

# Psykogeriatriinen osasto muutoksessa

-miten selvitä muutoksesta hoitajana ja esimiehenä



Eronen, Päivi

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Hyvinkää

PSYKOGERIATRINEN OSASTO MUUTOKSESSA  
- miten selvitä muutoksesta hoitajana ja esimiehenä

Päivi Eronen  
Terveiden  
Edistämisen  
Koulutusohjelma  
Ennaltaehkäisevän  
hyvinvointityön  
johtaminen  
ja kehittäminen  
SYB108SJ  
YAMK 2010

Laurea ammattikorkeakoulu

Tiivistelmä

Laurea Hyvinkää

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Terveystiedon edistämisen koulutusohjelma - ennalta ehkäisevän hyvinvointityön johtaminen ja kehittäminen (90 op)

Eronen Päivi

Psykiatrian osasto muutoksessa - miten selvittää muutoksesta hoitajana ja esimiehenä

Vuosi 2010

Sivumäärä 66

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia psykiatrian osaston hoitofilosofian muutoksen vaikutusta hoitajien työnkuvaan, työnvaativuuteen ja työn kuormittavuuteen sekä, millaisia odotuksia muutos asettaa esimiestyölle. Opinnäytetyön tutkimuksen kohderyhmänä olivat psykiatrian osaston henkilökunta, 13 apu-, perus-, lähi- ja sairaanhoitajaa sekä yksi esimies. Hoitajat vastasivat avoimella kysymyslomakkeella toteutettuun kyselyyn, jossa oli kolme strukturoitua ja neljä avointa kysymystä. Esimiehen ajatuksia muutoksesta, hänen roolistaan muutoksen läpiviejänä työyhteisössä ja muutoksen vaikutusta hänen työhönsä esimiehenä selvitettiin haastattelun avulla, joka nauhoitettiin ja litteroitiin. Opinnäytetyö oli laadullinen. Aineisto luokiteltiin sisällön analyysiä käyttäen niin, että aineisto teemoiteltiin kysymyksissä olleita apusanoja käyttäen ja yhtäläisyyksiä etsien. Opinnäytetyön luotettavuutta lisäävät aineistosta nostettujen alkuperäisilmausten käyttö tutkimustuloksissa.

Opinnäytetyön tulosten mukaan osaston hoitofilosofian muuttuminen vaikuttaa monella eri osa-alueella hoitajien työnkuvaan ja työyhteisöön. Osaston hoitofilosofian muuttuminen koettiin haastavaksi. Haasteina olivat uuden oppiminen, työn kuvan muuttuminen fyysisestä työstä enemmän ajattelua vaativaan työhön, haasteelliset asiakkaat ja omaiset. Työn vaatimukset lisääntyivät, ja psykiatrisiin painottuva lisäkoulutus koettiin erittäin tärkeäksi, mutta riittämättömäksi. Koulutuksen riittämättömyys tuli esille koettuna kykenemättömyytenä vastata työn asettamiin vaatimuksiin. Virikkeiden ja aktiviteettien järjestäminen potilaille koettiin vaikeaksi, koska siihen ei ollut koulutusta, eikä se kuulunut aikaisemmin hoitajien toimenkuvaan. Mielenterveyden hoitamisen lisääntyessä hoitajat kokivat läsnäolon vaikeaksi ja haastavaksi. Psykiatrisen lääkehoidon tuntemukseen haluttiin myös koulutusta. Ammattitaitoisen henkilökunnan, kuten fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja psykiatrisiin erikoistuneen lääkärin työpanos osastolla katsottiin erittäin tärkeäksi. Tämä oli opinnäytetyön tutkimukseen vastanneiden hoitajien mielestä ehdoton edellytys osaston laadukkaalle hoitotyölle ja sen kehittämiselle.

Esimiehen rooli osaston hoitofilosofian muutoksessa ja toiminnan kehittämisessä nousi tärkeäksi. Häneltä odotettiin tukea ja kannustusta, lisäkoulutuksen ja työnohjauksen järjestämistä sekä yhteisiä osaston kehittämiskeskusteluja. Esimies itse koki muutoksen johtamisen haastavaksi ja antoisaksi. Haasteita toi itse muutoksen läpivienti, muutosvastarinta sekä potilaiden hoitoketjun saaminen sujuvaksi. Usein osastolla kuntoutetut potilaat jäivät turhaan osastolle, kun sopivia jatkohoitopaikkoja ei ole riittävästi. Opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella osaston muutosta suunniteltaessa tulee ottaa huomioon henkilökunnan koulutus ja motivointi muutoksen tarpeita vastaaviksi sekä esimiehen riittävät johtamistaidot muutoksen läpiviemiseksi.

Avainsanat: psykiatria, psykiatria, dementia, johtaminen, esimiehen rooli, muutos

Laurea University of Applied Sciences                      Abstract  
Laurea Hyvinkää  
Health care, Social Services and Sport  
Master´s Programme in Health Promotion, Leadership and Development of Preventive Welfare  
Work (90 cr)

Eronen Päivi  
How to cope with the change in the role of a nurse and a manager on the psychogeriatric  
ward

Year 2010

Pages 66

---

The purpose of this study was to find out what kind of effects the change of caring philosophy had in the nurses' job description, requirements and work load in psychogeriatric ward. In addition the aim was to find out what kind of expectations the managers faced due to the change. The target group of this study was the staff of a psychogeriatric ward, 13 assistant nurses, practical nurses, registered nurses and one manager.

The nurses filled in an open question form. With three structured and four open questions. The manager's opinions on her role in managing the change and the effects this change had on her duties as a manager were researched by an interview that was taped and transcribed. The study was qualitative. The material was classified by using content analysis so that the material was themed by using the particles of the questions and by searching for similarities. The reliability of the study was increased by the original replies used in research results.

The study showed that the change of care philosophy had a significant role in the nurse's work and the work environment. The change was experienced as challenging. The main challenges included learning new ways of working, changes from the physical to more intellectual work and challenging patients and their family members. The work became more demanding and the additional psychogeriatric training was mentioned as important, but inadequate. The inadequateness of the training came up in the nurses' feelings of incapability when they met the demands of their duties. Stimulating and activating the patients was found difficult since the nurses had not been trained for that and it was not included in their job description before. The increased care of psychical illnesses was found to be difficult when the nurses tried to be with the patient at the same time. More training for the medical treatment of physical illnesses was requested.

