimattomuus, toiminta on enemmän reagoimista, kun suunnitelmallista	Ennakoimattomuus vaikeuttaa suunnitelmallista toimintaa	Ennakoinnin haasteet	
“yövuoro on yleensäkin haaste jos yövuorosta on joku pois”	Yövuoro haasteena, jos poissaoloja	Poissaolot haasteena	Resurssien riittävyys ja saatavuus	

Miten lähiesihenkilöiden ja hoitohenkilökunnan mielestä osastojen toimintatapoja ja osastojen välistä yhteistyötä voitaisiin kehittää potilaiden hoitoisuus huomioiden?

Miten lähiesihenkilöiden mielestä osastojen toimintatapoja voitaisiin kehittää potilaiden hoitoisuus huomioiden?

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
----------------------	---------------------	-----------	-----------	-----------

"Enemmän apuvälineiden hyödyntämistä, kinestetiikan käyttöä ja koulutusta."	Apuvälineiden, kinestetiikan ja koulutuksen lisääminen	Apuvälineiden käytön lisääminen Hoitohenkilöstön osaamisen kehittäminen	Työntekijöiden osaamisen kehittäminen Työntekijöiden osaamisen kehittäminen	Tekijöitä, joilla lähesihenkilöiden mielestä voitaisiin kehittää osastojen toimintatapoja potilaiden hoitoisuus huomioiden
"Pitäisi suunnitella jonkinlaista saplunaa, jolla voisi ennakoita esimerkiksi työnjakoa yhtä moduulia kuormittavissa tilanteissa."	Kuormittaviin tilanteisiin ennakoivan työnjakomallin suunnittelu	Työn organisoinnin selkeyttäminen	Työn organisoinnin kehittäminen	
"Ohjeita pitäisi selkiyttää ja tuoda kaikkien tietoon ne rajat, milloin saa soittaa lisäapua, jos vaikka potilaat on niin hoitoisia."	Selkeät ohjeet lisäavun käyttämiseen	Ohjeistuksien ja toimintakäytäntöjen selkeyttäminen	Työn organisoinnin kehittäminen	
"Kaikkien pitäisi tehdä kaikkia töitä, niin se, että saa tehdä erilaisia töitä niin se myös lisää mielenkiintoa ja jaksamista siinä työssä."	Monipuolinen työtehtävien vaihtelu lisää työssä jaksamista	Työssä jaksamisen tukeminen työtehtävien suunnittelulla Osaamisen kehittäminen työtehtävien laajentamisella	Työhyvinvoinnin tukeminen Työntekijöiden osaamisen kehittäminen	
"Pyritään pääsemään irti vanhoista totutuista toiminta ja ajattelu tavoista, hoitotoimia voidaan tehdä eri aikoihin."	Vanhoista toimintatavoista luopuminen ja uusien ajattelutapojen omaksuminen	Joustavampi työkulttuuri	Työhyvinvoinnin tukeminen	
"Työvuorojen uudelleen suunnittelua ja huomiointia, että mihinkellonaikaan sitä hoitohenkilökuntaa tarvitaan enemmän. Pitää pystyä joustamaan päivärytmistä."	Osaston tarpeiden mukaiset joustavat työvuorosuunnitelmat ja jousto päivärytmistä	Joustavan työvuorosuunnittelun kehittäminen Päivärytmin joustavuus	Työn organisoinnin kehittäminen	

Miten mielestäsi oman osastosi toimintatapoja voitaisiin kehittää potilaiden hoitoisuus huomioiden?

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
"On myös tärkeää toimintatapoja miettiessä kuunnella hoitohenkilökuntaa."	Hoitohenkilökunnan kuunteleminen toimintaa uudistettaessa	Hoitohenkilökunnan osallistuminen toiminnan kehittämiseen	Tiedonkulun ja viestinnän parantaminen	Tekijöitä, joilla hoitajien mielestä voitaisiin kehittää oman osaston

