

Työpaikkaan sitoutuminen sairaanhoitajilla psykiatrisessa
sairaalassa

Mireille Tarkiainen

Opinnäytetyö

Savonia ammattikorkeakoulu, Ylempi terveysalan tutkinto,
kehittäminen ja johtaminen / Sinikka Tuomikorpi

3.3.2010

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kuopio

OPINNÄYTETYÖ

Tiivistelmä

Koulutusohjelma: Terveysala, ylempi tutkinto	
Suuntautumisvaihtoehto: Johtaminen ja kehittäminen	
Työn tekijä(t): Mireille Tarkiainen	
Työn nimi: Työpaikkaan sitoutuminen sairaanhoitajilla psykiatrisessa sairaalassa	
Päiväys: 3.3.2010	Sivumäärä / liitteet: 126 / 3
Ohjaajat: Sinikka Tuomikorpi	
Työyksikkö/projekti:	
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaista oli työskennellä sairaanhoitajana psykiatrisessa sairaalassa ja mitkä tekijät saivat sairaanhoitajat irtisanoutumaan vakituisesta virastaan. Tutkimuksen tarkoitus oli myös kehittää sairaanhoitajan toimenkuvaa tutkitussa työympäristössä. Hoitohenkilöstön työpaikkaan sitoutumista on Suomessa ja kansainvälisesti tutkittu jonkin verran mutta pelkästään psykiatrian alalla työpaikkaan sitoutumista ei ole tarkasteltu. Psykiatrisen alan vetovoimaisuudesta työpaikkana ollaankin oltu huolissaan (STM 2004) ja työvoiman eläköityminen tuo lisää haasteita löytää motivoitunutta työvoimaa psykiatriin työpaikkoihin.</p> <p>Tutkimusjoukon muodostivat yksitoista sairaanhoitajaa, jotka olivat irtisanoutuneet vakituisesta työpaikastaan psykiatrisesta sairaalasta. Tutkimus on laadullinen aineistolähtöinen kvalitatiivinen tutkimus ja sen aineisto kerättiin haastattelemalla.</p> <p>Sairaanhoitajan työ psykiatrisessa sairaalassa koettiin hyvin säännöin ja ohjein kontrolloituna sekä päivittäinen työskentely rutiineihin pohjautuvana. Useat johtamiseen liittyvät tekijät vaikuttivat sairaanhoitajien työhön sekä työn tekemiseen ja ammatilliseen kehittymiseen sairaalassa. Työssä koettu autonomia oli vähäistä. Työyhteisöt ja ilmapiiri osastotasolla koettiin hyviksi.</p> <p>Sairaanhoitajien ammatilliset valmiudet tehdä työtä psykiatrista työtä koettiin hukkaan meneviksi ja työssä koettiin passivoitumista ja työmotivaation katoamista. Sairaanhoitajan toimenkuvan toteuttaminen koettiin myös tutkimusorganisaation kulttuuritekijöistä johtuen hankalana. Työpaikassa koetut positiiviset tekijät (koulutusmyönteisyys, osastotason hyvä ilmapiiri, osittain positiivinen lähiesimies työ) eivät riittäneet sitouttamaan työpaikkaan. Johtamiseen ja johtamisen menetelmiin koettiin tyytymättömyyttä, työssä koettiin saadun heikkoa arvostusta ja palkitsevuutta. Tutkimustuloksien kokonaisuus heijastui kokonaisuudessaan ongelmappainotteisena koska haastateltavat olivat irtisanoutuneita. Autonomiia lisäämällä, työn organisointia ja työpaikan johtamismenetelmiä uudistamalla voidaan sitouttaa sairaanhoitajia paremmin organisaatioon.</p>	
Avainsanat: psykiatrisen sairaanhoito, sairaanhoitaja, työpaikkaan sitoutuminen	
Julkinen:	Salainen:

SAVONIA POLYTECHNIC**School Health Professions, Kuopio****THESIS**

Abstract

Degree Programme: Master program for health care	
Option: Leadership, management and development	
Authors: Mireille Tarkiainen	
Title of thesis: Nurses commitment to the organization in psychiatric hospital	
Date: 3.3.2010	Pages / appendices:126 / 3
Supervisor: Sinikka Tuomikorpi	
Contact persons:	
Abstract:	
<p>The purpose of this study was to investigate nurses' working experience and what were their reasons to leave the permanent jobs in psychiatric hospital. The other aim was to develop nurses role in working environment. Health care professions commitment to the organization has been a little investigated in Finland and in other countries. The commitment to the organization in psychiatric care haven't been enough investigated. Ministry of social affairs and health (2004) has been worried about working attraction in psychiatric field. Work force retirement is also one of the reasons to find motivated nursing staff for the organizations.</p> <p>There were eleven nurses in the target group. They were quit their permanent jobs in psychiatric hospital. The study is qualitative research based on material experience and interviewing's.</p> <p>The nurses work in psychiatric hospital was under control of rules and orders. Basic work was made by daily routines. Many factors of management related on nurses' work, working environment and their occupational development in psychiatric hospital. Working autonomy was too little. Sense of community felt supportive in working place.</p> <p>The nurses felt that their own abilities and working motivation in psychiatric nursing have been wasted, what made them passive. Cultural factors of organization also made nurses role and working difficult to carry out. Positive factors (favourable atmosphere of qualification, sense of community, partly positive superiors work) weren't enough to made commitment to the organization. Nurses were dissatisfied in management and it's methods. They felt that their work was weakly appreciated and rewarded. The results of the study were problematic because the data was based on notice's employee's interviews. The nurses commitment to the organization could be done more effective by increasing autonomy, improving work organize and methods of management.</p>	
Key words: psychiatric nursing, nurse, organizational commitment	
Public:	Secure:

Sisältö

Tiivistelmä.....	2
Abstract.....	3
Sisältösivu.....	4
1 Johdanto.....	5
2 Psykiatrinen sairaala toimintaympäristönä.....	9
3 Sairaanhoidajan toimenkuva psykiatrisessa sairaalassa.....	12
4 Johtaminen ja sen merkitys työpaikkaan sitoutumiselle.....	24
5 Työpaikkaan sitoutumiseen vaikuttavat tekijät hoitotyöntekijöillä.....	39
6 Tutkimustehtävät.....	46
6.1 Tutkimukselliset menetelmät.....	46
6.2 Tutkimusympäristön kuvaus.....	47
6.3 Tutkimusaineiston hankinta.....	53
6.4 Tutkimusaineiston analyysi.....	54
7 Tutkimustulokset.....	58
7.1 Toimenkuva.....	60
7.2 Johtamiskulttuuri.....	64
7.3 Kehittymismahdollisuudet.....	74
7.4 Sairaanhoidajan työn kehittäminen Niuvanniemen sairaalassa.....	79
8 Pohdinta.....	88
8.1 Tutkimustulosten tarkastelua.....	88
8.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	104
8.3 Ehdotukset jatkotutkimus aiheiksi.....	111
Lähteet.....	112
Liitteet.....	127
Liite 1: Tutkimushaastattelulomake.....	127
Liite 2: Tutkimustiivistelmiä.....	128
Liite 3: Sairaanhoidajan toimenkuva –tutkimusorganisaatiossa.....	134

1 Johdanto

Terveysthuollon työvoiman tulevaisuus ja liikkuvuus

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalta on tulevaisuudessa poistumassa eläköitymisen myötä suuri määrä työntekijöitä, joka tuo suureen haasteen koko alalle ja yhteiskunnalle. Eläkepoistuma on sosiaali- ja terveysalalla kaikkiaan 53 % vuonna 2008–2025 ja sen huippu sijoittunee noin vuoteen 2013 (Kinnunen ym. 2009). Työelämän ja yhteiskunnallisen tilanteen muutos on vaikuttanut useaan alaan kiristyneellä työtahdilla, lomauttamisilla, työntekijöiden kokemilla työhyvinvoinnin heikkenemisellä sekä koventuneilla työnantajan vaatimuksilla työntekijää kohtaan. Työn ja yhteiskunnan muutos on myös muuttanut ihmisten suhtautumista työhön. Työn merkitys on edelleen tärkeä mutta myös muut arvot, kuten perhe ja vapaa-aika nousevat ihmisten elämässä tärkeiksi, jopa työtä tärkeämmäksi. (Metsämuuronen 2000a).

Jokaisen työpaikan yhtenä tärkeimmistä voimavaroista toimii hyvinvoiva, pysyvä ja pätevä henkilöstö. Terveysthuoltoala näyttäisi kuitenkin tulevaisuudessa olevan muutoksen edessä suurien ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle viedessään mukaan paljon tietoa ja taitoa ammatistaan. Työelämän kehittämisen, kouluttamisen ja henkilöstön voimavarojen hallinnan lisäksi monissa työpaikoissa on myös omia sille ominaisia haasteita, joita työnantaja joutuu ratkaisemaan. Eläköitymisen lisäksi sosiaali- ja terveysalalle ominaisten ”pätätöiden” suuri määrä (Metsämuuronen 2000a) ja työpaikkojen epätasainen tarjonta alueittain (Metsämuuronen 2000a; Stordeur, D’Hoore & the NEXT-study group. 2005) lisää työntekijöiden liikkuvuutta.

Työelämän laadusta

Työ- ja elinkeinoministeriön työolobarometri on suomalaisten työelämän laadusta ja sen muutoksista tehty pitkäaikainen kysely, jota on julkaistu jo vuodesta 1992 lähtien. Työolobarometrillä saadaan tietoa työelämän laadusta tavallisen palkansaajan näkökulmasta. Kyselyssä tietoja voidaan katsoa yleisesti tai sektoreittain, joita ovat teollisuus, yksityiset palvelut, kuntasektori sekä valtio. Työolobarometrissä työelämän kokonaislaatua mitataan useilla indikaattoreilla, joista lasketaan yhdistetty arvosana. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2009).

Työolobarometrin indikaattoreita tarkasteltaessa huomaa, että tasapuolinen kohtelu on saanut huonoimman arvion siitäkin huolimatta, että se on aikaisempaa mittausvuotta parempi. Osatekijöistä myös työpaikan varmuus on kehittynyt negatiiviseen suuntaan. Lisäksi työpaikkakiusaamisen on havaittu olevan kansainvälisestäkin verrattuna Suomessa hyvin yleistä, joten siihen on työolobarometrissä perehdytty useilla kysymyksillä. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2009).

Työelämän laadun eri ulottuvuuksien keskiarvot sektoreittain vuonna 2007 ja 2008

Sektori	Varmuus		Tasapuolisuus		Kannustavuus		Voimavarat	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Teollisuus	8,73	8,44	7,73	7,57	7,76	7,66	7,69	7,87
Yksityiset palvelut	9,03	8,91	7,66	7,87	7,73	7,91	7,79	7,95
Valtio	9,05	8,92	7,32	7,37	8,01	7,83	7,87	7,82
Kunnat	9,01	9,01	7,34	7,52	7,76	7,85	7,20	7,47

Muutossuunta työelämän laadussa näyttää selvästi kielteisemmältä palkansaajien näkökulmasta. Työn mielekkyys, tietojen saanti työpaikan asioista ja johtamistavat ovat saaneet palkansaajilta hyvin negatiiviset arviot. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2009).

Työ- ja terveys -haastattelu on myös laajapohjainen tutkimus, joka toteutetaan kolmen vuoden välein. Nyt haastattelu oli suoritettu vuonna

2006. Tutkimustulokset antavat paljon tietoa työhön ja terveyteen liittyvistä asioista myös eri sektoreittain ja työolojen mukaan jaoteltuina. Palkansaajat ilmoittivat, että mahdollisuudet vaikuttaa itseä koskeviin asioihin ja töiden järjestykseen ovat vähentyneet aiemmista työvuosista. Sosiaali- ja terveysalalla työmäärään vaikuttaminen on edelleen vähäistä, mutta parantunut edellisestä kyselyvuodesta. Työtovereiden välit koettiin hyväksi. Kokemukset esimiehen oikeudenmukaisuudesta ja tasapuolisuudesta ovat lisääntyneet vuodesta 2003 kaikilla palkansaaja ryhmillä yhteisesti mitattuna, sektoreittain eroja kuitenkin on. Yleisesti ottaen työtyytyväisyys on heikentynyt vuosista 1997–2003. (Perkiö-Mäkelä ym.2006, 91-158)

Työ- ja terveystutkimuksen sekä palkansaajien työolobarometrin mukaan johtamisen ja työorganisaatioiden tilanteesta Suomessa voidaan tehdä joitain tulkintoja. Työn mielekkyyden koetaan heikentyneen, työtyytyväisyyden vähentyneen, johtamistapoihin ollaan tyytymättömiä ja itseä koskeviin asioihin työelämässä on vähemmän vaikutusmahdollisuuksia. Työelämän tahti on kiireistä ja usein työmäärä kasvanut, myös pelko työpaikan menetyksestä on lisääntynyt. (Perkiö-Mäkelä ym. 2006; Työturvallisuuskeskus 2009; Työ- ja elinkeinoministeriö 2009; Vahtera, Kivimäki & Virtanen (toim.) 2002).

Tulevaisuuden haasteet sosiaali- ja terveysalalla ja psykiatrisessa työssä sekä sitoutuminen työpaikkaan

Suomalainen työelämä ja sen mielekkyys ei siis useiden mittauksien mukaan ole hyvää nykypäivän Suomessa. Useissa työorganisaatioissa byrokraattinen ja jopa nöyryyttävä johtaminen on vielä tavallista. Muuttuva työelämä ja työn vaatimukset syövät myös työn mielekkyyttä. (Räikkönen 2007, 53). Suomalainen terveydenhuolto on kuitenkin haasteiden edessä myös jatkossa. Stakesin tulevaisuusraportti ennakoi vuosittain tulevaisuuden haasteita, joita terveydenhuoltoalallekin muuttuva yhteiskunta ja globalisaatio sekä eurooppalainen yhteistyö tuo mukanaan.

Stakesin arviot tulevaisuuden haasteista terveydenhuoltoalalle ovat moninaiset. Väestörakenteen muutoksien ja sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden samanaikaisen eläköitymisen nähdään tuovan sosiaali- ja terveysalalle työn määrällisiä ongelmia lisääntyvien hoivan tarpeen ja vähenevien työntekijöiden kohdatessa. Myös kaupungistumisen, hyvinvointi erojen polarisoitumisen sekä teknologian että tietoteknologian lisääntyvän käytön terveystalveissa nähdään tuovan lisää haasteita alalle. (Doupi, Hyppönen, Hämäläinen, Kärki & Meltti 2007, 50-60).

Työelämään kohdistuu siis sosiaali- ja terveysalalla jatkuva muutos, johon on sopeuduttava. Työelämän hyvinvointiin ja johtamisen kehittämiseen onkin panostettava, jotta muutoksiin sekä niiden toteuttamiseen olisi organisaatioissa hyvinvoiva ja jaksava henkilöstö. (Metsämuuronen 2000a). Suomessa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan haasteisiin on lähdetty vastaamaan muun muassa uudistamalla kunta- ja palvelurakennetta. Kuntarakenteen uudistamiseen liittyy myös toimintatapojen kehittäminen, jota varten sosiaali- ja terveysministeriön kaste -ohjelma on laadittu. Päätoimenpidealueet ohjelmassa ovat: 1) ennaltaehkäiseminen ja varhainen puuttuminen, 2) henkilöstön riittävyyden varmistaminen ja osaamisen varmistaminen sekä 3) sosiaali- ja terveydenhuollon eheä palvelukokonaisuus ja vaikuttavat toimintamallit. (STM 2009:18).

Sosiaali- ja terveydenhuollon vetovoimaisuuteen työnantajana onkin jo pidemmän aikaa kiinnitetty huomiota (STM 2004; STM 2009; STM 2009:18). Erityisesti psykiatrisen alan vetovoimaisuudesta ollaan oltu huolissaan (STM 2004) alan asiakkaiden muuttuessa yhä moniongelmaisemmiksi ja haasteellisemmiksi (Ellillä ym. 2009, 24-25; Hilden 2002, 44; Kaakinen 2009, 33; STM 2009).

Vaikka suomalaiset sairaanhoitajat ovatkin eurooppalaisia työtovereitaan huomattavasti enemmän työpaikkaansa ja ammattiinsa sitoutuneempia (Hasselhorn, Müller, Tackenberg & NEXT-stydy group 2005; Laine 2005) verottavat työpaikkaan sitoutumista sairaanhoitajilla useat työoloihin

liittyvät tekijät (mm. Gardulf ym. 2005; Lahtinen 2007; Laine 2005; Meyer, Stanley, Herscovitch & Topolnytsky 2002; Pekkarinen ym. 2004; Stordeur ym. 2007). Sairaanhoidajien työpaikkaan sitoutumista hoitotyössä on sekä Suomessa, että kansainvälisesti tutkittu jonkin verran mutta pelkästään psykiatrisen alan työpaikkaan sitoutumista ei ole erikseen tarkasteltu. Tutkimusote on ollut myös pitkälti määrällistä tietoa tuottavaa, laadullista tutkimusta sitoutumisen alalta ei juuri ole.

Tämän työn tarkoitus on selvittää millaista on työskennellä sairaanhoidajana psykiatrisessa sairaalassa sekä mitkä tekijät vaikuttavat työpaikkaan sitoutumiseen psykiatrisessa työssä. Työssä haastatellut sairaanhoidajat olivat kaikki irtisanoutuneet työpaikastaan, joka tuo esille ongelmapainotteisemman näkökulman kuin sitoutumista työpaikkaan yleisesti tarkastelleet tutkimukset. Työ on laadullinen.

2 Psykiatrisen sairaala toimintaympäristönä

Psykiatrisen hoidon järjestelmä ja ohjaus

Psykiatrisen sairaalahoito on kulkenut pitkän taipaleen tullakseen nykyiseen muotoonsa (Hakola 2002, 9-17). Sairaaloiden ja potilaspaikkojen määrän lisäämisen sijaan tulevaisuuden visio mielenterveystyössä onkin ennalta ehkäisevän mielenterveystyön nivominen osaksi yhteiskunnan eri sektoreita. Nykyisen mielenterveystyön tavoitteita tulisikin olla tietoinen mielenterveystyön edistäminen ja ennaltaehkäisevä työskentely sekä peruspalvelujen kynnyksetön toiminta. Psykiatrisen erikoissairaanhoidolle, erityisesti laitoshoidolle, jäisi vain pieni osuus tästä työstä. (STM 2009; Wahlbeck 2007, 87-89).

Psykiatrisen hoidon kysyntä on kuitenkin lisääntynyt jatkuvasti. Kysynnän lisääntymiseen vaikuttavat ainakin yhteiskunnalliset muutokset koska

mielenterveyshäiriöiden lisääntymisestä ei Suomessa ole tutkimuksellista näyttöä. (Wahlbeck 2007, 91-92). Laitoshoitopaikkojen raju väheneminen (Hakola 2002, 17; Joukamaa 2002, 291; Wahlbeck 2007, 97), mielenterveyspalveluiden lisääntynyt kysyntä ja muutoksessa mukana pysymättömät avopalvelut ovat kuitenkin herättäneet huolen kuntien kyvystä tarjota riittäviä mielenterveyspalveluita kuntalaisille. Avohoidon resurssien riittävyyttä sekä niiden järjestämistä onkin kritisoitu riittämättömiksi ja huonosti järjestetyiksi (Wahlbeck 2007).

Mielenterveyslaissa (14.12.1990/1116) edellytetään, että mielisairauksista ja muista mielenterveyshäiriöistä sairastaville henkilöille on heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairauden tai häiriön vuoksi järjestettävä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Lain mukaan kunnan tai kuntaliiton on huolehdittava, että mielenterveyspalvelut järjestetään ja ne ovat laajuudeltaan kunnan tarpeen mukaisia. Hoito ja kuntoutus, joka sisältää kaiken yksilöihin kohdistuvan psyykkisen, sosiaalisen ja lääketieteellisen hoidon, voidaan antaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa tai erikoissairaanhoidossa. Palveluiden tulisi painottua avopalveluihin. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 9, 120-143).

Mielenterveyslain (14.12.1990/1116) lisäksi työtä ja toimintaa ohjaavat lukuisat muut lait, jotka liittyvät asiakkaan, työntekijän sekä palveluntilaajan (kunnat), että – tuottajan (sairaanhoitopiirit) toimintaan. Lainsäädäntö ohjaa myös psykiatrista laitoshoidoa useilla säädöksillä. (Noppari ym. 2007). Psykiatrista sairaalahoitoa tarvitaan, kun avohoidon keinot mielenterveyshäiriöiden hoidossa ovat riittämättömät. Sairaanhoitopiirit ovat velvollisia järjestämään sairaalahoidon, joka voi olla järjestetty esimerkiksi yliopistollisessa keskussairaalassa, keskussairaalassa tai aluesairaalassa. (Joukamaa 2002, 292; Pirkola & Sohlman (toim.) 2005, 11). Hoitajaksot sairaalassa voivat olla hyvin erimittaisia, muutaman päivän hoidoista pitkiin kuntouttaviin jaksoihin (Pirkola & Sohlman (toim.) 2005, 11).

Valtiolla on Suomessa kaksi oikeuspsykiatrista sairaalaa: Niuvanniemen sairaala ja Vanhan Vaasan sairaala (Wahlbeck 2007, 85). Valtion sairaaloissa hoidetaan rikoksen tehneitä, mutta syyntakeettomana tuomitsematta jätettyjä henkilöitä, ns. kriminaalipotilaita (Hakola 2002, 298) sekä sairaanhoitopiirien hoitoon lähettämiä vaikeahoitoisia ja vaarallisia potilaita (Niuvanniemen sairaala 2009). Lisäksi valtion tehtävänä on huolehtia psykiatrisen hoidon tuottamisesta vankeinhoidolle (Wahlbeck 2007).

Psykiatrisen sairaalahoidon elementit

Psykiatrisessa organisaatiossa perustehtävänä on potilaiden hoito, joissain sairaaloissa myös opetus ja tutkimus kuuluvat sairaalan toimintaan. Psykiatrisen työ on sekä vaativaa, että haasteellista. Potilaiden ja omaisten tuomat toiveet ja odotukset sekä hoidolliset haasteet vaativat työntekijältä ammatillista kykyä ottaa ne vastaan ja myös vastata niihin hoidollisessa vuorovaikutuksessa. Hoitotoimenpiteiden moninaisuus sekä potilaiden yksilöllisyys lisäävät osaltaan alan haasteellisuutta. (Isohanhi 2002, 309).

Hoidon sisältörakenteet ja lähestymisideologiat vaihtelevat hoitopaikoittain toimintaympäristöjen ollessa hyvin erilaisia. Psykiatrisessa mielenterveystyössä ja sairaaloissa työ tapahtuu kuitenkin yhä useammin tiimityönä. Moniammatillisen osaamisen hyödyntäminen potilaiden hoidossa tarkoittaa kaikkien eri ammattiryhmien mukaan ottamisen potilaan hoitoon. Moniammatillisen työskentelyn hyötynä on se, että eri ammattiryhmien asiantuntemus saadaan hyödynnettyä hoidossa. (Isohanhi 2002, 309-310; Vähäniemi 2008, 120).

Hoito-osastot psykiatrisissa sairaaloissa voivat olla hyvin erilaisia suljetuista eristysosastoista avoimiin viikko-osastoihin. Myös henkilökuntamäärä ja – rakenne, hoitajaksojen kesto sekä hoidon tavoitteet vaikuttavat hoidon sisältöön. Usein kuitenkin yhteistä psykiatrisille sairaalaosastoille on niiden struktuurin omainen luonne. Tätä

pyritään toteuttamaan usein viikko ja – päiväohjelmilla, joiden tarkoitus on luoda potilaiden aiemmin jopa kaoottiselle arjelle selkeää päivärytmiä. Myös omahoitajuus, yhteisöhoito, yhteisöllisyyden tukeminen, perhekeskeisyys sekä erilaiset ryhmät ovat yleisesti käytössä useissa hoitopaikoissa hoitotyön menetelminä. (Vähäniemi 2008, 109-120).

Psykiatrisessa laitoshoidossa joudutaan toisinaan turvautumaan myös pakon käyttöön. Tahdosta riippumaton hoito ja eristäminen ovat itsemääräämisoikeuden rajoittamiskeinoja, joihin potilaiden hoidossa joudutaan toisinaan käyttämään. (Karppinen 2008, 283-291). Vallankäytön ja vallan päättää toisen asioista on aina perustuttava hoidollisuuteen sekä näkökulmaan, joka edistää potilaan toipumista. Myös pakkohoidossa eli tahdosta riippumattomassa hoidossa on potilaan itsemääräämisoikeutta mahdollisuuksien mukaan pyrittävä kunnioittamaan ja tukemaan. (Punkanen 2003, 173-174).

3 Sairaanhoidajana työskentely psykiatrisessa sairaalassa

Sairaanhoidajan osaamisvaatimukset

Terveystieteidenhuollossa, työelämässä, ihmisessä ja terveydenhuollon toimintaympäristössä tapahtuvat muutokset muokkaavat hoitotyön sekä sairaanhoidajan osaamisvaatimuksia jatkuvasti. Sairaanhoidajan työn osaamisalueita ja koulutusta tai osaamisvaatimuksia onkin tarkasteltu useamman tutkijan toimesta (mm. Pelttari 1997, Nousiainen 1998, Hildén 1999). Työn muutoksen vuoksi ei voida kuitenkaan olettaa, että kaikki sairaanhoidajan osaamisvaatimuksetkaan pysyisivät samanlaisina. (Hildén 2002, 29-30; Kuokkanen 2005, 23).

Silti useat Pelttarin (1997), Nousiaisen (1998) ja Hildénin (1999) osaamisvaatimuksista – ja alueista sairaanhoidajan työssä ovat

edelleenkin paikkansa pitäviä. Edelleen sairaanhoitajan työssä ovat läsnä yhteistyö – ja päätöksenteon taidot, itsensä kehittäminen, muutoksen hallinnan taidot, monikulttuurinen osaaminen, huolenpito ja ihmisten ongelmien kokonaisvaltainen kohtaaminen.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2005) on laatinut julkaisun, johon on koottu terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeiset näkökohdat, joita tulee huomioida laadittaessa mm. sairaanhoitajan osaamisvaatimuskuvauksia. Ohjeistus pyrkii yhtenäistämään eri oppilaitoksien antamat valmiudet työelämään sekä työelämän osaamisvaatimukset. Sairanhoitajan työn edellyttämä hoitotyön osaaminen sosiaali- ja terveysministeriön mukaan kattaa seuraavat vastualueet:

- 1) Eettinen toiminta
- 2) Terveyden edistäminen
- 3) Hoitotyön päätöksenteko
- 4) Opetus ja ohjaus
- 5) Yhteistyö
- 6) Tutkimus –ja kehittämistyö sekä johtaminen
- 7) Monikulttuurinen hoitotyö
- 8) Yhteiskunnallinen toiminta
- 9) Kliininen hoitotyö
- 10) Lääkehoito

Sairanhoitajat saavat koulutuksen myötä yleispätevän osaamisen ja hoitotyön monitieteisen, hoitotieteiden peruskäsitteistä nousevan asiantuntijuuden toimia erilaisissa organisaatioissa. (STM 2005).

Sairanhoitajien osaaminen

Kuokkanen (2005, 18-23) on kartoittanut miten sairaanhoitajien tehtäviä ja osaamista on kuvattu viime vuosien aikana suomalaisessa hoitotieteen tutkimuksessa. Analyysissä on ollut mukana 12 yliopistoissa tehtyä työtä.

Tutkimusten taso on ollut hyvää ja laadukasta. Analyysin laadintaa hankaloitti käsitteiden kirjavuus sairaanhoitajan työstä ja ammatista. Yksityiskohtaista tietoa sairaanhoitajien työn sisällöstä, mitoituksesta, pätevyydestä ja työn hallinnasta sekä valtaistumisesta tutkimuksissa oli runsaasti.

Tulosten mukaan potilaiden välitön hoito vie noin kaksi kolmasosaa hoitajien työajasta. Loput työajasta kuluvat raportointiin, suunnitteluun, valmisteluun ja henkilökohtaiseen aikaan. Välittömän hoidon osaaminen arvioitiin vahvimaksi osaamisalueeksi hoitajien itsearvioinnissa. Useissa tutkimuksissa oli samansuuntainen tulos siitä, että sairaanhoitajat itse arvioivat huonoimmaksi osaamisen alueekseen suunnittelun, arvioinnin ja muutoksenhallinnan. Kuokkasen mukaan olisi hyvä, että terveydenhuollossa parannettaisiin laatujärjestelmiä, kehitettäisiin yhtenäisiä mittareita ja sekä sisäistä, että ulkoista auditointia. Myös hoitotyön tutkimuksen täytyy jatkua edelleen, etsien yhä sairaanhoitajan ydintehtävää, mieluiten yhtenäisellä mittarilla. (Kuokkanen 2005, 22-23).

Hoitotyön ydiosaaminen perustuu tietoon ihmisen fysiologisista, psyykkisistä ja sosiaalisista perustoiminnoista sekä niissä esiintyvistä ongelmista. Se on hoitotyön perusta, jolle hoitotyön sisältö potilaan iästä, sairaudesta tai hoitoympäristöstä riippumatta perustuu. Perustehtävänä hoitotyössä on potilaan/asiakkaan auttaminen, tukeminen, ohjaaminen ja opettaminen muuttuneessa elämäntilanteessa. Hoitotyön ammattilaisen tehtävänä on myös edistää sopeutumista muuttuneisiin olosuhteisiin ja itsenäiseen elämään, joita esimerkiksi sairaus tai muuttunut elämäntilanne aiheuttaa. (Lauri 2006, 99 -104).

Hoitotyön osaaminen perustuu hoitotyön ongelmanmäärittely-, päätöksenteko-, suunnittelu- ja toteutusprosessiin sekä hoidon vaikuttavuuden arviointiin. Toimintaympäristö, jossa työskennellään muokkaa käytettyjä menetelmiä, hoitomuotoja ja hoitotyön keinoja erilaisiksi. (Lauri 2006, 99 -104)

Sairaanhoitaja psykiatrisessa työssä

Psykiatrisessa hoitotyössä hoitotyön teoriat antavat sairaanhoitajalle viitekehyksen, jonka avulla hän suunnittelee, toteuttaa ja arvioi potilaan hoitoa. Hoitotyön ydin on yhteistyösuhteessa potilaan kanssa. (Linnainmaa 1999, 40-41). Sairaanhoitaja tarvitsee tietoja ja ymmärrystä mielenterveysongelmista ja -häiriöistä, taitoa niiden hoitamiseen sekä kykyä moniammatilliseen yhteistyöhön. Vuorovaikutustaidot, oman persoonallisuuden käyttö työvälineenä, dialogisuuden taito, yhteistyötaidot, osaaminen kriisi – ja päihdetyöstä sekä yhteistyö omaisten ja läheisten kanssa ovat läsnä jokapäiväisessä työssä. (Linnainmaa 1999, 28-53; Punkanen 2003).

Potilaan ja hoitajan välisen hoitosuhteen perustana on luottamus, jonka täytyy olla molemminpuolista. Hoitaja voi omalla toiminnallaan lisätä hoitosuhteen luottamuksen vahvistumista olemalla johdonmukainen, rehellinen ja luotettava. Empaattisuus on mielenterveystyössä huolenpitämistä ja välittämistä. Pelkkä kyky ymmärtää toisen kokemuksia ei riitä, vaan mielenterveystyössä kokemuksia jaetaan keskustellen. (Punkanen 2003, 173-174; Watkins 2001, 165-168).

Mielenterveystyössä toimiva hoitaja noudattaa työssään samoja hoitotyön arvoja ja periaatteita kuin muussakin hoitotyössä toimivat hoitajat. Mielenterveystyön luonteen vuoksi eettisistä seikoista erityisesti vallan käyttö, luottamus ja pakkohoito sekä siihen liittyvät toimenpiteet nousevat mielenterveystyössä esille. (Punkanen 2003, 173).

Mielenterveystyössä hoitajan persoonallisuuden lisäksi työvälineenä on luovuus. Luovuuden käyttö on voimavara, jolla uuden kehittäminen on mahdollista. Luovuus voidaan kitkeä pois rutiineilla, liiallisella itsekritiikillä, työryhmän väheksynnällä tai keskustelukulttuurin puuttumisella. (Punkanen 2003, 175-176).

Psykiatrinen sairaanhoitaja on itsenäinen toimija, joka omalla osaamisellaan auttaa potilasta useilla erilaisilla hoitotyön menetelmillä. Tarkoituksena on lievittää ja auttaa mielenterveyshäiriöistä kärsivien ongelmia sekä edistää yksilön kehitystä, kun psyykkiset häiriöt estävät sitä. Potilaiden ongelmien monimuotoisuus on kuitenkin lisääntynyt ja psyyken ongelmien lisäksi useilla potilailla on hoidettavana myös somaattisia sairauksia, joten osaamista myös tältä alalta vaaditaan. (Linnainmaa 1999, 40-41).

Psykiatrisessa hoitotyössä työskentelevien hoitotyöntekijöiden työn sisältöä ja työajan jakaantumista eri toimintoihin on tutkittu. Psykiatrisen hoitotyön toiminnot on tutkimuksessa jaettu 1) välilliseen hoitotyöhön, 2) välittömään hoitotyöhön, 3) osastokohtaiseen aikaan ja 4) henkilökohtaiseen aikaan. Välillisellä hoitotyöllä tarkoitettiin sitä, että hoitajat eivät aina olleet välittömässä kontaktissa potilaiden kanssa, mutta tehdyt toiminnot liittyivät potilaiden hoitoon. Välittömässä hoitotyössä oltiin läsnä potilaan kanssa ja osastokohtaisella ajalla tarkoitettiin asioita, jotka pitivät sisällään osaston ylläpitoon liittyviä tehtäviä. (Rissanen, Toivanen & Miettinen 2005, 19-25).

Välitön hoitotyö vei tutkimuksen mukaan psykiatrisessa hoitotyössä suurimman osan ajasta (54 %). Välittömässä työssä eniten aikaa käytettiin yhteisöllisyyteen sekä kahdenkeskeiseen vuorovaikutukseen potilaiden kanssa. Välillinen hoitotyö vei työajasta 27 %, josta eniten aikaa kului osaston sisäiseen tiedottamiseen, kirjaamiseen ja työryhmätyöskentelyyn. (Rissanen ym. 2005, 19-25).

Osastokohtaisen ajan ja henkilökohtaisen ajankäyttö oli vähäisempää. Tutkimuksessa on myös tarkasteltu eri ammattiryhmien ja aluesairaaloiden sekä yliopistosairaaloiden välisiä eroja ajankäytössä. Koulutuksen lisääntyminen näyttääkin vähentävän osallistumista välittömään hoitotyöhön. Toisaalta osastonhoitajien ja apulaisosastonhoitajien osallistuminen käytännön hoitotyöhön oli eri sairaaloissa selkeästi toisistaan poikkeavaa. Osastonhoitajat käyttivät

välittömään hoitotyöhön yliopistollisessa sairaalassa työajastaan 15 % kun taas aluesairaalassa heidän kollegansa käyttivät 34 % työaikaansa välittömään hoitotyöhön. Sukupuolen mukaan töiden jakaantumista oli jonkin verran. (Rissanen ym. 2005, 19-25).

Psykiatrisen sairaanhoitajan työtä on tutkittu melko runsaasti eri yliopistoissa ja nimenomaan opinnäytetyö – tasoisia, pro gradu – tutkielmia aiheeseen liittyen on tehty runsaasti. Näkökulmat vaihtelevat paljon, käsitellen psykiatrista hoitotyötä useilta eri alueilta. Aihealueet jakautuvat psykiatrisen potilaan ja omaisten näkökulmaan, hoidon suunnittelun ja toteutukseen, eettisiin näkökulmiin, psykiatrisen hoidon kuormittaviin tekijöihin, historialliseen tutkimukseen, tietoteknologian käyttöön hoidossa ja hoidon laatuun. Sairaanhoitajan työtä on siis tutkittu eri lähtökohdista, mutta viimeisen kymmenen vuoden aikana ei ole tehty tutkimusta Suomessa eikä kansainvälisestikään sairaanhoitajan työn kokonaisuudesta. Erityisesti siitä millaisena sairaanhoitajat itse näkevät työnsä ja tehtävänsä psykiatrisessa sairaalassa. Sairaanhoitajien työskentelyä psykiatrisessa sairaalassa onkin pitänyt tutkimuksien näkökulmasta lähestyä muun muassa sellaisten tutkimuksien avulla, jotka ovat tarkastelleet työolosuhteita psykiatrisessa työssä. Näissä tutkimuksissa on usein esitetty kysymyksiä myös työhön liittyen.

Sairaanhoitajana työskentely ja työolot psykiatrisessa sairaalassa

Työoloja sosiaali- ja terveysalalla näyttää vuosi toisensa jälkeen leimaavan lisääntyvä väkivallan uhan alla työskentely. Väkivaltaa tai uhkailua sosiaali- ja terveysalan työssä kertoo kokeneensa 23 % henkilökunnasta (Havula 2010, 36), kun taas psykiatrisella alalla työskennelleistä on uransa jossain vaiheessa kokenut väkivaltaa 55 % työntekijöistä (Pääkkönen 2003). Erityisesti oikeuspsykiatrisella alalla onkin väkivallalle altistuminen, väkivaltaiset potilaat sekä konfliktien kokeminen kliinisessä hoitoympäristössä tavallisempaa kuin yleispsykiatrian puolella (Rask & Levander 2002).

Psykiatrisessa sairaalassa työskentely on koettu vaativana, joskin työpaineet ja vaativuus korostuvat avohuollossa laitoksissa työskenteleviä enemmän (Pääkkönen 2003; Schnorr 2005). Vaativammaksi kokivat työn ne työntekijät, jotka olivat joutuneet väkivallan kohteeksi (Pääkkönen 2003). Vaativaksi ja ongelmalliseksi psykiatrisessa sairaalassa työskentelevä henkilökunta näki Syrjäpalon (2006) tutkimuksen mukaan potilasaineksen muuttumisen ja työmäärän kasvamisen resursseihin nähden. Potilasaineksen muuttuminen toi hoitoon lisää haasteita muun muassa somaattisten sairauksien ja monisairaiden potilaiden lisääntymisen myötä. Henkilöstö koki osaamisensa puutteellisena ja toivoi avohoidon kehittämistä vastaamaan hoidon tarpeita sekä jakamaan kasvavia työpaineita.

Vaikutusmahdollisuudet työpaikan päätöksentekoon arvioitiin Schnorin (2005) tutkimuksessa huonoksi ja Pääkkösen (2003) tutkimuksessa heikoksi, joka oli ympäristötekijöistä heikoimman arvioinnin saanut tekijä. Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa sairaanhoitajat olivat mielisairaanhoitajia merkittävästi tyytyväisempiä vaikutusmahdollisuuksiinsa ammatissaan. Työn mielekkyyden kannalta tutkimuksen tekijät näkivätkin tärkeänä mielisairaanhoitajien työkuvan kehittämisen. (Rask & Levander 2002).

Oman työn hallintaan liittyviä asioita on kuvattu psykiatrisessa työssä melko positiivisesti. Schnorin (2005) mukaan vastuu ja vapaus tehdä työtä itsenäisesti koettiin melko hyväksi. Vuorotyöntekijät tosin kokivat päätöksentekoon, päivittäisen työnhallintaan ja työn suunnitteluun liittyvät asiat huonompina. Syrjäpalon (2006) tutkimuksessa henkilökunta koki omiksi vahvuuksikseen vahvan ammattitaidon, osaamisen ja kokemuksen. Hoitamisen osa-alueilla varsin hyvinä pidettiin omahoitajuutta, työryhmän osaamista ja lääkehoitoon liittyviä asioita. Tutkimustulosten mukaan henkilökunnan arvoperusta, osaaminen ja ammattitaito näyttäisivät olevan kunnossa (Syrjäpalo 2006). Dickensin, Sugarmanin ja Rogersin (2005) tutkimuksessa kontrollointi säännöin ja

ohjein johdon taholta koettiin suurena. Oikeuspsykiatrian alalla kontrolloinnin tuntemukset olivat suuremmat kuin muissa yksiköissä.