The work input of the qualified staff, such as the physiotherapist, occupational therapist and psychogeriatric doctor in the ward was considered important, which was a prerequisite for the high-class care and the development of the unit. The Manager's role in changing care philosophy was found important. She was expected to give support and to encourage the change. She was also expected to arrange additional training and supervision in addition to the development discussions. The manager experienced the supervising of the change is challenging but rewarding.

The staff's resistance and search for a care chain were considered challenging. Often the patients were left to the ward because there was no place for further care available for them. This study showed that when planning this kind of a reformation staff training and motivating must be taken into consideration in order to be able to meet the challenge of the change. The manager's leading skills were also essential to success.

Keywords: psychogeriatric, psychiatry, dementia, management, manager's role, change

SISÄLLYS	4
1. JOHDANTO	5
2. OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
2.1. Opinnäytetyön viitekehys ja johdattelu aiheeseen	6
2.2. Opinnäytetyön keskeisinä käsitteinä psykogeriatria ja johtaminen	7
3. VANHUSTEN MIELENTERVEYSTYÖ JA DEMENTIA	9
3.1. Mielenterveystyö ja psykogeriatrinen hoitotyö peruspalveluna	9
3.2. Mielenterveys ja vanhuus	13
3.3. Vanhusten yleisimmät mielenterveyshäiriöt	14
3.4. Dementia ja dementoivat sairaudet	17
4. JOHTAMINEN VANHUSPALVELUISSA	20
4.1. Haasteena osaaminen ja työhyvinvointi terveydenhuollossa	21
4.2. Lähtökohdat johtamiselle	22
4.3. Työelämän muutos ja sen vaikutukset	24
4.4. Johtajan asema	26
4.5. Vuorovaikutus työyhteisössä	27
4.6. Työyhteisön ongelmatilanteet	28
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	30
6 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSASETELMA	31
6.1. Avoin kysymyslomake ja haastattelu tutkimusaineiston keruumenetelminä	32
6.2. Sisällönanalyysi tutkimusaineiston analysointimenetelmänä	35
7 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET	36
7.1. Osaston hoitofilosofian muutoksen vaikutus osastolla	36
7.2. Osaston hoitofilosofian muutoksen vaikutus osaston työnkuvaan	39
7.3. Osaston kehittämishaasteet	40
7.4. Odotuksia esimiestyön suhteen	41
7.5. Johtaminen muutoksessa	42
8 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET	45
8.1. Osaston hoitofilosofian muutoksen vaikutukset hoitajien kokemuksina	45
8.2. Osaston hoitofilosofian muutoksen vaikutukset hoitajien työnkuvaan hoitajien kokemana	46
8.3. Osaston kehittämishaasteet hoitajien näkemyksinä	47
8.4. Hoitajien odotuksia esimiestyön suhteen	47
8.5. Johtajana muutoksessa	48
9 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	50
10 JATKOTUTKIMUSHAASTEITA	52
LÄHTEET	53
LIITTEET	59

## 1. JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön aihe oli pitkän pohdinnan tulos. Olin suunnitellut opinnäytteeni kuolevan potilaan hyvästä hoidosta ja johtamisen vaikutuksista hyvään hoitoon. Kuolevan potilaan hoito tai saattohoito, miten asian nyt haluaakin ilmaista, on aina ollut lähellä sydäntäni. Olen työskennellyt pisimmän ajanjakson urastani terveyskeskuksessa vanhusten pitkäaikaishoidon osastolla, jossa kuolema on lähes kokoajan läsnä, tavalla tai toisella.

Aika muuttui, siirryin toiselle osastolle. Psykogeriatria, mitä se on? Olin aivan uuden aluevaltauksen edessä. En tiennyt mielenterveystyöstä mitään muuta, kuin sen, mitä siitä oli pinta-puolisesti raapaistu sairaanhoitaja koulutuksessa. Dementoivat sairaudet yhdistettynä mielen-terveys ongelmiin, siinä oli haastetta kerrakseen. Aihe ei aluksi kiinnostanut minua. Tunsin olevani aivan väärässä paikassa, aika kului ja meni ensimmäinen puoli vuotta. Aloin pikkuhiljaa päästä jyvälle ja aloin miettiä, mistä tällä osastolla voisi tehdä opinnäytetyön. Pikkuhiljaa alkoi valjeta, osasto oli uusissa remontoituissa tiloissa ja silloisen ylilääkärin aloitteesta oli päätetty, että osastojen tulee profiloitua, erikoistua jollekin alueelle. Tämä oli uutta koko työyhteisölle. Osasto, joka oli ollut geriatrinen pitkäaikaisosasto, olikin muuttunut psykogeriatriseksi osastoksi. Muutos oli tullut voimaan vuoden 2008 alussa. Muutoksen myötä osaston hoitofilosofia muuttui, potilaiden hoitamisen painopiste siirtyi fyysisestä enemmän psyykkiseen. Hoitamisen painopiste siirtyi somaattisten sairauksien hoitamisesta psyykkisten ongelmien hoitamiseen. Tulevat potilaat olisivat fyysisesti paremmassa kunnossa, mutta tarvitsisivat enemmän ohjausta ja mielenterveydellistä kuntoutusta.

Muutos ei koskaan käy kivuttomasti, olin kuulevinani kollegojen välisissä keskusteluissa erinäistä kritiikkiä koulutuksen puutteesta, työn sisällön muutoksesta, esimiestä kritisoitiin ja ilmaistiin haluttomuutta uuden työn edessä, "eihän tämä ole sitä mitä minä haluan tehdä". Nämä pohdinnat saivat minut miettimään, olisiko tästä ainesta opinnäytetyöksi, ja näin olin löytänyt aiheen opinnäytetyöhöni.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia psykogeriatrisen osaston hoitofilosofian muutoksen vaikutusta hoitajien työnkuvaan, työnvaativuuteen ja työn kuormittavuuteen sekä, millaisia odotuksia muutos asettaa esimiestyölle. Teoreettisessa osassa kuvaan mitä on psykogeriatria, esittelen yleisimpiä dementiaa aiheuttavia sairauksia sekä yleisemmät mielenterveyshäiriöt. Esimiestyöhön liittyvässä teoria osuudessa esittelen esimiestyötä ja sen vaativuutta tämän päivän työelämässä sekä esimiehen merkitystä työyhteisön hyvinvointiin. Esimiehen haastattelusta käy ilmi, miltä muutos on tuntunut ja miten se on hänen mielestään sujunut. Mitkä ovat olleet muutoksen haastavia asioita ja missä on onnistuttu.