				toimintatapoja potilaiden hoitoi- suus huomioiden
“Hoitoisuus olisi suurin piirtein samanmoista moduulien välillä. Auttaa toisia modulin hoitajia, jos itsellä helpompaa.”	Hoitoisuuden tasainen jakautuminen ja avunanto	Tasapuolinen potilaiden jako  Auttamiskulttuurin kehittäminen	Työprosessien ja työnjaon kehittäminen  Tiedonkulun ja viestinnän parantaminen	
“Voitaisiin siirtyä yksilövastuiseen työntekoon tai parityöskentelyyn, vähemmän potilaita/hoitaja helpottaisi työtaakkaa ja vähentäisi stressitasoja. Olisi aikaa enemmän potilaille.”	Yksilövastuiseen työntekoon tai parityöskentelyyn siirtyminen lisäisi potilaalle annettavaa aikaa ja helpottaisi hoitajien työkuormitusta	Työnjakomallin muuttaminen helpottamaan hoitajien työkuormaa	Toiseen työnjakomalliin siirtyminen	
“Silloin, kun suuri hoitoisuusaste potilaissa, olisi hyvä, että olisi riittävästi hoitajia, jotta hoito voitaisiin taata hyväksi ja kattavaksi ja vaikuttavaksi. Hiljaiset potilaat jäävät äänekkäiden ja kipeiden alle.”	Korkean hoitoisuuden tilanteissa tulee turvata riittävä hoitajamitoitus, jotta potilaiden hoito olisi laadukasta	Poikkeustilanteissa turvattava riittävä hoitajamitoitus laadun varmistamiseksi	Työvuorosuunnittelun kehittäminen	
“Kiertävän ja lääkehoitajan töiden jakaminen tasaisesti. Tällä hetkellä lääkehoitaja on ylityöllistetty. Kiertävä hoitaja voisi auttaa lääkehoitajaa enemmän.”	Kiertävän ja lääkehoitajan työnjakoa tulisi tarkastella ja kuormitusta tasata	Työnjaon tarkastelu	Työprosessien ja työnjaon kehittäminen	
“Paljon hoitoa vaativat potilaat pitäisi jakaa moduulien kesken tasaisemmin. Esihenkilöiden ja potkoon olisi hyvä kiertää aamulla moduulit läpi ja tutustua potilasmateriaaliin niin mahdollinen avuntarve sekä uusien paljon hoitoa vaativien potilaiden sijoittelu menisi tasapuolisemmin.”	Hoitoisuuden tasainen jakautuminen moduulien kesken  Esihenkilöiden ja potilaskoordinaattorin tulisi tuntea potilasmateriaali potilaiden sijoittelun ja työn organisoimiseksi	Hoitoisuuden tasainen jakautuminen  Esihenkilön ja potilaskoordinaattorin oltava tilanteen tasalla	Työprosessien ja työnjaon kehittäminen  Esihenkilön osallistuminen hoitotyön arkeen	
“Tasaisesti esim.vuodepotilaiden sijoittelu eri moduuleihin. Pilkotaan sh/lh työpariksi 6 potilasta, hoitavat kierron, lääkkeet ja perushoidon. Molemmat osallistuvat hoitotyöhön. Kokeilujakso, toimiiko.”	Vuodepotilaiden tasainen jakautuminen moduulien kesken.  Parityöskentelymallin kokeilu osastolla.	Hoitoisuuden tasainen jakautuminen  Uuden työnjakomallin kokeileminen	Työprosessien ja työnjaon kehittäminen  Toiseen työnjakomalliin siirtyminen	