Työmotivaationsa psykiatriassa työskentelevät kokevat pääsääntöisesti hyväksi, kuitenkin joitain yksittäisiä muuttujia oli, jotka vaikuttivat työmotivaatioon. Muun muassa laitoshoidossa työskentelevillä hoitajilla ja vuorotyötä tekevillä työmotivaatio oli muita heikompi. (Schnorr 2005). Psykiatrisen henkilökunnan on myös todettu olevan työhönsä sitoutunutta (Dickens ym. 2005; Syrjäpalo 2006).

Johtamistyöhön oltiin kokonaisuutena melko tyytyväisiä Schnorin (2005) ja Syrjäpalon (2006) tutkimuksessa. Syrjäpalon (2006) mukaan työryhmän johtaminen, hallinnon sekä johdon tuki ja ohjaus oli tyydyttävän tasoista mutta lähiesimiehien (osastonhoitajan ja osastonlääkärin) johtamiskyky arvioitiin hyväksi. Sairaalassa kuitenkin koettiin ongelmana lääkäreiden suuri vaihtuvuus ja osastoille toivottiin pysyvien lääkäreiden saamista. Ongelmana henkilökunta näki myös tiedottamisen vajeet. Schnorin (2005) tutkimuksessakin tiedottamisen osalta kaivattiin johtajilta eniten parannusta. Raskin ja Levanderin (2002) tutkimuksessa tulos oli päinvastainen. Informaation saamiseen oltiin erittäin tyytyväisiä, sairaanhoitajat mielisairaanhoitajia tyytyväisempiä.

Sairaanhoitajat ja mielisairaanhoitajat kokevat työskentelyn suljetulla osastoilla haasteellisena. Haglundin, von Knorringin ja von Essenin (2006) mukaan hoitajat näkivät suljetun osaston tuovan hoidolle sekä hyötyjä että haittoja. Haittapuolia koettiin kuitenkin olevan enemmän kuin hyötyjä. (Haglund ym. 2006).

Suljetulla osastolla työskentelyssä nähtiin henkilökunnan mukaan hyötyinä se, että ”lukkojen takana” voidaan taata paremmin potilaiden ja henkilökunnan turvallisuus sekä luoda hoitoon tietyt struktuurit ja turvalliset raamit. Myös ulkopuolisilta uhilta (päihteet, ei-toivotut vieraat) oltiin turvassa ja suljetut ovet toivat potilaille turvallisuuden tunnetta, esimerkiksi itsetuhoisten potilaiden kohdalla. Haittapuolina

hoitohenkilökunta näki lukuisia potilaiden hoitoon liittyviä asioita. Potilaiden ajateltiin kokevan usein olevansa vankina/rajoitettuna suljetussa ympäristössä ja suljettu ympäristö koettiin vähemmän hoidollisena. Lukitut ovet lisäsivät myös potilaiden riippuvuutta hoitajista ja niiden ajateltiin lisäävän potilaiden emotionaalisia ongelmia, turhautumista, jopa aggressioita, passivoitumista sekä hoidon vastustamista. (Haglund ym. 2006).

Suljetulla osastolla henkilökunta koki voivansa kontrolloida potilaiden käyttäytymistä paremmin mutta ovien avaaminen aiheutti ylimääräistä työtä ja aiheutti keskeytyksiä potilastyössä. Henkilökunta myös näki roolinsa osastolla toisinaan ns. kaksoistyonkuvana, hoitaja-vartijana. Myös omaisten arveltiin toisinaan kokevan olonsa epävarmaksi vieraillessaan suljetulla osastolla, toisaalta ovien aukaiseminen vierailijoille antoi henkilökunnalle luonnollisuuden mahdollisuuden vuorovaikutukseen omaisten ja potilaiden kanssa. (Haglund ym. 2006).

Latvalan (1998) tutkiessa psykiatrista hoitotyötä laitospäristössä oli hoitotyössä tunnistettavissa kolme eri tyyppiä: varmistava, kasvattava ja yhteistoiminnallinen hoitotyö. Varmistavaa (50 %) hoitotyötä oli psykiatrista hoitotyössä selkeästi eniten käytössä, kasvattavaa (37 %) lähes yhtä paljon ja yhteistoiminnallista (13 %) vain vähän. Varmistavassa hoitotyössä potilaan asema oli passiivinen hoidon vastaanottaja, jossa autoritaarisilla menetelmillä ja kontrollilla pyrittiin saamaan muutosta potilaan tilassa. Käytännöt olivat usein perinteisiä ja rutiinit tärkeä osa käytännön hoitotyötä. Vastuu, yhteistyö ja päätöksenteko oli perinteistä mallia noudattavaa, jossa lääkäriellä oli keskeinen rooli.

Sairaanhoitajan työ oikeuspsykiatrisessa sairaalassa oli pääsääntöisesti päivittäisten askareiden tekemistä potilaiden kanssa sekä päivittäisen työn tekemistä osastolla. Vastuuasiat näyttäytyivät vain näiden arkisten asioiden osalta, päävastuu asioista oli usein lääkäriellä. (Rask & Rahm

Hallberg (2000). Autonomia oli vähästä henkilökunnan kokemana myös Dickensin ym. (2005) tutkimuksessa.

Sairaanhoitajien ja mielisairaanhoitajien työnkuviissa oli jonkin verran eroja Raskin ja Rahm Hallbergin (2000) tutkimussairaaloissa. Sairaanhoitajien työhön kuului enemmän potilaiden psyykkisen voimien arviointiin liittyviä tehtäviä. Myös potilaiden opetukseen, koulutukseen ja lääkehoitoon liittyvät asiat kuuluivat useammin sairaanhoitajien työhön. Lisäksi sairaanhoitajat joutuivat enemmän työssään arvioimaan ja soveltamaan käytäntöön pakkotoimia sekä opettivat potilaiden perheitä ja pitivät ryhmiä potilaille ja heidän omaisilleen.(Rask & Rahm Hallberg 2000).

Yhteistyö omaisten ja perheiden kanssa oli kuitenkin melko vähäistä (Rask & Rahm Hallberg 2000) ja omaisten vaikutus potilaiden hoitoon koettiin toisinaan haitallisena (Rask & Levander 2002). Myös potilaisiin liittyvät tekijät vaikuttivat työtyytyväisyyteen heikentävästi (Rask & Levander 2002). Raskin ja Rahm Hallbergin (2000) tutkimuksessa sairaalalla/työyksiköllä huomattiin olevan merkitystä siinä minkälaiseksi sairaanhoitajan työrooli muotoutuu organisaatiossa. Myös sairaanhoitajien ja muun hoitohenkilöstön työoloja sairaaloissa kuvaavissa tutkimuksissa näkyy samanlaisia piirteitä työroolien, työolojen ja hoitokulttuurin muodostumisessa (Dickens ym. 2005; Eriksson-Piela 2003; Laakkonen 2004; Pekkarinen ym. 2004; Rask & Rahm Hallberg 2000).

Kehittymismahdollisuudet psykiatrisessa työssä arvioitiin hyviksi, erityisesti avohuollossa työskentelevät (Pääkkönen 2003; Schnorr 2005) ja akateemisesti koulutetut näkivät kehittymismahdollisuudet hyvinä. Laitoshuollossa ja vuorotyössä arvio oli päinvastainen. (Schnorr 2005). Lisäkoulutus tarvetta koettiin kuitenkin potilasaineksen muuttuessa (Syrjäpalo 2006).

Työuupumusta psykiatrisessa hoitotyössä koki 5 % työntekijöistä (Pääkkönen 2003), joka on huomattavasti vähemmän kuin Suonsivun

(2003) terveydenhuollon henkilöstön masennusta ja uupumusta käsitellyssä tutkimuksessa, jossa masentuneeksi koki itsensä 21,6 % ja uupuneeksi 54,1 % hoitotyöntekijöistä. Syrjäpalo (2006) puolestaan totesi henkilökunnalla olevan työperäistä stressiä kohtalaisesti. Väkivallan kohteeksi joutumisen on todettu lisäävän stressiä ja uupumista (Pääkkösen 2003) sekä vähentävän työtyytyväisyyttä (Rask & Levander 2002). Myös rooliepäselvyyksien on todettu lisäävän väsymyksen tunnetta (Pääkkönen 2003). Schnorriin (2005) mukaan roolinsa koki epäselväksi joka kymmenes hoitaja. Pääsääntöisesti työrooli psykiatriassa koettiin kuitenkin selväksi (Pääkkönen 2003; Rask & Levander 2002; Schnorr 2005). Työympäristön fyysiset tilat sekä sisäilma – ja homeongelmat olivat myös ongelmallisia työssä jaksamisen kannalta ja niihin toivottiin muutosta (Syrjäpalo 2006).

Psykiatristen työyksiköiden vahvuutena koetaan moniammatillinen tiimityöskentely sekä työhön sitoutuminen. Hoitamisessa perheen ja verkoston kohtaamisen sekä kriisityön koetaan toteutuvan hyvin yhteisöhoidon taas huonommin. Hoitohenkilökunnan arvot näyttävät psykiatrisessa työssä pohjautuvan enemmän yhteisöllisiin kuin yksilöllisyyttä korostaviin arvoihin. Arvoristiriitoja oli huomattavissa käytännön ihanteiden ja todellisuuden välillä. Ristiriitoja työyhteisöön aiheuttivat työyhteisössä väärä vallankäyttö, työmotivaation epätasaisuus, potilaiden kohteluun liittyvät tekijät sekä työympäristön rakenteisiin liittyvät ongelmat. Hoidon laadun aleneminen ja työhyvinvoinnin heikkeneminen nähtiin uhkana arvoristiriitojen sekä eettistentoiminnan ongelmien myötä. (Syrjäpalo 2006).

Potilaat näyttäytyivät Latvalan (1998) tutkimuksessa passiivisena hoidon vastaanottajana kun taas Syrjäpalon (2006) tutkimuksessa potilaan rooli oli jo enemmän aktiivinen. Potilaat arvostivat kokonaisvaltaista hoitoa, vertaistukea, henkilökunnan ammattitaitoa ja pitivät psykiatrisen hoidon tilaa melko hyvänä. Hoitoympäristö koettiin turvallisena, kohtelu inhimillisenä ja eettisenä sekä ihmisarvoa kunnioittavana. Kritiikkiä kuitenkin esitettiin epäeettistä hoitoa kohtaan. Heikoimman arvion saivat

ryhmäterapiat ja hengellisyyden huomioiminen hoidossa niin potilaiden kuin henkilökunnankin osalta. Potilaat pitivät osaston ilmapiiriä hyvänä. (Syrjäpalo 2006).

Psykiatrisissa sairaaloissa työskentelevä henkilökunta kokee työtyytyväisyyttä yhteistyöhön työkavereiden kanssa (Schnorr 2005; Syrjäpalo 2006; Rask & Levander 2002) ja ilmapiiriin osastoilla hyväksi (Schnorr 2005; Syrjäpalo 2006).

Mielenterveyden avoterveydenhuollossa, psykiatrisissa sairaaloissa ja muissa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä toimivien työntekijöiden näkemykset työoloistaan. (Lähde: Työterveyslaitoksen ja Stakesin syksyllä 1999 tekemä valtakunnallinen kysely, Wickström ym. 2000)			
	Mielenterveystyöntekijät avoterveydenhuollossa N= 41 (%)	Mielisairaaloiden työntekijät N= 104 (%)	Muut sosiaali- ja terveysalan työntekijät N= 2819 (%)
Palvelujen määrä riittämätön	63	59	35
Jatkuva monimutkainen ongelmanratkaisu	30	23	19
Paljon stressiä	20	13	12
Työ ei palkitse	13	7	8
Tarvitsee lisäkoulutusta	28	24	19
Voi vaikuttaa työmäärään	41	28	26
Voi vaikuttaa työtahtiin	54	40	38
Palveluketjut toimivat	17	16	29
Saanut työnohjausta	73	58	31
Moniongelmallisia potilaita	49	49	30
Motivoitumattomia potilaita	39	43	19
Väkivaltaisia potilaita	12	27	7
Potilaissa ei muutosta parempaan	25	31	18
Suuri vastuu asiakkaista	45	28	29
Vastuu työyhteisön ihmisistä	21	15	15
Taloudellinen vastuu	23	12	16
Tyytymätön johtamistapaan	58	46	32
Riittämätön tiedonkulku	50	38	37
Päätöksiä ei tehdä oikean tiedon perusteella	30	19	17
Päätökset eivät johdonmukaisia	49	38	36
Epäonnistuneita päätöksiä ei voida purkaa	32	25	22

Tulevaisuuden mielenterveystyö on yhä useammin haasteellisen, moniongelmaisten, sosiaalisesti kyvyttömien ja syrjäytyneiden asiakkaiden kanssa työskentelyä. Mielenterveystyön painottuminen yhä enemmän perusterveydenhuoltoon lisää osaamishaasteita myös siellä työskenteleville hoitotyöntekijöille. (Ellilä ym. 2009, 24-25; Hildén 2002, 44; Kaakinen 2009, 33; STM 2009). Muutos ammatillisissa vaatimuksissa ja osaamisvaatimuksissa antaa haasteen myös hoitotyötä kouluttavalle taholle. Koulutuksen sisällön on pystyttävä vastaamaan sitä tarvetta, joka työelämässä odottaa. (Hildén 2002, 31). Terveystyön koulutus ja opetusmenetelmät ovatkin arvioinnin kohteena useammassa tutkimuksessa sekä kirjallisuudessa (Könnilä 1999; Juvonen 2001; Ellilä ym. 2009, 24-27; Hildén 2002, 40-48).

Erityisalojen koulutuksen, joista psykiatria on noussut esiin Sosiaali- ja terveysministeriön Mieli 2009 – ohjelman myötä, tulisi parantaa ammatillista pätevyyttä ja substanssiosaamista alalle. Nykyinen yleispätevään sairaanhoitajakoulutukseen tähtäävä tutkinto ja sen antama tieto mielenterveyshoitotyöhön on todettu riittämättömäksi. (Ellilä ym. 2009, 24-27). Sosiaali- ja terveysministeriön uuden mielenterveys- ja päihdehoitotyön suunnitelmassa esitetään mielenterveystyön opetukseen minimisisältöjen määrittelyä. Tarkoituksena olisi tasapainottaa eri ammattikoulujen tarjoamaa koulutuksen sisältöä ja tasoa. (STM 2009).

4 Johtaminen ja sen merkitys työpaikkaan sitoutumiselle

Yhteiskunnan ohjaus johtamistyöhön

Toimintaedellytyksiä ja -mahdollisuuksia julkiselle sairaalaorganisaatiolle luo poliittishallinnollinen ohjausjärjestelmä. Myös varojen käyttö sekä päätöksenteko ovat osittain tämän poliittishallinnollisen ohjausjärjestelmän alaisia. (Miettinen 2005, 268). Mielenterveystyön

strategiseen johtamiseen on vaikuttanut vahvasti sekä mielenterveyslain (14.12.1990/1116) muutokset, että valtion normi- ja talousohjauksen uudistus. Myös laitospaikkojen vähentäminen, avohoidon pirstaloituminen ja kehittymättömät järjestelmät tuovat mielenterveystyön johtamiseen erilaisia haasteita. (Wahlbeck 2007, 89-99).

Sosiaali- ja terveysministeriö on kiinnittänyt jo vuonna 2004 huomiota mielenterveysalan heikkoon vetovoimaisuuteen. Mielenterveyspalvelujen työnjakoa ja työrasitusta selvittänyt työryhmä nosti esille haasteita työnjaossa, työrasituksessa sekä alan vetovoimaisuudessa. Työryhmä näki tärkeänä mielenterveydenpalveluiden vetovoimaisuuden kehittämisen. Alan vetovoimaisuutta vähentävät kielteinen imago sekä potilaiden monimuotoiset ongelmat. Päihdeongelmaisia, aggressiivisia ja vaikeahoitaisia potilaita on yhä enemmän, mutta heidät pitäisi hoitaa koko ajan lyhyemmässä ajassa kotikuntoiseksi. Koulutuksen kehittämiseen kiinnitettiin huomiota jo tämän työryhmän muistiossa. Lisäksi työryhmä näki tärkeänä mielenterveyspalveluiden johtamisen, toimintakulttuurin ja työskentelyolosuhteiden kehittämisen. (STM 2004).

Sosiaali- ja terveysministeriön (2009:18) mukaan johtamisosaamisen – ja käytäntöjen uudistaminen on välttämätöntä rakenteellisten ja toiminnallisten muutosten aikaan saamiseksi sosiaali- ja terveysalalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma pitääkin sisällään terveydenhuollon johtamisen kehittämiseen liittyviä toimintaohjelmia. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön toimintaohjelman tavoitteena on vaikuttaa:

- 1) Terveyserojen kaventumiseen integroimalla terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen hoitotyön johtamiseen ja käytäntöihin.
- 2) Asiakas- ja potilastyön vaikuttavuuden paranemiseen näyttöön perustuvilla, yhtenäisillä käytännöillä.
- 3) Turvata hoitoon pääsyä ja palveluiden laatua vahvistamalla henkilöstön osaamista suunnitelmallisesti ja pitkäjänteisesti sekä suuntaamalla henkilöstövoimavarat tehokkaasti.

- 4) Parantaa alan vetovoimaisuutta lisäämällä henkilöstön osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksia sekä tukemalla urakehitystä. (STM 2009:18).

Johtajuuden menetelminä toimintaohjelmassa on tiedon avulla ja osallistuvalla johtamisella vaikuttaminen. Tiedon johtaminen hoitotyössä vaatii oman alan ja yksikön tiedon sisäistämisen sekä välittämisen lisäksi, myös koko toimintaympäristön ja muiden toimintayksiköiden tiedon seuraamista. Avoimella tiedonvälityksellä, tiedon hyödyntämisellä, ennakkoinnilla ja jatkuvalla uudistumisella parannetaan laatua ja kilpailukykyä. Osallistuvalla johtamisella pyritään mahdollistamaan hoitohenkilöstön ammatillisia vaikutusmahdollisuuksia omaan työhönsä ja organisaation muihin toiminta-alueisiin. Luottamus hoitohenkilöstön ja johtajien välillä, yhteistyö, työhyvinvointi, hyvä ilmapiiri ja sitoutuminen ovat osa niistä tekijöistä, joita osallistuvalla johtamisella tavoitellaan. (STM 2009:18).

Millä keinoin ja millaiseen sitoutumiseen pyritään?

Seuraavassa osiossa käydään läpi niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat työpaikkaan sitoutumiseen hoitohenkilökunnan kokemana. Mutta myös johtamisen keinot sitouttaa henkilökuntaa työpaikkaan ovat moninaiset. Hamarin (2007) mukaan henkilöstö voidaan sitouttaa organisaatioon taloudellisin, psykologisin ja sosiaalisin keinoin. Yksilöllisistä eroista ja arvoista riippuu mitkä asiat koetaan tärkeiksi ja mitkä edistävät työpaikkaan sitoutumista.

Myös sitoutumisen muodot eli ne mitkä asiat ja tunteet työntekijää työpaikkaan sitovat ovat merkityksellisiä. Sitoutumisen muodoista affektiivista sitoutumista on pidetty normatiivista ja jatkuvuuteen perustuvaa sitoutumista suotavampana ja tavoiteltavampana sitoutumisen muotona. (Meyer & Allen 1991).

Meyerin ja Allenin (1991) kolme sitoutumisen komponenttia näkyvät eri perusteina sitoutua organisaatioon. Affektiivisessä sitoutumisessa yksilö

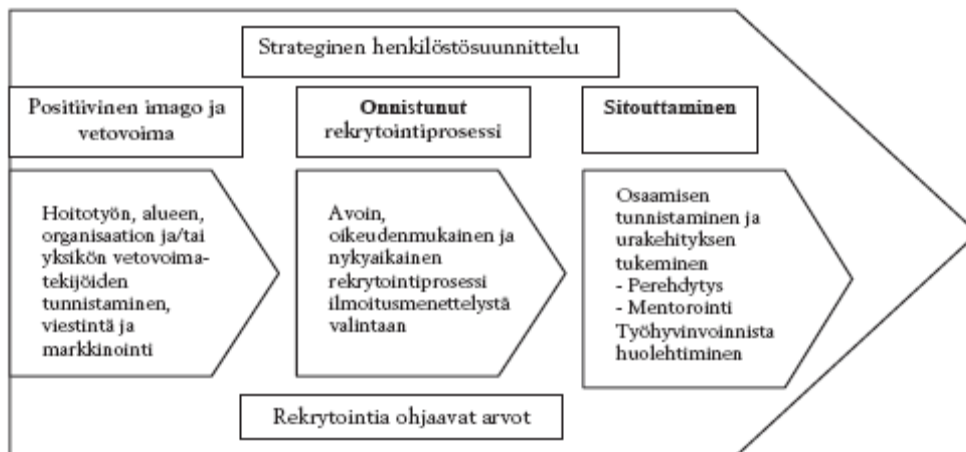
sitoutuu organisaation tavoitteisiin ja arvoihin sekä kokee emotionaalista sitoutumista organisaatioon. Normatiivisessa sitoutumisessa puolestaan yksilö on omaksunut työpaikan normit ja käytännöt sekä kokee velvollisuutta kuulua ja työskennellä organisaatiossa. Jatkuvuuteen perustuvassa sitoutumisessa työntekijä usein kokee työpaikasta lähtemisestä aiheutuvat kulut suuremmaksi kuin työpaikassa pysymisen haitat ja sen vuoksi ei koe työpaikan vaihtoa kannattavana.

Suomalaisten sairaanhoitajien on todettu olevan erittäin sitoutuneita ammattiinsa sekä työpaikkaansa muihin eurooppalaisiinsa työtovereihinsa verrattuna (Hasselhorn ym. 2005; Laine 2005). Kuitenkin hoitohenkilöstö kokee työssään vähäisiä vaikutusmahdollisuuksia työhönsä liittyviin tekijöihin. Suomalaisen hoitohenkilöstön mukaan mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhön ovat eurooppalaisia työtovereita vähäisemmät (Hasselhorn 2005).

Rekrytointi ja perehdytys johtamisen keinona sitouttamiseen

Strategisessa henkilöstösuunnittelussa positiivisen ja vetovoimaisen työnantajan kuvan lisäksi korostuvat onnistunut rekrytointiprosessi sekä henkilöstön sitouttaminen organisaatioon. Henkilöstösuunnittelun lähtökohdat ovat henkilöstön **kehittämis- ja rekrytointisuunnitelmissa**, joilla on myös keskeinen merkitys henkilöstön johtamisessa, hyvinvoinnissa ja sitoutumisessa työpaikkaan. (STM 2009:18).

Positiivisesta työnantajakuvasta on hyötyä kun halutaan hakea ammattitaitoisia työvoimaa. Terveystieteiden alalla tämä korostuu tulevaisuudessa kun kilpailu osaajista kovenee. (Miettinen 2005, 277). Maineen kannalta työnantajat hyötyvät kuitenkin eniten tyytyväisistä työntekijöistä, sillä hoitotyössä työskentelevät arvottavat työoloja imagoa enemmän. (STM 2009:18).



Kuva julkaisusta: Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön, toimintaohjelma 2009-2011. STM 2009:18.

Rekrytointi on ammatillisen pääoman lisäämistä organisaatiossa. Osaamistarpeiden kartoitus, riittävän ajoissa aloitettu rekrytointiprosessi ja oikein rakennettu työpaikkailmoitus antavat työnantajalle enemmän vaihtoehtoja työntekijän haastatteluun ja valintaan. (STM 2009:18; Vaahtio 2007).

Haastattelu on rekrytoinnin tärkein vaihe ja siihen liittyy työnantajalla runsaasti huomioitavia asioita. Haastattelussa korostuvat oikeiden asioiden kysyminen haastateltavalta, riittävän ajan varaaminen haastatteluun sekä hyvän maineen luominen yrityksestä. Haastattelun suorittaminen useammalla kuin yhdellä haastattelijalla antaa myös usein eri näkökulmia työnhakijoista. (Helsilä 2002, 26; Vaahtio 2007, 77- 100).

Perehdytysohjelmien tarkoituksena työpaikassa on luoda uusille tai pitkiltä vapailta palaaville työntekijöille sellaiset työolosuhteet, että työhön tuleva tietää mitä häneltä odotetaan ja mitä työhön kuuluu. Myös työpaikka tapoineen, ihmisineen ja tavoitteineen täytyy tulla tutuksi perehdyttämisen myötä. Perehdyttäminen kuuluu olennaisena osana johtamisen keinoihin vahvistaa työpaikkaan sitoutumista. (STM 2009:18).

Mielekkäät tehtävät ja työssä kehittyminen johtamisen keinona sitouttamiseen

Työn organisointi ja suunnittelu kuuluvat hallinnollisen johtamisen tehtäviin terveydenhuollon organisaatiossa (Vuori 2005, 48-49). Organisaatiotasolla tehtävät jakaantuvat usein monille erilaisille toimijoille. Aseman ja tehtävän on työyksikössä määritellyt ammattinimike ja monitasoinen hierarkia. (Kurtti-Sonninen 2003, 198). Hierarkkisina erottelijoina toimivat työnjakoon, velvollisuuksiin, ammattiryhmien erilaisiin asemiin, koulutuksiin ja tietämykseen perustuvat jaottelut. Yleisesti nämä hierarkkiset suhteet, jotka sairaalaorganisaatiossa vallitsevat tunnustetaan ja ne rajoittavat hoitajien toimintaa. (Eriksson-Piela 2003).

Työssä kehittyminen on ammatillista kasvua, jota voidaan työntekijälle turvata monenlaisilla keinoilla. Tarkoituksena on ylläpitää ja lisätä ammattitaitoa, osaamista sekä uudistumista. Ammatilliseen kehittymiseen vaikuttavat henkilökohtaiset ominaisuudet ja työympäristön piirteet. Myös työn luonne ja työn järjestelyt, esimies-alais – suhteet, organisaation ilmapiiri, työpaikan ihmissuhteet sekä johtamistavat ja -käytännöt voivat kannustaa tai rajoittaa ammatillista kasvua ja kehittymistä. (Hildén 2002, 33).

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009:18) näkeekin yhtenä henkilöstön sitouttamiskeinona **osaamisen kehittämisen** sekä **urakehityksen tukemisen**. Nämä keinot kattavat koulutuksen ja kehitystyön sekä yksilölle, ryhmälle ja yksikölle, että organisaation ja työyhteisön kehittämisen. Myös urakehitys ja urapolut kuuluvat näihin sitouttamisen keinoihin. Kehittämisen ja urakehityksen tukeminen ovatkin osa henkilöstöjohtamisen tehtäväaluetta sosiaali- ja terveysalalla.

Ammatillisen kehittämisen menetelmistä tutuin lienee **koulutus**. Koulutuksen sisällön arviointia ja saadun tiedon analysointia kuitenkin hyödynnetään edelleen liian vähän arvioitaessa koulutuksen hyödyllisyyttä. Työorganisaatioissa koulutukset myös usein kertyvät

samoille, niitä jo muutenkin paljon käyvien ryhmälle, jolloin panostus saattaa jäädä osalle vähäisemmäksi, (Hildén 2002, 81-82) kuten määräaikaisille työntekijöille (Virtanen, Kivimäki, Virtanen, Elovainio & Vahtera 2002, 65). Huomioitava on, että pelkkä koulutus yksinään ei ole usein riittävä menetelmä vaan tarvitaan useampia kehittämisen metodeja. (Hildén 2002, 81).

Ammatillisten erikoistumisopintojen merkitys sairaanhoitajien urakehityksessä näkyi asiantuntijuuden kehittymisenä, hoitotyön kehittämisessä ja ammatillisessa kasvussa. Työelämän haasteiden myötä uuden tiedon oppiminen nähtiin välttämättömänä sairaanhoitajan työssä. Erikoistumisopintoja suorittaneet sairaanhoitajat uskoivat koulutuksen vaikuttavan työnantajan antamaan arvostukseen kouluttautuneita kohtaan. Uralla kehittyminen nimenomaan horisontaalisesti, asiantuntijuutta korostavana onkin yksi tapa tarkastella urakehitystä. (Kuoppamäki & Sarajärvi 2006, 17-21).

Horisontaalista urakehitystä edustaa myös Englannissa ja Yhdysvalloissa käytössä oleva hoitajajohtoinen toimintamalli potilaiden hoidossa. Näissä maissa sairaanhoitajat organisoivat, ohjaavat ja hoitavat hyvin itsenäisesti useiden pitkäaikaispotilaiden hoitoa. Työskentelyn on nähty rikkovan organisaatioiden rajapintoja ja tuoneen pitkäaikaispotilaiden hoitoon kustannussäästöjä, asiakastyytyväisyyttä, asiakkaiden itsehoidon tehostumista sekä urakehitystä henkilöstölle. Mallin soveltuminen suomalaiseen terveydenhuoltoon ja palvelujärjestelmään toisi myös suomalaisille sairaanhoitajille uudenlaisen urankehitys mahdollisuuden. (Kanste, Timonen, Ylitalo & Kyngäs 2009, 65-75).

Työssä kehittymiseen kuuluvat olennaisena osana **kehityskeskustelut**. Kehityskeskusteluiden tavoitteena on myös antaa palautetta puolin ja toisin, motivoida ja sitouttaa työhön sekä selkiyttää keskinäisiä odotuksia työstä. (Liukkonen, Jaakkola & Kataja 2006, 248; Rauramo 2008, 157).

Kehityskeskustelut ovat käytössä myös yhä useammilla työpaikoilla työssä suoriutumista arvioitaessa. Kehityskeskustelun ja palkkauskeskustelun erillisyydestä voidaan olla useaa mieltä. Toisten mielestä kehityskeskustelu ei yleensä ole palkkakeskustelu (Liukkonen ym. 2006, 249). Palkka asiat pitäisi keskustella erikseen, koska ne usein syrjäyttävät kehityskeskustelun muun sisällön. Työn kehittäminen ja suunnittelu jäävät tällöin toissijaiseksi. (Sydänmaalakka 2001, 112). Palkkaus, koulutus ja etenemismahdollisuudet voidaan kuitenkin toisissa työyhteisöissä linkittää samaan keskusteluunkin (Rauramo 2008, 157.) Tärkeää kuitenkin keskustelussa on se, ettei yksi keskustelualue syrjäytä muita.

Pietilän (2004) mukaan vuorovaikutus sairaanhoitajien ja esimiesten välisissä kehityskeskusteluissa oli joko tasaveroista tai esimiesjohtoista. Keskusteluissa ilmennyt vuorovaikutus liitettiin harvoin suoraan työssä oppimiseen. Arviointi ja palaute keskusteluissa kohdistuivat sairaanhoitajien persoonaan sekä tekemään hoitotyöhön. Aina sairaanhoitajien kehityskeskusteluissa ei asetettu tavoitteita. Mikäli tavoitteita asetettiin, ne liittyivät hoitotyön kehittämiseen ja sairaanhoitajan ammatilliseen kehittymiseen. Kehittymistä ammatissa tuettiin koulutuksella mutta usein se oli vain koulutustavoitteiden asettamista koulutussuunnitelman sijaan.

Pehkonen (2002) ja Hietikko (2002) ovat tutkineet kehityskeskusteluja johtajien näkökulmasta. Pehkosen tutkimuksessa on myös kartoitettu työntekijöiden kokemuksia ja käsityksiä aiheesta. Kehityskeskusteluissa pidettiin tärkeänä rakentavaa vuorovaikutusta, luottamuksellisuutta, säännöllisyyttä ja ilmapiiriä. Keskusteluihin valmistautuminen ennalta oli tärkeää, joka Pehkosen (2002) tutkimuksessa toteutui työntekijöiden osalta paremmin. Työntekijät myös kokivat, että keskustelua ohjasi esimies eikä työntekijä niinkään voinut vaikuttaa kehityskeskustelun kulkuun. Palautteen anto koettiin osittain vaikeaksi molemmissa tutkimuksissa. Kehityskeskusteluiden tarkoitus oli tukea ammatillista kehittymistä ja osaamista. Hietikon (2002) tutkimuksessa myös

työmotivaation edistäminen sekä työyksikön toiminnan kehittäminen oli keskustelujen tavoitteena. (Hietikko 2002; Pehkonen 2002).

Kehittämismenetelminä voidaan käyttää kehityskeskustelujen lisäksi myös muunlaisia **vertaisarvioinnin menetelmiä**. 360°-arvioinnissa osaamisen arviointia suorittavat useammat henkilöt. Työyhteisöjen yhä useammin tehdessä tiimityötä ja kehittäessään työtään, onkin tämä luonnollinen tapa arvioida työssäsuoriutumista. Perinteinen työnohjaus on jo pitkään käytetty kehittämismenetelmä niin yksilöille kuin ryhmillekin. Myös mestari-kisälli ja mentorointijärjestelmät ovat ottaneet jalansijaa työn kehittämisen ja ammatillisen kasvun tukemisessa työorganisaatioissa. (Hildén 2002, 81-84; Ojala & Ahonen 2003, 118-119).

Työn laajentaminen työnkierron avulla on keino saada uusia näkökulmia ammattiin, lisätä mielenkiintoa, haasteellisuutta ja tukea urakehitystä sekä saada erilaista ymmärrystä ammatin vaatimuksiin. Myös tiimi-, ryhmä- ja yhteistyöllä, muilta oppimalla ja toisten työhön tutustumalla voidaan lisätä ammatillista kehitystä. Erilaiset kehitysryhmät ja niihin osallistuminen laajentavat osaamista sekä kehittymistä sekä lisäävät ymmärrystä. Samaa asiaa edistävät yhteiset keskustelutilaisuudet organisaatiossa tai työyhteisön sisällä. (Hildén 2002, 81-84; Ojala & Ahonen 2003, 118-119).

Työhyvinvointi ja motivaatio johtamisen keinona sitouttamiseen

Ammatillisen osaamisen merkitys on tärkeä myös työkyvylle ja työssä jaksamiselle. Monessa työyhteisössä järjestetäänkin niin sanottua työkykyä ylläpitävää toimintaa, jonka tarkoituksena on tukea työssä jaksamista ja työkykyä. Työkykyä ylläpitävän toiminnan tarkoitus olisi kohdistua henkilöstön terveyden ja toimintakyvyn lisäksi motivaatioon sekä ammattitaitoon. Tämän lisäksi sen tarkoitus olisi myös kehittää työtä, työympäristöä ja työyhteisöä. (Hildén 2002, 85; Lindström & Leppänen (toim.) 2002, 29-32; Rauramo 2008, 24-26). Nykyisin työkykyä ylläpitävän toiminnan lisäksi työpaikoilla järjestetään enenevässä määrin TYHY-toimintaa eli työhyvinvoinnin edistämistoimintaa. TYHY-toiminta

mielletään laaja-alaiseksi **työhyvinvoinnin kehittämiseksi** useille eri osa-alueille. (Rauramo 2008, 24).

Sairaanhoitajien **työmotivaatiota** edistävät mahdollisuus osallistua yhteisten asioiden suunnitteluun, hyvä työilmapiiri, palautetta antavat työtoverit ja sekä inhimillinen että mahdollistava johtaja. Myös toimivilla työtiloilla, toiveiden mukaisilla työvuoroilla ja oman itsensä hoitamisella on merkitystä työmotivaatioon positiivisesti. Työmotivaatiota heikentävät tekijät liittyvät työhön, työyhteisöön, johtamiseen ja sairaanhoitajaan itseensä. Kiire, palkkaus, muutokset työssä, kireä ilmapiiri, johtajan epäammattillisuus sekä koettu arvostuksen puute heikentävät motivaatiota. Itseen kohdistuvat ongelmat liittyvät yksityiselämän ja ikääntymisen tuomiin haasteisiin. (Huttunen, Kvist & Partanen 2009, 21-27).

Työn ominaisuuksilla onkin merkitystä työn mielekkääksi kokemisen kannalta (Kauhanen 2001, 48). Motivoituneisuutta lisää myös työympäristö, joka tukee työntekijöiden autonomiaa ja mahdollistaa päätöksentekoon osallistumisen. (Liukkonen ym. 2006, Lindström & Leppänen (toim.) 2002). Työhallinnan tunteesta onkin tullut kattokäsite niille asioille, joilla tarkoitetaan työntekijän mahdollisuuksia vaikuttaa työolosuhteisiin ja työn sisältöön (Vahtera, Kivimäki, Ala-Mursula & Pentti 2002, 29).

Johtamiskäytännöt ja johtajuus keinona sitouttamiseen

Johtamiskäytäntöjen merkitys sitoutumiselle on suuri (Kanste 2008; Loke 2001). Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiskulttuuria on perinteisesti pidetty hyvin hierarkkisena ja byrokraattisena (Kangasmäki 2008; Kurtti-Sonninen 2003, 198.) Erityisesti sairaaloiden johtamisessa hierarkkisuus ja byrokraatia on koettu usein työntekijöiden ammatinhallintaa rajoittavana tekijänä. (Kangasmäki 2008; Eriksson-Piela 2003, 191).

Eriksson-Pielan (2003) mukaan **tasavertaisten ja vuorovaikutteisten suhteiden kokeminen** johtoon lisäisi viihtyvyyttä työssä. Esimiesten ja alaisten suhteita näyttää kuitenkin leimaavan eräänlainen epäluottamuksen ja luottamuksen välinen jännite. Tulosjohtamisen myötä pelko työyhteisön hyvinvoinnista on lisääntynyt jonkin verran, vaikka työn kehittämisen näkökulma tiedostetaan tulosjohtamisessa ja kehityskeskusteluissa.

Useat tutkimukset ja mittaukset ovat osoittaneet, että oikeudenmukaiset menettelytavat ja kohtelu viestittävät arvostuksen tunnetta työntekijöille organisaatiossa. **Oikeudenmukaisuus** välittyy työntekijöille tunteena, että heitä kuunnellaan päätöksiä tehdessä, pelinsäännöt organisaatiossa ovat kaikille samat, esimies kertoo päätösten perusteet avoimesti, työntekijät voivat luottaa esimieheensä ja esimies kohtelee heitä sekä arvostavasti että kunnioittavasti. (Kivimäki, Elovainio, Vahtera & Virtanen 2005, 150-155).

Oikeudenmukaiseksi koetun johtajuuden on havaittu lisäävän sitoutumista työpaikkaan, parantavan yhteistoiminnan edellytyksiä ja vähentävän kitkaa henkilöstöryhmien välillä. Päätöksenteon epäoikeidenmukaisuutta pidetään taas todennäköisempänä, mikäli organisaation rakenne on monimutkainen, resurssit ovat puutteellisia ja muutokset suuria. Työterveyslaitoksen mukaan työyksikön työperäiseen sairastuvuuteenkin voidaan vaikuttaa vähentävästi mikäli ihmiset kokevat voivansa vaikuttaa asioihin, päätöksenteko koetaan oikeudenmukaisena ja yhteistyö toimivana. (Kivimäki ym. 2002, 44-45).

Henkilökohtainen hallinnan tunne, **autonomia** on siis tärkeä jokaiselle. Sen vastakohtana pidetään kontrollia. Tämä ilmenee usein ylhäältäpäin annettuina tehtävinä ja sääntöinä ilman, että työntekijä voi vaikuttaa työnsä sisältöön tai päätöksentekoon. Kontrollointi heikentää työilmapiiriä ja vähentää työmotivaatiota työyhteisössä. Kontrolloinnin sijaan työntekijöiden valtaa silläkin riskillä, että virheitä syntyy, tulisi lisätä jotta työntekijän tunne luottamuksesta lisääntyisi. (Liukkonen ym. 2006, 110-

111). Määräyskulttuurin ongelmana on myös se, että käskyttämällä ja määräämällä voivat hyvätkin kehittämis ehdotukset ja toimenpiteet jäädä toteutumatta, jos organisaation yleinen ilmapiiri on se, ettei viesti kulje myös alhaalta ylöspäin (Lindström & Leppänen (toim.) 2002, 91).

Terveysthuollon muuttuva toimintaympäristö tuokin haasteita perinteiselle johtajuudelle tulevaisuudessa. Uudenlainen johtajuus on matalampaan hierarkiaan perustuvaa johtajuutta. (Metsämuuronen 2000a, 137-138). Hierarkian madaltamisen lisäksi organisaatioiden täytyy lisätä työntekijöiden itseohjautuvuutta ja valtuuksia sekä tarkastella johtajien roolien ja tehtävien määrittelyä (Miettinen 2005, 261). Myös oikeudenmukaiseen johtamiseen sekä hyvin toimivaan yhteistyöhön panostaminen vaikuttaa henkilöstön työhyvinvointiin (Kivimäki ym. 2002, 52).