## 2. OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Sairaalan osaston hoitofilosofian muutoksesta tehtyjä tutkimuksia ei juurikaan ole. Hoitotyön sisällön muutoksesta, kuten yksilövästaisesta hoitotyöstä tutkimuksia on vastaavasti useita. Sitä ovat tutkineet muun muassa, Perälä (1989), Munnukka (1993), Ryhänen (2005) ja Hjerppe (2008). Alanen (1993) on kuvannut skitsofreenisesta psykoosia sairastavien potilaiden hoidossa, potilaan tarpeista lähtevää lähestymistapaa, jossa tavoitteena on potilaslähtöinen yhteistyö laitossympäristössä. Käytän opinnäytetyössä käsitteitä vanhus, ikäihminen, iäkäs ihminen synonyymeinä. Opinnäytetyön tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä pohdin käsitettä psykogeriatria ja miksi psykogeriatriaan erikoituneet osastot ovat tärkeitä. Avaan myös käsitteitä psykogeriatrinen hoitotyö ja psykogeriatrinen potilas.

### 2.1. Opinnäytetyön viitekehys ja johdattelu aiheeseen

Tässä luvussa johdattelen lukijan aiheeseen, mitä on mielenterveys ja mitkä ovat vanhusten yleisempiä mielenterveysongelmia. Määrittelen yleisimpiä dementoivia sairauksien aiheuttajia. Olen rajannut aineistosta pois vanhuuden somaattiset sairaudet tai niiden vaikutukset vanhuksen elämään. Rajasin opinnäytetyön teoriaosuuden koskemaan ihmisen kongitioon eli ajatteluun ja korkeampiin henkisiin toimintoihin vaikuttaviin tekijöihin. Kongitio tarkoittaa mielen ja aivojen toimintoja, kuten havaitsemista, ajattelua, kieltä ja käsitteitä, muistia ja oppimista (Österberg 2009). Käsittelen ikäihmisten palvelujen johtamista sekä johtajuutta yleensä, muutosjohtamista, ongelmia työyhteisössä sekä ongelmien ratkaisua.

Tässä opinnäytetyössä hoitofilosofian muuttumisella tarkoitetaan hoidon painopisteen muuttamista fyysisestä psyykkiseen. Hoidon painopiste muuttuu käsillä tekemisestä enemmän psyykkistä vuorovaikutusta vaativaan työhön. Hoitofilosofia voidaan määrittellä moni eri tavoin. Filosofia on todellisuuden ymmärtämiseen tarvittavia käsitteitä ja todellisuutta koskeville käsityksille esitettyjä perusteita. Filosofia on näin ollen ajattelua koskevaa ajattelua. Sana 'filosofia' on peräisin kreikan sanoista 'filos' ja 'sofia', ne merkitsevät rakastamista ja viisautta. Filosofia on viisauden rakastamista, joka kysyy ja kyseenalaistaa jo hankitun tiedon perusteita. Sille on tyypillistä, että ongelmat ja kysymykset pysyvät, mutta tapa, miten niitä asetetaan ja niihin annetut vastaukset vaihtuvat. ([www.uwasa.fi](http://www.uwasa.fi).)

Jokaisessa hoitotyöyhteisössä on yksilöllinen toimintafilosofia, joka on suullisessa tai kirjallisessa muodossa. Hoitotyön kehittyessä tietoisesti ja teoreettisesti hallituksi toiminnaksi on tullut tarve kirjata hoitotyön filosofian perusteita. (Kangas 1994, 67.) Kirjallisenä se on

selkeä ja osaston ulkopuolistenkin tarkasteltavissa. Toimintafilosofian tarkoituksena on ilmaista ne keskeiset käsitykset ja ilmiöt, joilla uskotaan olevan merkitystä perustehtävän toteuttamiselle. (Salonen & Kivinen 2000, 34.)

Psykogeriatria- käsitteenä ei ole yksiselitteinen. Kreikaksi sana psykhe tarkoittaa sielua ja mielentilaa ja geron vanhusta sekä iatreia lääkintätaitoa. Suomessa psykogeriatria tarkoittaa vanhuspsykiatriaa, siinä yhdistyvät psykiatria ja vanhusten monitieteellinen mielenterveyshoito. Siihen voidaan luokitella kuuluvaksi ahdistuneisuushäiriöt, vanhuuden psykoosit, persoonallisuushäiriöt ja erilaisten aineiden väärinkäyttö. Sen lisäksi joidenkin luokitusten mukaan siihen voidaan sisällyttää dementiat ja kehitysvammat. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2008, 255.)

## 2.2. Opinnäytetyön keskeisinä käsitteinä psykogeriatria ja johtaminen

Psykogeriatria eli vanhuspsykiatria on psykiatrian erikoisala, joka tuottaa psykiatrisia palveluita iäkkäille ihmisille. Suunniteltaessa psykogeriatriasta toimintamallia on ensiksi tiedettävä vanhusväestön psykiatrisen hoidon tarve, käytettävissä olevat henkilöstövoimavarat ja taloudelliset mahdollisuudet toteuttaa toiminta. Hiltunen (1999) on tutkinut psykogeriatrian hoidon tarpeen määrittämisen tärkeyttä sekä potilaan somaattisen tilan selvittämistä. Hänen mukaansa psykogeriatrian potilaan diagnosointi olisi parasta tehdä kotikäynnillä, jolloin saadaan mahdollisimman todenmukaisin kuva potilaan tilanteesta. Useimmiten potilaan tutkimus tapahtuu kuitenkin poliklinikalla tai sairaalassa. Hiltusen (1999, 49) mukaan 25%:lla vanhusväestöstä on psyykkisiä oireita, mutta vain 2,7% on vanhuksiin erikoistuneen psykiatrian hoidossa. Hiltusen (1999) mukaan psykogeriatrian hoitotyö on yhteistyötä lääketieteen muiden erikoisalojen ja perusterveydenhuollon kanssa. Tavoitteena on kaataa raja-aitoja erikoisalojen välillä. Psykogeriatrian tärkeimmät yhteistyökumppanit ovat sisätautien, neurologian ja geriatrian erikoisalat. (Hiltunen 1999, 52.)