“Toivon, että esihenkilöt osallistuisivat enemmän osaston päivittäiseen toimintaan, että heitä näkisi enemmän ja että he tietäisivät, mitä osastolla oikeasti tapahtuu.”	Esihenkilöiden osallistuminen enemmän osaston päivittäiseen toimintaan ja tilanteen tasalla olo	Esihenkilöiden osallistuminen päivittäiseen toimintaan  Esihenkilöt tilanteen tasalla	Esihenkilön osallistuminen hoitotyön arkeen	
“Moduulien keskinäisen avunannon esilläpitämisellä.”	Avun antamisen esillä pitäminen	Avoin keskustelukulttuuri	Tiedonkulun ja viestinnän parantaminen	
“Työvoiman lisääminen on tärkeää silloin, kun potilaiden hoitoisuus on suurta osastolla. Tähän ollaan tuki pyrittykin nykyään osastolla, mikä on hieno juttu. Eettinen stressi vähenee, kun töiden jälkeen on tunne, että jokaiselle potilaalle on ollut riittävästi aikaa.”	Työvoiman lisääminen hoitoisuuden mukaan vähentää eettistä työkuormaa	Riittävä resurssointi vähentää työkuormaa	Työvuorosuunnittelun kehittäminen	
“Osaston vanhoja toimintatapoja muutettiin vastaamaan keskussairaalan tapoja ("helpompaa sijaisille, yhtenäiset tavat"), mutta esh:n yhdistyttyä pt:n tiloihin esh:n hoitajat eivät kuitenkaan toimi yhtenäisillä tavoilla.”	Yhteneväiset toimintatavat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitajille toimittaessa yhteisissä tiloissa	Yhteisten pelisääntöjen noudattaminen	Yhteistyön ja moniammatillisuuden vahvistaminen	
“- Jos sama hoitaja olisi useamman päivän kierrolla peräkkäin niin pääsisi asioihin paremmin kiinni ja se palvelisi niin hoitajia, lääkäreitä ja potilasta -myös lääkkeenjakkajan työvuoroa voisi kehittää, Jos lääkkeenjakkaja tulisi myöhemmin töihin ja jakaisi vaikkapa seuraavan päivän lääkkeet olisi vähemmän päällekkäistä työntekoa -fysioterapeutin joka viikottaiset käynnit, tällä hetkellä fysioterapeutti käy ehkä kerran vuodessa pyydettyinä, tarvetta olisi”	Työnjatkuvuuden turvaaminen palvelisi kaikkia tahoja  Lääkkeenjakkajan toimenkuvan kehittäminen ja työvuoron tarkastelu vähentäisi päällekkäistä työntekoa  Fysioterapeutin viikottaiset käynnit	Työnjatkuvuuden turvaaminen  Toimenkuvien ja työvuorojen tarkastelu  Päällekkäisen työntöön vähentäminen  Fysioterapeutin hyödyntäminen	Työprosessien ja työnjaon kehittäminen  Työprosessien ja työnjaon kehittäminen  Työprosessien ja työnjaon kehittäminen  Yhteistyön ja moniammatillisuuden vahvistaminen	
“Muuttaisin moduulit pienemmiksi. Moduulissa olisi aina sairaanhoitaja-lähihoitaja-työpari, joka vastaisi kokonaisuudessaan oman moduulin potilaiden hoidosta. Poistettaisiin siis erikseen toimivat lääkehoitaja,	Moduulijako pienemmäksi ja siirtyminen kokonaisvaltaisempaan sairaanhoitaja-lähihoitaja työparityöskentelyyn, tämä	Uuteen työnjakomalliin siirtyminen  Lääkärinkierrojen sujuvoittaminen	Toiseen työnjakomalliin siirtyminen  Yhteistyön ja moniammatillisuuden vahvistaminen	