Terveysthuoltoalan johtajuuden tärkeimmistä osaamisvaatimuksista onkin käyty kirjallisuudessa keskustelua liittyen lääkäreiden ja hoitotyön johtajien valmiuksiin toimia terveysthuollon johtamistehtävissä. (Soininen 2005; Tuomiranta 2005, 105-116; Viitanen & Lehto 2005, 117-130). Hierarkkisuuden ja yksikkö – ja yksilötasolla huonon johtajuuden tehtävämäärittelyn sekä osan johtamistehtävään määrättyjen ammattiryhmien vähäisen kiinnostuksen johtamistehtävää kohtaan, on nähty heikentävän muun muassa osastonhoitajien mahdollisuuksia tehdä työtään (Viitanen & Lehto 2005, 117-130).

Osaston lähijohtajien eli osastonhoitajien ja osastonlääkäreiden, lähijohtajuutta vertailtaessa osastonhoitajien käyttämä työaika johtamistyöhön oli huomattavasti suurempi kuin osastonlääkäreiden. Kuitenkin lääkärijärjestöt pitävät tiukasti kiinni siitä, että lääkärit terveysthuollon johtavina ammattilaisina kuuluvat johtamisasemiin myös terveysthuollon organisaatioissa. Lähijohtajuuden kehittäminen onkin yksi tulevaisuuden haasteista sairaaloiden johdoille. Rehellinen arviointi omasta johtamiskulttuurista edellyttää rohkeutta ja kykyä tarkastella omaa toimintaa. Toimintaedellytysten luominen lähijohtajille, (usein

osastonhoitajalle) siten, että työ ei olisi ylhäältä tulevien käskyjen toteuttamista ja omien työntekijöiden toiveiden välissä olemista helpottaisi osastonhoitajien työpainetta. (Viitanen & Lehto 2005, 117-130).

Johtajuuden kehittämisen lisäksi (STM 2009:18; Viitanen & Lehto 2005, 117-130) tärkeää on myös se millaisen kuvan organisaatiossa työskentelevät johtajat antavat itsestään henkilökunnalle (Hamari 2007). Johtajien tehtävä on edustaa organisaatiota ulospäin mutta myös työntekijöiden suuntaan. Myös johtajaan sitoudutaan hänen edustaessaan organisaatiota. **Johtajan piirteet ja arvot** edustavatkin niitä piirteitä, joita organisaatiossa uskotaan olevan. (Hamari 2007).

Organisaatiokulttuuri johtamisen keinona sitouttamiseen

Johtajuudella on merkitystä myös organisaatiokulttuurin välittämisessä henkilöstölle. Ensimmäiset kosketukset henkilöstöön sekä organisaatiokulttuuriin tapahtuvat jo rekrytoinnin ja perehdytyksen kautta ja sosiaalistaminen organisaatioon lähtee käyntiin. Millainen kuva ensi kosketuksesta jää, antaa jo vaikutelman organisaation arvoista ja uskomuksista uudelle työntekijälle. (Hamari 2007).

Organisaatiokulttuuri ilmiönä on moniulotteinen ja monimutkainen, jonka vaikutukset terveydenhuollon johtamisessakin on hyvä huomioida. Organisaatiokulttuurin ja organisaatioilmaston tai -ilmapiirin termit on kuitenkin hyvä erottaa toisistaan, koska ne kuvaavat eri asioita. Organisaatiokulttuuri on erilaisten asenteiden, arvojen, normien ja perusoletusten kokonaisuus, joka on joillekin organisaation jäsenille yhteinen itsestään selvällä tavalla (Juuti 2003, 72). Organisaatioilmapiiri on taas yksittäisten ihmisten kuvaamia arvoja ja asenteita työstään, työyhteisöstään tai työilmapiiristään. Ero organisaatiokulttuuriin näkyy siis eräänlaisena jaettuna, kollektiivisena ilmiönä. (Kinnunen & Vuori 2005, 193-194).

Organisaatiokulttuuri usein lisäksi jakaantuu organisaation sisäisiin osakulttuureihin: johdon, keskitason, konttoritoimihenkilöiden ja työntekijöiden kulttuurit poikkeavat samankin yrityksen sisällä toisistaan. Ylimmän johdon ja työntekijöiden näkemykset osallistumisesta, palkitsemista sekä kehittymisen mahdollistamisesta eroavat hyvinkin paljon kulttuuristen erojen mutta ehkä myös niiden todellisen toteutumisen vuoksi. (Juuti 2003, 32-33).

Myös johtaminen on osa kulttuuria ja johtajuuden avulla organisaatiokulttuuria voidaan muokata. Affektiivisen sitoutumisen kannalta positiivisten kokemusten luominen organisaatiosta ja tunne arvomaailmasta, johon työntekijä voi sitoutua on merkityksellinen (Hamari 2007). Perinteinen jako asioiden ja ihmisten johtamiseen voi organisaatiokulttuurissa näyttäytyä eri tavoin. Ihmisten johtamiskulttuurissa organisaatiokulttuurin käsitteitä ovatkin: vaikuttaminen, yhteneväisyys, ihmiset, esimerkki, innostus, osallistuva johtaminen ja valtuuttavuus. Asioiden johtamisen organisaatiokulttuurissa käsitteet muodostuvat termeistä: auktoriteetti, yhdenmukaisuus, ohjelmat, politiikka, ohje, tavoitejohtaminen ja valvonta. Molempia johtajuusmalleja varmasti tarvitaan tilanteesta riippuen, mutta oikean suhteen löytäminen on tärkeää. (Juuti 2003, 48-53).

Taloudelliset menetelmät johtamisen keinona sitouttamiseen

Työstä saatavan peruspalkan lisäksi ovat erilaiset muut palkkausmuodot lisääntyneet viime vuosikymmenien aikana organisaatioissa. **Palkitseminen** sisältää muutakin kuin rahallisen palkkion esimerkiksi palautteen annon, koulutuksen tai kehittymismahdollisuudet (Sydänmaalakka 2001, 110). Työnantajat ovat kehittäneet erilaisia palkkiojärjestelmiä, joita työorganisaatioissa sovelletaan vaihtelevin menestyksin. Tutkijat eivät kuitenkaan ole päässeet yhteisymmärrykseen suoritukseen perustuvien palkkausjärjestelmien ja tulospalkkausjärjestelmien todellisesta vaikutuksesta henkilöstön suorituskyvyn paranemiseen. Myös työtyytyväisyyden ja motivaation

suhteen ovat uudet palkkiojärjestelmät aiheuttaneet yhtä ristiriitaisia tulkintoja. (Vuori 2005, 381). Hyvän ja motivoivan sekä kaikkien hyväksymän palkkausjärjestelmän laatiminen on hankalaa ja lienee osittain jopa mahdotontakin.

Palkkausjärjestelmän tavoite on sen suunnittelu kannustavaksi, yksilön voimavaroja tukevaksi ja lisääväksi sekä organisaation visiota eteenpäin vieväksi. Peruspalkan lisäksi palkkioita voi saada tuloksesta, aloitteista tai suorituksesta. Edut voivat olla myös joustavia työ- ja yksityiselämän järjestelyjä tai muita paikallisesti sovittuja etuuksia. Tavoitteena palkitsemisen kehittämissä onkin yksilön suorituskykyyn ja osaamiseen vaikuttaminen, huomion kiinnittäminen henkilöstön hyvinvointiin ja tavoitteiden sekä arvojen viestintä organisaatiossa. Palkkausjärjestelmän kehittämisen tavoite on myös kiinnittää osaavat ihmiset pysyvästi organisaation palkkalistoille. (Rauramo 2008, 154-156).

Vuori (2005, 369-372) tarkastelee suorituspalkkaus ja työn kannustavuus asiaa laajemmasta näkökulmasta. Voimavarojen kohdentamisessa Vuori (2005) näkee tärkeänä sen, että organisaatioissa huomioitaisiin suorituspalkkio ja motivointi keskustelun lisäksi ihmisten eri elämänvaiheet, elämän käännekohtat ja työtyytyväisyys eri ikä ja -työryhmissä sekä työnjaollisten tarpeiden arvioinnin. Eri elämänvaiheiden huomioiminen sekä työn muotoileminen eri tavoin onkin osalle työelämässä tärkeämpää kuin suorituksesta palkitseminen ja tämä tulisi useammin huomioida työtä muotoiltaessa. (Vuori 2005, 369-372).

Palkkausjärjestelmien eri piirteitä palkansaajien työolobarometrissä kysynyt työ – ja elinkeinoministeriö antoi vastaajien arvioida oman palkkauksensa oikeudenmukaisuutta, kilpailukykyisyyttä, kannustavuutta ja sitä palkitaanko järjestelmässä oikeista asioista. Erot eri sektoreiden välillä ovat näkyvissä, joista kuntatyöntekijöiden palkkaukseen tyytyväisyys on selvästi huonointa. (Perkiö-Mäkelä ym. 2008, 99). Tyytymättömyys palkkaukseen näkyy myös Harmoisen (2006, 29) ja Piironen (2007, 69) hoitotyöntekijöille tekemässä tutkimuksessa.

Myös Piironen (2007) tutkimuksessa näkyi tyytymättömyys oikeudenmukaiseen palkkaukseen. Henkilökohtaisesta osaamisesta palkitsemisen nähtiin toteutuvan eri tavoin henkilöstön ja johdon arvioimana. Myös muodollisesta pätevydestä johtajia palkittiin enemmän kuin henkilökuntaa. Pätevyyden ja osaamisen tasapainoa ei oltu saavutettu palkitsemisessa. Näkemys ero palkkausjärjestelmän epäoikeudenmukaisuudesta näkyi vastausten välillä. Työskentelyorganisaatiolla, iällä ja asemalla oli merkitystä kokemukseen palkkauksen oikeudenmukaisuudesta. Palkitsemisen merkitys yksilön motivoituneisuuteen työskennellä organisaatiossa on suuri.

Johtamisella on siis lukuisia keinoja sitouttaa työntekijät työpaikkaan. Aina ei kuitenkaan työsuhte ole koko työuran mittainen ja irtisanoutuminen työpaikasta tapahtuu. Työntekijän irtisanoutuessa on hyvä tilanne selvittää lähtijän myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia organisaatiosta. Lähtöhaastattelussa irtisanoutunut työntekijä voi antaa rehellisen mielipiteensä ja tuoda organisaatiolle kehittämisen näkökulmia tulevaisuutta ajatellen. (Helsilä 2002, 20-23). Tässä tutkimuksessa haastatellut sairaanhoitajat olivat kaikki irtisanoutuneet vakituisesta työpaikastaan, osa heistä kertoi heille tehdystä lähtöhaastattelusta virkasuhteen lopussa.

5 Työpaikkaan sitoutumiseen vaikuttavat tekijät hoitotyöntekijöillä

Johtajuudella on siis runsaasti merkitystä sille, millä tavoin henkilöstö sitoutuu organisaatioon. Muitakin tekijöitä on löytynyt, joita alla olevassa kappaleessa käydään läpi tutkimuksien näkökulmasta. Muun muassa kulttuurisilla eroilla näyttäisi olevan merkitystä sille, millä tavoin työpaikkaan sitoudutaan (Meyer ym. 2002; Meyer, Srinivas, Jaydeep & Topolnytsky 2007).

Työpaikkaan sitoutumista käsitteleviä tutkimuksia on tehty eri näkökulmista. Melko useassa niissä on lähtökohtaisena näkökulmana Meyerin ja Allenin (1991) luoma affektiiviseen ("affective"), normatiiviseen ("normative") ja jatkuvuuteen ("continuance") perustuva kolmiulotteinen sitoutumisen tarkastelu, jossa sitoutumista tarkastellaan sen tunnepohjaisen lopputuloksen perusteella. Mittareita näissä tutkimuksissa on kuitenkin muokattu ja useissa tuloksia tarkastellaan muistakin sitoutumisen tekijöistä tarkasteltuna.

Tutkimuksissa on löydetty useita työpaikkaan sitoutumista edistäviä ja heikentäviä tekijöitä. Tutkimuksellinen ote niin kansainvälisesti kuin Suomessakin näyttäisi olevan määrällistä tutkimusotetta hyödyntävä.

Tutkimuksissa on jaoteltu sitoutumista määritteleviä tekijöitä eri tavoin riippuen kunkin tutkimuksen tarkoituksesta. Muun muassa yksilöllisten piirteiden merkityksestä sitoutumiseen ollaan eri mieltä. Meyerin ym. (2002) mukaan yksilön kokemuksilla työstään on suurempi merkitys sitoutumiselle kuin demografilla piirteillä.

Yksilön taustatekijät

Henkilön iällä on todettu olevan merkitystä sitoutumisella työpaikkaan. Sitoutumisen on todettu lisääntyvän iän myötä. (Beecroft, Dorey & Wenten 2008; Kanste 2008; Lahtinen 2007; Laine 2003; Laine 2005; Meyer ym. 2002; Pekkarinen ym. 2004; Stordeur ym. 2007). Toisaalta Laineen (2005) tutkimuksessa myös nuorimmat olivat sitoutuneimpia työpaikkaan. Myös lisääntyneen työssäoloajan on todettu vaikuttavan sitoutumiseen positiivisesti. (Abbott, White & Charles 2005; Gardulf ym. 2005; Lahtinen 2007; Meyer ym. 2002).

Laineen (2005) tutkimuksessa esimiesasemassa olevat olivat vahvemmin sitoutuneita työpaikkaan, myös Lahtisen (2007) tutkimuksessa affektiivinen sitoutuminen työpaikkaan oli esimiehillä vahvaa. Korkean koulutustason todettiin toisaalta Beecroftin ym. (2008) ja Lahtisen (2007)

tutkimuksessa heikentävän työpaikkaan sitoutumista. Laineen (2005) tutkimuksessa koulutustasolla ei ollut merkitystä sitoutumiselle, vaan asemalla.

Sukupuolella ei useassa tutkimuksessa löydetty eroja sitoutumiseen liittyvien tekijöiden välillä. Lahtisen (2007) tutkimuksessa kuitenkin naiset olivat miehiä sitoutuneempia tunneperäisesti työhön. Felfe, Schmook, Schyns & Six (2008) totesivat tutkimuksen tuloksissaan, että työsuhteen muodolla on merkitystä sitoutumiselle. Tilapäistyöntekijät ovat vähemmän sitoutuneita organisaatioon kuin perinteiset työntekijät. Yrittäjät taas todettiin sitoutuneemiksi kuin ns. perinteiset työntekijät.

Työntekijän kokemalla terveydellä ja stressillä/uupumisella on myös todettu olevan vaikutusta sitoutumiseen. Mikäli työntekijä ei tunne uupumusta, hänellä oli Laineen (2005) mukaan vahva sitoutuminen työpaikkaan. Myös työhön liittyvä matala stressi (Shader, Broome, Broome, West & Nash 2001) ja kokemus hyvästä terveydestä ja työkyvystä vahvistaa työpaikkaan sitoutumista (Gardulf ym. 2005; Laine 2005; Stordeur ym. 2007). Heponiemen ym. (2008) mukaan kaksi tai useampia elämäntapariskejä (tupakointi, ylipaino, liika alkoholin käyttö ja vähäinen liikunta) vähensivät työpaikkaan sitoutumista. Työn psykologinen vaativuus vähensi Gardulfin ym. (2005) mukaan sitoutumista.

Joillain yksilöllisillä piirteillä kuten: vahva ammatti-identiteetti (Pekkarinen ym. 2004), lasten lukumäärä, työpaikkojen määrälliset vaihtoehdot alueella (Stordeur ym. 2007) ja työpaikan alueellinen sijainti (Meyer ym. 2002) on todettu olevan tutkimuksesta riippuen jonkin verran merkitystä sitoutumiselle.

Työhön ja työolosuhteisiin liittyvät tekijät

Työn vaatimuksilla on todettu olevan sekä sitoutumista edistäviä että sitä vähentäviä tekijöitä. Työn haasteellisuuden on todettu lisäävän

sitoutumista (Lahtinen 2007; Takase, Yamashita & Oba 2007), kun taas työn liialliset määrälliset vaatimukset vähentävät sitoutumista (Gardulf ym. 2005; Lahtinen 2007; Laine 2005; Stordeur ym. 2007).

Työn mukana tulevat mahdollisuudet osaamisen ja ammattitaidon käyttämiseen lisäävät sitoutumista (Lahtinen 2007), samoin kun työn monipuolisuus (Pekkarinen ym. 2004), työn mielekkyys (Lahtinen 2007), työn merkitykselliseksi kokeminen (Stordeur ym. 2007) sekä työhön liittyvä autonominen työskentely (Abbott ym. 2005; Harmoinen 2006).

Työpaikkaan sitoutumista heikentääkin kokemus siitä, että työtä ei nähdä merkityksellisenä ja tärkeänä (Beecroft ym. 2008; Laine 2005; Stordeur ym. 2007). Sitoutumista heikentää myös työssä koettu kehittymismahdollisuuksien vähäisyys (Gardulf ym. 2005; Laine 2005), tyytymättömyys omien kykyjen hyödyntämiseen (Gardulf ym. 2005; Laine 2005) sekä tunne vähäisistä vaikutusmahdollisuuksista tehtävien sisältöön ja suorittamiseen (Laine 2005). Myös tyytymättömyyden mahdollisuuksiin antaa potilaille heidän tarvitsemaansa hoitoa vähentää työpaikkaan sitoutumista.(Gardulf ym. 2005; Laine 2005).

Huonot etenemismahdollisuudet (Gardulf ym. 2005; Laine 2005), ammattitaitoa edistävän koulutuksen vähäisyys viimeisen vuoden aikana (30-49 -vuotiaat) (Laine 2005) sekä omien toiveiden huomioimattomuus työyksikköä valittaessa (Beecroft ym. 2008) ovat myös heikentäneet työpaikkaan sitoutumista. Urakehitykseen tukea saamattomat halusivat vaihtaa useammin työpaikkaansa Harmoisen (2006) tutkimuksessa kun taas Laineen (2005) tutkimuksessa tulos oli päinvastainen. Laine pohtikin tutkimuksessaan joko kysymysasettelun väärin ymmärtämistä tai hoitohenkilöstön kokemuksia ja pettymyksiä urasuunnittelun toteutumiseen sekä epäonnistumisiin työpaikoissa ja niiden kielteisiä vaikutuksia vastauksiin.

Henkilöstöjohtamisella sekä sen eri toiminnoilla voidaan sitoutumiseen vaikuttaa monin keinoin. Johtamiskäytäntöjen merkityksen sitoutumiseen

onkin todettu olevan suuri (Kanste 2008; Loke 2001). Koetulla oikeudenmukaisuudella (Meyer ym. 2002) ja vaikutusmahdollisuuksilla (Pekkarinen ym. 2004) päätöksentekoon (Lahtinen 2007) on todettu olevan positiivinen vaikutus sitoutumiseen. Myös palkitsevalla muutosjohtajuudella on todettu olevan yhteys vahvaan työhön sitoutumiseen, organisaatioon samaistumiseen ja haluun pysyä töissä (Kanste 2008).

Sitoutumista taas on heikentänyt huonona koettu esimiestyön laatu. (Laine 2005; Stordeur ym. 2005). Myös työntekijöiden aktiivisen valvonnan on todettu vähentävän halua sitoutua työpaikkaan (Kanste 2008). Työpaikan vaihtoaikojen onkin Pekkarisen ym. (2004) mukaan todettu vähentyneen kun esimiestoiminta ja päätöksenteko on koettu oikeudenmukaisena. Harmoisen (2006) mukaan johdon tukea ja arvostusta kokeneet sairaanhoitajat sitoutuivat työpaikkaansa tukea saamattomia paremmin.

Työn organisoinnilla ja työrooleilla on todettu myös olevan merkitystä sitoutumiseen. Työroolien selkeys lisää sitoutumista, (Lahtinen 2007; Pekkarinen ym. 2004) kun taas rooliepäselvyyksillä -ja konflikteilla on todettu olevan sitoutumista vähentävä vaikutus (Meyer ym. 2002). Myös epäselvät ja ristiriitaiset tavoitteet työnteossa vähentävät sitoutumista. (Pekkarinen ym. 2004). Ammattiin kuulumattomien tehtävien tekemisen on todettu myös vähentävän työpaikkaan sitoutumista. Sairaanhoitajilla osallistuminen tehtäviin, jotka eivät suoranaisesti liittyneet potilastyöhön, heikensivät myös työpaikkaan sitoutumista. (Laine 2005).

Myös tyytymättömyydellä työaikoihin on työpaikkaan sitoutumisen kannalta merkitystä (Laine 2005). Mikäli työntekijällä on vähäiset mahdollisuudet vaikuttaa työvuorojen suunnitteluun tai työvuoroja vaihdetaan lyhyellä varoitusajalla, sitoutuminen heikkenee (Laine 2005; Stordeur ym. 2007). Shaderin ym. (2001) mukaan sitoutumisen kannalta eri ikäryhmien välillä työaikojen merkitys erosi. Perhekielteisellä työaikakulttuurilla on Maunon, Kinnusen ja Ruokolaisen (2005) mukaan

työpaikkaan sitoutumisen kannalta negatiivinen vaikutus. Pysyvän työvuorosuunnitelman onkin todettu sitoutumisen näkökulmasta olevan positiivinen tekijä (Shader ym. 2001).

Tyytymättömyys fyysisiin työolosuhteisiin (Takase ym. 2007) työperäiseen ergonomiseen rasitukseen (Pekkarinen ym. 2004) ja nostoihin sekä siirtoihin (Laine 2005) vähentää työpaikkaan sitoutumista. Asiakkaiden raskashoitoisuus (Pekkarinen ym. 2004), viikonloppuun sijoittuvat ylityöt (Laine 2004) ja runsas, yli 40 tuntia kuukaudessa tapahtuva päivystäminen lääkäreillä (Heponiemi ym. 2008) vähensi myös työpaikkaan sitoutumista. Työpaikkaan sitoutumista vähensivät myös tyytymättömyys fyysisiin työoloihin erityisesti yli 50 –vuotiailla hoitajilla sekä miehillä, jotka olivat tyytymättömiä sekä fyysisiin työoloihin, että vähäisiin vaikutusmahdollisuuksiin (Laine 2005).

Työilmapiirillä ja työyhteisöllä on merkitystä sitoutumiselle työpaikkaan. Se miten työpaikassa kohdellaan työntekijää ja panostetaan hyvinvointiin vaikuttaa sitoutumiseen. Organisaatiotuella voidaan vahvistaa sitoutumista (Meyer ym. 2002). Korkealla yhteenkuuluvuuden tunteella työpaikalla on myös positiivinen vaikutus sitoutumisen kannalta (Shader ym. 2001). Harvoin saatu tuki työkavereilta (Laine 2005), huonot sosiaaliset suhteet työtovereihin ja muuhun henkilöstöön (Gardulf ym. 2005; Laine 2005) sekä työpaikalla koettu syrjintä tai häirintä (Laine 2005) vähentävät työpaikkaan sitoutumista. Beecroft ym. (2005) puolestaan totesivat sosiaalisen tuen puutteen lisäävän työpaikasta lähtöaikeita.

Työ- ja perheristiriidat sekä työ- ja perhe-elämän yhteen sovittamisen ongelmien on todettu vähentävän työpaikkaan sitoutumista (Gardulf ym. 2005; Laine 2005; Mauno ym. 2005; Meyer ym 2002; Stordeur ym. 2007). Perhemyönteinen organisaatiokulttuuri johtamistapoineen puolestaan tukee organisaatioon sitoutumista (Mauno ym. 2005).

Myös tyytymättömyys työn palkitsevuuteen (Laine 2005) sekä palkkaukseen vähentää työpaikkaan sitoutumista (Beecroft ym. 2008;

Gardulf ym. 2005; Harmoinen 2006; Hasselhorn ym. 2005; Josephson, Fochsen, Lindberg & Vingård 2005; Laine 2005; Stordeur ym. 2007). Epätietoisuus palkan perusteista ja palkkaukseen parantamisen mahdollisuuksista sekä kriteereistä vähentää myös Gardulf ym. (2005) mukaan sitoutumista työpaikkaan. Hoitajan hyvällä taloudellisella tilanteella on taas Laineen (2005) mukaan työpaikkaan positiivisesti sitoutumista edistävä merkitys kun taas huonolla taloudellisella tilanteella päinvastainen, erityisesti nuorien ja iäkkäämpien hoitajien kohdalla.

Useat edellä mainituista asioista muodostavat kokonaisuudessaan tai erillisissä osissa työpaikan työtyytyväisyyden. Työtyytyväisyydellä onkin joissain tutkimuksissa todettu olevan vaikutusta työpaikkaan sitoutumisissa (Meyer ym. 2002; Pekkarinen ym. 2002; Shader ym. 2001; Stordeur ym. 2007). Loken (2000) ja Kansten (2008) mukaan johtamiskäytännöllä on suuri vaikutus työtyytyväisyyteen. Kansten (2008) mukaan passiivinen välittäminen hoitohenkilökunnasta onkin yhteydessä vähäiseen haluun sitoutua työpaikkaan. Pekkarisen ym. (2002) tutkimuksessa työtyytyväisyyteen vaikutti erityisesti se, että työn motivaatiotekijöistä vaikuttaminen ja monipuolinen työ toteutuivat, jolloin myös sitoutuminen vahvistui.

Joillain organisaation piirteillä, kuten matalalla hierarkkisuuudella ja vuorovaikutuksellisuudella johdon ja esimiesten sekä työntekijöiden välillä on todettu olevan työpaikan vetovoimaa ja siihen sitoutumista lisäävä vaikutus (Stordeur ym. 2007). Pekkarisen ym. (2004) tutkimuksessa pienessä organisaatiossa sitoutuminen työpaikkaan oli vahvempaa kuin isossa. Myös oppivan organisaation tyylisten käytäntöjen hyödyntäminen sairaanhoitajien työssä ja johtamisessa on todettu lisäävän organisaatiossa sitoutumista sekä työtyytyväisyyttä (Jeong, Lee, Kim, Lee & Kim 2006).

Osittain ristiriitaisia tuloksia on saatu eri työ alojen välillä sitoutumisessa. Lahtisen (2007) ja Laineen (2005) mukaan sitoutuminen kirurgian alalla on kaikkein vahvinta ja psykiatrian alalla taas vähäisintä. Pekkarisen ym.

(2004) tutkimuksessa taas sitoutuminen oli vahvinta psykiatria sekä dementiapotilaita samalla osastolla hoitavilla työntekijöillä kun taas vähäisintä se oli sekaosastojen hoitajilla.

6 Tutkimustehtävät

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaisena sairaanhoitajat kokivat työn psykiatrisessa sairaalassa. Kaikki haastateltavat olivat irtisanoutuneet sairaanhoitajan virastaan, joten tutkimuksen tarkoituksena oli myös löytää syitä irtisanoutumiselle. Lisäksi haastatelluilta kysyttiin miten he kehittäisivät sairaanhoitajan työskentelyä.

Tutkimuskysymykset haastateltaville olivat:

- Millaista oli työskennellä sairaanhoitajana Niuvanniemen sairaalassa?
- Miten kehittäisit sairaanhoitajana työskentelyä Niuvanniemen sairaalassa?

6.1 Tutkimukselliset menetelmät

Tutkimustyön tarkoitus on päästä lähelle totuutta tutkitusta ilmiöstä. Totuutta voidaan tutkimusotteellisesti etsiä, joko kvantitatiivisin tai kvalitatiivisin menetelmin. (Metsämuuronen 2000b, 7). Tässä tutkimuksessa lähestymistapana käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusotetta. Kvalitatiivinen tutkimusote soveltuu tutkimukseen hyvin silloin kun tutkimuksen tarkoituksena on kerätä kokemuksellista tietoa ja lisätä ymmärrystä sekä saada syvällisempää tietoa tutkitusta aiheesta (Janhonen & Nikkonen (toim.) 2001, 8-14; Krause & Kiikkala 1996, 74-78). Myös kiinnostuneisuus tapahtumien yksityiskohtaisista rakenteista

eikä niinkään niiden yleisluontoisesta jakautumisesta kiinnostaa tutkijaa enemmän. Tutkijaa voi kiinnostaa myös tietyssä tapahtumassa mukana olleiden yksittäisten toimijoiden merkitysrakenteet tai hän haluaa tutkia tapahtumiin liittyviä syy-seuraussuhteita, joita ei voi tutkia kokeen avulla. (Metsämuuronen 2000b, 14).

Tietojen keräämisen metodina eli menetelmänä tässä tutkimuksessa käytettiin haastattelua. Laadullisessa tutkimuksessa haastattelun lisäksi tutkimusmetodinä voi olla esimerkiksi havainnointi tai tekstianalyysi. (Metsämuuronen 2000b, 14). Metsämuuronen (2000b, 30-40) mukaan haastattelu on monimuotoinen tapa kerätä tietoa tutkittavasta aiheesta. Haastattelu voidaan suorittaa strukturoidusti, puolistrukturoidusti tai ns. avoimella haastattelumenetelmällä.

Tässä tutkimuksessa käytettiin avointa haastattelumenetelmää. Avoimessa haastattelussa haastateltava voi kertoa omin sanoin kokemuksistaan aiheesta. Haastattelun kulku on vapaamuotoinen ja haastateltava voi vaihtaa aihepiiriä kesken haastattelun. Haastattelijan tehtävänä on kuitenkin huolehtia, että hän saa tarpeeksi informaatioita haastateltavasta aiheesta. Avoin haastattelu on keskustelun omainen, jossa johtava rooli on kuitenkin haastateltavalla. Avointa haastattelutekniikkaa käytetään mm. silloin kun halutaan tietoa menneisyyden tapahtumista, heikosti tiedostetuista seikoista tai haastateltavia on vähän. (Hirsjärvi & Hurme 1993, 30-35; Metsämuuronen 2000b, 42-43).

6.2 Tutkimusympäristön kuvaus

Kaikki tutkimuksessa haastatellut sairaanhoitajat olivat työskennelleet Niuvanniemen sairaalassa sairaanhoitajan vakituisessa virassa. Tutkimuksen kiinnostus kohdistui sairaanhoitajan työn lisäksi työpaikkaan sitoutumiseen, jonka vuoksi haastateltavat valikoituivat työpaikaltaan irtisanoutuneiden henkilöiden joukosta.

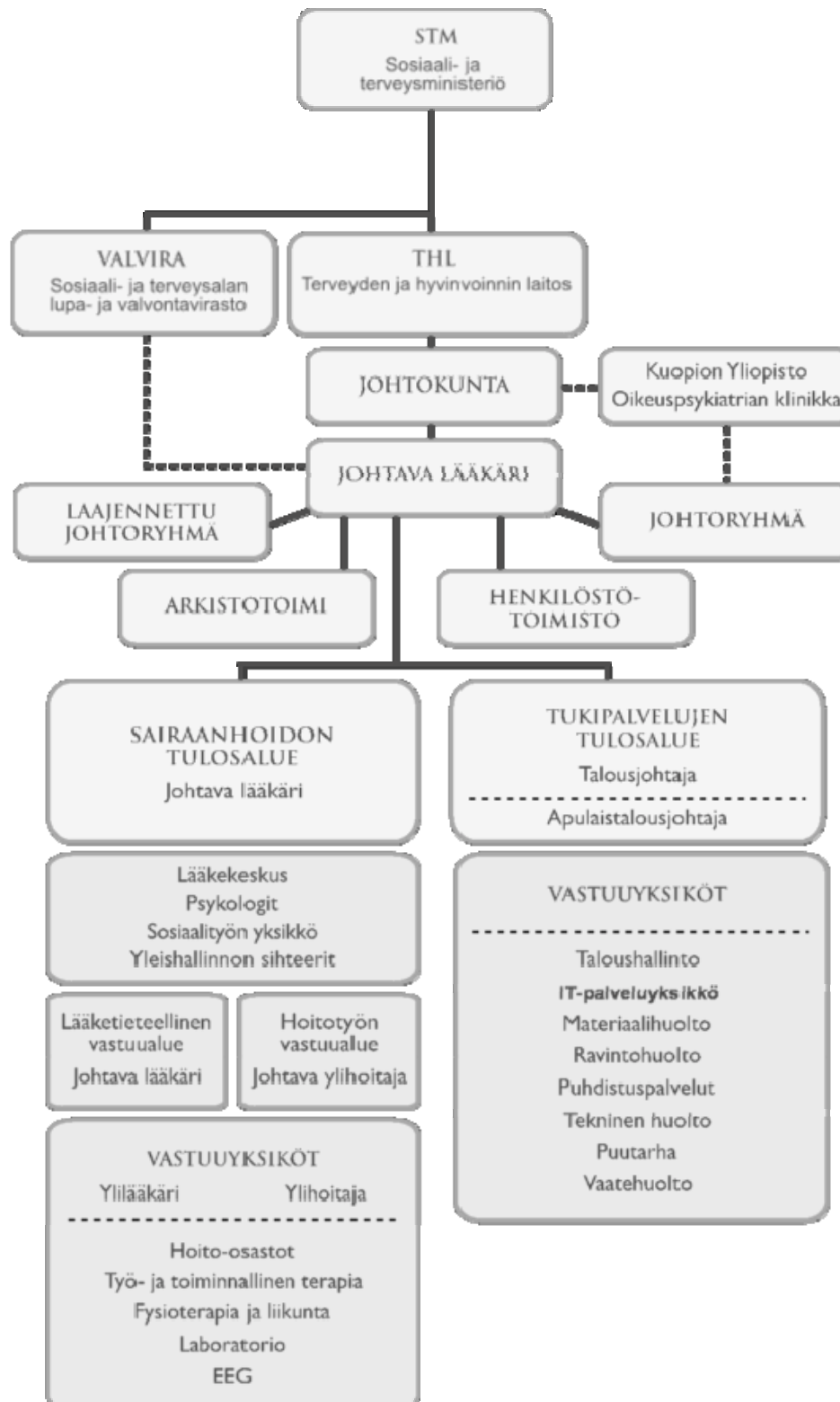
Niuvanniemen sairaala on Suomen valtion toinen oikeuspsykiatrinen sairaala (Wahlbeck 2007, 87) ja se vastaa valtakunnallisen oikeuspsykiatrisen erityistason sairaanhoidollisten palvelujen ja mielentilatutkimusten tuottamisesta. Sairaala vastaa myös osaltaan oikeuspsykiatrian alan henkilöstön koulutuksesta ja kehittämistoiminnasta sekä toimii Kuopion yliopiston oikeuspsykiatrian klinikkana. (Niuvanniemen sairaalan talousarvio esitys 2009).

Oikeuspsykiatrialla on oma tehtäväkenttensä psykiatriassa. Sen tehtävänä on selvittää mitä ongelmia psyykkiset sairaudet aiheuttavat lakien noudattamiselle. Oikeuspsykiatriassa myös koitetaan vaikuttaa siihen, että tällaisten poikkeavuuksien huomioiminen otettaisiin huomioon lainsäädännössä. Käytännössä oikeuspsykiatriassa huolehditaan näiden psyykkisesti sairaiden ihmisten tutkimuksesta ja tarvittaessa hoidosta, heitä koskevien lakien mukaan. Oikeuspsykiatrian tärkeimmät osa-alueet ovat rikosoikeudellinen, siviilioikeudellinen ja hallinnollinen oikeuspsykiatria. Rikosoikeudellisessa oikeuspsykiatriassa tärkeimpiin tehtäviin kuuluvat mielentilatutkimukset, hallinnollisessa oikeuspsykiatriassa lakeihin liittyvät rajoitukset ja siviilioikeuspsykiatriassa kannanotot mm. edunvalvontaan ja avioesteisiin liittyen. (Hakola 2002, 294-308).

Niuvanniemen sairaala on toiminut jo vuodesta 1885. Oikeuspsykiatristen potilaiden hoitopaikkana toimiminen on ollut sairaalan erityistehtävänä sota-ajan jälkeen, kun tämän potilasryhmä lisääntyi voimakkaasti. Yli 120 vuoden historia näkyy museoviraston suojelemissa rakennuksissa mutta moni asia psykiatrisessa hoidossa rakennusten sisällä on tuona aikana muuttunut. (Niuvanniemen sairaala 2009).

Tänä päivänä Niuvanniemen sairaalan tehtävistä säädetään laissa ja asetuksissa valtion mielisairaaloista sekä mielenterveyslaissa –ja asetuksessa. Toimintaa valvovat lääninhallitus, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (VALVIRA) sekä Sosiaali- ja terveysministeriö. Sairaalan työnantajavirasto on Terveiden ja hyvinvoinninlaitos (THL),

jonka tulosohjauksessa se toimii nettobudjetoituna valtion laitoksena. Alla kuva sairaalan organisaatorakenteesta. (Niuvanniemen sairaalan talousarvioesitys 2009).



Sairaalassa hoidetaan tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia oikeuspsykiatrisia sekä vaikeahoitoisia ja/tai vaarallisia potilaita. Lisäksi sairaalassa on hoidettavana alaikäisten hoitoyksikössä alle 18 -vuotiaita mielenterveyslain perusteella hoidettavia potilaita. Lisäksi sairaalassa tehdään vuosittain noin 50-60 mielentilatutkimusta. Sairaalan keskimääräistä hoitoaikaa kuvataan Niuvanniemen sairaalan talousarvioesityksessä vuodelle 2009 näin: ”Vuoden 2007 lopussa hoidossa olleiden kriminaalipotilaiden keskimääräinen hoitoaika oli 2 v 8 kk (pisin hoitoaika 52 v 2 kk). Vaikeahoitoisena sairaalaan otettujen potilaiden vastaava luku oli 3 v 4 kk (pisin hoitoaika 21 v 5 kk). Vuoden 2007 aikana poistettujen kriminaalipotilaiden keskimääräinen hoitoaika oli 8 v 3 kk ja vaikeahoitoisten 4 v 3 kk.” (Niuvanniemen sairaalan talousarvioesitys 2009).

Sairaalan arvot ovat potilaslähtöisyys, perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien kunnioittaminen, ammatillisuus ja tuloksellisuus, oikeudenmukaisuus ja avoimuus sekä työhyvinvointi. (Niuvanniemen sairaala 2009). Sairaala on laatinut vuodelle 2011 vision, jonka mukaan:

- Niuvanniemen sairaala on valtakunnallinen, kansainvälisesti arvostettu oikeuspsykiatrian osaamiskeskus.
- Sairaalan palvelut ovat kilpailukykyisiä.
- Olemme työstämme innostuneita ammattilaisia ja huolehdimme työhyvinvoinnista. (Niuvanniemen sairaalan henkilöstötilinpäätös 2008)

Sairaala on henkilöstötilinpäätöksessään huomionut, että visioon edetäkseen tulee johtamisen, toiminnan organisoinnin, henkilöstön osaamisen, työmotivaation, työtyytyväisyyden, työkuoron ja palkitsemisen tukea vision saavuttamista. Vuonna 2008 Niuvanniemen sairaalassa on työskennellyt yhteensä 804 henkilöä, luku sisältää kaikki lyhyenkin ajan sairaalan palveluksessa olleet vuoden aikana. Kokonaishenkilöstön määrä on laskenut edellisestä vuodesta 6,65 %, vakinaisten työsuhteiden osuus henkilötyövuosista on 75 %. Keski-ikä koko henkilöstössä on 41,91

vuotta. Yleisin koulutustaso sairaalassa on keskiasteen koulutus, koska sairaalassa on runsaasti mielisairaanhoitajia. (Niuvanniemen sairaalan henkilöstötilinpäätös 2008).

Sairaanhoitajien virkoja on vuonna 2007 ollut avoinna kahdeksan kappaletta ja niitä on hakenut yhdeksän hakijaa (viisi ulkopuolelta ja neljä sisäpuolelta). Kaikki yhdeksän virkaa on täytetty. Vuonna 2008 sairaanhoitajien virkoja on ollut yhteensä 37 avoinna, joihin hakijoita on ollut 42 (ulkopuolelta 32, sairaalan sisältä 10) henkilöä. Sairaanhoitajan virkoja on jäänyt täyttämättä 14 kappaletta. Henkilöstövaihtuvuus vuonna 2008 on tulovaihtuvuuden osalta kokonaisuudessaan 2,6 % ja lähtövaihtuvuuden osalta 1,3 %, irtisanoutuneita on ollut kahdeksan. (Niuvanniemen sairaalan henkilöstötilinpäätös 2008).