1980-luvulla Suomessa usealla paikkakunnalla aloitettiin sekä psykogeriatrian osasto- että poliklinikkatoiminnan kehittäminen. Tuolloin alettiin purkaa suuria yli 40-paikkaisia psykogeriatrian osastoja, joissa potilaat olivat laitostuneita pitkien hoitoaikojen ja kuntouttamisen puutteen vuoksi. Samanaikaisesti kehitettiin psykogeriatrian osastoja vähentämällä niiden potilaspaikkalukuja, terävöittämällä diagnostiikkaa, yksilöllistämällä lääkitystä, optimoimalla vanhusten fyysinen ja sosiaalinen tila ja ottamalla hoitoon mukaan sekä informoimalla omaiset ja läheiset henkilöt. (Hiltunen 1999, 52.)

Oulussa ja Kuopiossa avattiin 1990-luvun alussa psykogeriatrian poliklinikat tehostamaan iäkkäiden psykiatristen vanhuspotilaiden diagnostiikkaa ja hoitoon pääsyä. 1990-luvulla Suomessa psykogeriatrian osastot ovat kehittyneet ensisijaisesti akuuteiksi tutkimus- ja hoito-



osastoiksi. Perushoitoa ja huolenpitoa tarvitsevat dementoivia sairauksia sairastavat ja ikään-tyneet mielenterveyspotilaat ovat siirtyneet kotikuntiansa terveyskeskuksiin ja vanhainkoteihin. Maailman terveysjärjestö (World Health Organization) otti vuonna 1997 psykogeriatrian konsensuskokouksessaan kantaa psykogeriatrian tarpeellisuuteen. Yhteenvedossa todettiin, että jatkossa on tuettava erityisesti psykiatrian erikoisalan kehittämistä, mikä vaatii oman koulutusohjelmansa, ammatillisen kuvan vahvistamista ja moniammatillista yhteistyötä. (Hiltunen 1999, 52-53.)

Psykiatria on lääketieteen erikoisala, joka tutkii ja hoitaa mielenterveyden häiriöitä. Sana psykiatria tulee kreikan sanoista psykḗ 'mieli' ja iatreia 'parantaminen'. Mielenterveyshäiriöt ovat moninaisia ja moniasteisia. Ne voidaan luokitella niihin liittyvien tyyppillisten oireiden ja vaikeusasteen mukaan. Mielenterveyshäiriöiden vaikutus ja merkitys ihmisen terveydelle ja hyvinvoinnille on hyvin yksilöllinen. Luokittelu tapahtuu oireyhtymien, ei ihmisten mukaan. Keskeiset mielenterveyshäiriöt ovat skitsofrenia, mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt sekä persoonallisuus- ja käytöshäiriöt. Mielenterveyshäiriöistä skitsofrenia on erityisen suuri haaste psykiatrilta sekä psykiatriselle hoitotyölle. Se on psykoottistasoisista häiriöistä vaikein ja yleisin. Mielialahäiriöt aiheuttavat paljon inhimillistä kärsimystä, työkyvyttömyyttä, yhteiskunnallisia taloudellisia menetyksiä ja ennenaikaisia kuolemantapauksia. Ahdistuneisuushäiriöt ovat mielenterveyshäiriöistä yleisimpiä koko maailmassa. Ne liittyvät moniin muihin psykikiin ja somaattisiin sairauksiin ja sitä kautta ihmisen koko hyvinvointiin. Niiden merkitys tätä kautta psykiatrisessa hoitotyössä on merkittävä. Persoonallisuushäiriöt ovat puolestaan lisääntyneet jatkuvasti. Ne vaikeuttavat mielenterveyshäiriöiden diagnostiikkaa liittymällä usein muihin mielenhäiriöihin ja vaikeuttavat osaltaan niiden hoitoa, niitä ei aina tunnisteta tai oteta riittävästi huomioon. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 41.)

Johtamisen vaatimukset työelämässä kasvavat ja monipuolistuvat jatkuvasti. Nämä ovat suuria haasteita tämän päivän johtajalle. Hyviä esimiestaitoja tarvitaan muun muassa tehtävien organisoinnissa, kehityskeskustelujen käymisessä, työsuoritusten arvioinnissa ja varhaisessa ongelmatilanteisiin puuttumisessa. Esimies ei enää voi, eikä hänen tarvitsekaan hallita kaikkia työyhteisössä hoidettavia tehtäviä. Esimiestyössä painopiste on siirtynyt yksittäisten työsuoritusten valvonnasta toiminnan sujuvuuden valvontaan niin, että toiminnalle asetetut tavoitteet toteutuvat. Normaalisissa kanssakäymisissä yksinkertaiset käyttäytymissäännöt kuten tervehtiminen, kiittäminen ja toisten aito huomioon ottaminen, ovat perustaitoja, joita työelämässä edellytetään kaikilta. Esimiehen kohdalla näillä taidoilla on korostettu merkitys, sillä esimiehen teot ja varsinkin tekemättä jättämiset, ovat muita suuremman tarkkailun kohteena. Esimiestyössä onnistuminen edellyttää myös yhteisöllisyyden periaatteiden noudattamista. Näitä ovat oikeudenmukainen kohtelu, päätöksenteon puolueettomuus ja vuorovaikutustaidot. (Kaistila 2005, 6.)

### 3 VANHUSTEN MIELENTERVEYSTYÖ JA DEMENTIA

Marja Saarenheimo (2003) tarkastelee teoksessaan vanhuutta ja mielenterveyttä. Hän oli kokenut keskustelutilaisuuksissa, että tähän ongelmaan kanssa painiskelee paljon ihmisiä. Miten suhtautua pelottavistakin tilanteista ja miten säilyttää oma mielen tasapaino. Vanhustenhuollossa puhutaan paljon kehittämisestä ja laadun parantamisesta. Vanhustenhuollon henkilökunnan perus- ja täydennyskoulutukseen tulisi panostaa kaikissa ammattiryhmissä ja kaikilla tasoilla. Ruohonjuuritason ammattilaisten olisi välttämätöntä päivittää tietojaan ja taitojaan sekä asettaa itsestään selviä rutiineita ja työtapoja kyseenalaisiksi. (Saarenheimo 2003, 7-8.)