kotiutushoitaja, kiertohoitaja, käytävähoidaja ym termistöt. Työparilla olisi kokonaisvaltainen näkemys potilaiden voinnista ja toimintakyvystä. Lääkärinkierrot jouhevammiksi.”	jouhevoittaisi myös lääkärinkierroja			
“Mielestäni lääkärinkierrot alkaa liian myöhään ja venyy turhan pitkäksi, voisi kiertää nopeampaa niin jäisi muulle aikaa enemmän. Mielestäni olisi erittäin tärkeää, että potkoo- viikkoina iltavuoroissa olisi ylimääräinen hoitaja, joka pystyy ottaa potkoo-puhe- limen huolehtiakseen.”	Lääkärinkierrojen pitäisi alkaa aikaisemmin, näin jäisi aikaa enemmän muulle työlle  Potilaskoordinaattori viikkoina iltavuoroissa tulisi olla ylimääräinen hoitaja vähentämässä kuormitusta	Lääkärinkierrojen parempi aikatauluttaminen  Potilaskoordinaattoriviikkojen huomioiminen resurssoinnissa	Työprosessien ja työnjaon kehittäminen  Työprosessien ja työnjaon kehittäminen	
“Mun mielestä voitaisiin kehittää moniammatillista toimintaa. Esim. Ft:t voisivat osallistua hoitoisien potilaiden aamutoimiin. Toivoisin myös, että ammattirajoja ns “himmennetään” eli että ei olisi niin tarkkoja rajoja esim. Lääkärien, hoitajien, laitoshuoltajien yms. välillä, vaan että kaikki tulisi hyvin toimeen ja sujuisi.”	Moniammatillista toimintaa tulisi kehittää ja ammattiryhmien välisiä rajoja tulisi madaltaa, jotta yhteistyö sujuisi paremmin	Moniammatillisuuden kehittäminen  Yhteistyön sujuvoittaminen	Yhteistyön ja moniammatillisuuden vahvistaminen	
“Hoitoisuusluokitus voisi helpottaa asiakasta vastaanottavaa osastoa, sijoittamaan asiakkaita osaston paikoille. Niin että hoitohenkilöstön työn kuormittavuutta pystyttäisiin resursoimaan. Sekä asiakkaan tarvitseman avun ja tuen tarvetta pystyttäisiin huomioimaan työssä nopeammin.”	Hoitoisuusluokitusta voisi hyödyntää potilaiden sijoittelussa osastolla ja tällä tavoin kohdentaa resurssit oikein ja seuraamaan potilaan avun ja tuen tarvetta	Hoitoisuusluokituksen hyödyntäminen osaston toiminnassa	Työprosessien ja työnjaon kehittäminen	
“Sairaanhoitajien työpanosta "kentällä" kaivataan enemmän, töiden jakamista keskenään yli "titteliin", koska on paljon sellaisia töitä jotka myös lh pystysi suorittamaan ja päinvastoin.”	Sairaanhoitajien osallistuttava enemmän kenttätöihin ja häilyttävä ammattiryhmien välisiä rajoja työnjaossa	Töiden jakamista yli ammattiryhmärajojen tulisi lisätä  Laajennetaan lähihoitajien tehtäväkenttää	Työprosessien ja työnjaon kehittäminen  Työprosessien ja työnjaon kehittäminen	
“Potilaiden hoitoisuus pitäisi huomioida potilaspaikkojen määrässä tarkemmin.	Hoitoisuus on huomioitava potilaspaikkojen määrässä	Potilasmäärän huomioiminen työkuormituksen mukaan	Työprosessien ja työnjaon kehittäminen	

Voisi ottaa ns väliuoron käyttöön aamu- ja iltavuoron väliin, ruuhka-aikaa helpottamaan esim. klo 10 -17(18)	Ruuhkahuippuja helpottamaan väliuoron käyttöönotto	Työvuorojen uudelleen organisointi	Työvuorosuunnittelun kehittäminen	
“Potilaita voitaisiin siirtää moduulien kesken, jos toisessa moduulissa on kovasti hoitoa vaativia potilaita”	Paljon hoitoa vaativien potilaiden sijoittelu eri moduuleihin	Työkuormituksen huomioiminen potilaiden sijoittelussa	Työprosessien ja työnjaon kehittäminen	
“Osastolla tulisi huomioida haavanhoitoa tarvitvat potilaat ettei ne ole kaikki samassa moduulissa. Myös työntekijän pystyvyys ja osaaminen vuorossa pitää huomioida.”	Haavapotilaiden sijoittelu eri moduuleihin  Osaamisen ja pätevyyden huomioiminen eri vuoroissa	Haavapotilaiden kuormittavuuden huomioiminen  Osaamisen huomioiminen työvuorosuunnittelussa	Työprosessien ja työnjaon kehittäminen  Työvuorosuunnittelun kehittäminen	
“Potilaan saapuessa osastolle pitäisi kartoittaa moduulien hoitoisuutta, onko mahdollista sijoittaa raskaasti hoidettavia potilaita tasaisesti moduuleihin. Avun anto- ja pyytäminen yli moduulirajojen. Passari aamu- sekä iltavuoroon.”	Moduulien hoitoisuuden huomioiminen potilaiden sijoittelussa  Avun antaminen ja pyytäminen  Lisäapua työvuoroon	Potilaiden sijoittelussa huomioitava tasapuolisuus  Avoin keskustelukulttuuri  Resurssoinnin lisääminen tarpeen mukaan	Työprosessien ja työnjaon kehittäminen  Tiedonkulun ja viestinnän parantaminen  Työvuorosuunnittelun kehittäminen	

Miten lähiesihenkilöiden mielestä osastojen välistä yhteistyötä voitaisiin kehittää potilaiden hoitoisuus huomioiden?