Sairaalassa muutetaan mielisairaanhoitajien vapautuvia virkoja pääasiassa sairaanhoitajien viroiksi, sairaalan Stakesin kanssa tehdyn suunnitelman mukaisesti. Vuoden 2009 tulossopimuksessa sairaanhoitajien ja mielisairaanhoitajien suhde henkilötyövuosissa vakinaisten työntekijöiden osalta oli sairaanhoitajia 20 % ja mielisairaanhoitajia 80 % (31.10.2008 tilanne). Tavoitteena tulossopimukseen on asetettu vuodelle 2009 sairaanhoitajia 30 % ja mielisairaanhoitajia 70 %. (Niuvanniemen sairaalan tulossopimus 2009, 8-12).

Niuvanniemen sairaalassa on neljätoista osastoa, joista yksi on alaikäisten hoito-osasto. Henkilökuntavahvuus osastoilla riippuu osastosta vaihdellen 0,67-1,53 hoitajaa/sairaansijaa, nuoriso-osastolla suhdeluku on 3,17. Henkilökunta osastoilla koostuu useista ammattiryhmistä, joista yhtenä sairaanhoitaja on toteuttamassa potilaan moniammatillista hoitoa. Sairaalan hoitomenetelminä toimivat samat lääkehoidon, yhteisohoidon ja hoitosuhdetyöskentelyn sekä työ- ja toiminnallisenterapian menetelmät kuin useissa muissakin psykiatrisissa laitoksissa. Sairaanhoitajan työroolista on sairaalassa tehty kirjallinen toimenkuva, joka on liitteenä tässä työssä. (Liite 3)

Niuvanniemen sairaala tukee henkilöstönsä uudistumista ja työkykyä osallistuvalla ja kannustavalla johtamisella, täydennyskoulutuksella sekä pyrkimällä työsuojelun toimintaohjelman ja työhyvinvointisuunnitelman mukaisiin tavoitteisiin. Tutkimustulosten mukainen kolmivuorotyöjärjestelmä perustuu henkilöstön terveyden edistämisen lisäksi potilas- ja työturvallisuuden sekä kuntouttavan hoidon toteuttamiseen myös iltaisin. (Niuvanniemen sairaalan talousarvioesitys 2009). Koulutuskustannukset sairaalassa ovat vuonna 2008 olleet 1509 €/henkilötyövuosi, laskenta sisältää työajan kustannukset. (Niuvanniemen sairaala henkilöstötilinpäätös 2008).

Niuvanniemen sairaalassa on tehty vuonna 2007 työnantajakuvatutkimus, jonka tarkoituksena on ollut selvittää kuinka houkutteleva Niuvanniemen sairaala on työnantajana ja oikeuspsykiatrian alana. Lisäksi tutkimuksessa on ollut tarkoituksena selvittää minkälainen käsitys terveydenhuollon opiskelijoilla ja sairaalan omalla hoitohenkilökunnalla (mielisairaanhoitajat ja sairaanhoitajat) on Niuvanniemen sairaalasta työnantajana, työpaikkana ja työyhteisönä. Lisäksi työnantajakuvan tarkoituksena on ollut selvittää onko sairaala onnistunut tavoitteessaan olla attraktiivinen ja luotettava työnantaja sekä tarjota pysyvä työpaikka, selkeät säädökset ja rehellinen ilmapiiri. (Niuvanniemen työnantajakuvatutkimus 2007).

Daavitsainen (2000) on tutkinut Niuvanniemen sairaalan perustason hoitotyöntekijöiden ammatin kvalifikaatioiden toteutumista oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä. Perusjoukon tutkimuksessa ovat muodostaneet sairaalassa työskennelleet mielisairaanhoitajat, mielenterveyshoitajat ja lähihoitajat. Kvalifikaatioista on tutkittu ammatti- ja tehtäväkohtaisia tietoja, ammatillisia taitoja sekä mukautumis- ja motivaatiokvalifikaatioita.

Valtion uutta palkkausjärjestelmää (UPJ) on tutkittu sekä esimiesten johtamisvälineenä, että heidän mielipiteitään sen toimivuudesta. Esimiehet pitivät uutta palkkausjärjestelmää hyvänä välineenä

johtamistyölle. Toisaalta sen nähtiin luovan paineita johtamistyölle mutta tuovan siihen myös mahdollisuuksia. Esimiehet näkivät itsensä uudistajina, joiden tehtävä oli perustella uudistuksen hyödyllisyyttä ja toteuttaa tuloskulttuuria. Vaikuttajan roolissa esimiehet huolehtivat työyhteisön tietoisuudesta järjestelmään liittyvistä asioista ja puolustaa siihen liittyviä faktoja. Esimiehet myös tukivat kehittymistä, palkitsivat tuloksista, pyrkivät kiinnittävään huomiota keskusteluissa perustehtävään ja jatkuvaan parantamiseen sekä kiinnittivät huomiota työntekijään. Osa esimiehistä koki yhteisen palkka- ja kehityskeskustelun hankalana. Myös järjestelmän suomia mahdollisuuksia aitoon palkitsemiseen kritisoitiin. Suorituksen parantaminen ei aina nostanut palkkaa, myös jaettavien resurssien rajallisuus sekä pisteiden pysyminen raamien sisällä tuotiin haastatteluissa esille. (Lähdesmäki 2007, 83-91).

Johtajuus sai uudenlaisia ulottuvuuksia UPJ:n myötä valtion sektorilla. Myös suorittavan portaan näkökulmaa olisi syytä tutkia. Millaisena työntekijät kokevat uuden palkkausjärjestelmä? Järjestelmän uskottavuus on kuitenkin kiinni siitäkin, millaisena työntekijät sen kokevat. Tuleeko työsuoritukset palkituksi muutenkin kuin sanallisena kannustuksena? (Lähdesmäki 2007, 90).

6.3 Tutkimusaineiston hankinta

Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla avoimella haastattelumenetelmällä Niuvanniemen sairaalasta ajalta 1.1.2008-31.8.2009 irtisanoutuneita sairaanhoitajia. Tiedot irtisanoutuneista sairaanhoitajista saatiin Niuvanniemen sairaalan henkilöstötoimistosta. Tutkimusta varten Niuvanniemen sairaalan henkilöstörekisteristä annettiin käyttöön vakituisesta virasta irtisanoutuneiden sairaanhoitajien nimi – ja osoitetiedot ajalta 1.1.2008-31.8.2009. Irtisanoutuneita vakituisia sairaanhoitajia kyseenomaisena aikana oli kaiken kaikkiaan neljätoista. Haastattelua varten tavoitettiin kolmetoista, joista yksi kieltäytyi haastattelusta. Haastattelu tehtiin yhdelletoista irtisanoutuneelle sairaanhoitajalle. Tutkimusaineisto alkoi ”toistaa itseään” eli tuottaa

samankaltaista sisältöä viidennen, kuudennen haastattelukerran jälkeen. Tämän vuoksi yksi tavoitetuista sairaanhoitajista jätettiin haastatteleematta, vaikka hän olisikin ollut haastatteluun suostuvainen. Myös pitkä välimatka haasteltavan luo oli yksi ratkaiseva tekijä haastattelun tekemättä jättämiseksi.

Kaikki haastateltavat tavoitettiin ensin puhelimitse, jossa alustavasti kerrottiin tutkimuksesta ja kysyttiin halukkuudesta siihen osallistumiseen. Puhelintiedot saatiin numerotiedustelusta ja ns. lumipallo-otanta (snowball sample) menetelmää käyttämällä. Lumipallo-otannassa hankalasti tavoitettavissa tai arkaluontoisia asioita tutkittaessa olevien ihmisten tavoittaminen alkaa yhden ihmisen kautta, joka suosittelee tai antaa yhteystietoja tai vie niitä eteenpäin (Metsämuuronen 2000, 40). Mikäli haastateltavalle kävi, sovimme haastatteluajan ja -paikan jo puhelun aikana. Lähetin haastateltaville tutkimukseen liittyvän lomakkeen, jossa oli tutkimuskysymykset, haastatteluun valmistautumista varten. (Liite 1).

Vielä ennen haastattelua jokaiselta haastateltavalta kysyttiin suostumus haastatteluun ja käytiin tutkimuskysymykset läpi sekä tutkimusmenetelmän eli avoimen haastattelun perusidea kerrottiin haastateltavalle. Myös haastatteluiden nauhoittamisesta muistutettiin, tätä kukaan haastateltavista ei vastustanut. Haastattelut suoritettiin rauhallisessa, häiriöttömässä tilassa, lähes puolet haastateltavien kotona ja osa Niuvanniemen sairaalan Tehyn toimiston tiloissa. Haastattelut tehtiin kesällä 2009 haastateltavien aikataulujen mukaisesti. Moni heistä oli edelleenkin vuorotyössä kuten haastattelijakin, mutta kesälomista ja vuorotyöstä huolimatta yhteistä aikaa keskimäärin noin 45 minuuttia pitkään kestäneisiin haastatteluihin löytyi.

6.4 Tutkimusaineiston analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään tutkimusaineiston analysoinnissa sisällönanalyysiä. Tällä menetelmällä kirjoitetusta tai suullisesta materiaalista voidaan tarkastella ja analysoida asioiden ja merkitysten

erilaisuuksia ja yhteneväisyyksiä. Sisällönanalyysiprosessissa kerätty aineisto tiivistetään siten, että tutkittava ilmiö voidaan kuvata selkeänä ja siinä ilmenevät samanlaisuudet ja erilaisuudet erottuvat. Sisällönanalyysi yksinkertaisuudessaan etenee siten, että analyysiyksiköt valitaan, aineistoon tutustutaan, aineistoa pelkistetään, aineisto luokitellaan, aineistoa tulkitaan sekä koko sisällönanalyysiprosessin luotettavuutta arvioidaan. Kuitenkin usein analyysi on monivaiheisempi ja prosessin osat kulkevat osittain päällekkäin analyysin edetessä. (Janhonen & Nikkonen (toim.) 2001, 21-29).

Kaikki haastattelut siis nauhoitettiin. Tämän jälkeen haastattelut kirjoitettiin sanatarkasti puhtaaksi. Litteroiduista eli puhtaaksi kirjoitetuista haastatteluista ryhdyttiin etsimään tutkimuskysymyksiin vastauksia. Aluksi litteroidut haastattelut luettiin ja niistä alleviivattiin eri aihealueita sekä käsitteitä tutkimuskysymyksiin liittyen. Näin haastattelujen sisältö alkoi muodostua alustaviksi käsitteiksi. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysin käsittelyssä tätä kutsutaan ns. avoimeksi koodaukseksi. Näin tuotetaan käsitteitä, jotka kuvaavat aineistoa, mutta ovat vielä alustavia. Käsitteiden muodostuttua aineistoa ryhmiteltiin siten, että samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut, teemat luokiteltiin omiksi ryhmikseen. Kullekin ryhmälle eli luokalle annettiin sitä kuvaava nimi. (Metsämuuronen 2000b, 26).

Tämän jälkeen luokkien sisällöistä haettiin niitä kuvaavat yhdistävät tekijät ja ne yhdistettiin yläluokiksi eli aineistoa abstrahoitettiin. Aineiston abstrahoinnissa tutkimuksen aineisto on järjestetty siten, että yksittäisten henkilöiden, tapahtumien tai lausumien erotteleminen ei ole mahdollista vaan aineisto on yleisellä käsitteellisellä ja teoreettisella tasolla (Metsämuuronen 2000, 51). Koko prosessin ajan haastatteluaineiston sisältöä luettiin kriittisesti ja luokkien paikkansa pitävyyttä analysoiden. (Alasuutari 1999, 38-43; Janhonen & Nikkonen (toim.) 2001, 21-29; Krause & Kiikkala 1996, 117-119).

Seuraavalla sivulla esimerkki sisällönanalyysin toteutumisesta.

Alkuperäisilmaisut	Alustava käsite	Käsitteistä saatu alaluokka	Käsitteiden yläluokka
<i>"kyllähän ne hoitajatkin monesti tietää esimerkiksi, jollain potilaalla on niin kun saumaa lisä aikaa osastolle siinä mielessä se lääkäri on paljon huonompi asiantuntija sillon. Siinä asiassa että hoitajat kyllä ossaa ne asiat arvioida paremminkin vois ehkä tehdä."</i>	Lääkärivetoisuus	Työn -ja vastuunjako	Johtamiskulttuuri
<i>"Lääkäri käyttää niin tosi paljon luonnollisesti aikaansa siihen tuota asian puntaroimiseen vaikka sen pystyy hoitajatkin melkein päättämään ja pyytämään ja tuotakin käytännössä vaan lääkärin allekirjoituksen siihen"</i>	työnjako, päätöksen teko	Työn -ja vastuunjako	Johtamiskulttuuri
<i>"Ammattikunta jako on paljon jyrkempi kun kunnallisissa sairaaloissa. Mitä tekee sairaanhoitajat ja mitä tekee mielisairanhoitajat."</i>	ammattikuntien työn jako	Työn -ja vastuunjako	Johtamiskulttuuri
<i>"Mut siitä ammattiryhmä jutusta. Mun mielestä sen ei tarteis olla sillä tavalla, että hirveen moni mielurikin vois tehdä vastuu tehtäviä ja on monia mielureja joilla on siitä potilaasta niinku hirveen pitkä työkokemus ja tietoa kun jollain noviisi sairaanhoitajalla joka tulee"</i>	ammattikuntien työn jako	Työn -ja vastuunjako	Johtamiskulttuuri
<i>"oisin halunnu tehdä tai teinhän minä kolmivuorotyötä mutta ne oli ne päivystysyöt usein semmosia vaan mitä valvoin. Ite oisin ehkä niitä osastoöitä, oli mulla niitä osastoöitä mutta ei"</i>	ammattikuntien työn jako	Työn -ja vastuunjako	Johtamiskulttuuri

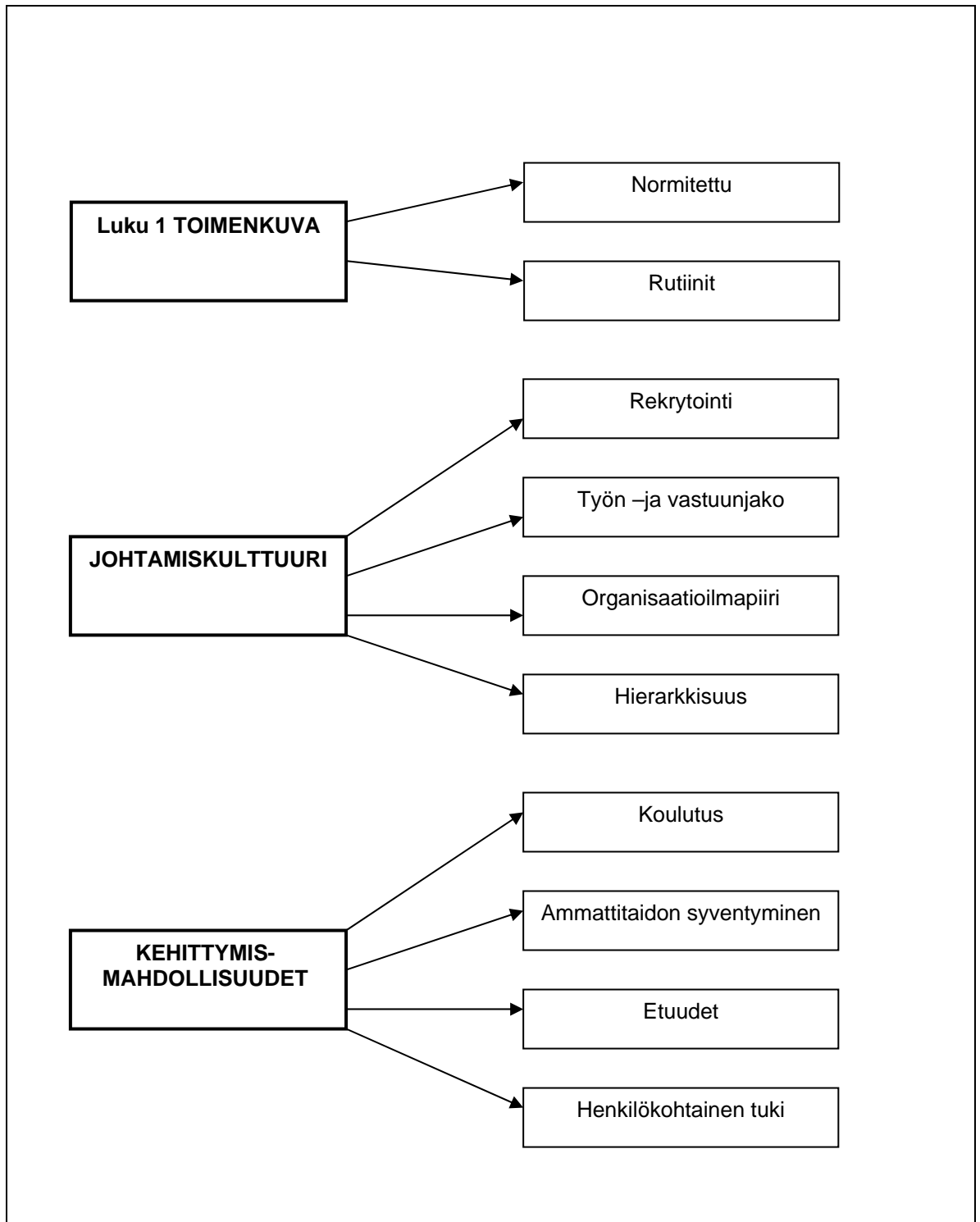
<i>läheskään joka listalla, että oisin ehkä halunnu sen."</i>			
<i>"tämmöset vanhoillisemmat vaikka niin kun mielisairaanhoidajat hoitaa vaan tiettyjä tehtäviä kun näin on aikasemminkin tehty ja sairaanhoidajat hoitaa vain tiettyjä tehtäviä kun näin on tehty"</i>	ammattikuntien työn jako	Työn -ja vastuunjako	Johtamiskulttuuri
<i>"Et semmosta lokeroitunutta työtähän se on, et kun on määritelty, et todenäkösesti vanha historia on, vanhat perinteet, niissä pysytään tiukasti kiinni."</i>	määritellyt tehtävät, työnjako	Työn -ja vastuunjako	Johtamiskulttuuri
<i>"et jos mietitään suhteessa ammattiryhmiin niin se moniammatillisuuden hyöty ei oo siinä et ne roolittuu ne tehtävät"</i>	roolit, töiden jako	Työn -ja vastuunjako	Johtamiskulttuuri

Alkuperäisilmaisut	Alustava käsite	Käsitteistä saatu alaluokka	Käsitteiden yläluokka
<i>"Tykkäsin, että Niuvassa oli helppo päästä koulutuksiin mikä on hyvä, että pääs kehittämään itseensä...Vaikka minkä muotosta koulutusta, mutta kuinka verran sitä pystytään siirtämään sinne käytännön työhön, että on semmosia meriittejä..."</i>	koulutusmyönteisyys, ristiriita koulutusten ja hyödyn kanssa	koulutus	kehittymismahdollisuudet
<i>"Ja sitten ne lääkehoitokoulutukset mitkä nytten tulee kuntapuolelle niin nehän periaatteessa oli jo ja minkä kävin niin se oli miusta ihan kiva. Kiva juttu että sai koulutusta ja jotain pätevyyttä siihen sitten."</i>	koulutusta sai	koulutus	kehittymismahdollisuudet
<i>"Koulutusmahdollisuudet oli minun mielestä ihan</i>			

<i>älyttömän hyvät. Tykkäsin, että siitä että ei kyllä missään muualla ole niin hyviä mahdollisuuksia koulutukseen osallistuu ku Niuvassa”</i>	koulutusmyönteisyys	koulutus	kehittymismahdollisuudet
<i>”Sit jos aattelis tuota somaattista puolta myös koulutuste osalta niin nyt en tiä onko siellä menossa se koulutus mutta oli puhetta että tehostettas vielä tähän..”</i>	koulutus tarve	Koulutus	Kehittymismahdollisuudet

7 Tutkimustulokset

Sairaanhoitajan toimenkuva Niuvanniemen sairaalassa koettiin normitettuna ja rutiininomaisena. Sairaanhoitajan työhön vaikuttivat johtamiskulttuurin kautta työn – ja vastuunjako, hierarkkisuus, organisaation ilmapiiri sekä rekrytointi. Työssä koettiin olevan kehittymismahdollisuuksia, mutta ne näkyivät haastatteluissa myös toimenkuvaan ja työn hallintaan negatiivisesti vaikuttavina tekijöinä. Kehittymismahdollisuuksina koettiin koulutus, ammattitaidon syventyminen, etuudet ja henkilökohtainen tuki. Seuraavalla sivulla kuva tutkimuksen luokista.



7.1 Toimenkuva

Toimenkuva luokka jakautui kahdeksi alaluokaksi, jotka ovat ”normitettu” ja ”rutiinit”.

Normitettu

Irtisanoutuneet sairaanhoitajat kuvasivat työskentelyä Niuvanniemen sairaalassa ohjeistetuksi, kontrolloiduksi ja sääntöjen ohjaamaksi. Uusien asioiden tuominen työyhteisöön koettiin vaikeana. Sairaanhoitajan työtä ohjasivat tarkat säännöt mitä sai tehdä, joka teki työpaikasta turvallisen mutta toisaalta se koettiin luovuutta ja spontaanisuutta tappavana. Ohjeistukset tekivät työstä normitettua, omaa ammatillista osaamistaan ei tarvinnut käyttää, ”tekee vaan niin kun on ohjeistettu”. Työnteko sairaanhoitajana ohjeistuksien vuoksi kuvastui haasteettomana: ”ei tarvitse käyttää omaa päätään”, ”töihin mennessä voin laittaa työaivot päälle”.

” Ja sitten tietyllä tavalla tää sairaanhoitajana työskentely tai kun se on niin hirveen hyvin ohjattuu niin se on hirveen turvallista mutta pitkäpiimästä. Että paljon enemmän joutuu käyttää omaa päätä ja vastuuta tuolla siviilipuolen sairaaloissa kun ei oo taustatukee. Ei oo päivystävälääkäri heti oven takana. Mitä tehdä.”

” ...et ite koin et se oli niin kun turvallinen työympäristö työskennellä, se varmaan johtu siitä, että siellä oli aika tarkat säännöt mitä sai tehdä. Ja sen takia niin kun tuntu, että hirveen, kauheita isoja virheitä ei pysty tekemään kun raamit on niin tiukat.”

” Kyllä mä toisaalta ymmärrän ne rakenteet mitkä siellä on ja ne määrittelee hyvin pitkälle ne tekemiset mut miks jostakin tehhään niin monimutkasta? Se niin kun ihmetyttää. Ja sen mä ymmärrän, että siellä tarvitaan ohjeita mutta kun mä en oo missään tottunu siihen, että ohjeistetaan ohjeistuksen ohjeistus... et kun mä meen töihin niin mä voin laittaa kaikessa rauhassa aivot narikkaan...Et ei tarvii miettiä, kumpahan käy tekemässä mitä ohjeistettu ylemmältä taholta...”

Ohjeistuksien kuvattiin myös aiheuttaneen kitkaa henkilökunnan välille. Lisäksi ohjeiden ja määräyksien kautta koettiin, että ne tuovat turvallisuutta ja rutiininomaisuutta työskentelytapoihin, mutta lisäävät vastarintaa muutoksille mm. uusien asioiden tuomisen työyhteisöön. Osan ohjeista koettiin keskittyvän henkilökunnan rajoittamiseen eikä niinkään potilaiden hoitoon liittyviin asioihin. Lääkehuoltoon liittyvien ohjeistuksien koettiin aiheuttaneen ristiriitoja ja eriarvoisuuden tunteita henkilökunnan välille sekä ammattitaidon väheksymistä. Ohjeet aiheuttivat myös kankeutta työtehtävien suorittamiseen ja aikaa meni ohjeiden mukaisten tehtävien tekemiseen, eikä potilaiden hoitoon.

”...niin sitten huomasi sen, että osa mielisairaanhoitajista ois halunnut tehdä esimerkiksi näitä somatiikan asioita esimerkiksi tämä insuliiniasia niin niitä harmitti se hirveesti ja osa sitten heittäytyi siihen, että niille ei kuulu sitten mikään somatiikan asia...Mikä oli sitten itelle myös oikeestaan hankalaa.”

”Ja musta se oli nöyryyttämistä tavallaan, tuntuu vaan siltä, kun sinne meni, että piti tavallaan näyttää, että osaa jakaa lääkkeitä. Et musta se et, siinä tavallaan niin kun organisaation kautta kyykytetään ihmistä ruotuun, että olkaapa hiljaa niin tehkääpä töitä.”

”Että jäis aikaa siihen miettimiseen, että onko sillä ihmisellä lääkitys kohallaan ja paljonko on ottanut tarvittavia ja mitenkä ne vaikuttaa ja niin kun semmoseen. Et joskus tuntuu et semmoseen menee paljon aikaa pitää sitä systeemiä siinä, onko kurvat varmasti nyt laitettu...”

Rutiinit

Työn ja tehtävien rutiininomaisuus kuvastui haastatteluissa kaavamaisina tapoina tehdä työtä, vaihtoehtoisia työtapoja oli vaikea tuoda esille: ”näin on tehty ennenkin”. Osaston sairaanhoitajan työtehtävistä osa koettiin rutiininomaisina ja jopa haasteettomina. Useat haastateltavista kokivat osan sairaanhoitajan toimenkuvasta olleen osastosihteerin työtä runsaan paperityön vuoksi. Aikaisemmissa työpaikoissa koettu aktiivinen ja monipuolinen sairaanhoitajan työrooli kuihtui, koska tekemistä ei riittänyt,

työt roolittuivat ja päivittäisen arjen täyttivät joka päivä samankaltainen sisältö. Rutiininen ylläpitämisen ymmärrettiin tuovan selkeyttä ja turvallisuuttakin niin osastolle, potilaille kuin työntekijöille. Työn rutiininomaisuus liittyy läheisesti normitetun työn teon sekä työn –ja vastuunjaon alueiden kanssa samaan ongelmakenttään.

”...että ihmetytti välillä miten paljon menee aikaa semmoseen niin kun paperin pyörittämiseen aikaa, että tuota ois luullu, että helpommallakin päässy jos ois ollu joku toimistosihtheeri.”

”Ja välillä tuli sitten tämmönen olo, että minä olin toimistosihtheeri kun työ oli tämmöistä kansliakeskeistä paperityötä. Mut siihenkinhän kyllä sitten vuosien myötä tottu. Mutta kun on aikasemmissa työpaikoissa tottunu potilastyöhön ihan lähellä potilasta, tiimissä tehään niin nämä kansliatyöt vei aikaa siitä työstä...”

Lisäksi työn muuttuessa rutiininomaiseksi haastateltavat kertoivat työn toissijaisuuden näkyvän osastoilla. Työn toissijaisuus näkyi ihmettelynä, että vaikka aikaa on paljon, niin se menee muuhunkin kun potilastyöhön. Kokemukset siitä, että henkilökunnan kesken on niin hauskaa, että työnteko unohtuu ovat varmasti positiivisia yhteishengen kannalta, mutta vaarana nähtiin, ammatillisuuden unohtuminen ja työajan loppupuolella jopa tunne, että tuli töihin vaan olemaan. Rutiininomaisuus ja normitetut työtehtävät näkyivät työn toissijaisuudessa myös ns. tisuurikulttuurina. Taukokuoneessa keskusteltiin siviiliasioista, juorut ja huhut liikkuivat sekä pidettiin taukoja ohjatuista työhetkistä.

Rutiininomaisuus näkyi myös potilastyössä. Potilaiden hoitoon koettiin myös muodostuneen rutiinin, johon oli vaikea vaikuttaa. Esimerkiksi hoitosuhteiden hoitamisessa, potilaista kirjaamisessa, hoitosuunnitelmien laatimisessa ja uusien asioiden esittämisessä hoitolinjoihin, nähtiin rutinoitumisen vaikutuksia. Potilaiden oleminenkin osastoilla näyttäytyi monelle rutiininomaisena; päivästä toiseen samat keskustelut seuraavista ruoista, säästä, kanttiinitilauksista. Potilaat myös viettivät paljon aikaa keskenään, hoitajan rooli näyttäytyi yhteisössä enemmän vartijan roolina.

Näin oli myös joissain tehtävissä esimerkiksi omaisten tapaamisessa, hoitajan rooli koettiin aikaisemmasta poiketen järjestystä ylläpitäväksi vartijaksi kuin osaa ottavaksi omaistyöntekijäksi.

”...joskus toin esille, että voisiko tämän potilaan kohdalla kokeilla niin kun tämmöstä, niin monesti saatto tulla, että ei kun se on 20 vuotta ollu ja ne on kokeiltu jo sata kertaa, että ei kannata enää kokeilla...”

”...kun oli niin erilaisia hoitosuhteita...ne oli semmosia, että ei välttämättä niin ottauduttu siihen hoitosuhdetyöskentelyyn...se oli semmosta näkymätöntä...Mut sit taas näki, että osa panosti niihin ja oli niitä viikottaisia keskusteluja ja tai muuta...mut huomasi et osa potilaista ne pitkäänkin siellä ajalehtii siellä silleen et ei niillä oo sitä semmosta kontaktii...”

”Ja jos tisuurissa istutaan vaan ja puhelimet soipi ni. Osa on täällä kieltämättä suun soittajia ja suutyöläisiä, ei sitä potilastyötä. Tietenkin sitä ois toivonut et ei välttämättä ois istunu siellä tisuurissa vaan ois istunu sit vaikka siellä kiikkutuolissa osaston puolella. Ois ollu käytettävissä. Mutta ei se ei kaikki oo semmosii.”

Osaston henkilökuntaneuvottelu ja potilaiden hoitolinjauskeskustelu saattoi pyöriä päivittäin, viikoittain samojen asioiden ympärillä (santsikielto, kahvimaito) mutta suurempien asioiden, esimerkiksi potilaan voinnin huonontuessa tuntui, että keskusteluun ei lähdetty mukaan edes osastonlääkärin taholta. Päivittäiset osastonlääkärin kierrokset eivät aina palvelleet tarkoitustaan, toisinaan asioita ei ollut käsiteltäväksi, toisinaan lääkäri ei kiinnostunut käsiteltävistä asioista ja toisinaan asiat olivat rutiininomaisia lupa-asioita. Rutiininomaisuuteen uppoamisen koettiin pysäyttävän kehittymisen ammatissa, passivoitumisen työssä ja työinnon häviämisen.

”...niin siellä oli se kahvimaito keskustelu joka kerta, että kuinka paljon potilaille annetaan kahvimaitoa ja entä lämpeneekö kun se on kesällä pöydällä ja tämmösiä. Niin tuntu, että hitsi, että ei paljon jaksas tämmösiä asioita, että kun se vielä vuodesta toiseen oli ollut samaa. Mulla rupes siinä muutamien kuukausien aikana, että ei hitsi, että eikö mitään muuta juteltavaa oo.”

” Ja sitten se rutiini mikä potilailla oli päivästä päivään sama rutiini. Sit se tarttu minuunkin. Mä tulin töihin ja tein, sitä, sitä, sitä, sitä ja lähin pois...”

”...se, että olit käynyt koulun ja ollu muissa työpaikoissa ja siellä sitä ammattitaitoo kasvattanu niin loppu ajasta rupes tuntuu, että se oma ammattitaito rupes menee enemmän laskuun sitten.”

”...välillä tuntu, että ihan sama käykö lääkäri periaatteessa lääkärintasioita ei es ollu aina kun lääkäri joka arkipäivä saatto käydä niin ei siellä ollu, riittäny niitä asioita...sit jos oikeesti ois ollu jotain niin kun suurempaakin asiaa esimerkiks käsitelty jonkun potilaan käyttäytymistä niin sitten niin kun osa lääkäreistä ei ottautunu siihenkään.”

7.2 Johtamiskulttuuri

Johtamiskulttuuri luokka jakautui neljään alaluokkaan, jotka ovat työn –ja vastuunjako, organisaatioilmapiiri, hierarkkisuus sekä rekrytointi.

Työn –ja vastuunjako

Työn – ja vastuunjako oli kategorioista selvästi suurin, jonka alle eniten asioita kerääntyi. Asiat jakaantuivat töiden roolittamiseen, päivystävän sairaanhoitajan toimenkuvaan ja lääkäreiden toimenkuvaan liittyviin teemoihin.

Töiden roolittamista haastateltavat kuvasivat siten, että työtehtävät jakaantuivat ammattinimikkeen mukaisesti sairaanhoitajan ja mielisairanhoitajan tehtäviin. Usealla osastolla kansliatyöt ja vastuuviivalla oleminen olivat pääsääntöisesti sairaanhoitajan työtä, joka aikaisempiin työpaikkoihin verrattuna tuntui vieraalta. Sairanhoitajan työpanoksen painottaminen kansliatyöhön tuntui oudolta myös sen vuoksi, että sen nähtiin vieraannuttavan varsinaisesta potilastyöstä, johon psykiatria koulutetut sairaanhoitajat olivat ammattiopintonsa suorittaneet. Sairanhoitajat toivoivat, että he olisivat voineet osallistua

enemmän myös käytännön työhön potilaiden parissa. Lisäksi sairaanhoitajien työpanoksen hyödyntäminen varsinaisen kenttätöiden ulkopuolella nähtiin vähentävän moniammatillisen hyödyn saavuttamista koko yhteisölle, kun jos työtä olisi tehty potilaiden parissa eri ammattiryhmien kanssa rinnakkain. Sairaanhoidajan roolista jäi usealle kuva työvuoron vastuunkantajasta, pomosta, joka vastasi työnteosta, töiden jakamisesta, muidenkin tekemisestä omalla vastuuvuorollaan.

” Kuntapuolella saa enemmän potilaitten kanssa ja siinä osastotyössä olla niin se on varmaan semmonen isoin ajatus ollu, että mielisairaanhoitajana ois varmaan mukavampi ollukin olla siinä.”

”...sairaanhoitajat hoitaa nämä kansliahommat plus mielisairaanhoitajat hoitaa sen käytännön osaston työn sitten.”

” Se että ammattikunta jako on paljon jyrkempi kun kunnallisissa sairaaloissa mitä tekee sairaanhoitajat ja mitä tekee mielisairaanhoitajat.”

” ...sairaanhoitaja nous jotenkin niin suureen rooliin, mihin ei ollu tottunu, että olit vastuuviivalla ensimmäisenä melkein aina ja olit jotenkin sen vuoron pomo...”

” ...pelonsekaisin tuntein meni et mitä siellä tapahtuu et tuo tarkistamisen vimma tuli ihan älyttömäks, et onko kaikki tehny ja oonko minä kaikki tehny ja onko jokainen muistanu kirjottaa ja tuli niinku, et muilla ei oo niinku vastuuta vaan ku sä oot vastuussa niin sulla on se vastuu. Ei, aa, yäk.”

Töiden roolittamisen kerrottiin aiheuttaneen myös kitkaa henkilökunnan välille osastoilla. Keskustelua aiheuttivat työnjakotilanteet, aikaisemmin kuuluneiden tehtävien karsiminen mielisairaanhoitajien ammattiryhmältä pois, uusien sairaanhoitajavirkojen lisääminen sairaalaan ja palkkausasiat. Keskusteluiden lisäksi töiden jakaminen ammattiryhmittäinen hankaloitti jopa toisinaan sairaanhoitajana työskentelemistä, esimerkiksi päivystysaikaan sairaanhoitajille kuuluvista työtehtävistä ei mielisairaanhoitajaryhmällä saattanut olla tietoa vaikka sitä olisi tarvinnut tehtävien suorittamista varten. Tehtävien jakaminen ammattiryhmittäinen koettiin kankeana ja töiden tekoa vaikeuttavanakin.

Toisinaan sairaanhoitajille jaettuja tehtäviä koettiin olevan liikaa vuoron aikana ja työn teko keskeytyi toistuvasti, jolloin tuntui siltä, että mielisairaanhoitajien ammattitaitoa ja pitkää kokemusta olisi voitu tehtävien teossa hyödyntää.

” Mun mielestä sen ei tarteis olla sillä tavalla, että hirveen moni mielurikin vois tehdä vastuutehtäviä ja on monia mielureja joilla on siitä potilaasta niin ku hirveen pitkä työkokemus ja tietoa kun jollain noviisi sairaanhoitajalla joka tulee osais mielurikin käyttää sitä semmoista omaa esimerkiks lääkärinkierrolle tulla enemmän mukaan...”

” No ehkä joskus vuos sitten kesällä koin aika raskaana kun on niin kun jatkuvaan vastuuvuorossa. Et kun ei sit niin kun mielisairaanhoitaja ei voinu olla vastuuvuorossa...et ois jo mielellään ollu vaikka eristysvastaavana tai s-henkilönä siellä näin. ...et ehkä enemmän siellä kuitenkin niin kun mielisairaanhoitajiin ni...että luottaa heihin ja antaa heille myös sitä vastuuta.”

” Et tämä katkeruus kun on näitä sairaanhoitajia lisätty niin et sitten kun heitä ei sitten lisätä. Ja tämä palkkahomma kanssa, palkkapolitiikka...käytännötyössä se, et ei kuulu minun toimenkuvaan, että tee sinä se, että sinullehan siitä enemmän maksetaan. Vaikka nyt joku kurvan kirjotus.”

”...et mikä on sairaanhoitajan rooli ja mielisairaanhoitajan rooli ja sit siitä melkein kuuli niin kun päivittäin joskus se oli enemmän puheenaiheena ja joskus vähemmän, että se aiheutti ainakin suurta närää osassa mielisairaanhoitajia, että niitä lupia oli lähteny pois niin kun esimerkiks insuliinin pistäminen...välillä tuli semmonen olo, että anteeks kun oon sairaanhoitaja...”

Naisten ja miesten töiden jakautumista kerrottiin myös osastoilla olevan. Miesten työt useimmiten olivat kentällä potilaiden parissa ja naisten työt kansliassa, näin useimmiten koettiin olevan eristysosastoilla, potilas- ja työturvallisuus oli edelleen peruste jakaa töitä tällä tavoin. Moniammatillisuutta sairaalassa käytettiin mutta se oli näkymätöntä ja ei toiminut arjessa erityistyöntekijöidenkin omien erillisten roolien vuoksi. Erityistyöntekijöitä ei aina tavoitettu esimerkiksi hoitosuunnitelmiin, osaston ulkopuolisten pitämät ryhmät saattoivat peruuntua tai niiden sisällöstä ja potilaiden voinnista ryhmissä ei ollut osastolla tietoa sekä

toisinaan osastolle kutsutut eivät vaan tulleet paikalle. Myös hoitajien oma suullinen raportointitapa lisäsi osaston keskinäistä informaatiota potilaasta, mutta erityistyöntekijöiden vähäinen osallistuminen vähensi yhteisen tiedon määrää potilaasta, jolloin väärin ymmärryksiäkin potilaan voinnista saattoi tulla. Sairaanhoidajan toimenkuvasta tuntui myös osaston sisällä olevan kahdenlaista käsitystä ja epäselviäkin odotuksia. Toiset sairaanhoitajat ohjasivat tehtävien olevan kansliassa ja toiset tämän lisäksi kentän puolella. Myös kollegoiden nähtiin toimivan samaan tapaan, mikä ajoittain johtui tilanteesta ja tehtävän jaosta, mutta ajoittain siitä, että kansliatyö koettiin vaan itselle omimpana työalueena eikä niinkään potilastyö.

” Mut paljon oli näitä eristysosastoja missä oli tätä sit nimenomaan et naiset hoitaa tämän kansliatyöskentelyn näillä osastoilla hyvin pitkälle sitten miehet on sitten tuolla osaston puolella potilaitten kanssa vuorovaikutuksessa.”

” Oli erilaista näkemystä siitä, että pitäis jotenkin olla enemmän esimerkiksi niissä kanslihommissa, että ei kuulu ne osastopuolen hommat sairaanhoitajille.”

”...et jotkut ottaa semmosen roolin et on pelkästään niissä kansliatöissä eikä siellä osastolla ollenkaan tuu siihen potilastyöhön ja osa valihti, että oli enemmän siinä silläkin puolella.”