#### 3.1. Mielenterveystyö ja psykogeriatrinen hoitotyö peruspalveluina

Suomessa kunnat on velvoitettu järjestämään asukkaiden mielenterveyspalvelut. Kuntalaisilla on oikeus hyvään ja tasavertaiseen palveluun ja hoitoon. Merkittävimpinä mielenterveyspalveluina ovat perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa toteutettava avohoito, psykiatrisen laitoshoidon sekä kuntoutustoiminta. Perusterveydenhuolto on usein ensimmäinen taho, josta asiakkaan palveluketju käynnistyy. (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 9.) Mielenterveystyön järjestäminen on säädetty mielenterveyslaissa (Mielenterveysasetus 21.12.1990/1247).

Karila (1994) on tutkinut psykiatristen potilaiden mielenterveyspalvelujen käyttöä. Hän toteaa tutkimuksessaan, että sairastumisriskissä olevien potilaiden elämäntilanteeseen tulisi puuttua ajoissa ehkäisevän mielenterveystyön ja avohoidon keinoin, häiriintymiskehityksen katkaisemiseksi, virittämällä psykologisia, sosiaalisia ja taloudellisia tukitoimia. Hän toteaa, että mielenterveystyön vaatimustason kasvaessa tulee terveydenhuollon organisaatioiden huolehtia hoitohenkilöstön riittävästä täydennys- ja jatkokoulutuksesta sekä työnohjauksesta. Karila painottaa myös pitkäaikais- ja kuntouttavan hoidon kehittämisen potilaita aktivoivamaksi sekä parempien palvelujen että vapaaehtoistoimien avulla pitkäaikaissairaiden elämänlaadun parantamiseksi. (Karila 1994, 148-149.) Asiakslähtöisyys haastaa perinteisen mielenterveystyön. Asiakkaan voimavarojen ja yhteistyön vahvistaminen edellyttää hoitohenkilökunnan ammatillista kasvua, uusien hoitomenetelmien omaksumista ja kehittämistä. Mielenterveystyö on perusterveydenhuollossa erikoisala, joka vaatii työntekijältään tietojen hallintaa ja jatkuvaa päivitystä sekä kokonaisvaltaisen ihmis- ja terveystieteiden vahvistamista toteuttaakseen hyvää hoitoa. (Noppi ym. 2007, 10,12.)

Psykogeriatrinen hoitotyö on hoitajalle ammatillinen haaste. Ammattiin liittyvien haasteiden tunnistaminen on prosessi, johon liittyy työn arkisten haasteiden tietoista ja johdonmukaista erittelyä ja reflektointia. Työn ja ammattitaitoisuuden erittelyyn tarvitaan aikaa ja tilaa, muutoin työn tekeminen ja tehtävistä selviäminen muuttuu suorittamiseksi ilman enempää

ajattelua. Ammattiin liittyvien haasteiden huomiointi arjen työssä edellyttää tietoista näkökulman vaihtoa, jolloin työtehtäviä, käytäntöjä ja työelementtejä määritellään uudelleen. (Saarenheimo 2003, 174.) Muurinen (2003) on tutkinut hoitohenkilökunnan koulutustason vaikuttavuutta hoidon laatuun. Tutkimustuloksista käy ilmi, että sairaanhoitajista kootussa hoitoryhmässä hoito oli parempaa kuin vähemmän koulutetuilla, perus- ja lähihoitajilla sekä hoitoapulaisilla. Lepola (1997) on puolestaan tutkinut psykiatrisen hoitotyön laatua ja sisältöä. Tutkimustulosten perusteella tarkoitus oli laadunhallinnan lisääminen jokapäiväisessä työssä psykiatrisella osastolla sekä psykiatrisen hoitotyön kehittäminen enemmän potilaslähtöiseksi. Tähän tutkimukseen liitetty kehittämiskokeilu potilaiden ja hoitajien yhteistoiminnallisuuden lisäämiseksi, joka oli innostava ja hanketta eteenpäin vievä. Yhteistoiminnallisuudella tarkoitettiin tässä (Lepola, 1997) tutkimuksessa potilaiden ja hoitajien yhdessä tekemiä aktiviteetteja ja osallistumista, kuten asioilla käynnit ja harrastustoiminta. Osa hoitajista taas koki tämän tyyppisen työn aikaa vievänä ja jopa työmäärää kasvattavana.

Psykiatrisen hoitotyö on tiimityötä. Sosiaalinen verkosto liittyy ihmisen yhteiskuntaan vuorovaikutussuhteidensa kautta. Toimiva sosiaalinen verkosto mahdollistaa ihmiselle tietoa, taitoa ja tukea selviytymiseen erilaisissa elämän ja työn ongelmatilanteissa. Tiimityö on tiivistä yhteistyötä työryhmän jäsenten kesken. Hyvin toimiva tiimi on vastuullinen, motivoitunut ja sitoutunut työhönsä tavoitteiden saavuttamiseksi sekä parhaan mahdollisen hoidon laadun takaamiseksi. (Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen & Sirola 2002, 273-274.) Hoitotyöntekijä voi käyttää muun työryhmän apua hakiessaan tukea omille mielipiteille ja hakiessaan ratkaisua ongelmallisiin tilanteisiin. Osastotyössä tilanteet vaihtuvat usein eikä käytössä ole aina koko ryhmän tuki vaan hoitajan tulee itse päättää nopeasti ja joskus myös henkilökohtaista rohkeutta käyttäen ratkaisua vaativa tilanne. Monet näistä päätöksistä tehdään intuition avulla ja omat ratkaisut tulee pystyä perustelemaan muille työryhmän jäsenille. (Välimäki ym. 2000, 17.)

Psykiatrisen hoitotyö on vaativaa. Hoitotyön luonteen vuoksi siinä on paljon työkykyyn ja hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Jatkuvasti tunteita koskettava työ saattaa pitkään jatkueensa johtaa työntekijän väsymiseen ja loppuun palamiseen. Viime vuosikymmeninä tapahtuneet yhteiskunnalliset muutokset, kuten pätkätyöt ja määräaikaisten työsuhteiden lisääntyminen ovat lisänneet työntekijöiden loppuun palamisen vaaraa. Työn kuormittavuudesta huolimatta ala on mielenkiintoinen, motivoiva ja palkitsee tekijänsä pitkäjänteisen työn. Mielenterveystyön menestyksellään hoitaminen on mahdollista, koska hoitotyössä on kehitetty keinoja, joiden avulla voidaan kehittää hoitotyöntekijöiden ammattitaitoa ja turvata jaksamista. (Välimäki ym. 2000, 18.)