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
”Hankalissa tilanteissa pohdittaisiin yhteistyössä osastojen välillä potilaan oikeaa hoitopaikkaa.”	Yhteistyö tarpeen mukaan potilaan hoitopaikan määrittelyssä	Yhteistyön huomioiminen	Osastojen välinen joustava työskentely	Tekijöitä, joilla lähiesihenkilöiden mielestä voitaisiin kehittää osastojen välistä yhteistyötä potilaiden hoitoisuus huomioiden
”Pitäisi olla osastojen välistä työnkiertoa, että olisi tuttu paikka, että voisi sitten hätätapauksessa käydä auttamassa toisia osastoja.”	Osastojen välinen työnkierto tukemaan avun antamista	Työnkierron lisääminen	Osastojen välinen joustava työskentely	
”Lisää avointa keskustelua hoitajien välillä, sekä osastojen että yksittäisten hoitajien.”	Avoin keskustelu hoitajien ja osastojen välillä	Avoimen viestinnän edistäminen	Toiminnan läpinäkyvyys	

"Pitäisi luoda sitä ajatusta ja se kuva siitä, että me tehdään yhdessä töitä, että me ollaan kaikki samassa veneessä, toiminta olisi tavallaan mustavalkoista, avointa ja kaikkien tiedossa tietyt raamit."	Yhteneväinen työskentelyasenne ja selkeät yhteiset toimintalinjaukset	"Me-hengen" luominen  Yhteisten toimintatapojen kehittäminen	Yhteishengen vahvistaminen  Toiminnan läpinäkyvyys	
"Yhteishengen parantaminen, ei kilpailua tai vertailuja hoitoisuudesta tai kuorimituksesta, osastojen välillä."	Osastojen välisen yhteishengen parantaminen ja kilpailun vähentäminen	Yhteisöllisyyden kehittäminen  Kilpailuasetelman ja negatiivisen vertailun vähentäminen	Yhteishengen vahvistaminen	
"Harkitaan osastojen välisiä potilassiirtoja tarkemmin ja yhteistyössä osastojen kesken."	Yhteistyössä potilassiirtojen tarkempi arviointi	Potilassiirtojen suunnitelmallisuuden parantaminen	Osastojen välinen joustava työskentely	
"Käytäis kiertämissä, katsomassa ja tekemässä havaintoja ihan siitä tehdäänkö täällä sellaisia asioita mitä me voitais myöskin kokeilla tai voitais hyödyntää jotain toimivia käytäntöjä."	Hyvien käytäntöjen jakaminen ja havainnointi	Toimivien käytäntöjen jakaminen	Osastojen välinen joustava työskentely	
"Hoitohenkilökunnan siirrettävyys, siinä ei ole ihan sellaista perinnettä tämän asian suhteen, mutta se olisi tärkeää."	Hoitohenkilökunnan joustavampi siirrettävyys	Henkilökunnan siirrettävyyden mahdollistaminen	Osastojen välinen joustava työskentely	
"Yhteistyö ensinnäkin ihan lähtisi siitä, että me tunnetaan toisemme ja nähdään toisemme ja tehdään sellaisia tutustumispäiviä toisiin osastoihin."	Tutustumispäivät osastojen välillä tukemaan yhteistyötä	Osaston työntekijöiden tutustumisen edistäminen	Yhteishengen vahvistaminen	
"Työparityöskentely onnistuisi, vaikka osasto olisikin vieras, onnistuuhan se respassakin."	Työparityöskentelyn mahdollistaminen osastojen välillä	Työparimallin kehittäminen	Osastojen välinen joustava työskentely	
"Pitäisi olla pelisääntöjä myös siihen, että kun me nähdään, että jollakin osastolla hoitoisuuslukemat on merkittävät, niin silloin jopa	Yhteiset säännöt esihenkilöille avun tarjoamiseen korkean hoitoisuuden tilanteissa	Avunannon pelisääntöjen luominen esihenkilöille	Osastojen välinen joustava työskentely	

jo tarjottaisi sitä apua ja lähiesihenkilöt on tietysti ne sitten, jotka lähtee sitä tarjoamaan.”				
---	--	--	--	--

Miten mielestäsi osastojen välistä yhteistyötä voitaisiin kehittää potilaiden hoitoisuus huomioiden?