Päivystävän sairaanhoitajan työtehtävät olivat usealle uusi toimenkuva, jota ei aikaisemmissa työpaikoissa ollut. Tehtävässä koettiin annetun suuri vastuu sairaanhoitajalle koko sairaalan sairaanhoidollisista ja henkilöstöhallinnollisista tehtävistä suhteessa vastuuseen, jonka osaston sairaanhoitajana sai tehtävässään ottaa. Osa henkilöstöhallinnollista tehtävistä oli runsasta paperityötä, joka täytti päivystävän sairaanhoitajan vuoroista toisinaan paljon aikaa. Osa tehtävistä koettiin taas henkilökunnan työkunnan kontrollointina, joka tuntui suurelta haasteelta ja jopa työpaikkapoliisin roolilta. Päivystävän sairaanhoitajan toimenkuvaan liittyen tuli myös tunne, että koska vastaa kaikesta on hallittava somaattisen osaamisen alueelta paljon asioita, jotka ovat useille

psykiatrisille sairaanhoitajille haastavia, koska niitä harvoin joutuu työssään käyttämään. Jatkuva päivystysvuorojen tekeminen muun sairaanhoitajan työn ohella koettiin myös raskaana ja kuluttavana.

”...jos aattelee muutenkin sitä päivystävää sairaanhoitajaa siin sehän oli semmonen aika paljon semmosta paperityöskentelyä ja aina mietti, et mikä kaavake pitää nyt täyttää ja sit iso paksu kansio mistä yritti selailla niitä, et mitenkä tämä asia nyt hoidetaan ja et tämä on viis vuotta vanha tehdäänkö vielä näin...”

”...et päivystävänä sairaanhoitajana sai tai oikeestaan jouduin toimimaan oikeestaan vuoden ajan joka viikko. Et se oli niin kun tosi väsyttävää ja rasittavaa ja stressaavaa.”

”...ne päivystävän sairaanhoitajan työtehtävät on semmonen mitä minusta ei enää monessa paikassa enää olekkaan ja sai kuitenkin kaikkein eniten pidinkin siitä työstä, se oli irti siitä osastohommasta...”

”...häviää tuo päivystävän sairaanhoitajan titteli mikä mulle ainakin oli niin kauhuskenaario, että kulukee salkku käissä ja osattava vastata kaikista asioista kun et todellakaan ole paikalla näkemässä miten asiat meni ja mitä tapahtui...”

Irtisanoutuneille sairaanhoitajille jäi sairaalasta kuva, että sairaalan toiminta on hyvin pitkälle lääkärivetoista. Mielikuvaan vaikutti paljon se, että osastojen arjessa ei hoidollista päätösvaltaa potilasasioissa hoitohenkilökunnalla juurikaan ollut. Sairaanhoitajan aika lääkärin kierroilla meni pitkälti potilaiden lupa-asioiden käsittelyyn, joista osa koettiin sellaisiksi, jotka henkilökuntakin olisi voinut päättää. Koettiin myös, että lääkärin mielipide on painavampi kuin henkilökunnan vaikka joskus hoidollisesti olisi ollut hyvä toimia toisin. Lääkäreiden kanssa koettiin pääsääntöisesti kuitenkin yhteistyöhön onnistuneen, joitain poikkeuksia lukuun ottamatta. Haastatellut hoitajat pohtivat paljon potilaiden taustoja ja niiden vaikutusta lupa-asioiden käsittelyyn, mutta silti kankeus ja hoitohenkilökunnan ammattitaidon huomioonottamattomuus aikaan sai tunteen, että hoitajien ammattitaitoon ei luoteta potilaan lupa-asioiden hoitamisessa.

”...kyllähän ne hoitajatkin monesti tietää esimerkiksi jollain potilaalla on niin kun saumaa lisäaikaa osastolle. Siinä mielessä se lääkäri on paljon huonompi asiantuntija silloin. Siinä asiassa hoitajat kyllä osaa ne asiat arvioida paremminkin vois ehkä tehdä. Käyttää sitä semmosta niin kun ammattitaitoo.”

” No hölmöllehän se tuntuu, että tuota pitää jotain sukkalupia ja tuommosia vatuloia ees takas. Lääkäri käyttää niin tosi paljon luonnollisesti aikaansa siihen asian puntaroimiseen vaikka sen pystyy hoitajat melkein päättämään...”

Organisaatioilmapiiri

Organisaation ilmapiiri koettiin hoitotyötä ja hoitotyöntekijöitä arvostamattomana. Koettiin, että sairaanhoitajan työssä ei ole päätösvaltaa tehtäviä eikä itseä koskeviin asioihin, ei ole mahdollisuus vaikuttaa asioihin, ei tule kuulluksi, ei luoteta eikä kuunnella toiveita eikä ammatillista osaamista arvosteta.

” On kun pelinappula isossa systeemissä, herrat ja rouvat päättää”.

” ...jotain kun ois ollu mahdollisuus vaikuttaa. Mä en päässy kiinni vaikka oon monta kertaa miettiny et mikä ois saanu minnuu pitämään et se päätös oli nii vaikee...et se lopullinen päätös tuli.”

” Ja yks sitten mikä oli vähän niin kun työn teon vastaan oli niin kun semmonen arvostuksen puute siihen työskentelyyn. ”

” Sitä pidetään vähän niin kun itestään selvänä siellä, että siellä on hoitohenkilökunta ja porukka joka tekkee sen homman, että siitäkkin ehkä se arvostus ehkä sitten näkys, että annettas enemmän päätösvaltaa asioihin.”

Organisaation ilmapiiriä kuvasi myös syyllisen etsimiskulttuuri, joka näkyi haastatteluissa kertomuksina ahdistavasta ilmapiiristä, sanktioiden ja rangaistuksien pelkäämisestä osastolla, joka näkyy mm. henkilöstön ja johdon välisissä suhteissa. Johdon ja henkilökunnan välillä kuvattiin olevan suuri kuilu, joka näkyi osastojen ilmapiirissä, mutta ei kuitenkaan

henkilöstön keskinäisissä väleissä. Työnantajan toivottiin luottavan henkilöstöön enemmän ja antavan kiitosta muutenkin kuin juhlapuheissa. Ylihoitajien toivottiin myös olevan lähempänä osastotyötä. Ihmetystä ja epäluottamusta henkilöstön toimintaan kuvattiin mm. yöllisillä tarkastamiskierroksilla (nukkuuko henkilökunta) ja työaikojen valvomisella ennen kulunvalvonnan aloittamista.

” Sitä minä en muuten koskaan ymmärtäny niitä yötarkistuksia koskaan, ...että on johdolla niin syvä epäluottamus työntekijöitä kohtaan, että pitää tulla yöllä tarkistamaan, että nukkuuko ne. Ni minusta se ihan niin kun sillä tavalla, että jos haluat päästä mahdollisimman huonoon väleihin työntekijöiden kanssa niin tee näin.”

” ...sillä tavalla tuo Niuvan homma vähän on, että ensimmäisenä katotaan kuka on vastuussa ja sitten jos jotain sattuu niin sitten etitään syyllinen ja se ei oo oikee niin kun menettelytapa. Että se syyllisen ettiminen on vähän vika juttu.”

”...ja vähän ehkä se ilmapiirikin mikä talossa oli se, että rankaistaan sitten jos tekee jonkun virheen niin ittee ja varmaan muitakin se kauhistutti tässä osaston sairaanhoitajan roolissa.”

” ..semmosta niinku ilmapiiriä havaittavissa ei tehdä asioita koska ei uskalleta tehdä asioita...henkilökunta niinku ajattelee, että heihin ei luoteta tarpeeks ja rangaistuksen pelossa jättää asioita tekemättä...Ei uskalleta olla luovia.”

Lähiesimiesten työstä annettiin positiivista ja negatiivista palautetta. Lähiesimiesten (osastonhoitajat) koettiin antaneen palautetta työstä ja kannustaneen koulutuksiin. Lähiesimiesten johtamisen koettiin myös aiheuttaneen osastolle jopa työilmapiiriin ongelmia. Joidenkin lähiesimiesten johtaminen oli koettu jäykkänä, kaavoihin kangistuneena ja aiheuttaneen tunteita ettei työntekijä osaa tehdä mitään. Lähiesimiesten ja sairaalan johdon suhtautumista henkilökunnan työssä selviytymisen ongelmiin myös ihmeteltiin. Työtovereiden ongelmat esimerkiksi alkoholin kanssa eivät aiheuttaneet näkyviä toimenpiteitä.

” Ja varmaan oisin Niuvassa voinu jatkaakin jos sitten ois ollu vähän toisenlaista se lähiesimiehen asennoituminen aika moneenkin asiaan.”

”...tuli vaan semmosia konfliktitilanteita eteen vaan siellä, että mitkä sitten vaan vähän rassaskiin ja varsinkin sitten kun oli esimies jonka kanssa tuli sitä kähäkkää...”

”...oma esimies on antanut hyvin palautetta.”

”...siellä oli jos jonkinlaista ongelmaa ihmisillä ja ties työaikanaan ihan työkunnossakaan oo mutta niin hoitajat kuin lääkäritkin siellä vaan sai jatkaa. Kun vaan kun ajattelee kuitenkin minkälaista potilasaineistoo Niuvassakin on niin siellä päihdeongelmaisia, mielenterveysongelmaisia niin tosiaan välillä tuntu oudolta, että jotkut työntekijät sai jatkaa siinä talossa...”

Osastojen sisäistä ilmapiiriä haastateltavat kuvasivat pääsääntöisesti todella hyväksi. Haastateltavat kertoivat työyhteisöjen olleen rentoja, mukavia ja työkaverien tuki oli usealle asia joka auttoi jaksamaan työssä. Työyhteisöjä kuvattiin tiiviiksi, pieneksi yhteisöksi, pieneksi yhteiskunnaksi, johon kyllä pääsi mukaan mutta useat kuvasivat ”niuvalaisuutta” jonain muuna kuin vaan tavan työyhteisönä.

”...oli tosi mukavat työkaverit, et mitä mä sieltä oon kaivannu niin niitä työkavereita sieltä osastolta...”

” Ja se, että se oli helevetin turvallinen, kaikki tunti kaikki, jokaisen...sillä tavalla et se on kun pieni yhteiskunta. Et sitten anto tavallaan semmosta jaksamistakiin, sitä niin kun kuulu siihen joukkoon.”

Hierarkkisuus

Sairaalan johtamisjärjestelmä kuvastui haastateltaville hierarkkisena ja byrokraattisena. Organisaatio kuvastui johtaja- ja lääkärivetoisena, hoitotyön johtajuutta ei näy. Hierarkkisuus näkyi ihmisten luokitteluna tittleiden mukaan sekä asioiden hoitamisessa oikean järjestyksen

mukaisesti. Kehittämisen koettiin tyrehtyvän portaittaiseen hallintojärjestelmään.

” Et miks yks ihminen pyörittää tätä systeemiä ja hoitotyötä. Hoitotyöntekijät on ihan sen talutusnuorassa. On ihan tosi surullinen asia näin hienolle paikalle...hoitotyön johtaminen niin sanottu niin ei täällä sitä kyllä näy.”

”...sekin pittää palaverin kautta mennä ja sitten päätetään jollain isolla porukalla ja se on taas ihan joku eri instanssi ja se vielä sen jälkeen voi muuttuu.”

”...semmonen niinku et ylhäältä päin tulee määräyksiä ja käskyjä ja ohjeita ja alempana ovat niitä sitten toteuttaa. Ja antaa sitten alaspäin lisää ohjeita. Semmonen armeijatyypinen mallihan siellä on.”

Rekrytointi

Haastateltavana olleille, Niuvanniemen sairaalassa työskennelleille sairaanhoitajille lukuun ottamatta yhtä oli psykiatrinen hoitotyö tuttua. He olivat myös kouluttautuneet psykiatriaan ja osalla oli useampiakin syventäviä koulutuksia takanaan. Lisäksi usealle haastateltavalle Niuvanniemi ei ollut ensimmäinen työpaikka. Oikeuspsykiatria taas luonnollisestikin oli usealle haastateltavalle uusi työkenttä.

Työpaikkana Niuvanniemen sairaalasta, sen toiminnasta ja potilaiden hoidosta kerrottiin olevan hyvin vähän tietoa sairaalan ulkopuolella. Sairaala pääsee ja saa otsikkotilaa vain ikävissä tapauksissa, esimerkiksi potilaan karatessa. Tietoisuuden lisäämisen ajateltiin tuovan mm. henkilökunnalle arvostuksen tunnetta omaa työtään kohtaan.

” Et jotenkin haluais niin kun semmosen kaiun Niuvanniemen sairaalasta, että siellä on ihan hyvä työporukka töissä. ...haluais, että se osaaminen mikä siellä on niin se niin kun näkyis joskus myös Niuvan ulkopuolelle. Eikä vaan sillon puhuttas Niuvanniemen sairaalasta kun sieltä on karannut joku potilas... Et mitenkä se sais sen kun sitä arvokasta työtä tehdään niin sen arvostuksen sais näkyviin koska sekin sitten

antaa työntekijöille jaksamista olla siellä töissä.... Ehkä sen varmaan pitäis vähän tulla ulos tuon Niuvankin tuolta, se on vaan tuollanen mörkö tuolla jossain Kallaveen rannalla.”

Työhönottohaastatteluissa osa haastatelluista koki saaneensa katteettomia lupauksia heiltä kysytyihin toiveisiin osastosijoituksista ja toiveisiin sairaalassa tehtävää työtä kohtaan. Jotkut taas kertoivat saaneensa aluksi sijaiseksi tullessaan juuri sellaisen työsopimuksen kun olivat toivoneet. Haastatteluissa oli myös kysytyä asioita, jotka olivat herättäneet jännitystä ja jopa pelkoa omaa tehtävänkuvaa ja tulevaa työyhteisöä kohtaan.

”...multa kysyttiin mielipidettä, että mitä mä haluaisin talossa tehdä...että onko mulla osastotoiveita. Mä esitin mielipiteeni... mulle sanottiin, että homma hoituu niin pikasesti kun mahdollista.”

”...kun haastattelussakin kysyttiin, että jos mielisairaanhoidajat ei toimis tietyllä tavalla tilanteessa niin miten niitten kanssa toimis niissä tilanteissa niin se kyllä, että etukäteen pelkäs, että mitähän sieltä tulee vastaan...”

Sairaalaan valituilla, niin kesä- kuin vakituisilla työntekijöillä, kerrottiin olevan työmotivaatio-ongelmia jo tullessa. Jatkuva perehdyttäminen alkoikin jossain vaiheessa olla jo kyllästyttävää, kun uusista työntekijöistä näki etteivät asiat todella kiinnosta. Haastatteluissa kerrottiin, että Niuvanniemeen oli ulkopuolisen silmissä helppo päästä töihin.

”Kesätyöntekijöitähän oli aika vaikee saada sinne ja se kyllä näky, että ei ollu kauheella motivaatiolla varustettuja...Ihmiset kyllä pystyy aika lailla valitsemaan työpaikkansa varsinkin sairaanhoitajat. Missä haluaa työskennellä sitten.”

”...osa nauraakin tälle että, haetaan virkaa ja saahan virka ja otetaan se ja sit ei es käyväkään täällä. Sanotaan vaan et oli mulla valtion virka...Sitä on saanu ihan puollustaa sitten paikkaa.”

7.3 Kehittymismahdollisuudet

Kehittymismahdollisuudet luokka jakaantui neljään alaluokkaan, jotka olivat koulutus, ammattitaidon syventyminen, etuudet ja henkilökohtainen tuki.

Koulutus

Niuvanniemen sairaalan vahvuutena pidettiin koulutusmyönteisyyttä ja koulutuksien mahdollistamista henkilökunnalle. Esteenä koulutuksiin pääsemiselle nähtiin kuitenkin osastojen henkilökuntavahvuusasiat ja toisinaan lähiesimiesten negatiivinen suhtautuminen koulutuksiin lähtemiselle. Toisaalta lähiesimiesten kerrottiin myös tukeneen koulutuksiin lähtemistä. Somaattisten taitojen koulutukselle koettiin olevan tarvetta koko henkilöstölle, mutta toisaalta taitojen ylläpitäminen todettiin hankalaksi psykiatrisessa työssä. Joidenkin koulutuksien käytäntöön tuominen nähtiin myös hankalaksi ja toisaalta pohdintaa herätti myös se kannattaako kaikkea koulutusta antaa yleispätevästi kaikille, vaan olisiko hyödyllisempää keskittää osa koulutuksista tietyille ryhmälle.

”Koulutusta saa, sehän on hyvä puoli kyllä. Luulen, että se on yks semmonen Niuvan vahvuus.”

”Se on niin ristiriitasta kun on hirveen hyviä koulutuksia ja tota niin kun jotkut asiat on hirveen hyvin siellä järjestetty ja pysyy yllä tietotaito mutta jotenkin niin kun se käytännön työ niin joskus tuntu että välttämättä tue sitä...ei pääse sitä hyödyntämään käytännössä sitten...”

” Ja si tämä mikä tuntu kans aika ihmeelliseltä niin et ensin kannustetaan opiskelemaan ja sitten kun pääsee opiskelemaan niin siitä nousikin aikamoinen haloo, että kun oot aina poissa tältä osastolta.”

” ...meillä vähän niin kun sairaanhoito hommeleissa rupes kädentaidot uupumaan, tota ne kyllä himmeni kovasti. Nyt on kovasti joutunut kaikkee opettelemaan uudestaan.”

Ammattitaidon syventyminen

Haastatellut sairaanhoitajat kuvasivat työtä Niuvanniemen sairaalassa mielenkiintoiseksi ja haastavaksi. He kokivat saaneensa onnistumisen kokemuksia hoitosuhdetyössä ja heistä välittyi, että he olivat saaneet ammatillisesti yhden työkokemuksen lisää. Sairaalan turvallisuuskulttuuria ja sitä että potilaiden hoitoon oli aikaa, pidettiin hyvänä asiana. Jälkimmäinen näyttäytyi kuntasektorilla potilaan näkökulmasta ongelmana monelle siellä työskennelleelle. Organisaation toiminnassa perhe- ja verkostotyön koettiin sairaalassa työskentelyaikana kehittyneen ja tätä pidettiin hyvänä asiana.

Ammattitaidon syventyminen ja ammattitaidon kehittymisen pysähtyminen oli kuitenkin usealle asia, johon he olivat törmänneet sairaalan työtavat, -mallit ja oman työtehtävän opittuaan. Tunne, että työ alkoi olla yhtä ja samaa ei motivoinut jatkamaan tehtävässä. Myös kokemus halusta kehittyä omassa ammatissaan ja tunne siitä ettei kehittymistä enää tapahdu, vaan päinvastoin passivoitumista ja motivaation katoamista työhön, ei innostanut työssä jatkamiseen. Myös irrallisuus varsinaisesta hoitotyöstä, työtehtävien roolittuminen, oman potilaan puuttuminen ja ammattitaidon sekä koulutuksien tuoman hyödyn rajaaminen liittyen työn- ja vastuunjakoon sekä omiin kiinnostuksen aiheisiin, saivat etsimään töitä muualta.

”Ja sitten semmonenkin ihan peruskokemuskin siitä työstä, että hoitosuhdetyöstä ja muusta niin mikä nyt hirveen tärkeä olis psykiatrisessa hoitotyössä...että jos sitä ei oookkaan niin... pysyykö pätevyys sitten sairaanhoitajana...”

”...on motivitunu hakemaan tietoo ja oppimaan uutta sit kun se tuntu, et se tyrehty siellä se semmonen virta niin ei sitä jaksanu sillä viriketoiminnan pitämisellä ja sillä tisuurissa istumisella, että ansaitsit sillä sen rahasi.”

”...ammattitaidon kehittyminen siellä sairaalassa niin mä koin et se pysähty kuitenkin...se rupes olemaan yhtä ja samaa.”

” Se on vaan se mikä mulla on kaikkien omien toteutumattomien toiveiden lisäksi ja ammatin ja koulutuksien mukanaan tuomien kokemusten lisäksi rajattiin siellä ja sitten tää kun oli näitä hyvin pinttyneitä tapoja siellä...”

Etuudet

Palkkaus oli joillakin haastateltavista syy irtisanoutumiseen. Palkan pudottaminen tuntui väärältä ja aiheutti epäoikeudenmukaisuuden ja eriarvoisuuden tunteita. Palkan tiputtaminen, vaikka työkokemus lisääntyi, tuntui väärältä. Henkilökemioiden uskottiin vaikuttavan henkilökohtaisten palkkausperusteiden arvioinnissa. Samoin tulotilanteessa arvioitujen henkilökohtaisten pisteiden arvioiminen liian korkeiksi ja niiden vähentäminen, ensimmäisessä arviointikeskustelussa lähiesimiehen kanssa puolen vuoden jälkeen. Koulutuksien ja perustyön tekemistä ei nähty arvostettavan palkkauksessa, vaan palkanlisää olisi pitänyt ansaita jostain muualta mihin perustyöhön koulutettu ei aina edes pääse, esim. johtoryhmän jäsenyydestä. Palkkausperusteet ja henkilökohtainen palkanosa herättivät haastateltujen mukaan runsaasti keskustelua osastoilla ja jopa kiristivät henkilökunnan välejä. Hyväksi nähtiin, että koulutuksen avulla voi saada lisää palkkaa, mutta koulutuksen muuttuessa ns. yleiseen osaamistasoon kuuluvaksi sen lisäansiotkin hävisivät, hyvästäkin koulutuksesta huolimatta. Myös koulutuksien hyödynnettävyys osastovaihdoksen myötä saattoivat mennä hukkaan kun tarvealueet osastoittain vaihtuivat, jolloin myös palkkausperusteet saattoivat vaihtua. Palkkaus herätti myös mietteitä siitä, että koko osaston toiminnan arjen pyörittäminen vastuuviivalaisen ominaisuudessa ei ole niin arvostettua kuin pitää kerran viikossa ryhmä muutamalle potilaalle. Myös itse peruspalkka koettiin huonona joidenkin haastateltavien mielestä.

” No tämä mikä kanssa lopussa vaikutti helkkarin paljon niin kun, että kai tästä lähettävä muualle, että kun tämä palkka laski konkreettisesti rahassa. Se tuntu niin helevetin väärin kun kuitenkin työkokemus lisääntyy, että palkkaa vähennetään. Että

siinä tuli semmonen niin kun, että kehityskeskusteluissa, että henkilökemiat kyllä vaikuttaa.”

”...yks semmonen, että henkilöstön välit aina tiukentu kun tämä tulospalkkaus.”

”...et miks halusin pois sieltä et Niuvan palkkaussysteemi...et se pisteytyssysteemi on niin monimutkaseks kehitetty, että kun on tavan sairaanhoitaja niin tuntuu et se ei niitä pisteitä tosiaankaan tule.”

” Niin millä siellä saa sitä palkanlisää, pörstäkertoimella? Olemalla hyvä tuttu jonkun määrätyn ihmisen kanssa, miellyttämällä... Mä oon tottunu siihen, että kun mä haen koulutusta niin mä oon saanu siitä koulutuksesta jonkun paperin niin se mahdollisesti heti annetaan tehä ja se heti huomioidaan palkassa. Jotenkin niin kun koirakoulussa, että pitäis ensin hankkia koulutusta, todistella pitkään, jonka jälkeen sitä ehkä saa.”

Se nähtiin hyväksi, että osaamisesta maksetaan. Muutama haastatelluista oli palkkaansa tyytyväinen.

”..minä oon ollu ihan tyytyväinen omaan palkkaani, että kunnallisella puolella ihan niin tuota suurin piirtein ihan kilpailukykyinen...”

Henkilökohtainen tuki

Perehdytys koettiin yleensä hyväksi ja kattavaksi. Yksi haastatelluista koki jääneensä vaille perehdytystä ja osastolle vastaanottokin oli ollut heikko. Toinen haastateltava taas kuvasi perehdytystään kohtalaiseksi. Kokonaiskuva eri osastojen toiminnasta oli kuitenkin jäänyt usealle puutteelliseksi. Tietoisuus muiden osastojen potilaiden hoidosta, hoitoisuudesta ja käytännöistä olisivat kiinnostaneet jo työssä oloaikana. Usea haastateltava oli myös pohtinut ja kysynytkin työmahdollisuutta eri osastolla kun omallaan.

”...se perehdyttäminen oli kyllä tosi hyvä kun sinne meni töihin, et ei tarvinnu olla et apua mitähän tässä nyt, et tosi tarkkaan käytiin kaikki semmoset tärkeet asiat läpi...”

” Ehkä sekin ois hyvä ollu tietää semmonen kokonaiskuva ja kierrellä eri osastoilla. Sitäkin mä yritin osastosiirto, että ois ihan kiva käyvä muillakin, että ois tienny mikä potilaan hoitopolku on ja mitä suunnitellaan, että sen takia, että no eihän tämä tälle osastolle kuulu, että siirretään jonnekin mutta kun ei oikein sitten tienny mitä tarjotaan toisilla osastoilla niin sitten ois pystynyt suunnittelemaan paremmin sitä.”

Työnohjauksen ja mentorointijärjestelmän haastateltavat totesivat hyväksi ja työntekeä tukevaksi asiaksi. Päivystän sairaanhoitajan palaverit olivat myös useille tärkeä paikka saada kollegan tukea. Ennen näitä palavereja osa koki vertaistuen työhön puuttuneen kokonaan. Muilta työkavereilta kyllä tukea sai mutta, sairaanhoitajan työhön liittyviin asioihin, esimerkiksi päivystysvuoroissa tulleisiin kysymyksiin ja mietittyttäviin asioihin, olisi toivottu enemmän tukea sairaanhoitajilta. Usein sairaanhoitajien vähyys omalla osastolla jätti haastatellut hoitajat yksin miettimään asioita. Yksi haastatelluista kertoi työuupumuksen oireista. Tunteista, että työt seuraavat kotiin ja pinna alkaa kiristyä töissä. Sairaalan muut tukitoiminnot (laboratorio, ekg, apteekki, taloustoimisto) koettiin hyvin toimiviksi ja niistä apua sai aina kysyttäessä.

”Ja sitten nyt loppu ajalla mitä näitä päivystävän sairaanhoitajan palavereja ku tuli niin ne minä niin kun hyvänä koin, niin kun sitä kollegan tukea sai. Et se niin kun minun ongelma oli koko melkein Niuvan historian ajan et kollegan tuki puuttui.”

” Ja sitten kun osastolla oli vähän näitä sairaanhoitajia. Jos on kaks.. Et eipä siinä paljon jää kun aina mennee sen toisen kanssa ristiin vuorot, että sitten vähän yksinnään pyöritin tuolla sitä meininkiä...ja jos täälläkin joskus kysy niin kun mielurilta niin sai kuulla, että se ei kuulu minun toimenkuvaan. Et sinähän sen hoidat.”

7.4 Sairaanhoidajan työn kehittäminen Niuvanniemen sairaalassa

Haastattelun toinen kysymys liittyi sairaanhoidajan toimenkuvan kehittämiseen Niuvanniemen sairaalassa. Haastatelluilta sairaanhoitajilta kysyttiin miten he kehittäisivät sairaanhoitajana työskentelyä Niuvanniemen sairaalassa. Vastaukset kehittämiskysymykseen pystyi jaottelemaan suoraan ensimmäisen kysymyksen mukaisiin luokituksiin.

Toimenkuvaluokkaan kuuluivat normitettu ja rutiininomainen työnteko. Sairaanhoidajan työhön kaivattiin enemmän haastetta, jotta työhön ei muodostuisi rutiinia, jonka myötä ammatillinen kehittyminen loppuu niin sairaanhoitajilla kuin mielisairanhoitajilla. Työhaaste koettiin tärkeänä molempien ammattiryhmien kehittymiselle koska se tuo uutta ja pitää perusasiat kunnossa myös potilaiden hoidossa. Perustyöhön panostamista ja arvon antamista myös sille työn osalle sairaalassa pidettiin tärkeänä. Perushoidon osa-alueella, ulkoilu, puhtaus ja ruokailu-asiat, koettiin olevat vielä työn sarkaa.

Haastetta sairaanhoidajan työlle antaisivat vapaammat kädet käyttää ammattitaitoa potilaiden hoidossa esimerkiksi sairaanhoidollisissa asioissa. Ohjeiden ja määräyksien sekä tiukan työnjaon nähtiin vievän haastetta ja oman ammattitaidon hyödyntämistä pois sairaanhoitajakoulutuksen käyneiltä. Sairaalan ohjeiden ja määräyksien toivottiin myös olevan enemmän osasto – ja työpistekohtaisia kuin yleispäteviä, koko sairaalaa koskevia. Henkilökunnan mukaan ottaminen näiden ohjeistuksien laadintaan uskottiin sitouttavan ihmisiä niiden mukaiseen toimintaan.

”...pitäs löytää enemmän siihen työhön haastetta. Kun sen työn oppii tekemään, jotta siihen ei sitten rutinoidu täytyy löytyä aina joku uusi idea mitä lähtee sitten. Jos se ei toimi niin ei sitten mutta, että aina joku kipinä olis. Se kipinä siitä hommasta puuttu aina.”

”...siis jos on kuumeinen potilas, jolla on leponex niin kyllähän siinä tietää mitä siinä otetaan verikokeita. Niin just tämmöset

rutiinit, niin miksi ei voi tilata niitä labroja tai ottaa ite tai et voisko niin kun ammattitaidon pohjalta toimia itsekin eikä niin kun kaikki olla niin byrokraattista. Niin sekin antaa siihen vähän enemmän siihen työhön sitä sisältöä. Ja oman jären käyttöä suotas vähän enemmän. ”

” Et ne ohjeistukset vois tehdä sitten työpaikkakohtaisesti tai tilannekohtaisesti ja noudatettas siellä osastoyhteisöissä sitä, tehtäs toimivaks sillä tavalla ja vahvistettas se sit vaikka ylempällä taholla...Nyt ne toimii käskynä, määräyksenä kun et myö yhdessä enemmän miettii...jos joku antaa sen määräyksen niin minä saatan tehdä juputan sitä niin kauan kun tuntuu onko se hyvä juttu tai ei kun on määrätty niin minä teen sen niin...Minä pääsen siitä vastuusta silloin irti silloin kun minä sanon ihteni vastuusta irti tarviiko minun kummemmin ajatella mitä minä teen? Mitä enemmän tällöisiä tilanteita tulee sitä vähemmän minnuu kiinnostaa kehittää sitä työtä ja sen sisältöä.”

Johtamiskulttuuriluokkaan kuuluivat työn- ja vastuunjako, hierarkkisuus, organisaatioilmapiiri ja rekrytointi. Sairaanhoidajan toimenkuvaan toivottiin tulevaisuudessa lisää vastuuta ja ammattitaidon hyödyntämistä. Sairaanhoidajien koko ammattikoulutuksen suomaa osaamista toivottiin otettavan käyttöön potilaiden mielenterveyden ja kokonaishoidon prosessiin. Moniammatillisen toiminnan tehostaminen ja sen hyödyntäminen potilaiden hoidossa, sekä potilaan somaattisten asioiden kokonaisvaltainen huomioiminen psyykkisen hoidon lisäksi ja tiedon lisääminen näistä asioista koko työyhteisölle voisivat olla esimerkiksi sen kaltaisia asioita. Työn –ja vastuunjaon näkökulmasta haastatellut sairaanhoidajat pitivät tärkeänä myös sitä, että löytyisi selkeät, yhteiset ja yhdessä sovitut linjat tehdä osastoilla hoitotyötä potilaiden parhaaksi. Energian ja turhan panoksen hukkaaminen siihen ”mikä on kenenkin työ” tai ”tee sinä kun sinulle siitä enemmän maksetaan” eivät kehittä hoitotyötä.

Haastatellut sairaanhoidajat näkivät yhtenä sairaanhoidajan työpanosta kansliakeskeisyydestä poistavana tekijänä osastosihteerien palkkaamisen työpisteisiin. Myös tehtävistä mm. lääkehuollon keskittämistä sairaanhoidajille pohdittiin, toisaalta ongelmana siinä nähtiin sairaanhoidajien vähäinen määrä joillain osastoilla. Vaikka sairaanhoidajien

määrään ei osastoilla juurikaan voi vaikuttaa, pohtivat haastatellut sitä useammassa haastattelussa. Työn – ja vastuunjaon kokemukset heijastuivat vahvana haastateltavien pohtiessa sairaanhoitajien ”riittävää” määrää osastoilla ja sitä tarvitaanko sairaanhoitajia enemmän kuin tällä hetkellä jo on. Toisaalta pohdintaa herätti myös se, että sairaanhoitajien ja mielisairaanhoitajien työ psykiatriassa on hyvin samanlaista, koulutus ja sen määrä on vain erottava tekijä hoitotyönsuorittajilla. Koulutuksen suomien valmiuksien kuuluisi ja sen olisi hyödyllistä näkyä käytännön työssä erona mutta molempien työtä pitäisi arvostaa ja antaa osaamisen näkyä työssä.

” Minä ottaisin jos minä saisin, jos minulla ois valta niin ottaisin osastoille sihteeri. Osastosihteerit, se ois yks semmonen selkee juttu mikä veis sitä sairaanhoitajan työpanosta siitä paperihommasta. Koska on niitä semmosia juttuja mitä sihteeri pystys tekemään ihan hyvin...Sihteeri, ei välttämättä joka osastolle mutta niin ku...että ois vaikka usseemmalle osastolle yks sihteeri.”

” Perustyö on tärkeä. Ja siinä on kehittämisen varaa. No okei, se vois olla vaikka mielureitten homma. Ja sitten kun on sairaanhoitajat he tekisivät myös perustyötä, jos on tarvis mutta kun heillä on se erilainen näkemys siitä työstä ja sen annettas näkyä siellä. Ilman että tultas sanomaan, että mikä sinä luulet olevas...mutta että se pitäis tulla myöskin talon johdolta tämmönen viesti...”

” Ni sillen mä tein mielurin hommia, mielelenterveyshoitajan työtä, sillen se juttu oli siinä vaikka oli sairaanhoitajat ne päätti ne määrättyt asiat lääketilauksia, siellä oli tiettyjä asioita ja sitten mahdollisesti näitä henkilöstöön näitä työvalkkauksia, työvuorolistoja ym., ok. Mut se, että sai tehdä sitä samaa lääkkeenjako, kansliavuoroo, tehdä ihan niitä samoja mitä teki sairaanhoitajakiin niin se oli mielekästä se homma. Eikä sitä, että mä jouduin tekemään –sävyllä.”

Päivystävän sairaanhoitajan toimenkuva herätti myös kehitysehdotuksia. Päivystävän sairaanhoitajan toiminta nähtiin tärkeänä ja hyvänä asiana, mutta tehtävien painottuminen usein sairaanhoidollisista ongelmista työvoiman organisoijaksi osastoille koettiin muulle kuin päivystävälle sairaanhoitajalle kuuluvana. Myös tehtäväkeskeinen insuliinien

pistäminen osastolta toiselle herätti kummeksuntaa. Päivystävän sairaanhoitajan tehtävistä koettiin suurta vastuuta ja niistä koettiin saatavan vähän kiitosta ja luottamuksenosoitusta niin sanallisesti kuin etuuskienkaan muodossa. Sairaalan ilmapiiriä toivottiin ymmärtäväisemmäksi, sekä rangaistus- ja sanktiokulttuurin poistumista, jotta päivystämiseenkin liittyvä paine asioiden hallitsemiseen helpottaisi. Myös rahallista korvausta päivystämisestä, jokaisesta vuorosta, olisi pidetty kannustavana asiana päivystäville sairaanhoitajille. Päivystävän sairaanhoitajan puhelinnumeroa ehdotettiin poistettavaksi puhelinluettelosta, koska toiminta on tarkoitettu vain sairaalan sisäiseksi ja häirintäsoittoja aika ajoin tapahtui.

” No sitten vielä kehitykseen tämä ainakin vielä kun kaikkihan täällä ei niin kun päivystä niin tuota niin olis se päivätykskorvaus joka hiton vuorosta, yöstähän se tais tulla sillon, mut niin kun joka vuorosta...että jotenkin tätä päivystyshommaakin ois mielummin tehny jos siitä ois jonkunlainen porkkana tullu tilille, pikkunenkin.”

” Kyllä se vähän hassulta tietysti tuntu se insuliinien, minä joskus mietin, aattelin sitä, että jotenkin sitä näillä on psykoosisairaus ja paranoidisiakin, että mitä se potilaskin ajattelee kun siihen tulee vieras ihminen. Kun sillä tavalla hoidollisella kannalla ois hyvä, että se järjestettäs jotenkin muuten. Insuliinit, en oo tämmöstä käytäntöön muualla nähny.”

”...et se mistä minä en hirveesti tykänny oli se päivystävänä sairaanhoitajan työskenteleminen et siinä mistä minä en hirveesti tykänny oli se et piti niin paljon niitä sijaisia ehtiä, et tuota et se tuntu et se oli melkein vain sitä se päivystävän sairaanhoitajan työvuorot suurelta osin. Totta kai oli muutakin mutta sitä se oli, että saako niitä sijaisia vai eikö niitä saa...”

Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan työn – ja vastuunjaossa ajateltiin myös olevan kehittämisen sijaa. Lääkäreiden työpanoksen vähentämistä potilaiden lupa-asioista nähtiin yhtenä suurimpana asiana. Hoitohenkilökunnan, työryhmien sekä omanhoitajan työpanoksen lisäämistä potilaan lupa-asioden hoitamiseen nähtiin keskeisenä keinona lisätä henkilökunnan vapauksia tehdä potilaiden kanssa töitä, kehittää

ilmapiiriä talossa sekä lisätä haastetta ja vastuuta myös hoitohenkilökunnalle. Myös lääkäripalavereiden toivottiin alkavan sovittuna ajankohtana.

”...hyvin suuresta lääkärikeskeisyydestä päästä pikku hiljaa pois. Mietti, että lääkäri ja osastonlääkärihän ja viime kädessä ylilääkäri vastaa potilaan kokonaishoidosta ei oo minun mielestä järkevää, että päivittäin käsitellään samoja asioita kierrolla ja lähetään tavallaan siihen potilaan sairaaseen maailmaan tietyllä tavalla mukaan siten, että se potilas pääsee siinä tuota potilaan sairaus pääsee on päässy joskus johtavaan asemaan siinä viemään asioita sinne päin minnekkä ne ei pitäs mennä. Eliikkä sitten se tois meille hoitajille vielä enempi sitä vastuuta ja haasteita.”

”...sehän on hyvä, että on lääkäreitä tekemässä tiettyjä päätöksiä, pitääkin olla kun ne on vastuussa potilaan hoijosta. Mutta että vois periaatteessa olla niinkin, että tiettyjä juttuja vois hoitajatkin yhdessä tai se työryhmä tai omahoitaja sen potilaan kohalla miettiä sitten. Ei ois aina, että ootetaan, että se lääkäri tulee ja tekee sen ihan omanlaisen päätöksen...”

”...ei niin kauheen lääkäripohjaista olis tämä työskentely. En mä tiä mitenkä sitä voitais, siinähän on sitten tietysti vastuukysymykset mutta sitten just tämä, että täytyykö sitä aina miettii, että kenenkä vastuulla sitä on ennekö uskaltaa päättää. Ni jos miettii niin eihän koskaan kukaan uskalla mitään tehdä.”

”...nääh lääkäripalaverit jos ne alkaa, sovittu alkamaan, sovittuna aikana niin ei sitä ooteltas ja luovittas sori vaan nyt se meni ohi. Et hoitaa ne omat hommat ja tuu sit kun kerkiit. Se palveluidentiteetti on vähän niinku semmonen----perseestä, suomeks sanottuna. ...joskus kun on lääkäri pahalla tuulella ja sille kahvit keittää ja ootella et se rauhottuu mut ei se oo sairaanhoitajan homma.”