Psykiatrisessa hoitotyössä vaaditaan ammattitaitoa, joten osaamista tulee päivittää jatkuvasti. Tietotekniikka, internet, sähköposti ja muut yhteydenpito kanavat, kuten verkostoitumi-

nen on hallittava tiedonkulun edistämiseksi ja tietovirtojen käsittelemiseksi. Tietotekniikkaa voidaan oikein käytettynä, käyttää säästämään hoitotyöntekijöiden aikaa varsinaiseen perustehtävään eli hoitosuhteen hoitoon. Internet ja tietotekniikka ovat työvälineitä ja apu käytännön asioiden hoitamiseen ei hoitotyön itsetarkoitus. Ne eivät myöskään korvaa ihmisten välistä vuorovaikutusta. Hoitotyöntekijöillä on eettisesti korkea moraalit. Tämä on erityisen tärkeää psykiatrisen hoitotyön alueella, jonka potilaat ja heidän omaisensa ovat sairauden vuoksi haavoittuvaisia. Mielenterveyshäiriöistä kärsivät henkilöt tarvitsevat auttajia, jotka ajavat heidän asioitaan luotettavasti ja heidän etuaan ajatellen kaikissa tilanteissa. (Välimäki ym. 2000, 18.)

Hoitohenkilökunnalta psykiatrisen hoitotyö vaatii erityisesti hyviä vuorovaikutustaitoja ja oireiden sietokykyä. Vuorovaikutussuhteiden tulee olla luonnollisia ja sillä mieleltään hauraat ihmiset vaistoavat herkästi asenteet ja tunnelman. Sanat ja eleet saavat suurenkin merkityksen. Aejmelaeus ym. (2008) ja Vuokila-Oikkonen (2002) ovat tutkineet psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelujä. He toteavat, että yhteistoiminnallinen hoito edellyttää myös aikaa, jotta kaikki voivat tuoda näkökulmansa yhteisen kertomuksen rakentamiseen. Ymmärryksen jakaminen potilaan tilanteesta mahdollistuu, jos kaikkien keskusteluun osallistuvien vuoropuhelut ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Psykiatrisen yhteistyöneuvottelu on asiantuntijälähtöistä. Se sisältää kertomisen lisäksi kontrollointia, monologia, ilmeettömyyttä ja eleettömyyttä, joita asiantuntijan tulee osata tulkita.

Mielenterveysongelmallisille on ilmaistava asiat selkeästi ja sovitusta asioista pidetään kiinni. Elinympäristön tulee tukea arkista järjestystä, kun mielen maailma järkkyy. Mielenterveysongelmaisten laadukas hoito koostuu itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden kunnioittamisesta sekä tapauskohtaisten yksityisyyden ja valinnan vapauden huomioon ottamisesta. Silloin kun mielenterveysongelmainen on kykenemätön tekemään itseään koskevia päätöksiä, on hoitajan käytettävä ammatillista päätöksentekoa potilaan turvallisuuden takaamiseksi. Tämä tarkoittaa joskus rajojen asettamista. Rajanveto saattaa aiheuttaa hoitajalle eettistä epävarmuutta, tällaisessa tilanteessa päätöksiä pitää pohtia tarkasti, jottei ammatillista valtaa käytetä alistamiseen. Psykogeriatrisella osastolla työskentelevältä hoitajalta vaaditaan erilaisuuden sietokykyä ja erilaisten häiriötekijöiden, kuten nimittelyn tai seksuaalisen häirinnän ymmärtämistä. (Aejmelaeus ym. 2008, 265-266.)

Välimäen ym. (2000, 20-22) mukaan psykiatrisessa hoitotyössä on tapahtumassa muutos ja lisääntynyt maahanmuutto on heijastunut hoitotyöntekijöiden työhön. Ulkomaalaistaustaiset ihmiset tuovat haastetta hoitotyöhön. Hoitotyöntekijällä tulee olla tietoa eri kulttuureista ja niihin liittyvistä tavoista, jotta osataan ottaa huomioon potilaan yksilölliset tarpeet. Hoitotyöntekijöitä lähtee myös ulkomaille työskentelemään ja hakemaan kokemusta, tämä vaatii tekijältään kielitaitoa ja sopeutumiskykyä. Hoitotyöntekijät toimivat myös työnsä esittelijöinä

eri organisaatioissa kotimaassa ja Euroopan unionissa sekä kansainvälistyneessä tieteessä ja opetuksessa. Tämä on lisännyt kansainvälisten vieraiden määrää organisaatioissamme. Näin saadaan arvokasta tietoa eri maiden uusista hoitotyön kehittämisaalueista, joka vaatii hoitotyöntekijöiltä erityistaitoja ja varmuutta olla esillä. Psykiatrinen hoitotyö on moniulotteista. Yksilön tasolla tärkein hoitotyön taito on kohdata potilaaksi tai asiakkaaksi tuleva ihminen ja perheen tasolla, perheen ja ympäristön merkityksen ymmärtäminen osana potilaan hoitoa. Ryhmädynamiikan taso edellyttää ryhmädynamiikan tuntemusta ja tietoa siitä miten ryhmä toimii. Tämä vaatii ihmissuhde- ja viestintä taitoja, kykyä kuunnella ja kommunikoida ymmärrettävästi. Työryhmätyöskentelyssä oman mielipiteen kritisointiinkin tulee varautua. Kritiikin kestäminen ja omien mielipiteiden puolesta puhuminen on tärkeä perusvalmius. Organisaation tasolla hoitotyöntekijän tulee kyetä vaikuttamaan tärkeiksi pitämiinsä asioihin. Epäkohtiin tulee puuttua ja pyrkiä poistamaan ne. Tulee kehittää omaa työtään ja saada tarkoituksenmukaista koulutusta. Yhteiskunnallisella tasolla hoitotyöntekijöiden tulee suuntautua organisaatiosta ulospäin. Esimerkiksi mielenterveyspotilaisiin yhä negatiivisen ja leimaavan suhtautumisen muuttaminen ja näihin stereotypioihin vaikuttaminen vaatii puolesta puhumista ja koulutusta. (Välimäki ym. 2000, 20-22.)