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
“Toiselta osastolta voisi tulla työnkiertoon hoitajia, jos kiinnostuneita olisi.”	Toiselta osastolta halukkaat voisivat tulla työnkiertoon	Halukkaat työnkiertoon toisille osastoille	Osastojen välinen työnkierto ja joustavuus	Tekijöitä, joilla hoitajien mielestä voitaisiin kehittää osastojen välistä yhteistyötä potilaiden hoitoisuus huomioiden
“Työnkierto olisi varmaan yksi ja jontekin pitäisi tulla muutenkin tutummiksi, että yhteistyötä voisi kehittää. Eli jotain yhteistä toimintaa? Lyhyempiä jaksoja/tutustumista?”	Työnkiertoa ja pitäisi tutustua, että yhteistyötä voisi kehittää. Yhteistä toimintaa ja lyhyitä tutustumisjaksoja	Työnkiertoa ja lyhyitä tutustumisjaksoja	Osastojen välinen työnkierto ja joustavuus	
“Mahdollista viedä lisäksi toiselle osastolle? Toki, vaatii ammattitaitoakin, että osaa havaita eri asioita akuutilla, Y1, tai A4.”	Lisäavun antaminen toisille osastoille mahdollisuuksien mukaan	Avun antaminen toisille osastoille	Hoitohenkilökunnan siirrettävyys hoitoisuuden perusteella	
“Toiselta osastolta voisi tulla apuihin tilanteen niin vaatiessa.”	Toiselta osastolta tullaan apuun tarvittaessa	Avun saaminen	Hoitohenkilökunnan siirrettävyys hoitoisuuden perusteella	
“Jos varaus tehty ylimääräisestä hoitajasta respaan, eikä omalla osastolla tarvetta, siirtyy ylimääräinen hoitaja kuormittavalle osastolle.”	Jos respasta varattu hoitaja ylimääräiseksi, siirtyy tämä kuormituksen mukaan toiselle osastolle	Kuormituksen mukaan resurssien oikein kohdentamista	Hoitohenkilökunnan siirrettävyys hoitoisuuden perusteella	
“Työnkierrot ja toisen osaston luonteeseen tutustuminen auttaa huomattavasti lisäämään ymmärrystä. Jos tietää "toisen osaston tyyppit", niin asiaton/ tarpeeton	Työnkierrot ja toisiin osastoihin tutustuminen lisäävät ymmärrystä. Ristiriidat vähenevät, kun tunnetaan paremmin.	Ymmärryksen lisääntyminen työnkierrolla ja toisiin tutustumisella	Osastojen välinen työnkierto ja joustavuus	

suunsoittaminen puhelimessa ei tule niin helposti mieleen...”				
“Työnkierrolla, yhteisillä koulutuksilla.”	Työnkierto ja yhteiset koulutukset	Työnkiertoa	Osastojen välinen työnkierto ja joustavuus	
“Tarvittaessa siirretään henkilökuntaa osastolle, missä sitä eniten juuri sillä hetkellä tarvitaan.”	Henkilökunnan siirtäminen tarpeen mukaan	Henkilökunnan siirrettävyys	Hoitohenkilökunnan siirrettävyys hoitoisuuden perusteella	
“Työn kierrolla, saisi perspektiiviä omaan työhön, kun näkisi muidenkin osastojen hyvät ja huonot puolet.”	Työkierto antaa laajemman näkökulman omaan työhön ja muiden osastojen toimintaan.	Työnkierto laajentaa näkökulmia	Osastojen välinen työnkierto ja joustavuus	
“Työnkiertoa, yhteistä toimintaa, yhteisiä koulutuksia.”	Työnkiertoa, yhteistä toimintaa, yhteisiä koulutuksia.	Työnkiertoa	Osastojen välinen työnkierto ja joustavuus	

### Liite 3. Sähköinen Webropol-kysely hoitajille

Kysely hoitohenkilökunnalle potilaiden hoitoisuuden merkityksestä hoitotyön organisoinnissa ja hoitotyön laadussa

Tämän kyselyn tavoitteena on selvittää hoitohenkilökunnan mielipiteitä potilaiden hoitoisuuden merkityksestä hoitotyön organisoinnissa ja laadussa. Vastaamalla tähän kyselyyn hyväksyt osallistumisesi opinnäytetyöhömme. Osallistuminen on vapaaehtoista.

Kyselyyn vastaaminen vie noin 10min ja kyselyyn vastataan anonyymisti. Kyselyssä on kaksi avointa kysymystä, muihin kysymyksiin vastataan valitsemalla omaa mielipidettä tai kokemusta parhaiten kuvaava kohta.