Organisaatioilmapiiriin toivottiin keskustelukulttuurin luomista johdon ja henkilöstön välille. Henkilökunnan mukaan ottaminen mahdollisemman laaja-alaisesti päätöksentekoon, kehittämiseen ja asioiden valmisteluun nähtiin tuovan arvostuksen tunnetta sekä lisäävän luottamusta kaikille osapuolille. Hoitotyön kehittämisen nähtiin olevan riskinä tyrehtyä, mikäli henkilökunnasta ei voida pitää kiinni vaan jatkuva uuden henkilökunnan perehdyttäminen ja irtisanoutuminen jatkuu ja kehittäminen pysähtyy

tähän muutosliikkeeseen. Lähiesimiehiltä toivottiin myös sitoutumista sairaanhoitajien työn kehittämiseen. Lähiesimiehiltä toivottiin avoimuutta, jatkuvaa vuorovaikutusta ja halua edistää sairaanhoitajien työtä ja työskentelytaitoja. Myös kehittämiseen motivoitumattomien kannustaminen itsensä kouluttamiseen koettiin tärkeänä.

Sairaalan rekrytointiin liittyen haastatellut sairaanhoitajat pohtivat muutakin kuin sairaanhoitajien määrää, joka siis oli selvästi eniten mietintää herättänyt asia. Sairaanhoitajien määrä ja tehtävienjako sekä erilaiset vuorojen järjestelyt herättivät mietteitä sairaanhoitajien määrän lisäämisessä. Haastatellut pohtivat mm. sairaalan tarjoaman työn haasteellisuutta sairaanhoitajille. Riittääkö työ tarjoamaan tarpeeksi haastetta, jos suurin osa henkilökunnasta osastoilla on sairaanhoitajia. Myös työvuorojärjestelyiden ja tehtävien organisointi suhteessa sairaanhoitajien määrään mietitytti. Sairaanhoitajien virkojen täyttämistä toivottiin napakammaksi. Kymmenien virkojen yhtä aikaisen täyttämisen ajateltiin tuovan hakijoiksi niitäkin, joilla ei motivaatiota oikeasti työhön ole. Virkojen täyttäminen muutama kerrallaan toisi mahdollisesti parhaat ehdokkaat esille. Lisäksi toivottiin koeaikakäytäntöä ja työarviointien käyttöä ennen koeajan loppumista.

"...mun mielestä se ilmapiiri pitäis olla semmonen, että mun mielestä tuntu, että aika painostava, että sairaanhoitajan pitäis osata, sitä, tätä ja tota, et sitten kun tulee. Et sitä ilmapiiriä pitäis saada vähän semmoseks, että tietenkin vastuu omasta työskentelystä pitää kantaa mutta, että kun se on niin semmonen tai itelle jäi semmonen olo, että jos sä teet jonkun virheen niin siitä rangastaan jotenkin syyttävällä sormella osoitetaan....En minä tiedä jotenkin ymmärtävääsyyttä siihen ilmapiiriin myös et myö ei kaikkea yksinkertaisesti psykiatrisella puolella pystytä hallitsemaan."

"...että vain muutama virka kerrallaan täytettäisiin, että ne jyvät erottus niin kun niistä akanoista. Että tällä nykysellä tyylillä kun niitä virkoja on huru mykkeit tota auki niin semmosetkin saa viran jotka vähän niin kun, että no annahan kopasen...Ja jotenkii ku se tietenkii pistää silimää se kun mollin sivuilla on näitä paikkoja auki, tuntuus jotenkin napakammalta kun niitä ois auki aina muutama sillon tällön...että paljon oisi täällä ihan näitä nuoria, napakoita mielureita joille oisi ihan suonut viran,

että terhakoita työntekijöitä. ja harmi sitten, että saa viran ja heti irtisanoutuu jo tälle sairaalalle ja ite ihmisellekin.”

”...että miks tän virkarakennemuutoksen pitää olla niin jyrkkä? Sit mä mietin, et siellä on niitä hommia mitä esimerkiksi on eristysmiehenä olemista, että huolehdit eristyksistä ja oot tosiaan siellä niin kun osaston puolella tai oot sairaalahuoltajien mukana kulkemassa, että kiehtooko se oikeesti sairaanhoitajia niin kun jäämään sinne taloon?”

Kehittymismahdollisuudet luokkaan kuuluivat koulutus, ammattitaidon syventyminen, etuudet ja henkilökohtainen tuki. Koulutusta sairaanhoitajat pitivät tärkeänä asiana ammattitaidon ylläpitämisessä ja lisäämisessä. Sen mahdollistaminen ja lähiesimiesten sekä johdon tuki koulutukselle on tärkeää. Koulutuksista tärkeimpänä painottui somaattisten asioiden kouluttaminen ja niiden taitojen ylläpitäminen erityisesti päivystävillä, mutta myös muille sairaanhoitajille. Kädentaitojen ylläpitäminen nähtiin tärkeänä kaikkien ammattiryhmien osaamisessa, koska toisaalta ei voi tietää jos vaikka työkaveri on se, joka on avun tarpeessa jonain päivänä. Koulutuksien kehittäminen myös siten, että koulutussisällöt olisivat erilaiset työn tarpeen ja sisältöjenkin mukaan. Onko kaikkien tarve käydä ryhmän vetokoulutuksia tai hoitosuhde 1 – koulutusta?

” En mä tiedä mitä niin kun enemmän oisin toivonu, et pääsis koulutuksiin. Et ei kyllä ainakaan meidän osastolta tuntu, että sinne koulutuksiin pääseminen oli aika nihkeetä, että tietysti sit kun ite hankki opiskelupaikan niin sitä ei kannustusta saanu vaan päinvastoin...”

” Ja sitten niin kun jotenkin tätä sairaanhoitajan työtä täällä niin kun kaikilla ois jonkunlaista kokemusta näihin somatiikan puolen taitoihin, et niihin niin kun ylläpito et tämä ois anakin osallistus näihin koulutuksiin mitä kysillä järjestetään. Pääsis nämä päivystävät melkein niin kun osallistumaan.”

” Ja sit kun on näitä koulutuksia. Mitäs ne on: kognitiivinen, psykoterapia, psykoedukatiivinen koulutus, et onhan ne niin kun perustietona hyvä mut sitten aina mieltii, että siihen aina panostetaan kuitenkin ja laaja henkilökunta määrä osallistuu niihin koulutuksiin. Niin ainakin semmoset mitkä kestää kaks kolme päivää, et onks niistä sit niin kauheesti hyötyä? Että

oisko parempi panostaa pitempi aikasiin koulutuksiin ja tuota vähemmällä henkilökunta määrällä, saako siitä paremman tuloksen sitten. Et keskittyä sitten se tietotaito tietylle henkilökunnalle ja sitten osa tekis sitä kallisarvosta perustyötä.”

Ammattitaidon syventymistä haastatellut sairaanhoitajat pohtivat haasteiden ja vastuun lisäämisen myötä myös muilla keinoilla. Työkierto koettiin hyväksi asiaksi, mutta kokemukset sen toimivuudesta eivät aina olleet hyviä. Osa työntekijöistä ei vaihda osastoa aika ajoin, jolloin työn kierron idea ei toteudu, vaan se saattoi tuoda jopa ongelmia osastolle. Myös havainnot kierron välttelystä, kun täytyi siirtyä suljetummalle osastolle, toivat epäilyn kierron toimimattomuudesta. Ammattitaidon syventymistä tutustumalla Vanhan Vaasan sairaalaan ja sen toimintaan oli usea pohtinut ja toivoi, että sinne pääseminen olisi mahdollista usealle työntekijälle. Myös virkavapauksien myöntäminen tasapuolisesti nähtiin tärkeänä niin tasapuolisuuden kuin ammattitaidon lisäämisenkin näkökulmasta. Tärkeänä nähtiin myös ammattitaidon syventämisen tukeminen ja tietotaidon lisääminen hoitotyön sisällä. Kuitenkaan yhteen ammattiryhmään keskittymistä ei haluttu, vaan pidettiin tärkeänä molempien, sekä sairaanhoitajien että mielisairanhoitajien, työn kehittämistä ja työtapojen muokkaamista.

” Ja sitten, että siellä ois etenemismahollisuutta sairaanhoitajalla muutenkin kun mennä porrasta ylöspäin. Että lähtee lukemaan hoitotiedettä, että pääsee vaikka ylihoitajaks. Vaan että se kehitysmahollisuus ois myöskin niin kun miten se nyt lineaarisesti näin (näyttää vaakatasoon), että pystyy sitä hoitotyötä kehittämään. Sillä tavalla kehittyä ite ja sille kehittämiselle annettas arvostamista ja se näkys esimerkiks palkassa, totta kai...”

”... tasapuolinen suhtautuminen näihin virkavapauksiin. Toisille annetaan ja toisille ei...Et siihen joku, en tiä mikä se ois tietty määräkö minkä sais olla kahen vuoden aikana poissa vai kun joku kävis jossain muualla niin ainahan sitä oppis jotain uutta ja sit ois helpompi tulla takas...”

”...ja sitten sairaanhoitajan työhön tämä kierto, että se ois käytössä jokaisella kun ei se nyt käytännössä oikeesti oo. Että on näitä jotka on reilut neljä vuotta samalla osastolla ja sitten

tulee vähän tämä meininki, että on vähän niin kun osaston omistaja, ymm.”

”...ja kierto on hyvä idea koska siellä osa tuntu olevan kiertolaisia siinä vaiheessa kun sitten kun piti mennä suljetulle niin siinä vaiheessa ne meni terveydenhoitajalle tai lääkärille. Et siinä niin kun se, et ei se toimi...”

Palkkaukseen haastatellut sairaanhoitajat toivoivat kehitystä. Palkkaus, niin peruspalkka kuin nykyinen henkilökohtainen palkanosa, oli osaa motivoimaton. Se myös koettiin monimutkaiseksi ja epäselväksi sekä perustyöntekijää palkitseemattomaksi palkkausjärjestelmäksi. Vanha ikälisäjärjestelmä oli jonkun mielestä motivoivampi, vaikkakin mennyttä aikaa jo. Päivystävän sairaanhoitajan tehtävistä toivottiin saatavan korvaus, jokaisesta päivystysvuorosta.

Henkilökohtaisen tuen osalta sairaanhoitajat toivoivat yhteistä aikaa jakaa kokemuksia ja tietoa sekä oppimismahdollisuuksia muiden sairaanhoitajien kanssa. Päivystävien sairaanhoitajien palaverit koettiin tärkeiksi ja niitä toivottiin jatkettavan myös tulevaisuudessa. Myös osaston sisäisiä sairaanhoitajien yhteisiä palavereja pidettiin tärkeinä.

” No sitten taas tämä palkka tuli mulle mieleen, että se jotenkin motivoivammaksi noille kenttäsaيراanhoitajillekin, jotka tykkää tuosta perustehtävästä tuolla, että silläkin ois jotakin mahdollisuuksia saada jotenkin sitä palkkaa nousemaan.”

” ...tää sairaanhoitajien palkka on ihan perseestä. No nythän se varmaan en tiä miten se täällä valtion puolella mutta kunnan puolellahan siihen on ainakin pieniä korotuksia tulossa kyllä, että mutta palkkaus on suurin semmonen kehittämisalue.”

” Ja toinen mikä tosiaankin ois, ois se sairaanhoitajien oma foorumi. Missä näkis niitä toisia. Toiset halus olla päivystäviä sairaanhoitajia ja toiset taas ei ja sitä nahinaa. Loppus ne turhat keskustelut, sais sanoo omat mielipiteensä ja tulis kuulluks ja ei tarviis jupista sitä...”

” ...tuohon kehittämispuoleenkin justiin, että olis niitä palavereita yhdessä. Enemmän se olis semmonen asia. Mitä niin kun pitäs.”

8 Pohdinta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaista oli työskennellä sairaanhoitajana psykiatrisessa sairaalassa ja mitkä tekijät saivat sairaanhoitajat irtisanoutumaan vakituisesta virastaan. Tämän vuoksi kaikki tutkimuksessa haastatellut henkilöt olivat valittu niiden joukosta, jotka olivat työpaikkansa jo jättäneet. Yhtenä tutkimuksen tarkoituksena oli myös sairaanhoitajan työnkuvan kehittäminen psykiatrisessa sairaalassa. Tutkimusotokseen kuului neljätoista sairaanhoitajaa, joista tutkimukseen osallistui yksitoista henkilöä. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla.

Tutkimustulosten vertailua muihin tutkimuksiin, joita aiheesta on tehty, ei voida tehdä aivan yksiselitteisesti, sillä aiheesta tehdyt tutkimukset ovat pitkälti määrällisiä. Vertailtavuuteen tuo lisää haasteellisuutta myös se, että sairaanhoitajan työtä ja tehtäviä psykiatrisessa sairaalassa ei ole laadullisia menetelmiä käyttäen juuri tutkittu, vaan vertailevia tutkimustuloksia aiheesta on täytynyt hakea useista työoloja ja työtyytyväisyyttä mittaavista määrällisistä tutkimuksista.

Tuloksia tarkastellaan peilaten sairaanhoitajan työtä ja työoloihin liittyviä tekijöitä psykiatrisessa sairaalassa sekä niihin liittyviä sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä rinnakkain tarkastellen.

8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Sairaanhoitajan työ psykiatrisessa sairaalassa koettiin hyvin rutiininomaisena ja ohjein sekä säännöin kontrolloituna. Useat johtamiseen liittyvät tekijät vaikuttivat sairaanhoitajien työhön ja työn tekemiseen sekä kehittymiseen sairaalassa. Sairaanhoitajana työskentelyyn psykiatrisessa sairaalassa, työpaikkaan sitoutumiseen ja johdon keinoihin sitouttaa työntekijöitä työpaikkaan, sekä tässä tutkimuksessa haastateltujen irtisanoutuneiden sairaanhoitajien

kokemuksiin liittyi runsaasti yhteneväisyyksiä aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna.

Epäselvien ja ristiriitaisten tavoitteiden on todettu vähentävän sitoutumista työpaikkaan (Pekkarinen ym. 2004). Pääsääntöisesti irtisanoutuneet sairaanhoitajat kehuivat perehdytystä erittäin hyväksi, jonka pitäisi selventää tavoitteiden ja roolien sekä tehtävienjakoa työpaikassa. Tutkimusorganisaation sairaanhoitajan toimenkuva (liite 3) on selkeä ja sisältää runsaasti niitä ammatillisia valmiuksia, joita sairaanhoitajilla koulutuksen myötä on (STM 2005).

Perehdyttämisen kattavuus täytyisi kuitenkin Sosiaali- ja terveysministeriön (2009:18) mukaan olla laaja. Se tulisi sisältää kaikkia niitä toimenpiteitä, joilla työntekijä oppii tuntemaan työnsä ja siihen liittyvät odotukset, työpaikan sekä sen tavat ja tavoitteet sekä työyhteisön ihmiset. Muun muassa päivystävän sairaanhoitajan työtehtävissä kuitenkin vastuu ja jopa pelot työtehtävää kohtaan nousivat esille haastatelluilla sairaanhoitajilla. Perehdytys päivystävän sairaanhoitajan tehtävään ei tullut yhdessäkään haastattelussa esille. Tehtävä oli useille lisäksi aivan uusi. Myös rooliepäselvyydet, muiden työyksiköiden toiminta ja työ- sekä hoitokulttuuri tutkimusorganisaatiossa vaikuttivat osittain epäselviltä haastatelluille. Näyttäisikin, että perehdytys työtehtävien kokonaisuuteen ja koko organisaatioon jää siis keskeneräiseksi, vaikka monet haastateltavat kokivat sen pääsääntöisesti hyväksi. Pienten, vaikkakin tärkeiden asioiden oppiminen, on arvokasta, mutta uuden roolin ja kulttuurin oppiminen kokonaisuutena lienee tärkeämpää. Perehdytys työpaikkaan on sitouttamisen keinosta johtamisen kannalta kuitenkin lähes ensimmäinen (STM 2009:18).

Psykiatrisissa sairaaloissa tehtävän perustyön elementit erosivat tässä tutkimuksessa jonkin verran muihin tutkimuksiin verrattuna. Työpaikoilla koettu väkivalta näyttäisi psykiatrisissa sairaaloissa olevan hyvin tavallista verrattuna muihin sosiaali- ja terveysalan työpaikkoihin (Havula 2010; Pääkkönen 2003). Tässä tutkimuksessa haastatellut sairaanhoitajat

kokivat tutkimusorganisaation turvallisuuskulttuurin hyvänä ja vertasivatkin sitä joihinkin työyhteisöjen turvallisuuskulttuureihin, missä he olivat aiemmin työskennelleet tai työskentelivät nykyisin. Työpaikalla koetulla väkivallalla ei yllättäen löytynyt suoraan sitoutumiseen liittyviä tutkimustuloksia muistakaan tutkimuksista. Väkivallalle altistuneet työntekijät kuitenkin kokevat työnsä vaativammaksi kuin ne, jotka eivät väkivaltaa työssään kohtaa (Pääkkönen 2003). Väkivallalle altistuminen myös heikentää hyvinvointia työpaikalla (Rask & Levander 2002). Väkivalta ja sen uhka näyttääkin psykiatrisissa sairaaloissa olevan yksi osa päivittäistä työtä ja sen haastetta. Väkivallan kohtaamista ja sille altistumista ei pidä kuitenkaan väheksyä, sillä työhön sitoutumista se tuskin lisää, vaikka tutkittua tietoa asiasta ei olekaan.

Työ tutkimusorganisaatiossa kuvautui haastavana ja mielenkiintoisena, mutta työn toteutus, eli sairaanhoitajan tehtävä, haasteettomana. Myös Pääkkösen (2003) ja Schnorrin (2005) mukaan psykiatrisissa sairaaloissa työskentelevät kokevat työnsä vaativana. Työn haasteet puolestaan Isohanhi (2002) näkee niin potilaiden, omaisten kuin työnkin puolesta suurena. Työn haasteellisuudella onkin merkitystä työhön sitoutumiselle. Haasteelliseen työhön sitoudutaan haasteetonta paremmin (Lahtinen 2007; Takase ym. 2007).

Tutkimusorganisaatiossa päivittäinen sairaanhoitajan työnkuva näyttäytyi kapeana, kontrolloituna ja runsaasti sairaanhoitajan työhön kuulumatonta työtä sisältävänä. Kansliassa sihteerinä työskenteleminen, työnjohtajana toimiminen, hoitotyön toteuttaminen määräysten ja ohjeiden mukaan ei vastannut psykiatriaankoulutettujen sairaanhoitajien kuvaa sairaanhoitajan työstä potilaiden parissa (Linnainmaa 1999; Punkanen 2003). Schnorrin (2005) tutkimuksessa psykiatriassa työskentelevät kokivat oman työnsä hallintaan liittyvät asiat melko positiivisesti. Itsenäisyys tehdä työtä koettiin melko hyväksi, joka kuvastui päinvastaisena tässä tutkimuksessa. Sairaanhoitajan toimenkuvan selkeys ja monipuolisuus ei myöskään välittynyt haastateltujen sairaanhoitajien kertomana, vaikka se tutkimusorganisaatiossa laaditun

toimenkuvan (liite 3) mukaan sisältääkin runsaasti erilaisia tehtäviä. Työn monipuolisuus vaikuttaakin työpaikkaan sitoutumiseen positiivisesti (Pekkarinen ym. 2004).

Irtisanoutuneet sairaanhoitajat kokivat työpanoksensa ja ammattitaitonsa käytetyn alihyödynnettynä, kun sairaanhoitajan työpanos kului paljon muuhunkin kuin itse potilastyöhön. Kansliatyöt ja sihteerinä toimiminen vähensivät kontakteja varsinaiseen potilastyöhön. Tämä lisäsi myös pelkoa ammattitaidon häviämisestä varsinaisesta psykiatrisesta työstä. Sairaanhoitajien sitoutumista työpaikkaan vähentääkin tehtävien tekeminen, jotka eivät liity suoraan potilastyöhön (Laine 2005).

Sairaanhoitajan työ oikeuspsykiatrisessa sairaalassa oli Raskin ja Rahm Hallbergin (2000) mukaan hyvin paljon päivittäisten askareiden tekemistä potilaiden kanssa, sekä jokapäiväisen työn tekemistä osastolla. Sairaanhoitajien ja mielisairaanhoitajien työtehtävissä näkyi eroavaisuuksia, kuten tässäkin tutkimuksessa haastatellut kokivat. Keskustelut potilaiden kanssa liittyivät jokapäiväisiin asioihin (Rask ja Rahm Hallberg 2000). Tähän työhön haastatellut sairaanhoitajat kuvasivat työskentelyä tutkimusorganisaatiossa osittain samalla tavoin. Myös tässä tutkimuksessa haastatellut kuvasivat, että työskentelyssä päivittäiset askareet ja rutiinit sekä jokapäiväinen samankaltainen sisältö rytmittivät työpäiviä. Erona Raskin ja Rahm Hallbergin (2000) tutkimukseen kuitenkin oli se, että sairaanhoitajien ja mielisairaanhoitajien tehtävissä näyttäisi olevan selkeämpi jako. Lisäksi naisten ja miesten tehtävissä koettiin olevan eroja.

Naisten tehtävät eristysosastoilla painottuivat enemmän kansliaan ja mies sairaanhoitajat tekevät kansliatöiden lisäksi työtä potilaiden parissa. Eräs irtisanoutuneista kuvasikin miessairaanhoitajana olemista toisinaan raskaaksi. Kansliatöiden lisäksi osallistuminen potilashoittoon, vaikkakin usein omasta halusta, teki työpäivistä toisinaan raskaita runsaan työmäärän vuoksi. Eräs naishaastateltava puolestaan pohti naisten asemaa ja tehtävien eriarvoisuutta eristysosastolla työskentelyssä. Niin

työn määrällisesti liiallisien vaatimuksien kuin (Gardulf ym. 2005; Lahtinen 2007; Laine 2005; Stordeur ym. 2007) tyytymättömyyden omien kykyjen hyödyntämiseen onkin todettu vähentävän sitoutumista työpaikkaan (Gardulf ym. 2005; Laine 2005). Työn merkitykselliseksi kokeminen taas puolestaan lisäisi sitoutumista (Stordeur ym. 2007). Tasapainoa naisten ja miesten tehtävien sekä työnominaisuuksien välillä ei näyttäisi tämän tutkimuksen mukaan vielä löydetyn tutkimusorganisaatiossa.

Perustyötä ja työrooleja kahlitsivat rutiinit ja kaavat. Latvalan (1998) tutkimuksessa varmistavassa psykiatrisessa hoitotyössä rutiinit olivat tärkeitä päivittäisessä hoitotyössä. Irtisanoutuneiden halu tehdä potilastyötä kansliapainotteisuuden sijaan, käyttää luovuutta ohjeiden tilalta ja toimia tilanteen mukaisesti tehtävien suorittamisen sijasta, kertoisikin enemmän varmistavan psykiatrisen hoitotyön mallin mukaisesta toiminnasta kuin yhteistoiminnallisuudesta (Latvala 1998). Samassa tutkimusorganisaatiossa tehdyssä Daavitsaisen (2000) tutkimuksessa hoitotyön perusprosessissa korostuivat normatiivisen tyyppin tunnusmerkit.

Rutiinien ja ohjaamisen käänttöpuolena lienee osittain työn toissijaisuuden ilmiö. Koettu vähäinen autonomia ja ohjaaminen vähentävät motivaatiota työhön (Liukkonen ym. 2006). Eräs haastateltava kuvasikin ”tisurin” vetovoimaa siinä vaiheessa kun työn mielekkyys itseltä hävisi. Työn toissijaisuuden eli ajankäyttäminen muuhun kun itse työhön onkin varmasti yhteydessä työn mielekkyyteen ja mielekkääksi kokemiseen. Ohjeiden ja määräysten toteuttaminen sekä rutiinien ylläpitäminen eivät varmaan olekaan niitä sisäisiä motivaatiokeinoja, joilla työn mielekkyys ja autonomian tunne lisääntyvät (Liukkonen ym. 2006).

Irtisanoutuneet kuvasivat, että työn mielekkyys ja motivaatio työhön hävisi, kun työ oli rutiininomaista ja työssä kehittyminen koettiin osittain tämän vuoksi pysähtyvän. Työmotivaatio psykiatrisessa työssä työskentelevillä on todettu liittyvän osittain joihinkin taustatekijöihin. Muun muassa vuorotyössä, laitoshoidossa työskentelevillä, hoitajilla ja

avustavalla henkilökunnalla oli heikompi työmotivaatio kuin säännöllistä työaikaa tekeillä, avohoidossa työskentelevillä sekä lääkäreillä, sosiaalityöntekijöillä ja terapeuteilla. (Schnorr 2005). Työn haasteellisuuden, monipuolisen ja kokonaisvaltaisen potilaiden hoitamisen on todettu lisäävän sairaanhoitajien työmotivaatiota positiivisesti (Huttunen ym. 2009). Haasteellinen työ myös lisää sitoutumista (Lahtinen 2007; Takase ym.2007).

Haastatellut sairaanhoitajat kuvasivat osastojen sairaanhoitajien rooleissa epäselviä odotuksia ja ristiriitaisia ohjeita työteon sekä työroolien suhteen. Rooliristiriita kuvautui vahvasti myös osaston sairaanhoitajan ja päivystävän sairaanhoitajan toimenkuvien eroavaisuuksissa vastuun ja velvollisuuksien osalta. Tulos on päinvastainen kuin useissa muissa tutkimuksissa, joissa psykiatriassa työskentelevät ovat kokeneet työroolinsa selkeäksi (Pääkkönen 2003; Rask & Levander 2002; Schnorr 2005). Työroolien merkitys sitoutumiselle onkin tärkeä. Selkeät roolit vahvistavat sitoutumista, (Lahtinen 2007; Pekkarinen ym. 2004) kun taas rooliepäselvyydet -ja konfliktit vähentävät sitä (Meyer ym. 2002).

Psykiatrisessa sairaalassa työskentelevillä hoitajilla rooliristiriitoja aiheuttavat toisinaan ns. kaksoistyönkuvan roolit: työskentely hoitajana ja vartijana (Haglund ym. 2006). Myös tässä tutkimuksessa haastatellut sairaanhoitajat kuvasivat tunnetta siitä, miten hoitajan sijasta toimii toisinaan enemmän vartijan roolissa. Toisaalta päivystävän sairaanhoitajan roolissa kuvattiin myös vastaavaa tunnetta annetuista ”työpaikkapoliisin” – tehtävistä henkilökuntaan liittyen. Ihmetystä herättivät myös organisaation heikot reagoitavat työkyvynongelmiin, vaikka niitä valvottiin esimiesten taholta yötä myöten.

Työt roolittuivat myös ammattinimikkeen mukaan. Myös Raskin ja Rahm Hallbergin (2000) tutkimissa psykiatrisissa sairaaloissa sairaanhoitajien ja mielisairaanhoitajien työnkuvissa näkyi eroja. Ammattiryhmien työkuviin erilaisuudesta ja samanlaisuudesta lienee Ruotsissa käyty keskustelua, sillä tutkimuksen myötä näiden ammattiryhmien työnkuvien erot kävivät

selviksi. Myös jonkinlaista väittelyä se vaikutti aiheuttaneen ryhmien välille. Tässäkin tutkimuksessa haastatellut sairaanhoitajat kertoivat töiden jakamisen eri ammattiryhmien kesken aiheuttaneen kitkaa henkilökunnan väleihin. Yhteistyöllä ja työyhteisöllä onkin merkitystä työpaikkaan sitoutumisen kannalta (Beecroft ym.2005; Gardulf ym. 2005; Laine 2005; Meyer ym.2002; Shader ym; 2001).

Työrooleihin näytti kokonaisuutena liittyvän runsaasti sitoutumisen kannalta tärkeitä seikkoja. Ne hallitsivat työntekoa, jakoivat ilmapiiriä ja vaikuttivat työssä viihtyvyyteen.

Ammattinimikkeen mukaista työnjakoa onkin toisaalta helppo ymmärtää ja perustella koulutus pohjaisilla valmiuksilla työhön (STM 2005). Ammattinimikkeiden tarkoitus ei ole kuitenkaan kahlita työntekoa. Työn mielekkyyden kannalta olisi tärkeää saada tehdä monipuolisia työtehtäviä ammatinhallinnan sallimissa rajoissa (Kauhanen 2001). Sairaanhoitajan ammatinhallinta ja hoitotyön ydin psykiatrisessa hoitotyössä perustuvat yhteistyösuhteeseen potilaan kanssa (Linnainmaa 1999). Näin eivät sairaanhoitajat tässä tutkimuksessa kokeneet. Ammatinhallinnan merkitys ei kuvastunut irtisanoutuneiden sairaanhoitajien psykiatrisissa taidoissa, vaan muissa työrooleissa. Ammatinhallinnan, toimenkuvan ja tehtävän jaon mukaan sairaanhoitajan koettiin olevan usein poissa potilastyöstä ja lääkärin apulaisena kansliassa.

Haastatellut kertoivat töiden jakautumisesta myös mielenkiinnon perusteella. Oman mielenkiinnon mukaan työtehtävien valikoiminen ja sen mukainen työhön perehdyttäminen mm. uusille työntekijöille asettaa johtamishaasteen hoitotyön esimiehille. Työmotivaation epätasaisuus aiheutti myös Syrjäpalon (2006) tutkimuksessa ristiriitoja henkilökunnan välille. Motivaation psykiatrisella alalla työskentelevillä on yleensä todettu olevan hyvä (Schnorr 2005). Työtehtävien valikoimisen takana voi lienee olla useita tekijöitä: työroolien taakse kätkeytyminen, työnjaon tiukka noudattaminen, työntekijän voimavarojen vähyyys (osaamattomuus, kokemattomuus, työuupumus, väsymys, pelko) jne. Hoitotyön esimiesten

mahdollisuudet vaikuttaa työntekijöiden motivaatioon kehittyvät jo rekrytointi hetkestä luvatus mukaisen haasteellisen ja monipuolisen työn sekä tukea, luottamusta ja tasa-arvoisuutta osoittavan johtamistyön myötä (STM 2009:18).

Työmotivaatioon on myös yhteyttä työssä koetulla autonomialla (Liukkonen ym. 2006). Tässä tutkimuksessa haastateltujen sairaanhoitajien kokemukset vastuusta ja autonomiasta olivat vähäisiä. Koska päävastuu pienistäkin asioista koettiin olevan lääkäriillä, väheni sairaanhoitajien ja muun työryhmän työn haasteellisuus. Ohjeistaminen ja määrääminen lisäsivät tunnetta vähäisestä autonomiasta. Hoitohenkilökunnan vastuulle jäivät vain rutiinotoimintojen ylläpitäminen. Haastateltavat kokivat, että henkilökunnan osaamiseen ja ammattitaitoon ei luoteta vaikka useilla osastoilla koettiin olevan erittäin ammattitaitoista ja pitkän työkokemuksen omaavaa henkilökuntaa.

Lääketieteellisen ja hoitotieteellisen työnjaon vastuusta onkin johtamisen puolella käyty keskustelua (Soininen 2005; Tuomiranta 2005, 105-116; Viitanen & Lehto 2005, 117-130). Myös tässä tutkimuksessa haastatellut hoitotyöntekijät kokivat vastuunjaon määrittelyssä tarpeita erityisesti hoitotyötä koskien. Suppean erikoisalnan vastuunjaon haasteet nähtiin, mutta niitä myös uskottiin voitavan kehittää. Lääketieteen vastuu potilaiden lupa-asioiden hoidosta, jopa heijastimen lupaamisesta potilaalle, kuten eräs haastateltava kuvasi, koettiin hoitotyön osaamisen aliarvioimisena. Hoitotyön ja lääketieteen vastuiden erot eivät kuvastuneet, päävastuu kaikesta näytti olevan lääketieteen puolella. Vähäinen autonomia vähensi työn mielekkyyttä ja työhön sitoutumista.

Työpaikkaan sitoutumisen kannalta onkin merkityksellistä kokea vaikutusmahdollisuuksia (Pekkarinen ym. 2004) päätöksentekoon (Lahtinen 2007) sekä saada arvostuksen tunnetta työstään (Harmoinen 2006). Mikäli työntekijä kokee, että hänellä on vähäiset vaikutusmahdollisuudet tehtävien sisältöön ja suorittamiseen (Laine 2005), sekä hän kokee tyytymättömyyttä mahdollisuuksiin antaa potilaille

heidän tarvitsemaansa hoitoa (Gardulf ym. 2005; Laine 2005), hän sitoutuu työpaikkaan huonommin. Autonomista työskentelyä lisäämällä voitaisiin sitoutumista lisätä (Abbott ym. 2005; Harmoinen 2006).

Haasteellisena työtehtävänä koettiin päivystävän sairaanhoitajan tehtävät. Potilaiden monimuotoiset ongelmat, erityisesti somaattisen voinnin alueella, koettiin vaativina. Sekä Syrjäpalon (2006), että tässä tutkimuksessa haastateltujen mukaan, muuttunut potilasaines koettiin haasteellisena ja oma osaaminen osittain puutteellisena, erityisesti potilaiden monimuotoisten ongelmien osalta. Irtisanoutuneet kokivat päivystävän sairaanhoitajan tehtävissä kuormittavan myös erilaisten henkilöstöhallinnollisten tehtävien, työvoiman etsinnästä henkilökunnan työkyvön kontrollointiin. Kirjallinen ohjeisto koettiin kirjavana ja paperityötä kuvattiin olevan runsaasti myös päivystävän sairaanhoitajan tehtävissä. Lisäksi päivystystyö muun sairaanhoitajatyön ohella koettiin stressaavaksi, kun se oli jokaviikkoinen tehtävä.

Haasteellisuuden ja vastuullisuuden nähtiin olevan päivystävän sairaanhoitajan tehtävissä ristiriidassa suhteessa osaston sairaanhoitajan työtehtäviin. Osastolla vastuuta ei koettu olevan ja päivystäessä sitä puolestaan oli runsaasti. Päivystämisen haasteellisuuteen kietoutui myös tutkimusorganisaatiossa kuvattu syyllistämiskulttuuri. Suurelle ja hyvällekin tuntunut vastuu pelotti, koska kertomukset sanktioista ja rangaistuksista rajoittivat työmahdollisuuksia ainakin henkisellä tasolla.

Päivystävän sairaanhoitajan tehtävissä sitoutumiselle työpaikkaan oli siis ainakin teoriassa edistävää se, että tehtävä koettiin haasteellisena (Lahtinen 2007; Takase ym. 2007). Toisaalta päivystävän sairaanhoitajan tehtävissäkin näkyi rooliepäselvyyksien kuvauksia, niin tehtävien, kuin osastolla aiheutuneiden tilanteiden myötä. Tehtävien jako ammattiryhmittäin vaikeutti päivystämistä ja aiheutti roolikonflikteja osastoilla. Rooliristiriitojen -ja konfliktien on todettu vähentävän työpaikkaan sitoutumista (Meyer ym. 2002). Myöskään syyllistävä, painostava ja henkilökuntaa valvova ilmapiiri ei edesauta organisaatioon

sitoutumista. Aktiivisen valvonnan onkin todettu vähentävän työpaikkaan sitoutumista (Kanste 2008).

Haastateltavat kuvasivat syyllistämiskulttuurin lisäävän pelkoa käyttää luovuutta, vaan toimimaan vain ohjeistuksien mukaan. Psykiatrisessa työssä keskeistä kuitenkin on luovuus (Punkanen 2003), oman persoonan käyttö työvälineenä (Linnainmaa 1999; Punkanen 2003) ja erilaisten hoitotyön menetelmien hyödyntäminen pelkkien ohjeiden sijaan. Hierarkkisuuden kuvattiin tekevän hoitotyön tekijöistä ohjeiden noudattajia psykiatrisen hoidon toteuttamisen sijaan. Toisaalta ohjeiden tehtävänä on usein helpottaa työntekoa, mutta tässä tutkimuksessa haastatellut kuvasivat ohjeiden tekevän työstä normitettua.

Tutkimusorganisaatiossa oli erilaisia toimikuntia ja työryhmiä 25 kappaletta, toimintaa ohjaavia strategioita ja suunnitelmia liitteineen oli 20 kappaletta, sekä määräyksiä ja ohjeita yhteensä 278 kappaletta. Määrällisesti eniten määräyksiä ja ohjeita oli henkilöstön toimintaan (44 kappaletta) sekä potilaiden hoitoon liittyen (39 kappaletta). Organisaation rakenteella ja monimutkaisena kuvastuvana johtamisjärjestelmällä onkin merkitystä sitoutumiselle. Sairaalat ovat yleisesti kuvastuneet hyvin hierarkkisina laitoksina, joissa jokainen ammattiryhmä tietää paikkansa valtajärjestelmässä (Eriksson-Piela 2003). Irtisanoutuneet näkivät hierarkkisen toiminnan ja valtajärjestelmien merkityksen esteenä sekä sairaanhoitajan työn kehittämiseksi että toteuttamiselle.

Haastateltujen kuvaama rangaistus- ja sanktiokulttuuri puolestaan kuulostaa erittäin huolestuttavalta. Rangaistus- ja käskytykskulttuuri kuuluu reaktiiviseen organisaatioon, jossa myös virheiden ja syyllisten etsiminen on tyypillistä (Nelsonin ja Burnsien 1984 mukaan, Suonsivu 2003, 293). Syyllisen etsimistä jotkin haastateltavat kuvasivat toimintatavaksi virheen tapahtuessa virheistä oppimisen sijaan. Rangaistukset, valvonta ja pakotteet eivät ole motivaatiokeinoina parhaita mahdollisia saavuttaa hyviä tuloksia organisaatiossa (Liukkonen ym. 2006, 84-85). Mikäli tällainen kulttuuri organisaatiossa on todellinen, täytyy siellä

työskentelevien psyykkisestä hyvinvoinnista ainakin Suonsivun (2003) tutkimuksen mukaan olla erittäin huolissaan. Rangaistus- ja syyllisyysteemat haastatteluissa nousivat usein esille, joten asiasta lienee syytä tutkimusorganisaatiossa yleisesti keskustella.

Suonsivun (2003) mukaan käskytykskulttuurin yksi taustatekijä on muutosjohtamisen puuttuminen organisaatiossa. Henkilöstö kokee potilastyön itselleen tärkeänä mutta taloudellisten resurssien jatkuvasti niuketessa ei pelkkä asiakasnäkökulma riitä, jos henkilöstö nähdään voimavarana vain ”juhlapuheissa”.

Tässä tutkimuksessa haastatellut sairaanhoitajat kertoivat runsaasti muutoksista, joita tutkimusorganisaatiossa oli ollut: virkarakenteenmuutos, lääkelupien muutokset, palkkausjärjestelmän muutos, jonka tarkentamista tehdään ennen kehityskeskustelukierrosta, kulunvalvontajärjestelmät, työvuoromuutokset jne. Useat muutokset koettiin työyhteisöissä negatiivisina. Muutokset koettiin epäoikeudenmukaisina, niiden nähtiin aiheuttaneet ristiriitoja henkilökunnan välille, saaneen juoruja ja huhuja liikkeelle. Ne myös aiheuttivat työntekijöiden valvonnan tunteen lisääntymistä. Muutokset vaikuttivat jatkuvilta, katkeroittavilta ja jopa työyhteisöjä hajottavilta. Osa pääsi muutoksista yli, osa eli sitä puheen tasolla jatkuvasti siirtäen epäoikeudenmukaisuuden ja valvonnan tunnetta aina uusille, jotka eivät välttämättä jaksaneet katkeroitunutta puhetta kuunnella. Sitoutuminen organisaatioon toisilla työntekijöillä lienee ns. jatkuvuuteen perustuvaa (Meyer & Allan 1991), jolloin vähemmän tunnepitoisesti sitoutuneet ja paremmat työmarkkinat omaavat voivat siirtyä katkeroituneen työorganisaation kourista uuteen työyhteisöön.

Affektiivisten sitoutumisen kannalta organisaatiokulttuuri muodostaakin työntekijälle tärkeän kokonaisuuden (Hamari 2007). Organisaatiokulttuurin käsitteessä sitoutumisen komponentit muodostuvat useista osatekijöistä, joista muun muassa johtamisen osa-alue on merkityksellinen (Kanste 2008; Loke 2001). Tiedottamisella ja tiedonkululla sekä organisaatiossa tapahtuvalla kommunikoinnilla on merkitystä organisaatiokulttuurin

välittymisessä muun muassa uusille työntekijöille (Hamari 2007). Vuorovaikutuksellisuus johdon ja esimiesten kanssa, sekä matala hierarkia organisaatiossa lisääkin työpaikkaan sitoutumista ja tekee sen vetovoimaisemmaksi työpaikaksi (Stordeur ym. 2007).