Vanhuusiän mielenterveysongelmien tunnistaminen on Suomessa vielä puutteellista ja vähiten resurssoitua mielenterveystyötä. Sen vuoksi ikääntyneiden mielenterveysongelmaisten heitteille jääminen on todellinen ongelma. Vanhusten mielenterveysongelmien on siirtynyt viime vuosina psykiatrisista sairaaloista sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon piiriin. Laitoshoidon tarvitsevat ikääntyneet on sijoitettu vanhainkoteihin, jossa ei välttämättä ole heidän hoidossaan tarvittavaa tietotaitoa. (Aejmelaeus ym. 2008, 256.) Lähes jokaisella dementiaa sairastavalla esiintyy jossain sairauden vaiheessa psykiatrisia tai käytösoireita, jotka hankaloittavat jokapäiväistä elämää, huonontavat toimintakykyä ja saattavat johtaa vaaratilanteisiin. Tavallisia ovat motorisena levottomuutena ilmenevä ahdistuneisuus eli agitaatio, aggressio, joko sanallinen tai fyysinen, harhaluulot, aistiharhat, toistuva äänteleminen, univaikeudet ja/tai vaeltelu. (Leinonen & Alanen 2008, 117.)

Winbladin (2007) mukaan viidenneksellä yli 75-vuotiaista on mielenterveyshäiriöitä. Ne ovat kutakuinkin samoja kuin nuoremmillakin, mutta niiden ohella iäkkäillä on usein somaattisiin sairauksiin liittyviä psykiatrisia oireita. Iäkkäiden alttiutta mielenterveyshäiriöille lisäävät iän myötä yleistyvät näön, kuulon heikkeneminen ja liikkumiskyvyn ongelmat sekä väistämättä tapahtuvat menetykset ihmissuhteissa, kuten puolison kuolema. Ne vähentävät osallistumista ja virikkeiden saantia sekä sosiaalista kanssakäymistä. Iäkkäiden tavallisimpia psyykkisiä häiriöitä ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, psykoosit ja elimelliset mielenterveyshäiriöt. Iäkäs ihminen kokee ja ilmaisee psyykkisen pahan olonsa usein ruumiillisina oireina, kuten särkyinä, kipuna ja hengenahdistuksena. (Winblad 2007.)

### 3.2. Mielensterveys ja vanhuus

Mielensterveys on hyvin tärkeä osa myös iäkkäiden ihmisten hyvinvointia ja hyvää elämää. Vanhustenhuolto on muuttumassa avopainotteisemmaksi, joten tämä muutos asettaa mielensterveydenhoidon uuteen perspektiiviin. Laitoshoidossa olevien vanhusten mielensterveysongelmat luetaan usein yleisen "huonokuntoisuuden" nimiin. Marja Saarenheimon (2003) mukaan noin kymmenen prosenttia yli 65- vuotta täyttäneistä suomalaisista tarvitsee perusterveydenhuollon mielensterveyspalveluja. On myös selvittämättä, kuinka suuri määrä lievempiä mielensterveyden ongelmista kärsiviä jää kokonaan diagnosoimatta ja näin ollen hoitamatta. (Saarenheimo 2003, 11-12.)

Mielensterveystyö on osa vanhusten kokonaishoitoa, miten se toteutetaan ja missä iäkkäitä mielensterveysongelmista kärsiviä hoidetaan. Palvelujärjestelmäämme ei ole rakennettu selvää hoitopolkua juuri tätä asiakasryhmää varten. Hoito voi tapahtua vanhuspsykiatrian yksikössä, perusterveydenhuollossa, mielensterveyden avopalveluissa, vanhustenhuollon laitoksissa tai kotona kotipalvelun ja kotisairaanhoidon turvin. Osa hoitoa tarvitsevista jää myös kokonaan ilman hoitoa. Näitä iäkkäiden psyykkisten ongelmien hoitamiseen perehtyneitä vanhuspsykiatrisia yksiköitä on vain suurimmissa kaupungeissa ja yliopistollisten sairaaloiden yhteyksissä. Nämä yksiköt antavat konsultaatioapua ja koulutusta muulle terveydenhuollon ja sosiaalialan henkilöstölle vanhuspsykiatriaan liittyvissä asioissa. (Saarenheimo 2003, 123.)

Mielensterveystyön laadun parantamiseksi ja palvelujen saatavuuden turvaamiseksi on tehty suunnitelma. Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysministeriön vuosille 2008-2011 tekemän toimenpanosuunnitelman Kaste-ohjelman tavoitteena on lisätä väestön hyvinvointia ja terveyttä, parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta sekä lisätä väestön osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä. Näihin tavoitteisiin pyritään ehkäisemällä ongelmia, varmistamalla henkilöstön riittävyys ja osaaminen sekä luomalla sosiaali- ja terveydenhuollon eheät palvelukokonaisuudet ja vaikuttavat toimintamallit. Kaste ohjelmassa toimenpiteinä tarjotaan kunnille ja yhteistoiminta-alueille asiantuntija-apua hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden, johtamiskäytäntöjen ja toimintamallien kehittämisessä ja vakiinnuttamisessa (Kaste 2009, 15.) Kaste ohjelma asettaa kunnille raamit ja ohjeet myös vanhusten laadukkaaseen hoitoon ja syrjäytymisen estämiseksi tehtävän työn järjestämiseksi.

Suomen Mielensterveysseuran maahanmuuttajien kansalaistoiminnan kehittämishanke OVI-vuosille 2007-2011 vahvistaa maahanmuuttajajärjestöjen mielensterveyteen liittyvää tietoutta ja toimintaedellytyksiä erilaisilla koulutuksilla, aineistoilla sekä Itä-Helsingissä tapahtuvalla verkostotyöskentelyllä. Hankkeen tarkoituksena on, että maahanmuuttajajärjestöillä olisi aiempaa paremmat valmiudet ja edellytykset tukea toimintaansa osallistuvia ihmisiä ja olla mukana lisäämässä hyvinvointia ja osallisuutta, mikä ennaltaehkäisee mielensterveys-

gelmiä myös maahanmuuttajien ikääntyessä ja sitä kautta sopeutumista yhteiskuntaan ja myöhemmän iän mielenterveysongelmia. Hanke toteuttaa teemahaastatteluja ja koulutuksia, tukemalla maahanmuuttajien verkostoitumista ja kotouttamista. ([www.mielenterveysseura.fi](http://www.mielenterveysseura.fi))