Kiitos jo etukäteen vastauksista!

Ystävällisin terveisin, Katriina Eskola ja Mia Heimovirta, SeAMK

---

1. Ammattinimike (jos olet opiskelija: valitse ammattinimike, jonka alla teet töitä)

Lähihoitaja / perushoitaja

Sairaanhoidaja / terveydenhoitaja

---

2. Yksikkö, jossa työskentelen

Y1

Y2

M3

A4

---

3. Kauanko olet työskennellyt kyseisessä yksikössä?

0–1 vuotta

2–5 vuotta

6–10 vuotta

11–15 vuotta

yli 15 vuotta

---

4. Valitse mielestäsi kuvaavin vastaus seuraaviin työn organisointiin, työnjakoon ja hoitoisuuteen liittyviin väittämiin.

(Vastausvaihtoehdot: 1=Täysin eri mieltä, 2=Melko eri mieltä, 3=En samaa enkä eri mieltä, 4=Melko samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä ja 6=En osaa sanoa)

Työt osastolla on mielestäni jaettu tasaisesti hoitohenkilökunnan kesken

Mielestäni hoitohenkilöstöresurssit ovat riittävät potilaiden hoitoisuuteen nähden

Hoitohenkilöstöresurssit ovat mielestäni kohdennettu oikein potilaiden hoitoisuus huomioiden

Mielestäni hoitotyön johtamisessa on huomioitu potilaiden hoitoisuus

Potilaiden hoitoisuus on mielestäni huomioitu hoitotyön organisoinnissa

Työn kuormitus on mielestäni huomioitu hoitotyön organisoinnissa

Mielestäni työntekijät huomioidaan yksilöinä työnjaossa

Mielestäni henkilökunta saa osallistua työn organisointiin

Mielestäni henkilökunta saa osallistua työnjakoon

Olen tyytyväinen nykyiseen työnjakomalliin (esim. moduulityöskentely, yksilövastuinen tms.)

Mielestäni hoitajien välinen työnkierto muilla osastoilla on tarpeellista

Olen itse halukas menemään työnkiertoon

Olisin valmis menemään työpariksi tai auttamaan toiselle osastolle tilanteen niin vaatiessa

Mielestäni Seinäjoen sosiaali- ja terveystieteiden lähtökotiin vuodeosastojen välinen yhteistyö on sujuvaa

---

5. Valitse mielestäsi kuvaavin vastaus seuraaviin hoitotyön laatuun ja hoitoisuuteen liittyviin väittämiin

(Vastausvaihtoehdot: 1=Täysin eri mieltä, 2=Melko eri mieltä, 3=En samaa enkä eri mieltä, 4=Melko samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä ja 6=En osaa sanoa)

Mielestäni potilaat saavat osastolla laadukasta hoitoa

Mielestäni hoitotyö osastolla on potilaslähtöistä

Mielestäni potilaan hoitoisuudella on merkitystä potilaskeskeisyyden toteutumisessa

Potilaan hoito suunnitellaan yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa

Mielestäni potilaat saavat osastolla yhdenvertaista hoitoa hoitoisuudesta riippumatta

Mielestäni potilaita ei syrjitä hoitoisuuden perusteella

Mielestäni hoitajia on aina saatavilla potilaiden tarpeiden mukaisesti

Minulla on tarpeeksi aikaa potilailleni

Potilaat saavat tarvitsemansa hoidon oikeaan aikaan hoitoisuudesta riippumatta

Mielestäni hoitohenkilöstön ammattitaito ja osaaminen ovat hyvällä tasolla

Mielestäni potilasturvallisuus ei vaarannu potilaiden hoitoisuuden takia

Mielestäni laiteturvallisuus ei vaarannu potilaiden hoitoisuuden takia

Potilaiden lääketurvallisuus vaikuttaa lääkehoidon laadukkaaseen toteutumiseen

Potilaiden hoitoisuus ei vaikeuta tiedonkulkua

Mielestäni potilaiden hoito on vaikuttavaa potilaiden hoitoisuudesta riippumatta

---

6. Miten mielestäsi oman osastosi toimintatapoja voitaisiin kehittää potilaiden hoitoisuus huomioiden?

---

7. Miten mielestäsi osastojen välistä yhteistyötä voitaisiin kehittää potilaiden hoitoisuus huomioiden?