Tutkimusorganisaation kulttuuri välittyi haastateltaville hoitotyötä arvostamattomana ja hoitotyön roolia epätasa-arvoisena pitävänä. Hoitajien rooli on muissakin tutkimuksissa näyttänyt ohjautuvan lääketieteen näkökulmasta käsin (Laakkonen 2004; Suonsivu 2003) ja osittain sen vuoksi vaikuttanut hoitokulttuurin kehittymiseen tai kehittymättömyyteen ja hoitajien ammatillisen kasvun tyrehtymiseen (Laakkonen 2004). Kulttuurin kehittymiselle ei näyttäisi olevankaan merkitystä sillä, minkä erikoisalan sisällä työskennellään, vaan enemmänkin organisaation omilla rakenteilla ja hoitotyöntekijöiden asemalla ja roolilla siellä. Raskin ja Rahm Hallbergin (2000) tutkimuksessa sairaalalla todettiin olevan merkitystä työroolien muotoutumiseen.

Sairaanhoitajakoulutuksen kehityksen myötä (STM 2005) sairaanhoitajien työpaikkaan kohdistuvissa ammatillisissa vaatimuksissa lienee korostunut ammatilliseen osaamiseen ja autonomiseen työskentelyyn sekä hoitotyön asiantuntijuuteen liittyvät tekijät. Vaikka yleispätevän sairaanhoitajakoulutuksen ei nähdä tuovan psykiatriaan riittävästi osaamista (Ellilä ym. 2009; STM 2009) ja erityisesti spesifien erikoisalojen koulutus koetaan riittämättömänä (Tenkanen 2010), sairaanhoitajat odottavat työltään ja työympäristöltään sairaanhoitajan työn tekemiseen mahdollisuuksia ja edellytyksiä sekä ammattitaitoa lisäävää koulutusta (Harmoinen 2006).

Haastatellut kokivat tutkimusorganisaation koulutusmyönteisyyden olleen yksi selkeästi positiivisimmista asioista organisaatiossa. Runsaasta koulutuksesta huolimatta työssä kehittyminen koettiin kuitenkin tutkimusorganisaatiossa pysähtyneen. Koulutuksen saaminen ja työssä kehittyminen eivät olekaan sama asia. Työn sisältö ja työympäristö eivät

näyttäneen tarjoavan irtisanoutuneille sairaanhoitajille sellaista maaperää, jossa ammatillinen kehittyminen olisi kasvanut ja sitä olisi koettu voitavan kehittää. Rutiinit, työn roolittaminen, irrallisuus hoitotyöstä ja vastuuasioden painottaminen sekä autonomian vähäisyys olivat muun muassa sairaanhoitajan toimenkuvassa keskeisiä ammatillisen kehittymisen esteitä.

Kehittämisen kannalta sairaanhoitajan työhön tutkimusorganisaatiossa koettiin tarvittavan enemmän haastetta ja autonomisuutta. Tämän esteenä kuitenkin nähtiin tutkimusorganisaation byrokraattisesta johtamisjärjestelmästä lähtöisin olevat ohjeet ja määräykset. Myös lääketieteellisen näkökulman keskiössä oleminen vei voimaa hoitotyön ammatillisuuden kehittämiseltä ja jopa sen käyttämiseltä. Moniammatillisuus ei ikään kuin kulkenut toisiaan läpäisevänä, vaan toisiaan ohittavana toimintana tutkimusorganisaatiossa. Työn roolitukset sekä työn jakaminen ammattiryhmittäin aiheuttivat katkeruutta ja rutiineja sekä eripuraa osastoille ja vähensivät kehittymistä edelleen molemmilla ammattiryhmillä (sairaanhoitajat ja mielisairaanhoitajat).

Työyhteisöt ja ilmapiiri osastoilla koettiin tutkimusorganisaatiossa pääsääntöisesti hyväksi, vaikka kuvaksia ristiriitoja aiheuttavista tilanteista olikin. Näin on myös muissa psykiatriassa tutkimuksissa todettu (Schnorr 2005; Syrjäpalo 2006; Rask & Levander 2002). Irtisanoutuneet kuitenkin kuvasivat ilmapiirin olevan tulehtunut johdon ja henkilöstön välillä, lähiesimiehiin suhtautuminen kuvastui kaksijakoisena. Schnorrin (2005), Syrjäpalon (2006), Raskin ja Levanderin (2002) sekä Wickstömin ym. (2000) tutkimuksissa tyytyväisyys johtoon, esimiehiin sekä esimiestyön eri osa-alueisiin on vaihdellut. Vuoden 2005 Sosiaali- ja terveysalojen työoloja ja hyvinvointia tutkittaessa oli mielenterveys- ja päihdetyössä organisaation johtamistapaan tyytymättömyys lisääntynyt edelleen. Myös työyksikön tyytyväisyys johtamistapaan oli heikentynyt (Laine ym. 2006).

Epäluottamuksella ja hoitotyötä arvostamattomalla ilmapiirillä sekä heikoilla vaikutusmahdollisuuksilla päätöksentekoon on sitoutumisen

kannalta negatiiviset vaikutukset. Johtamistoimintojen merkityksen sitoutumiselle onkin todettu tutkimuksissa olevan suuri (Kanste 2008; Loke 2001). Useat johtamisen toiminnot voivat tukea tai vähentää sitoutumista (Harmoinen 2006; Kanste 2008; Lahtinen 2007; Laine 2005; Meyer ym. 2002; Pekkarinen ym. 2004; Stordeur ym. 2005) ja niiden huomioiminen organisaation johtamistyössä olisikin syytä tiedostaa, jos henkilökuntaa halutaan sitouttaa työpaikkaan. Tutkimusorganisaation yleiseen ilmapiiriin toivottiin parannusta. Huono ilmapiiri ei sitouttanut työpaikkaan.

Irtisanoutuneet pohtivat kehittämiseen liittyen myös rekrytoinnin, lähijohtamisen tuen, ammatillisen koulutuksen, työn kehittämisen menetelmien ja palkkauksen merkitystä. Kaikilla näillä keinoilla onkin osana johtamistyötä myös merkitystä sitoutumisen kannalta.

Palkitsemisen haastatellut sairaanhoitajat kokivat heikkona. Lähiesimiehistä osan koettiin kuitenkin antaneen työssä positiivista palautetta ja kannustaneen työssä kehittymiseen. Pääsääntöisesti kuitenkin koettiin, että sanallinen palkitseminen ja kannustaminen jäi kiitos- sekä juhlapuheisiin. Palkitsemisen lisäksi myös palkkauksessa koettiin olevan kehittämisen varaa. Palkkaus oli joillain syy irtisanoutumiseen. Palkkauksen merkitys sitoutumiselle onkin useissa tutkimuksissa huomattu merkitykselliseksi (Beecroft ym. 2008; Gardulf ym. 2005; Harmoinen 2006; Josephson ym. 2005; Laine 2005; Stordeur ym. 2007), samoin kuin työn muun palkitsevuuden.

Psykiatrinen työ itsessään koetaan usein palkitsevana (Wickström ym. 2000), mutta työn palkitsevuus koostuu muistakin tekijöistä. Tasa-arvoiseksi ja oikeudenmukaiseksi koettu palkkaus, palkkausperusteiden ymmärtäminen sekä se, miten palkkaukseen voi vaikuttaa, korostuvat rahallisen palkitsevuuden osalta (Kauhanen 2001). Kaikki tekijät nousivat esille haastattelujen yhteydessä. Mikäli työntekijä ei koe palkkaansa oikeudenmukaiseksi (Piironen 2007) tai tiedä sen perusteita, hän sitoutuu työpaikkaan huonosti (Gardulf ym. 2005). Palkkausjärjestelmän tarkastelu

työpaikkaan sitouttavana tekijänä onkin yksi pohdittava osa-alue, mikäli se koetaan epätasa-arvoisena, epäoikeudenmukaisena ja monimutkaisena järjestelmänä (Helsilä 2002) kuten tässä tutkimuksessa haastateltavat kokivat.

Vaikka palkkaus ei ole ainoa keino sitouttaa työpaikkaan, sen merkitys korostuu sen mukaan, mikä työntekijän taloudellinen tilanne on. Jos työntekijän taloudellinen tilanne on hyvä ja hän ansaitsee hyvin, ei palkkaus ole merkityksellinen, mutta päinvastaisessa tilanteessa palkkaus korostuu. (Kauhanen 2001). Myös koettu oikeudenmukaisuus palkkausjärjestelmissä, jos työssä maksetaan muustakin kuin koulutuksesta, koetaan tärkeänä (Piironen 2007).

Tutkimusorganisaatiossa peruspalkan lisäksi maksettiin henkilökohtaista palkanosaa, joka määräytyi yksilöllisen arvioinnin perusteella. Psykiatrisella alalla, kuten tässäkin organisaatiossa, työtä tehdään yksilönä, kuitenkin monet tehtävät erityisesti suljetuimmilla osastoilla vaikuttavat tehtävän tiimi- ja parityönä. Aidon henkilökohtaisen arvioinnin suorittaminen luulisi olevan haastavaa roolitettujen työnkuvien, ohjeistettujen tehtävien, tiimityön ja työnsuorittajien vähäisen autonomian vuoksi.

Oikeudenmukaisen palkkauksen lisäksi palkkausperusteiden tulisi olla läpinäkyvät (Helsilä 2002). Yhteinen ymmärrys siitä mistä maksetaan, perehdytys mahdollisesti uuteen palkkausjärjestelmään ja tasokuvausten käyttö selkiyttämään arviointeja eivät tulleet esille haastatteluissa, vaan päinvastoin. Myös palkkauksen pudottaminen ymmärrettävästikin tuntuu vääraltä. Lisäksi ihmetystä haastateltujen mukaan aiheutti se kun palkkauksen vähentäminen tapahtui heti ensimmäisen arvioinnin yhteydessä. Ainakin osittain siis joko arviointijärjestelmä kaipaa pohdintaa tai tulopalkan määrittäminen ja ensimmäiset arvioinnit harkintaa. Sitoutumista ei ainakaan luulisi edistävän palkan vähentäminen, vaikka työ koettaisiin mielekkääksi.

Tässä tutkimuksessa haastatellut sairaanhoitajat kokivat itse peruspalkan lisäksi palkkausjärjestelmässä olevan kehittämisen varaa. Palkitsemisen merkitys sitoutumiselle onkin kokonaisuudessaan merkittävä hoitoalalla (Beecroft ym. 2008; Gardulf ym. 2005; Harmoinen 2006; Hasselhorn ym. 2005; Josephson ym. 2005; Laine 2005; Stordeur ym. 2007).

Yhteenvedona tutkimusorganisaatioon sitoutumista vähentävistä tekijöistä:

- Sairaanhoitajan työnkuvan ei koettu vastaavan odotuksia, vaan se osoittautui kansliakeskeiseksi, rutiininomaiseksi, potilastyöstä irrallaan olevaksi työskentelyksi. Sairaanhoitajan ammatilliset valmiudet tehdä psykiatrissa työtä koettiin hukkaan meneväksi ja työssä koettiin passivoitumista sekä työmotivaation katoamista. Töiden roolittaminen ja autonomian puute vähensivät myös sitoutumista organisaatioon. Sairaanhoitajan toimenkuvan toteuttaminen koettiin myös tutkimusorganisaation kulttuuritekijöistä johtuen hankalana.
- Positiivisia asioita koettiin olevan hyvä ilmapiiri osastoilla ja koulutusmyönteinen organisaatio sekä osittain myönteiseksi koettu lähiesimiestyö. Positiivisena koetut asiat eivät kuitenkaan sitouttaneet irtisanoutuneita organisaatioon, vaikka niitä olikin jälkikäteen jääty osittain myös kaipaamaan.
- Organisaation johtamiseen ja johtamisilmapiiriin olivat irtisanoutuneet tyytymättömiä. Johtamisen keinot ja menetelmät työnorganisointiin, rekrytointiin sekä palkkaukseen liittyen vähensivät sitoutumista. Enemmän vaikuttivat kuitenkin yleisen ilmapiirin ja arvostuksen sekä arvottomuuden tunteet liittyen oman työnhallintaan ja vastuullisuuteen. Irtisanoutuneet arvostivat ja pitivät työstä, mutta kokivat työpanoksensa olleen alikäytettyä.
- Haastatellut kokivat, että sairaanhoitajan työtä täytyisi kehittää monin eri keinoin, joista keskeisimmiksi nousivat autonomian lisääminen ja sairaanhoitajan työtehtävien monipuolisuuden lisääminen.

8.2 Tutkimuksen luottavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuus kysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analysointiin ja tulosten esittämiseen (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001,36; Tuomi & Sarajärvi 2009, 134-136). Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa ollaan luotettavuuden mittaamisen kriteereistä määrälliseen tutkimukseen verrattuna jonkin verran eri mieltä. Määrällisessä tutkimuksessahan luotettavuutta arvioidaan tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Laadullisessa tutkimuksessa on luotettavuuden kriteereinä käytetty useita eri asioita. Luotettavuutta on mitattu uskottavuuden, vastaavuuden, siirrettävyyden, luotettavuuden, tutkimustilanteen arvioinnin, varmuuden, riippuvuuden, vakiintuneisuuden, vahvistettavuuden ja vahvistuvuuden kriteereillä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 137–139).

Tässä tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan uskottavuuden, siirrettävyyden, vahvistettavuuden ja vastaavuuden kriteereiden mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138-139).

Millä tavoin tässä tutkimuksessa uskottavuus ja totuus todellisuudesta eli sairaanhoitajan työstä psykiatrisessa sairaalassa kuvastui ja löytyikö työlle ja irtisanoutumiselle yhteyttä? Tutkijan itsensä tekemien ratkaisujen kriittinen arviointi sekä todellisuuden ja päätelmien muodostama uskottava sekä johdonmukainen kuvaus lisäävät tutkimuksen uskottavuutta (Janhonen & Latvala 2001; Tuomi & Saramäki 2009).

Tutkimusprosessi alkoi avoimella haastattelulla, ilman esioletusta tai teoriaa tutkittavasta aiheesta. Haastateltaville annettiin mahdollisuus valita tutkimuksen suorittamis- ja haastattelupaikka, jossa he tuntisivat olonsa mukavaksi ja haastattelu voitaisiin luottamuksellisesti suorittaa. Haastattelun alussa käytiin läpi vielä luottamuksellisuuteen, vapaaehtoisuuteen ja haastateltavien tunnistamattomuuteen liittyvät asiat,

jotta jokainen haastateltava voisi kertoa työskentelystään mahdollisimman vapaasti. Haastattelija tunsi osan haastateltavista, joka helpotti osaa haastateltavista mahdollisesti olemaan luonnollisempi haastattelutilanteessa sekä osallistumaan itse tutkimukseen. Haastattelijan ja haastateltavan toistensa tunteminen loivat siis osasta tilanteista luonnollisempia ja rennompia mutta sisällöltään ne eivät eronneet, vaikka haastattelija ja haastateltava olivat ennalta tuntemattomat. Oman osuutensa haastattelussa haastattelija kävi läpi jokaisen haastateltavan kanssa ennen haastattelua. Haastattelijan osallisuus haastatteluissa oli vähäinen, johon tarkoituksella pyrittiin avoimen haastattelutekniikan mukaisesti (Metsämuuronen 2000b). Haastattelija nauhoitti kaikki haastattelut ja teki niistä lisäksi kirjallisia muistiinpanoja.

Haastateltavat tiesivät myös tutkimuksen tarkoituksesta selvittää irtisanoutumista sekä siihen liittyviä tekijöitä. Tämä asia ei kuitenkaan johtanut keskustelutilanteita, vaan lisäsi luottamusta haastatteluun sekä sen tarkoitukseen. Irtisanoutuneiden on usein helpompi kertoa kokemuksistaan ja mielipiteistään kun sidonnaisuus organisaatioon on jo katkennut. Toisaalta voidaan ajatella, että katkeruus ja jopa viha entistä työpaikkaa/työnantajaa kohtaan värittää mielipiteitä ja kokemuksia niin, että niiden todellisuuspohja katoaa. Kaikki haastatellut olivat kuitenkin vapaaehtoisesti irtisanoutuneet, joten heidän kohdallaan ratkaisu lähtemisestä oli omaehtoista. Tutkijan tehtäväksi jääkin pohtia kysymyksiä ”värittyneistä” ja vääristyneistä mielipiteistä.

Haastattelijana tämänkaltaisessa tutkimusprosessissa tutkija toimi ensimmäistä kertaa. Haastatteluihin valmistauduin huolellisesti sekä haastateltavat saivat ennakolta kysymykset tutustuttaviksi ja pohdittaviksi. Vaikka haastattelu oli avoin, pysyi puheen tuottaminen pääsääntöisesti haastateltavilla, eikä haastattelija joutunut ohjaamaan keskustelua. Haastattelun aihepiiriä ja kysymyksen asettelua voidaan pitää siten onnistuneena koska haastatteluilla saatiin runsaasti tietoa kysytystä aiheesta. Haastattelija itse, tutkimusta suorittavana ensikertalaisena koki

haastattelutilanteet myös onnistuneiksi tilanteiksi. Tarkentavat ja keskustelua ylläpitävät kysymykset pitivät haastatteluissa keskustelua yllä mutta eivät ohjanneet keskustelun suuntaa. Toisaalta psykiatrinen työ, hoitoalalla työskentely sekä esimiestyö antavat omanlaista valmiutta kohdata ihmisiä vaikka tämän kaltainen tilanne olikin uusi.

Alla on ote litteroidusta haastattelusta, jossa haastattelijan kysymysmuotoilua esillä. T = haastateltava, H = haastattelija.

”T: Tässä on se sairaanhoitajien lukumäärä verrattuna mielisairaanhoitajien lukumäärään kovasti tapetilla ollut, että paljonko täytyy sairaanhoitajia olla ja. Itse en osaa sanoa että mikä se oikea suhdeluku sitten on mun mielestä ei välttämättä tartte enemmän sairaanhoitajia. Että kyllä niinkun tälläkin määrällä pärjätään ihan hyvin.
H: miten niin?”

”T: Tämmöstä että, otetaan nyt joku esimerkki vaikka. No nyt jotkut vanhoillisimmat vaikka niin kun mielisairaanhoitajat hoitaa vaan tiettyjä tehtäviä kun näin on aikasemminkin tehty ja sairaanhoitajat hoitaa tiettyjä tiettyjä tehtäviä kun näin on tehty. Ja sit niitä jotenkin kun silloinkin puhuttiin jo 2000-luvun alussa että tuli tämmönen en muista johtoryhmän päätös että ammattirakennetta ei Niuvassa muuteta niin mielisairaanhoitajien virkoja ei muuteta sairaanhoitajien viroiksi niin tuntu silloin vähän, että tuli silloin vähän tämmöstä lisää vastakkain asettelua että. Et kun tosi asiahan on kuitenkin se että oastolla pitäis olla vähintään se kolme tai neljä sairaanhoitajaa jos silloin näitten nykysten työskentelymallien mukasesti.
H: Mitä tarkoitat työskentelymalleilla?”

Uskottavuutta pyrittiin myös lisäämään riittävällä haastattelujen määrällä siten, että saaduilla tiedoilla saataisiin ns. kylläntyminen aikaiseksi. Aineiston kylläntymisestä puhutaan kun aineisto ei tuota tutkimusongelman kannalta enää mitään uutta tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87). Tässä tutkimuksessa tuo piste saavutettiin kuuden haastattelun jälkeen, mutta haastateltavien kohtuullisen määrän vuoksi päätettiin haastatella mahdollisimman moni tutkimukseen halukas osallistuja. Lisäksi haastatteluja tehtiin mahdollisimman monta (lähes kaikki tutkimusaikana irtisanoutuneet), jotta aikaisemmin mainitut ”värittyneet” ja vääristyneet mielipiteet sekä kokemukset voitaisiin aineistosta havaita, mikäli näitä olisi. Tutkimustulokset ovat kokonaisuudessaan ongelmappainotteiset mikä johtunee siitä, että haastateltavat olivat irtisanoutuneita.

Tutkijan oma mahdollista subjektiivisuutta (tutkimusorganisaatio tutkijan oma työpaikka) tutkija kävi läpi useassa kohti tutkimusprosessia. Tutkijan pysyminen aineistolle uskollisena on luotettavuuden kannalta ehdottoman tärkeää. Tutkija itse onkin mielestään pystynyt hyvin erottamaan subjektiivisuuden ja objektiivisuuden eron tutkimuksessa ja pystynyt pitäytymään vain aineiston mukaisessa todellisuudessa. Tutkimustulokset eivät ole tutkijan mielipiteitä ja hän ei ole samaa mieltä kaiken kirjoittamiensa tuloksien kanssa mutta tutkimuksen luotettavuuden kannalta on kaikki tulokset esitetty siten kuin haastateltavat ovat ne tuottaneet. Ainoastaan tutkimuksen otsikoinnin tutkija päätti vaihtaa alustavat tutkimustulokset saatuaan, jotta se ei jatkossa vaikuttaisi tutkimusorganisaatioon tai sen potentiaaliin työnhakijoihin.

Tutkimuksen tulokset ovat aineistolähtöistä materiaalia, jotka ovat haastattelujen avulla kerätty ja kuvaavat työntekijöiden kokemusmaailmaa. Lisäksi analysoitujen ja luokiteltujen haastattelujen rinnalle on kerätty teoreettista viitekehystä, joka sisältää myös aikaisempaa tutkimustulosta samasta aiheesta. Tuloksia analysoidessa aineistoa luettiin kriittisesti, tarkastellen sitä jatkuvasti luokittelua tehdessä. Tutkimustulosten vahvistettavuutta tarkastellessa tulee lukijan tai toisen tutkijan pystyä seuraamaan tutkijan päättelyä ja tutkimuksen kulkua. Laadullisessa tutkimuksessa ei tutkimusta usein voida toistaa täysin samanlaisena, haastateltavien yksilöllisten kokemusten vuoksi mutta tutkimuksen kulku, prosessi ja johtopäätösten teko tulisi käydä esille selkeänä. (Tuomi & Saramäki 2009).

Tulosten vahvistettavuutta on myös pyritty selventämään runsailla lainauksilla aineistosta tulosten raportoinnin yhteydessä, minkä toivotaan kuvaavan tutkijan päättelyä (Tuomi & Saramäki 2009). Haastattelujen luottamuksellisuuden säilymiseksi, on joistain haastatteluista jouduttu jättämään tekstikatkelmia pois kuitenkin asiasisältöä tuhoamatta. Teoreettisen viitekehysten liittyviä aikaisempia tutkimustuloksia on pyritty tiivistetyksi tuomaan esille liitteessä, lisäten johtopäätösten ymmärrettävyyttä.

Tutkimuksen vahvistettavuuteen tässä tutkimuksessa on pyritty tutkimustulosten huolellisella auki kirjoittamisella ja tutkimuksen kulun kuvaamisella (Tuomi & Saramäki 2009). Tutkimuksen aineiston sisällönanalyysin tutkija suoritti itse sen runsaan materiaalin ja aineiston luottamuksellisuuden vuoksi. Tutkija kuitenkin kävi sisällönanalyysin läpi useaan kertaan luokitellessaan aineistoa ja siten pyrkien varmistamaan luotettavan analyysin toteutumisen. Menetelmän uutuudesta johtuen ei kuitenkaan esimerkiksi test-retest – menetelmää aineiston luokittelussa käytetty. (Janhonen & Nikkonen (toim.) 2001).

Laadullisen tutkimuksen tekeminen oli tutkimuksen tekijälle ensimmäinen kosketus tutkimustyöhön, sairaanhoitaja opintojen määrällisen opinnäytetyön jälkeen. Tutkimusprosessin kulkua olen pyrkinyt kuvaamaan tutkimusmetodologia kappaleessa sekä kuvaamalla sisällönanalyysin tekemistä esimerkin avulla. Aineistolähtöisen laadullisen tutkimuksen ja sisällönanalyysin tekeminen oli itselleni uutta mutta ohjausta menetelmän käyttöön ja analyysin tekemiseen sain tutkimusta ohjaavalta opettajalta.

Tutkimuksen siirrettävyyttä arvioitaessa on pohdittava sitä, millä tavoin tutkimustuloksien siirrettävyys soveltuu alkuperäisestä tutkimusympäristöstä toiseen samankaltaiseen sovellusympäristöön (Janhonen & Latvala 2001; Tuomi & Sarajärvi 2009). Tässä työssä kerättiin tietoja sairaanhoitajan työstä psykiatrisessa sairaalassa sekä työn kehittämiseen liittyviä ajatuksia. Kaikki haastateltavat olivat irtisanoutuneet vakituisesta työpaikastaan ja tarkoituksena oli myös saada tietoa työhön ja psykiatrisen sairaanhoitajan työnkuvaan liittyvistä piirteistä, jotka johtivat irtisanoutumiseen. Sairaanhoitajan työstä psykiatrisessa sairaalassa oli vähän tutkittua kokemuksellista tietoa, hoitotyöstä ja työpaikkaan sitoutumisesta jonkin verran enemmän. Haastatellut sairaanhoitajat olivat, kaikki työskennelleet samassa organisaatiossa, joka vaikuttaa tutkimustuloksen siirrettävyyteen muihin psykiatrisiin organisaatioihin suoraan samanlaisena.

Tutkimustuloksista löytyi kuitenkin runsaasti samankaltaisia tuloksia kuin muissakin tutkimuksissa, joissa sitoutumista oli tutkittu. Näin ollen voidaan tutkimustuloksia ainakin sitoutumisen komponenttien osalta pitää varsin siirrettävänä. Psykiatrisen sairaanhoitajan työskentelyn ja työroolin voidaan katsoa olevan hyvin paljon organisaatiosta riippuvainen (Rask & Rahm Hallberg 2000). Psykiatrisen sairaanhoitajan työskentelyyn liittyvien tuloksien siirrettävyyttä, vaikka samankaltaisia tuloksia onkin, ei voida yksiselitteisesti pitää siirrettävänä muihin työorganisaatioihin.

Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisessä pohdinnassa tulee miettiä useita asioita, jotka liittyvät ”hyvän tutkimuksen” – ongelmatikkaan. Eettisyys tutkimustyössä sisältää aiheen valinnasta lähtevät pohdinnat, vieden eettisyyden myös tutkimuksen laadulliseen sisältöön. Hyvä tutkimus ei sisällä vain, eettistä pohdintaa ja asioiden tarkistusta etiikan näkökulmasta vaan, on eettisesti kestävä koko tutkimusprosessin ajan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125-133).

Tutkimusaiheen valinta on eettinen kysymys ja aiheen valinnan perusteita olenkin pyrkinyt jo tutkimuksen johdannossa tuomaan esille. Mielenterveysalan, erityisesti laitoshoidon henkilöstön työpaikkaan sitoutuminen, herätti oman kiinnostukseni, työpaikkani sairaanhoitajien vaihtuvuutta seurattessani. Keskustelut aiheesta työpaikkani henkilöstönasiantuntijan kanssa, vahvistivat kiinnostusta aiheesta. Myös organisaatiossa koettiin tarvetta aiheelle, jonka myötä aiheen valinta varmistui.

Tutkimukseen osallistuvien tiedot saatiin tutkimusluvalla tutkimusorganisaation johtavalta lääkäriltä. Tutkimukseen osallistuneiden yksityisyyden suoja ja vapaaehtoisuus varmistettiin koko prosessin ajan. Tutkija itse oli yhteydessä haastateltaviin, kertoi heille tutkimuksesta ja mahdollisuudesta osallistua tai kieltäytyä. Tutkija myös itse kirjoitti nauhoitetut haastattelut ja luokitteli ne. Osallistujat tiesivät tutkimuksen

tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä heidän yksityisyytensä suojattiin myös tutkimustuloksien lainauksissa.

Tutkimusprosessissa olen pyrkinyt noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Koko tutkimusprosessin ajan olen yrittänyt noudattaa huolellisuutta, muiden tutkijoiden kunnioittamista ja tarkkuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 128-133).

Tässä tutkimuksessa tulosten soveltaminen on aiheen ja koko tutkimusorganisaation kannalta lienee yksi eettisesti tärkeimpiä seikkoja. Kun tutkimustulokset alkoivat hahmottua, eettisten kysymyksien pohdinta tutkimusorganisaation kannalta alkoi tutkijan näkökulmasta. Toisaalta tutkijan täytyy pysyä vastuullisena tieteelle ja myös haastattelemilleen ihmisille, mutta tieteen tarkoitus ei ole myöskään vahingoittaa ketään tai mitään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 130). Miten siis tuoda esiin tutkimuksen tuoma totuus?

Eettisistä syistä tutkimuksen otsikointi vaihdettiin siten, että tutkimusorganisaation nimeä ei käytetä otsikoinnissa. Se kuitenkin aiheutti tutkijalle teoreettisen viitekehyksen muokkaamista koska tutkimusorganisaation kapea erikoisala olisi voitu teoreettisesti kuvata toisin. Tutkimusorganisaatio käy kuitenkin ilmi työssä, koska sen pois jättäminen kokonaan, olisi ollut tutkimukseen osallistuneiden kannalta eettisesti arveluttavaa. Tutkimukseen osallistuneet olivat lähteneet mukaan tutkimukseen, kertoakseen tutkimusorganisaatiossa työskentelystä ja sen pois jättäminen, olisi ollut väärin tutkimukseen osallistuneita kohtaan.

Tutkimustulokset ovat kuitenkin haastateltavien kokemusta kuvaavia asioita ja se on tutkimusorganisaation kehittämiseksi tarkoitettua, vaikka tulokset eivät olisikaan organisaatiota pelkästään miellyttäviä. Toisaalta voidaankin pohtia tulevatko kaikki tulokset organisaatiolle aivan yllätyksenä kun nykyisellään seurataan muun muassa työtyytyväisyyttä ja muita työoloja mittavia asioita. Organisaatiotasolla kuitenkin tuloksista

pitäisi olla hyötyä kehittämisen kannalta, jos ne halutaan ottaa vastaan siten, vaikka hankalia ja organisaatiotasolla epämiellyttäviäkin asioita joudutaan kenties läpi käymään.

8.3 Ehdotukset jatkotutkimusaiheiksi

Tämä tutkimus herätti tutkijassa kysymyksiä, jotka jäivät vielä avoimeksi. Työpaikkaan sitoutumiseen liittyen, teoreettisen ja tutkimuksellisen tiedon löytäminen sekä uuden laadullisen ja aiemman määrällisen tiedon yhdistäminen antoi runsaasti tietoa. Tutkijaa jäi kuitenkin kiinnostamaan kysymys: Miksi sairaanhoitajat ja mielisairaanhoitajat sitoutuvat työskentelemään psykiatrisessa sairaalassa? Millaista sitoutuminen on?

Myös psykiatrisen hoitotyön kulttuuri jäi tutkijaa kiinnostamaan. Hoitoyksiköllä ja sairaalalla huomattiin olevan vaikutusta niin hoitotyöntekijöiden rooleihin, työoloihin ja hoitokulttuureihin liittyen (Dickens ym. 2005; Eriksson-Piela 2003; Laakkonen 2004; Pekkarinen ym. 2004; Rask & Rahm Hallberg 2000). Vaikuttaako psykiatrisen alan hoitokulttuurin organisaatio? Onko eri erikoisaloilla työskentelevillä hoitotyöntekijöillä erilaiset mahdollisuudet toteuttaa hoitotyötä? Mikä on hoitokulttuurin osuus tässä?

Lähteet:

Abbott, G., White, F. & Charles, M. 2005. Linking values and organizational commitment. A correlational and experimental investigation in two organisations. *Journal of occupational and organizational psychology* 78, 531-551.

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. 3.uudistettu painos. Tampere:Gummerus.

Beecroft, P.C., Dorey, F. & Wenten, M. 2008. Turnover intention in new graduate nurses. A multivariate analysis. *Journal of advanced nursing* 62 (1), 41-52.

Daavitsainen, R. 2000. Perustason hoitotyöntekijän kvalifikaatiot oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkielma.

Dickens, G., Sugarman, P. & Rogers, G. 2005. Nurses perceptions of the working environment. a UK independent sector study. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 12, 297-302.

Doupi, P., Hyppönen, H., Hämäläinen, P., Kärki, J. & Meltti, T. 2006. Katoaako sosiaali- ja terveydenhuolto eUtopiaan? Julkaisussa L. Vuorenkoski & M. Konttinen & M. Sinkkonen (toim.) Signaaleja. Stakesin tulevaisuusraportti 2007. Stakesin työpapereita 2006 (30), 50-60. Viitattu 21.11.2009. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T30-2006-VERKKO.pdf>

Ellilä, H., Friis, L., Kilku, N., Komppa-Valkama, M., Kuosmanen, L. & Vuokila-Oikkonen, P. 2009. Puntarissa mielenterveystyön käytäntö, koulutus ja tutkimus Suomessa. *Sairaanhoitaja* 6-7, 24-27.

- Eriksson-Piela, S.** 2003. Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Työsuojelurahasto. Väitöskirja.
- Felfe, J., Schmook, R., Schyns, B. & Six, B.** 2008. Does the form of employment make a difference? Commitment of traditional, temporary and self-employed workers. *Journal of vocational behavior*. 72, 81-94.
- Gardulf, A., Söderström, I-L., Orton, M-L., Eriksson, L.E., Arnetz, B. & Nordström, G.** 2005. Why do nurses at a university hospital want to quit their jobs? *Journal of nursing management*. 13, 329-337.
- Haglund, K., von Knorring, L., & von Essen, L.** 2006. Psychiatric wards with locked doors. Advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants. *Journal of clinical nursing*. 15, 387-394.
- Hakola, P.** 2002. Psykiatrian kehitys Suomessa. Teoksessa U. Lepola & H. Koponen & E. Leinonen & M. Joukamaa & M. Isohanni & P. Hakola. 2002. *Psykiatria*. Helsinki: WSOY, 9-20.
- Hakola, P.** 2002. Oikeuspsykiatria. Teoksessa U. Lepola & H. Koponen & E. Leinonen & M. Joukamaa & M. Isohanni & P. Hakola. 2002. *Psykiatria*. Helsinki: WSOY, 294-308.
- Hamari, E.** 2007. Sitouttaminen johtamisessa. Tampereen yliopisto. Johtamistieteiden laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Harmoinen, M.** 2006. Sairaanhoidajien arvostus työyhteisössä. Suomen sairaanhoitajaliiton jäsenkysely 2004. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

- Hasselhorn, H-M., Müller, B., Tackenberg, P. & NEXT-study group.** 2005. Next scientific report. www.next-study.net viitattu 12.1.2010
- Havula, J.** 2010. Sydän kurkussa. Savon sanomat. 17.1.2010. Sunnuntai liite, työelämä,36.
- Helsilä, M.** 2002. Käytännön henkilöstötyö. Helsinki: Tammi.
- Heponiemi, T., Sinervo, T., Räisänen, K., Vänskä, J., Halila, H. & Elovainio, M.** 2008. Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys –laaja kohorttitutkimus. Hankkeen loppuraportti. Stakes raportteja 35/2008. Helsinki: Valopaino Oy.
- Hietikko, R.** 2002. Osastonhoitajan johtamistoiminta ja kehityskeskustelu. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Hildén, R.** 1999. Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Tampereen yliopisto. Ammattikasvatuksen tutkimuslaitos. Väitöskirja.
- Hildén, R.** 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere:Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H.** 1993. Teemahaastattelu. 6.painos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Huttunen, A. & Kvist, T & Partanen, P.** 2009. Sairaanhoitajien työmotivaatio ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Tutkiva hoitotyö 2 (7), 21-27.
- Isohanni, M.** 2002. Psykiatrinen työyhteisö. Teoksessa U. Lepola & H. Koponen & E. Leinonen & M. Joukamaa & M. Isohanni & P. Hakola. 2002. Psykiatria. Helsinki: WSOY,309-319.

- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.)** 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.
- Jeong, S.H., Lee, T., Kim, I.S., Lee, M.S., & Kim, M.J.** 2006. The effect of nurses use of the principles of learning organization on organizational commitment. *Journal of advanced nursing*. 58 (1), 53-62.
- Josephson, M., Fochsen, G., Lindberg, P. & Vingård, E.** 2005. Work related factors contributing to the decision to leave the workplace. Results for Swedish registered nurses and assistant nurses. Teoksessa Next scientific report. www.next-study.net viitattu 12.1.2010, 28-30.
- Joukamaa, M.** 2002. Sosiaalipsykiatria. Teoksessa U. Lepola & H. Koponen & E. Leinonen & M. Joukamaa & M. Isohanni & P. Hakola. 2002. *Psykiatria*. Helsinki: WSOY, 281-293.
- Juvonen, S.** 2001. Hoitotyön päätöksenteko. Päätöksenteon opetus ja sairaanhoitaja –ja terveydenhoitajaopiskelijoiden päätöksenteko. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Juuti, P.** 2003. Johtaminen ja organisaation alitajunta. Helsinki: Otava.
- Kaakinen, S.** 2009. Mielenterveys koulutus – taitajaksi vai tietäjäksi? Viitattu 15.10.2009. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8d1a1ced-6d71-4a76-b121-68d43c37a1c9>
- Kangasmäki, E.** 2008. Eettinen johtajuus tukee sairaanhoitajien työhyvinvointia ja jaksamista. Viitattu 15.10.2009. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2008/muut_artikkelit/eettinen_johtajuus_tukee_sairaan/

- Kanste, O.** 2008. Johtajuuden yhteys henkilöstön työhön sitoutumiseen ja haluun pysyä työssä. Tutkiva hoitotyö 3, 18-24.
- Kanste, O. & Timonen, O. & Ylitalo, K. & Kyngäs, H.** 2009. Hoitajajohtoinen toimintamalli pitkäaikaissairaiden palveluohjauksessa. Englantilaisen community matron – mallin kuvaus. Hallinnon tutkimus 2(28), 65-75.
- Karppinen, A.** 2008. Kun on pakko hoitaa pakolla. Teoksessa J. Holmberg & T. Hirschovits & P. Kylmänen & E. Agge (toim.). 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto, 283-299.
- Kauhanen, J.** 2001. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Helsinki: WSOY.
- Kinnunen, U-M., Antikainen, M., Lappalainen, S., Peltola, P., Poikolainen, P. & Miettinen, M.** 2009. Selvitys Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueen hoitohenkilökunnan eläköitymisestä ja työvoiman ennakoinnista 2009-2025. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja 70/2009. Kuopio 2009.
- Kinnunen, J. & Vuori, J.** 2005. Terveystieteiden johtamiskulttuurin holistinen malli. Teoksessa J. Vuori (toim.). Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimus terveydenhuollon työyhteisöissä. 2005. Helsinki: WSOY, 192-217.
- Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J. & Virtanen, M.** 2002. Johtaminen ja työpaikan sosiaaliset suhteet. Teoksessa Vahtera, J. & Kivimäki, M. & Virtanen, P (toim.). 2002. Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. 44-52.

- Krause, K. & Kiikkala, I.** 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Kuokkanen, L.** 2005. Sairaanhoidajan tehtävät ja osaaminen. Mitä viime vuosien suomalainen tutkimus kertoo? Tutkiva hoitotyö 4(3), 18-23.
- Kuoppamäki, R. & Sarajärvi, A.** 2006. Ammatillisten erikoistumisopintojen merkitys sairaanhoitajien urakehityksessä. Tutkiva hoitotyö 2 (4), 17-21.
- Kurtti-Sonninen, E.** 2003. Sosiaali- ja terveysalan professiot, kollegiaalisuus ja ammatillinen yhteistyö. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Lisensiaattityö.
- Könnilä, P.** 1999. Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutus muuttuvassa ympäristössä. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Väitöskirja.
- Laakkonen, A.** 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Väitöskirja.
- Lahtinen, S.** 2007. Osastonhoitajien osastoon/työyksikköön sitoutuminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Laine, M.** 2003. Nuoret sosiaali- ja terveysalalla valmiudet ja tulevaisuuden näkymät. Työ ja ihminen 3(17), 231-240.
- Laine, M.** 2005. Hoitajana huomennakin. Hoitajien työpaikkaan ja ammattiin sitoutuminen. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, työterveyshuolto, sarja C.

- Laine, M., Wicström, G., Pentti, J., Elovainio, M., Kaarela-Tuomaala, A., Lindström, K., Raitoharju, R. & Suomala, T.** Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla 2005. Viitattu 22.2.2010 http://www.ttl.fi/NR/rdonlyres/358C8DAC-116D-42A5-905B-DDB0E7CF10BA/0/Tyoolot_ja_hyvinvointi_sosiaali_ja_terveysalalla_2005.pdf
- Latvala, E.** 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.
- Lauri, S.** 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY.
- Lindström, K. & Leppänen, A.** 2002. Työyhteisön terveys ja hyvinvointi. Helsinki: Työterveyslaitos ja Vammalan kirjapaino.
- Linnainmaa, P.** 1999. Mielenterveystyön käytännön teoreettisesta perustasta. Teoksessa Linnainmaa, P. & Innamaa, M. & Honkala, L. (toim.) 1999. Mielenterveystyö ja opetus – matkalla kohti muutosta. Helsinki: Kirjayhtymä Oy. 28-53.
- Liukkonen, J., Jaakkola, T. & Kataja, J.** 2006. Taitolajina työ. Johtaminen ja sisäinen motivaatio. Helsinki: Edita.
- Loke, J.** 2001. Leadership behaviours effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. Journal of nursing management 9, 191-204.
- Lähdesmäki, K.** 2007. Esimiehistä valmentajia? Valtionhallinnon palkkausjärjestelmä johtamisen välineenä. Hallinnon tutkimus 1(26), 83-91.
- Mauno, S., Kinnunen, U. & Ruokolainen, M.** 2005. Perhemyönteinen organisaatiokulttuuri henkilöstön voimavarana.

Kyselytutkimus kolmessa organisaatiossa. Työ ja ihminen 1 (19), 107-128.

Metsämuuronen, J. 2000a. Maailma muuttuu. Miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Helsinki: Edita Oy.

Metsämuuronen, J. 2000b. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia –sarja 4. Viro: Jaabes Oü.

Meyer, J.P. & Allen, N.J. 1991. A three-component conceptualization of organizational commitment. Human Resource Management Review 1, 61-89.

Meyer, J.P., Stanley, D., Herscovitch, L. & Topolnytsky, L. 2002. Affective, continuance and normative commitment to the organization. A meta-analysis of antecedents, correlates and consequences. Journal of vocation behavior 61, 20-51.

Meyer, J.P., Srinivas, E.S., Jaydeep, B.L. & Topolnytsky, L. 2007. Employee commitment and support for an organizational change. Test of the three-component model in two cultures. Journal of occupational and organizational psychology. 80, 185-211.

Mielenterveyslaki (14.12.1990/1116) Viitattu 30.11.2009.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Miettinen, M. 2005. Terveysthuollon innovatiivisuuden esteitä, kannusteita ja mahdollisuuksia. Teoksessa J. Vuori (toim.). Terveys ja johtaminen. Terveysthallintotiede terveysthuollon työyhteisöissä. 2005. Helsinki: WSOY, 260-277.

Nelson & Burns. 1984. Teoksessa Suonsivu 2003. Kun mikään ei riitä. Hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden

yhteydet työyhteisötekijöihin. Tampereen yliopisto. Hallintotieteen laitos. Väitöskirja.293.

Niuvanniemen sairaala 2009. Niuvanniemen sairaalan internet –sivut, viitattu 21.11.2009. www.niuva.fi

Niuvanniemen sairaalan henkilöstötilinpäätös 2008. Viitattu 30.11.2009
http://www.niuva.fi/toiminta/tulosohjaus/Henkilostotilinpaaatos_2008.pdf

Niuvanniemen sairaalan talousarvioesitys 2009. Viitattu 30.11.2009.
http://www.niuva.fi/toiminta/tulosohjaus/TalouSarvioesitys_2009.pdf

Niuvanniemen sairaalan tulossopimus 2009. Viitattu 30.11.2009
http://www.niuva.fi/toiminta/tulosohjaus/TULOSSOPIMUS_2009.pdf

Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Nousiainen, I. 1998. Osastonhoitajien ja ylihoitajien käsityksiä sairaanhoitajan työn osaamisalueista. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveysala.

Otala, L. & Ahonen, G. 2003. Työhyvinvointi tuloksen tekijänä. Helsinki: WSOY.

Pehkonen, T. 2002. Kehityskeskustelu terveydenhuollon johtamisessa. Tutkimus työntekijöiden ja lähijohtajien kokemuksista ja käsityksistä. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja –talouden laitos. Pro gradu –tutkielma.

- Pekkarinen, L., Sinervo, T., Elovainio, M., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Laine, J.** 2004. Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes. Julkaisussa: Aiheita 11/2008, 1-58.
- Pelttari, P.** 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Perkiö-Mäkelä, M., Hirvonen, M., Elo, A., Ervasti, J., Huuhtanen, P., Kandolin, I., Kauppinen, K., Kauppinen, T., Ketola, R., Lindström, K., Manninen, P., Mikkola, J., Reijula, R., Salminen, S., Toivanen, M. & Viluksela, M.** 2006. Työ ja terveys Suomessa, 91-158. Viitattu 3.10.2009. http://www.ttl.fi/NR/rdonlyres/3E46BED3-63C0-4918-8BC0-20A872D8EECA/0/06_tyo_ja_terveys_3_luku.pdf
- Pietilä, N.** 2004. Kehityskeskustelu sairaanhoidajan työssä oppimisen tukijana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Piironen, M.** 2007. Terveystuonon työntekijöiden ja johtajien näkemyksiä palkitsemisjärjestelmästä ja sen oikeudenmukaisuudesta. Kuopion yliopisto. Terveysthallinnon ja –talouden laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Pirkola, S. & Sohlman, B. (toim.)** 2005. Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta. Vaajakoski: Gummerus ja Stakes.
- Punkanen, T.** 2003. Mielenterveystyö ammattina. Helsinki: Tammi.
- Pääkkönen, T.** 2003. Stressi ja työuupumus psykiatrisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

- Rask, M. & Levander, S.** 2002. Nurses satisfaction with nursing care and work in Swedish forensic psychiatric units. *Journal of mental health nursing.* 11 (5), 545-556.
- Rask, M. & Rahm Hallberg I.** 2000. Forensic psychiatric nursing care. Nurses apprehension of their responsibility and work content. A Swedish survey. *Journal of psychiatric and mental health nursing.* 7, 163-177.
- Rauramo, P.** 2008. Työhyvinvoinnin portaat. Viisi vaikuttavaa askelta. Helsinki: Edita.
- Rissanen, T., Toivanen, T. & Miettinen, S.** 2005. Mitä työajan seuranta tutkimus kertoo psykiatrisesta hoitotyöstä? *Tutkiva hoitotyö.* 3 (3),19-25.
- Räikkönen, T.** 2007. Työn tulevaisuus yhteiskunnallisessa muutoksessa. Kirjallisuuskatsaus. Helsinki: Työterveyslaitos ja Vammalan kirjapaino.
- Schnorr, M.** 2005. Mielenterveystyötä tekevien psykososiaalinen työympäristö. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Shader, K., Broome, M.E., Broome, C.D., West, M.E. & Nash, M.** 2001. Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *Journal of nursing administration.* 31 (4), 210-216.
- Sinkkonen, S. & Taskinen, H.** 2005. Johtamisosaamisen vaatimukset terveydenhuollossa. Teoksessa J. Vuori (toim.). *Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskus terveydenhuollon työyhteisöissä.* 2005. Helsinki: WSOY, 78-104.

- Soininen, P.** 2005. Lääkärijohtajien ja hoitotyön johtajien kumppanuus johtamisessa. Laadullinen tutkimus Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kahdella psykiatrian tulosalueella. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu – tutkielma.
- STM.** 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:5. Työnjakoa ja työrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio. Viitattu 19.11.2009. [http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3694.pdf&title=Selvitys tyonjaosta ja tyonrasituksesta mielenterveyspalveluissa fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3694.pdf&title=Selvitys+tyonjaosta+ja+tyonrasituksesta+mielenterveyspalveluissa+fi.pdf)
- STM.** 2005. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Helsinki: Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.
- STM.** 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli –2009 työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Viitattu 19.11.2009. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf
- STM.** 2009:18. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Helsinki: Yliopistopaino.
- Stordeur, S., D’Hoore, W. & the NEXT-study group.** 2007. Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of advanced nursing*. 57 (1), 45-58.

- Suonsivu, K.** 2003. Kun mikään ei riitä. Hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden yhteydet työyhteisötekijöihin. Tampereen yliopisto. Hallintotieteen laitos. Väitöskirja.
- Sydänmaanlakka, P.** 2001. Älykäs organisaatio. Tiedon, osaamisen ja suorituksen johtaminen. Helsinki: Gummerus.
- Syrjäpalo, K.** 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Sarja D. Väitöskirja.
- Takase, M., Yamashita, N. & Oba, K.** 2007. Nurses leaving intentions. Antecedents and mediating factors. *Journal of advanced nursing*. 62 (3), 295-306.
- Tenkanen, H.** 2010. Hoitotyön vaativuus korostuu oikeuspsykiatriassa. *Sairaanhoitaja*. 1 (83), 21-23.
- Tuomi, J. & Sarajärvi A.** 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuomiranta, M.** 2005. Lääkäreiden rooliristiriidat johtamisen ja johtajuuden haasteina. Teoksessa J. Vuori (toim.). *Terveys ja johtaminen. Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä*. 2005. Helsinki: WSOY, 105-116.
- Työ- ja elinkeinoministeriö.** 2009. Työolobarometri lokakuu 2008. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 2009 (33). Viitattu 18.11.2009.
http://www.tem.fi/files/23217/TEM_33_2009_tyo_ja_yrittajyys.pdf

- Työturvallisuuskeskus.** 2009. Kunta-alan työolo barometri 2008. Työ- ja elinkeinoministeriön työolobarometrin 2008 kuntatyöpaikkojen osatarkastelu. Viitattu 18.11.2009.
<http://www.tyoturva.fi/files/700/kuntabaro2008.pdf>
- Vahtio, E-L.** 2007. Pestaa paras. Rekrytinnin opas esimiehelle. Helsinki: Edita.
- Vahtera, J. & Kivimäki, M. & Virtanen, P (toim.).** 2002. Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Helsinki: Työterveyslaitos ja Vammalan kirjapaino.
- Vahtera, J., Kivimäki, M., Ala-Mursula, L. & Pentti, J.** 2002. Työn hallinta ja työaikojen hallinta. Teoksessa Vahtera, J. & Kivimäki, M. & Virtanen, P (toim.). 2002. Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. 29-35.
- Viitanen, E. & Lehto, J.** 2005. Lähijohtaminen ja -johtajuus: uusi johtamisympäristö kulttuuriperinteen muokkaajana. Teoksessa J. Vuori (toim.). Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen työyhteisöissä. 2005. Helsinki: WSOY, 117- 130.
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Virtanen, P., Elovainio, M. & Vahtera, J.** 2002. Koulutus väylänä ydintyövoimaan. Teoksessa Vahtera, J. & Kivimäki, M. & Virtanen, P (toim.). 2002. Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. 65.
- Vuori, J.** 2005. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ihmisten voimavarojen johtaminen: henkilöstökustannusten muuttaminen henkilöstöinvestoinneiksi. Teoksessa J. Vuori (toim.). Terveys

ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimus terveydenhuollon työyhteisöissä. 2005. Helsinki: WSOY, 360-388.

Vähäniemi, A. 2008. Mielenterveys- ja päihdepotilaan hyvä hoitoympäristö. Teoksessa J. Holmberg & T. Hirschovits & P. Kylmänen & E. Agge (toim.). 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto, 101-125.

Wahlbeck, K. 2007. Mielenterveyspalvelut. Teoksessa M Heikkilä & T. Lahti (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. 2007. Helsinki: Stakes, 87-101.

Watkins, P. 2001. Mental health nursing. The art of compassionate care. Great Britain: Biddles Ltd, Guildford and King's Lynn.

Wickström ym. 2000. Teoksesta: STM 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:5. Työnjakoa ja työrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio, 47. Viitattu 19.11.2009.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3694.pdf&title=Selvitys_tyonjaosta_ja_tyonrasituksesta_mielenterveyspalveluissa_fi.pdf

Hei,

Liite 1

Olen Mireille Tarkiainen ja opiskelen Savonia ammattikorkeakoulussa terveysalan johtamista ja kehittämistä. Ylemmän korkeakoulututkinnon suorittamiseen kuuluu olennaisena osana tutkimuksen tekeminen, jonka merkeissä lähestyn Sinua.

Tutkimukseni aihe käsittelee sairaanhoitajan työtä Niuvanniemen sairaalassa. Haastateltavikseni olen pyytänyt Niuvanniemen sairaalassa työnsä jättäneitä sairaanhoitajia. Haastattelu on ns. avoin ja aion kysyä Sinulta kaksi kysymystä:

”Millaista oli työskentely sairaanhoitajana Niuvanniemen sairaalassa?” ja ”Miten kehittäisit sairaanhoitajana työskentelyä Niuvanniemen sairaalassa?” Pyytäisinkin, että miettisit jo etukäteen asioita, joita kysymykset kenties itsessäsi herättävät.

Kaikki haastattelun aikana käyty keskustelut ja asiat ovat luottamuksellisia sekä lopullisessa työssä eivät yksittäisen haastateltavan vastaukset käy ilmi.

Mikäli sinulla on jotain kysyttävää vastaan mielelläni.

Terveisin:

Mireille Tarkiainen
Osoite (poistettu)
Puh (poistettu)
sähköposti osoite (poistettu)

Tutkija/t, työn nimi, paikka, vuosi, työ	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimus menetelmä, osallistujamäärä tutkimukseen	Keskeiset tutkimustulokset
Saara Lahtinen: Osastonhoitajien osastoon/työyksikköön sitoutuminen. Tampere 2007, gradu	Tarkasteltu osastonhoitajien sitoutumista osastoon/työyksikköön kolmen eri sitoutumisen ulottuvuuden perusteella (affektiivisen, jatkuvuuden ja normatiivisen). Lisäksi tarkasteltiin työolotekijöiden ja taustatekijöiden vaikutusta sitoutumiseen.	Kyselylomake n 195 (69 %)	Osastonhoitajien osastoon/työyksikköön sitoutuminen oli vahvaa. Tunneperäinen sitoutuminen korostui, velvollisuussituneisuus kohtalaista ja heikointa jatkuvuussitoutuneisuus. Iän ja koulutuksen merkitys näkyi sitoutumisessa siten, että vanhat, vähän koulutetut ja pitkän kokemuksen omaavat sitoutuivat paremmin kuin nuoret, paremmin koulutetut. Sitoutuminen vähäisintä psykiatrian osastonhoitajilla, eniten kirurgialla. Psykiatrialla tulisi kiinnittää huomiota osastonhoitajien työlle asettamiin tavoitteisiin ja työuraan liittyviin odotuksiin.
Saija Mauno, Ulla Kinnunen, Mervi Ruokolainen: Perhemyönteinen organisaatiokulttuuri henkilöstön voimavarana: kyselytutkimus kolmessa organisaatiossa. 2005.	Tutkimuksessa selvitetty suoria ja epäsuoria yhteyksiä perhemyönteisen organisaatiokulttuurin, työperheristiriidan ja koetun työhyvinvoinnin välillä. Perhemyönteinen organisaatiokulttuuri = johtamis-, työaika-, -urakehityskulttuuri ja Työperheristiriidat ja työhyvinvointia mitattu psykosomaattisilla oireilla ja organisaatioon sitoutumisella.	Kyselylomake Terveydenhuollon organisaatio n 736 it-tele-konserni n 296 kartonkitehdas n 221	Organisaatiokulttuuri perhekielteisempää tehtaissa verrattuna it- ja terveydenhuoltoalaan. Työ ja -perheristiriidat kuitenkin korostuvat terveydenhuoltoalan työpaikoissa. Perhemyönteinen organisaatiokulttuuri lisäsi organisaatioon sitoutumista ja vähensi psykosomaattista oireilua. Perhemyönteisellä johtamis- ja työaikakulttuurilla voidaan lisätä sitoutumista terveydenhuoltoalalla, mikäli työntekijöillä työ ja -perheristiriidat. Eroja alakohtaisesti tutkimuksessa, johtuen todennäköisesti mm. työaikamalleista.
J. Chiok Foong Loke. Leadership behaviours: effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. Singapore 2001.	Tarkasteltu johtamiskäytäntöjen vaikutusta sairaanhoitajien sitoutumiseen, tehokkuuteen ja tuottavuuteen.	Kyselylomake N 20 (100%) johtajaa suuresta Singaporelaisesta sairaalasta ja n 97 sairaanhoitajaa.	Johtamiskäytännöllillä on merkitystä organisaatioon sitoutumisen kannalta. Johtamiskäytäntöjen vaikutuksista 29% johtaa työtyytyväisyyteen ja 21% sitoutumiseen sekä 8% tuottavuuteen. Jaettu visio, rohkeus ja vastuun jakaminen/antaminen ovat tärkeitä työtyytyväisyyden ja sitoutumisen kannalta.
P. Beecroft, F. Dorey, M. Wenten. Turnover intention in new graduate nurses: a multivariate analysis. 2008. USA.	Tutkimuksen tarkoitus oli löytää yhteyksiä uusien sairaanhoitajien irtisanoutumisajatuksien ja todellisen irtisanoutumisen välille. Tarkasteltu yksilöllisiä tekijöitä, työympäristön muuttujia ja organisaation piirteitä.	Kyselylomake n 889 lasten sairaanhoitajaa,	Valmistuneet sairaanhoitajat jäivät organisaatioon töihin mikäli olivat työhönsä tyytyväisiä ja saivat siitä riittävästi palkkaa sekä kokivat sitoutuneensa organisaatioon. Vanhempien vastaajien sitoutumista vähensi mikäli heitä ei kuunneltu työsiioitusta (osastoa) heille annettaessa. Myös ikä (nuori), korkea koulutus, sosiaalinen tuki ja ammatillinen status vaikuttivat työhön sitoutumiseen.

<p>Stordeur S., D'Hoore W. & the NEXT-Study Group. Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. 2007.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata rakenteellisia ja johtamisen piirteitä sairaaloissa joissa oli suuri ja pieni henkilökunta vaihtuvuus. Tarkoitus oli myös kuvata vetovoimaisen sairaalan piirteitä..</p>	<p>Kyselylomake. N 401 sairaanhoitajaa vetovoimaisessa sairaalassa ja n 774 sairaanhoitajaa tavanomaisessa sairaalassa</p>	<p>Rakenteelliset erot sairaaloissa eivät olleet erilaiset mutta työntekijöiden mielipiteet organisaatiota kohtaan erosivat suuresti. Vetovoimaiset sairaalat edustivat hyvinvoivan työpaikan piirteitä. Ne olivat vähemmän hierarkkisia ja niissä henkilökunta koki enemmän luottamusta toisiinsa. Vetovoimaisissa sairaaloissa oli enemmän hyvin voivan työpaikan piirteitä. Vetovoimaisissa sairaaloissa oli selkeästi erottuvat piirteet, joissa näkyivät yritys luoda työpaikasta hyvinvoiva, lisätä työntekijöille hyvin suunniteltuja ja tarkoituksellisia työtehtäviä sekä mahdollistaa oikeudenmukaiseen koulutukseen pääsemisen ja kehittymismahdollisuudet. Sairaalassa oli löydetty tasapaino vaatimusten ja odotusten välillä, joka lisäsi työssä jaksamista.</p>
<p>M.Laine. Nuoret sosiaali- ja terveysalalla: valmiudet ja tulevaisuuden näkymät. 2003.</p>	<p>Kysely tulevaisuuden valmiuksistaan, näkemyksistään ja tulevaisuudestaan sosiaali- ja terveydenhuollon alalla. (Alle 30-vuotiailta.)</p>	<p>Kyselylomake (v.1999) n 230</p>	<p>Vastaajia yhdeksällä eri alalla (myös mielenterveysalalla).Määräaikaisten osuus suuri ja työttömyyden pelko leimasi nuorten tulevaisuutta vaikka vakituinen työpaikka olisi ollutkin. Nuoret ottaisivat mieluiten haasteellisempia tehtäviä vastaan ja uskovat etenemismahdollisuuksiinsa. Kuitenkin joka viides haluisi vaihtaa työpaikka ja joka kymmenes alaa. Sitoutuminen vähäisempää kuin vanhemmilla työntekijöillä.</p>

<p>T. Heponiemi; T.Sinervo; K. Räisänen; J. Vänskä; H. Halila; M. Elovainio. Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys – laaja kohorttitutkimus. Hankkeen loppuraportti. Stakes raportteja 35/2008.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lääkäreiden ja sairaanhoitajien työn psykososiaalisten riskitekijöiden, kuten työn kuormituksen, työn vaikutusmahdollisuuksien ja johtamisen oikeudenmukaisuuden vaikutuksia heidän hyvinvointiinsa. Lisäksi pyrittiin löytämään riskiryhmiä sekä psykososiaalisia tekijöitä, jotka vähentäisivät riskitekijöiden vaikutusta.</p>	<p>Kyselylomake v.2006-2007 n=2841 lääkäriä n=2152 sairaanhoitajaa</p>	<p>Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön hyvinvointiin on panostettava voimakkaasti. Vaikutusmahdollisuudet ja organisaation oikeudenmukaisuus voivat vaikuttaa stressin ja terveysongelmien negatiivisia vaikutuksia. Lääkäreiden itsemurha-ajatusten yleisyys oli tutkimusten mukaan hälyttävällä tasolla, kuolleisuusriski oli kaksinkertainen ja itsemurhariski 3,9-kertainen muuhun väestöön verrattuna. Työstä lähtöajatuksia lisäsivät yli 40 tuntia kk:ssa päivystäminen sekä heikot elämän tavat. Ammatista lähtemisen ajatuksia lisäsivät stressi ja univaikeudet. Sairaanhoitajilla erityisesti vanhustenhuoltoalalla nousi esille tyytymättömyys, psyykinen rasittuneisuus, halukkuus jäädä eläkkeelle, väkivaltilanteet jne. Hoitajista neljäs osa siirtyisi eläkkeelle jos voisi, kolmas osa jatkaisi töissä ja 37 % jatkaisi osa-aika töissä vaikka työhön oltiin yleisesti tyytyväisiä.</p>
<p>E.Hamari. Sitouttaminen johtamisessa. Tampere 2007. Gradu.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millä tavoin johto voi sitouttaa henkilöstönsä organisaatioon. Tutkimuksen toteutus oli teoreettinen lähestymistavoiltaan ja siinä pyrittiin kartoittamaan sitoutumista ja sitouttamisen keinoja muokkaavaa teoreettista taustaa sekä etsimään sitouttamisen keinoja ja niihin vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksen näkökulmana oli henkilöstön näkökulma.</p>	<p>Teoreettinen, selittävä , intentionaalinen ja eksploraatiivinen tutkimus.</p>	<p>Sitouttamista on mahdollista luoda erilaisilla taloudellisilla sekä sosiaalisen ja henkisen sitouttamisen keinoilla johdon taholta. Työntekijän arviot keinoista ratkaisevat paljon sitoutuvatko työntekijät organisaatioon. Pelkkä palkitseminen ei riitä vaan, korkeampaan sitoutumiseen tarvitaan useita keinoja, joilla johto pyrkii sitouttamaan henkilöstön organisaatioon. Keinojen lisäksi sitoutumisen komponenttien arviointia on syytä miettiä sekä sitä, mitä sitoutuminen aiheuttaa henkilöstölle.</p>
<p>G.Abbott;F. White & Charles M. Linking values and organizational commitment: A correlational and experimental investigation in two organizations. Australia 2005.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää arvojen merkitystä organisaatioon sitoutumiseen. Tarkasteltavana oli erityisesti affektiivinen, normatiivinen ja jatkuvuuteen perustuva sitoutuminen, jota arvojen perusteella syntyi. Sekä selvittää haastattelun perusteella sitoutumista ja lähtöajatuksia organisaatiosta sekä niiden yhteyttä organisaation arvoihin.</p>	<p>Kyselylomake ja Haastattelututkimus n= 144 julkinen virasto (n=81) n= 133 hyvinvointipalveluita tarjoava organisaatio (n=86)</p>	<p>Visionääriset ja inhimilliset arvot tuottavat organisaatioissa toimiville henkilöille mahdollisuuden sitoa omat arvonsa näiden pohjalta ja siten ne tuottavat molemmissa organisaatioissa affektiivista ja normatiivista sitoutumista organisaatioon. Organisaatioon sitoutumista edesauttaa myös palvelusvuodet. Sitoutuminen voi näkyä jatkuvuussitoutumisen muotona. Affektiivisella sitoutumisella yksilö jää todennäköisimmin parhaiten organisaation palvelukseen, eikä vaihda työpaikkaa arvojen perusteella. Normatiivisella ja jatkuvuussitoutumisella ei tällaista sitoutumista työpaikkaan synny.</p>

<p>Gardulf A.; Söderström I-L. ; Orton M-L.; Eriksson L.; Arnetz B.; Nordstöm G. Why do nurses at a university hospital want to quit their jobs? Ruotsi 2005.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miksi yliopistollisessa sairaalassa työskentelevät sairaanhoitajat jättävät työpaikkansa ja etsiä syitä sille.</p>	<p>Kyselylomake. n=833</p>	<p>54 % vastaajista oli ajatellut jättää työnsä ja 35 % oli jo tehnyt jotain sen eteen, että jättää työpaikkansa. Pääsyy lähtemiseen oli tyytymättömyys palkkaan (65 % vastaajista), psykologisesti vaativa ja stressaava työ (32 %), toive kokeilla ”jotain uutta” (28 %) sekä rajatut mahdollisuudet tehdä uraa (19%). Sairaanhoitajilla jotka aikoivat jättää työnsä kokivat työnsä määrällisesti liiallisena, heillä oli enemmän työhön liittyvää uupumusta sekä he kokivat hoidon olevan heikompi laatuista. He olivat vähemmän tyytyväisiä esimiesten antamasta tuesta sekä tiesivät harvemmin palkkansa koostumisen perusteet ja miten vaikuttaa siihen.</p>
<p>Rask M & Rahm Hallberg I. : Forensic psychiatric nursing care – nurses apprehension of their responsibility and work content: a Swedish survey. Ruotsi 2000.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää Ruotsissa työskentelevien sairaanhoitajien ja mielisairaanhoitajien ajatuksia heidän työnsä vastuusta, työnsä sisällöstä ja tehtävistä, joita oikeuspsykiatrisessa sairaalassa työskentelevillä hoitajilla oli. Tarkastelua tehtiin myös sukupuolen, koulutuksen ja työyksikön jaottelun perusteella.</p>	<p>Kyselylomake. n= 242</p>	<p>Tutkimus suoritettu viidessä sairaalassa. Vastaajista 21,6 % sairaanhoitajia, 70,5 % mielisairaanhoitajia, loput muita ammatin edustajia. Yleisimmät vastuut ja työtehtävät sijoituivat molemmilla ammattiryhmillä potilaiden päivittäisten aktiviteettien tukemiseen/tekemiseen osastolla ja arviointiin, tiedonantamiseen ja opastamiseen sekä lääkehoitoon liittyen. Tehtävinä oli käytännön työskentely osastolla, normaali vuorovaikutuksellinen keskustelu potilaiden kanssa, aktiviteettien suunnittelu potilaiden kanssa sekä potilaiden sosiaalisten vahvuuksien harjoittaminen. Perhetyöhön liittyvät asiat painottuivat vähiten vastauksissa. Eroja sairaanhoitajien ja mielisairaanhoitajien tehtäviin löytyi jonkin verran, sairaanhoitajat toimivat enemmän informoinnin, koulutuksen ja lääkehoidon osaluilla, arvioivat pakkotoimia potilailla ja toimivat enemmän ryhmien pitämässä niin potilaiden kuin omaisten kanssa. Eri sairaaloissa korostuivat eri toiminnot sairaanhoitajien välillä, sukupuolella ei taas ollut merkitystä. Selkeää yksittäistä teoreettista perustaa oikeuspsykiatriselle hoitotyölle ei voitu osoittaa, eri yksiköissä korostuivat eri aspektit. Terapeuttinen ympäristö oli useimmiten vastaajien mielestä ohjaamassa hoitoa ja hoitotyötä.</p>

<p>Rask M. & Levander S. : Nurses satisfaction with nursing care and work in Swedish forensic psychiatric units. Ruotsi 2002.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksen oli selvittää sairaanhoitajien tyytyväisyyttä ruotsalaisissa oikeuspsykiatrisissa hoitoyksiköissä. Tyytyväisyyttä tarkasteltiin ja verrattiin myös työntekijöiden saamaan työohjaukseen sekä yhteistyöhön potilaiden omaisten kanssa.</p>	<p>Kyselylomake. n=242</p>	<p>Sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä vaikutus mahdollisuuksiinsa ammatissaan, työrooliinsa ja informaation saamiseen. Ero mielisairaanhoitajien kokemukseen oli merkityksellinen. Molemmat ryhmät olivat tyytyväisiä yhteistyöhön. Tyytyväisyyttä vähensivät omaisten vaikutus potilaiden hoitoon sekä potilaisiin liittyvät tekijät. Myös altistuminen väkivallalle sekä kokemus tuen puutteesta työhön vähensi tyytyväisyyttä. Eroa sukupuolen välillä ei ollut. Myöskään sairaanhoitajan iällä tai työajalla ei ollut merkitystä tyytyväisyyden kanssa. Eri tutkittavien yksiköiden välillä eroja tyytyväisyydessä oli. Työohjausta sai vastanneista suurin osa 4/5 osaa, vaihdellen viikoittaisesta kerran kuukaudessa tapahtuvaan ohjaukseen. Ohjaus tarpeet vaihtelivat, yleisin tarve oli potilastyöhön liittyvä ohjaus. Tyytyväisyydellä ja työohjauksen fokuksella oli heikko merkityksellinen korrelaatio tyytyväisyyteen. Tyytyväisyys oli lähes yhtä hyvää kuin Ruotsissa yleispsykiatrian puolella.</p>
<p>Dickens G., Sugarman P. & Rogers G.: nurses' perceptions of the working environment: a UK independent sector study. Englanti 2005.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja mitata hoitajien työympäristöä heidän kuvaamaan Englannissa psykiatrian itsenäisellä sektorilla sairaalaoloissa. Samalla vertailtiin viiden eri yksikön työntekijöiden kuvauksia työympäristöstään noissa tutkituissa sairaaloissa. Tutkimuksen tarkoitus oli myös verrata tuloksia aiempiin tutkimustuloksiin, joita aiheesta tehty Englannissa. Tutkitut yksiköt olivat: suljettu nuorten osasto, aikuisten aivovamma kuntoutus, aikuisten ja nuortenkehitysvammaosasto, aikuisten oikeuspsykiatria ja oikeuspsykiatrian osasto iäkkäille potilaille</p>	<p>Kyselytutkimus. n=161</p>	<p>Tutkimus osoitti, että edelliseen tutkimukseen verrattuna (v.1994) on useilla osa-alueilla tapahtunut kehitystä ja työntekijät kokevat työympäristönsä paremmaksi. Merkityksellinen ero oli fyysisen hyvinvoinnin kokemisessa kehitysvamma yksiköissä, jossa se oli selkeästi muita matalampi. Korkeaa johtamista säännöllillä ja ohjeilla koettiin yleisesti kaikissa yksiköissä. Matalia tai erittäin matalia arvoja ei tullut selkeästi millekään osa-alueelle. Edelliseen tutkimukseen verrattuna siis mm. Työhön sitoutuminen on kasvanut, työntekijöiden tuki toinen toisilleen lisääntynyt, toisaalta taas autonomisuus on vähentynyt, työpaineet lisääntyneet ja motivaatio pysynyt ennallaan. Oikeuspsykiatrian alan kuva hyvin samanlainen, kuitenkin keskivertoisesti lähes kautta linjan matalampia mittaus arvoja kuin muilla aloilla. Paitsi korkeammat arvot kontrolloinnin osalta.</p>

<p>Syrjäpalo K. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Oulu 2006. Väitöskirja.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata psykiatrisen hoidon taustalla olevat arvot ja arvostukset henkilökunnan ja potilaan näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata myös psykiatrisen hoidon nykytilaa ja potilaan oikeuksien toteutumista sairaalahoidon aikana.</p>	<p>Kyselylomake, jossa määrällistä ja laadullista mittaavia kysymysosioita. Hoitohenkilökunta n=125 potilaat n=47</p>	<p>Henkilökunnalle tärkeimmiksi motivaatiotyypeiksi muodostui arvojen pohjalta hedonismi, universalismi ja turvallisuus. 33 Seuraavaksi sijoittuivat itseohjautuvuus, yhdenmukaisuus ja hyväntahtoisuus. Vähiten tärkeitä arvoja olivat suoriutumisen, valta, perinteet ja vaihtelunhalu. Valta oli enemmän miesten ominaisuus kun taas universalismi naisten ominaisuus. Muita tilastollisesti merkittäviä eroja koulutuksen, osastojen tms. välillä ei ollut. Arvojen avoimissa vastauksissa henkilökunta toi esille kriittistä pohdintaa potilaiden kohteluun liittyvistä asioista sekä työyhteisön, päätöksenteon ja yhteistoiminnan ongelmiin liittyen. Hoitohenkilökunta arvioi psykiatrisen hoidon tilaa lähes kautta linjan hyväksi, heikoimman arvioinnin sai tilat ja ulkoinen ympäristö sekä ryhmäterapioihin, yksityisyyteen ja hengellisyyden huomioimiseen liittyvät asiat. Työtä pidettiin tyydyttävänä vaikkakin stressaavana. Potilaat arvioivat psykiatrisen hoidon tilaa melko hyväksi. Parhaiten toteutui turvallinen hoitoympäristö, inhimillinen kohtelu, henkilökunnan eettinen käyttäytyminen ja kohtelu sekä ihmisarvon kunnioittaminen. Potilaiden avoimissa kysymyksissä korostui kokonaisvaltaisen hoidon arvostus ja kritiikki epäeettistä hoitoa kohtaan. Kokonaisuutena henkilökunnan ja potilaiden arvot olivat hyvin saman kaltaiset, potilaat ilmaisivat arvonsa vain konkreettisemmin.</p>
<p>Latvala E. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Oulu 1998. Väitöskirja.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata psykiatrisen hoitotyön toteutumista laitoshoidossa ja tuottaa käsitejärjestelmä, joka kuvaa potilaslähtöistä psykiatrista hoitoa.</p>	<p>Havainnoimalla kerätty aineisto (psykiatrista hoitotyötä laitospäristössä n =10). Haastateltu: hoitajia n=29, hoitotyön opiskelijoita n =7 ja potilaita n =16.</p>	<p>Psykiatrisen hoitotyön ydinkategoriaksi muodostui potilaan selviytyminen jokapäiväisestä elämästä. Psykiatrisen hoitotyössä oli tunnistettavissa kolme tyyppiä: varmistava, kasvattava ja yhteistoiminnallinen hoitotyö. Hoitotyö toteutuessa kasvattavan (hoidossa potilas vastuullinen vastaanottaja), varmistavan (hoidossa potilas passiivinen vastaanottaja) ja yhteistoiminnallisen (hoidossa potilas vastuullinen osallistuja) tyyppin mukaisesti vaihtelivat hoidon tarpeen ja tavoitteen määrittely, auttamismenetykset sekä potilaan osallistuminen hoitoon tyyppin mukaan. Potilaslähtöinen hoito toteutui yhteistoiminnallisessa hoitotyössä, jota hoitajien ja potilaiden kuvaamissa lausumissa oli 13 %:ssa. Varmistavaa hoitotyötä edusti 50 % lausumista ja kasvattavaa hoitotyötä 37 % lausumista. Potilaat ja hoitajat kuvasivat psykiatrista hoitotyötä hyvin samalla tavalla: useimmiten potilas on passiivinen hoidon vastaanottaja ja hoitaja nojautuu toiminnassaan auktoriteettiin, joka on usein lääkäri. Tutkimuksen perusteella luotiin psykiatrisen hoitotyötä kuvaava malli laitoshoidon, jonka tarkoitus on tukea potilasta selviytymään hoidon jälkeen elämästä.</p>

Sairaanhoitajan toimenkuva

Sairaanhoitaja toimii johtavan ylihoitajan / ylihoitajan / osastonhoitajan / apulaisosastonhoitajan alaisena ja noucattaa mm. mielenterveyslakia, lakia potilaan asemasta ja oikeuksista, lakia terveydenhuollon ammattihenkilöistä, virkamieslakia, johtosääntöä ja muita toimintaa ohjaavia säädöksiä, sopimuksia ja ohjeita. Toimenkuva arvioidaan ja päivitetään vuosittain marraskuussa.

1. Osaston toiminnan ja hoitotyön johtaminen

- Toimii osastonhoitajan määräämänä osastosta vastaavana hoitajana osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa ollessa noudattaen silloin heidän toimenkuvaansa, silloin kun se on vastuutettu hänelle punaisella viivalla.
- Toimii vuorollaan päivystävänä sairaanhoitajana johtavan ylihoitajan erillisen ohjeen mukaan.

2. Osaston hoitotyön toteuttaminen ja kehittäminen

Hoitotyö:

- Vastaa osaltaan osaston potilas- ja työturvallisuudesta.
- Kirjaa potilaista ja mielentilatutkittavista oleelliset asiat ja vastaa osaltaan sairauskertomuksen tekemisestä STM:n asetuksen 99/2001 mukaisesti.
- Huolehtii osaltaan tiedottamisesta.
- Toimii osastosta vastaavan hoitajan määräämänä eristyspotilaan vastuuhoitajana ja lepoasteisiin asetetun potilaan välittömänä hoitajana ja valvojana.
- Osallistuu potilaan kokonaisvaltaisen hoidon suunnitteluun, toteuttamiseen, arviointiin ja tiedottamiseen suunnitelmien, sopimusten ja ohjeiden mukaisesti.
- Hoitosuhdetyöskentely: ennalta sovitut omahoitaja-ajat, potilaan asioiden hoitaminen + valmistelu kierrolle, yhteydenotto sairaalan ulkopuolelle, hoitosuunnitelman tekeminen ja noudattaminen.
- Toimii osaltaan hoitotyön asiantuntijana moniammatillisessa työryhmässä huolehtimalla potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamisesta.
- Avustaa lääkäreitä lääkärinkäytännön, tutkimuksissa ja hoitotoimenpiteissä sekä valvoo potilaita tutkimusten aikana ja huolehtii potilaan somaattisen hoidon tarpeen toteuttamisesta lääkäreiden ohjeiden mukaisesti.
- Potilaaseen kohdistuvan lääketieteellisen hoidon ja tutkimuksen osalta noudattaa välillisesti hoitotyön esimiehellä tai suoraan lääkäreiltä saatuja potilaan hoitoon ja tutkimukseen liittyviä lääkärin ohjeita ja määräyksiä.
- Ohjaa ja osallistuu perushoidon toteuttamiseen huolehtien potilaan apuna potilaan siisteydestä, ravinnosta, ukoilusta hampaiden pesusta yms. ja ohjaa potilaita suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista huomioiden ottaen hoitosuunnitelma, sopimukset ja muut ohjeet.

Postiosoite
70240 KUOPIO

Puhelin
vaihe (017) 203 111

Faksi
(017) 203 494 Johtavan lääkärin kanslia
(017) 203 243 Hoitotyötoimisto
(017) 203 495 Talous-toimisto

Sähköposti
etuaimi.sukunimi@niuva.fi

OV/mi

7.3.2007

Dnro

- Osallistuu kehittämishankkeiden suunnitteluun toteuttamiseen ja arviointiin, esim. laadunhallintaohjelmaan liittyviin.
- Vas:aa osaston tutkimus- ja hoitovälineistä.
- Ohjaa ja tekee GAF-arviointaja, sekä tekee väkivaltariskin arviointaja.

Yhteishoito:

- Osallistuu yhteishoidon suunnitteluun, toteuttamiseen, arviointiin ja kehittämiseen.

Lääkehoito

- Osallistuu lääkehoidon toteuttamiseen Niuvanniemen sairaalan lääkehoidon suunnitelman mukaisesti.

Koulutus ja ohjaus:

- Perehdyttää uusia työntekijöitä.
- Ohjaa opiskelijoita ja ottaa vastaan näyttötutkintoja.

3. Ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan**4. Suorittaa muut johtavan ylihoitajan/ylihoitajan / osastonhoitajan/apulaisosastonhoitajan määräämät ja delegoimat tehtävät**


Osmo Vuorio
johtava ylihoitaja