### 3.3. Vanhusten yleisimmät mielenterveyshäiriöt

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2008) mukaan vaikeaa masennusta sairastaa 5-6 % väestöstä. Kaikista sairauksista se on liki yleisin toimintakyvyttömyyden syy. Seurausvaikutuksiltaan se on merkittävin mielenterveyden häiriö. Vakavaan masennustilaan liittyy merkittävä itsemurhan riski ja kuolleisuus. Vuosittain Suomessa yksi 2000 miehestä ja yksi 8000 naisesta tekee itsemurhan. Itsemurhalle selvästi altistavia yksittäisiä tekijöitä ovat etenkin epävakaat tunne-elämä, käytöshäiriöt, päihderiippuvuudet ja masennustilat. Myönteistä on kuitenkin se, että itsemurhakuolleisuus on Suomessa selvästi pienentynyt vuoden 1990 jälkeisellä ajanjaksolla. Tutkimus antaa tietoa masennuksen taustatekijöistä, mikä auttaa häiriön tunnistamisessa ja hoidon sekä kuntoutuksen suunnittelussa. Kuten tästä terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksesta selviää, masennusta voidaan pitää jo suomalaisten kansansairautena. ([www.ktl.fi](http://www.ktl.fi))

Masennuksella eli depressiolla tarkoitetaan oireyhtymää, jonka keskeiset oireet ovat mielialan lasku eli voimakas alakuloisuus sekä tarmon ja toimeliaisuuden puute. Mielenkiinto ja kyky nauttia asioista on heikentynyt. Pienetkin ponnistelut johtavat uupumiseen. Masennustilat jaetaan lieviin, keskivaikeisiin ja vaikeisiin oireiden lukumäärän, laadun ja vaikeuden sekä toimintakyvyn perusteella. Vanhusten masennuksen oireisiin voi kuulua muistin ja älyllisten toimintojen heikkeneminen, josta on käytetty nimeä pseudodementia. (Tilvis, Hervonen, Jäntti, Lehtonen & Sulkava 2001, 111.)

Suomessa yli 65- vuotta täyttäneistä vakavia masennustiloja on 2,0 %:lla miehistä ja 2,2 %:lla naisista. Pitkäkestoista masennusta on 9,3 %:lla miehistä ja 13,6 %:lla naisista. Iäkkäät naiset sairastavat masennusta enemmän kuin samanikäiset miehet. Tyhjyyden, toivottomuuden, avuttomuuden, yksinäisyyden, hyödyttömyyden, syyllisyyden ja häpeän tunteet saattavat luonnehtia masentuneen vanhuksen tunne-elämää. Masentunut kokee itsensä huonoksi ja voi hävetä käyttäytymistään tai ulkonäköään, hänellä voi olla voimakkaita syyllisyyden tunteita. Itkeskely ja ärtyneisyys kuuluvat oireisiin. Masentuneen vanhuksen pelot voivat puhjeta paniikinomaiseksi tilaksi. Itsemurha-ajatukset ovat kohtalaisen yleisiä. (Tilvis ym. 2001, 113.) Eri-tyisesti riskiryhmiä ovat fyysisesti sairaat ja yksinäiset ikääntyneet sekä leskeksi jääneet. Ikääntyneiden masennuksen löytämiseksi on kehitetty mittari, geriatrinen depressioasteikko (GDS). (Aejmelaeus ym. 2008, 260.)

Tilvis ym. (2001, 114) mukaan masennuksen syynä ovat biologiset vanhenemismuutokset mm. aivojen välittäjäaineissa tapahtuva muutos, sen arvellaan altistavan masennuksen synnylle.

Lapsuudessa tapahtuneet menetykset, vanhempien kuolema kuuluvat vanhusten masennuksen laukaisutekijöihin vielä iäkkäänä. Perintötekijät ja persoonallisuus altistavat sekä vanhusten aliarvostavat asenteet. Masennuksen voi laukaista ajankohtainen menetys tai pitkäkestoinen stressitekijä. Oma fyysinen sairaus, puolison kuolema tai muutto kuuluvat ajankohtaisiin menetyksiin, jotka voivat laukaista masennuksen. Perheenjäsenen alkoholi ongelma ja vuosia kestävä pahoinpitely ovat pitkäkestoisia elämänvaikeuksia, jotka ovat yhteydessä masennuksen syntyyn. Fyysisiin sairauksiin käytettävät lääkkeet voivat laukaista masennuksen, keskeisimpinä sydän- ja verisuonilääkkeet. Monet työikäisenä masennuksen sairastaneet sairastuvat masennukseen myös vanhana. Masennuksella on taipumus uusiutua. (Tilvis ym. 2001, 114.) Nykyinen elämänmeno, kiire ja vanhusten yksinäisyys ovat suuri masennukseen vaikuttava tekijä. Lapset asuvat kaukana, eivät ehdi työkiireiden takia käymään. Puoliso kuolee ja sukulaiset asuvat toisaalla. Verkostoituminen on jäänyt vähäiseksi, ei ole ystäviä tai hekin ovat kuolleet.

Skitsofrenialla tarkoitetaan vaikeata persoonallisuuden hajoamista, todellisuuden tajun heikentymistä ja toimintakyvyn alenemista, joihin liittyy usein myös sosiaalisista kontakteista vetäytyminen. Potilas ei pysty erottaan mielikuvitusta todellisuudesta. Skitsofrenian taudinkuva on usein hyvin monimuotoinen. Samalla potilaallakin taudinkuva voi vuosien kuluessa vaihdella. Akuuttia skitsofreenista taudinkuvaa luonnehtivat skitsofrenialle tyypilliset häiriöt ajatusten, havaintojen, puheen ja käyttäytymisen alueella. Näitä voivat olla esimerkiksi realiteettitajun katoaminen, paniikinomainen ahdistus, kiihottunut mieliala, pyrkimys eristäytyä, unirytmien häiriintyminen, ympäristön havaitsema persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutos, hallusinaatiot (varsinkin kuuloharhat), paranoidiset merkityselämykset ja harhaluulot, derealisaation ja depersonalisaation tunne, tunne hypnotisoiduksi tulemisesta ja ajatusten leviämisestä ympäristöön, affektihäiriö, skitsofreeninen ajatushäiriö, katatoninen stupor tai kiihtymystila ja joskus väkivaltainen tai suisidaalinen käytös. Skitsofrenian syntyyn vaikuttavat useat tekijät. (www.therapiafennica.fi.) Skitsofreniaan sairastuttuaan potilas tarvitsee hoitoa ja tukea koko elämänsä ajan (Morley & Sellwood 1997, 223).

Tutkimuksissa on voitu osoittaa perinnöllisillä tekijöillä olevan merkitystä, samoin raskauden, syntymän ja sitä ympäröivän niin sanotun perinataalikauden vammoilla ja kehityshäiriöillä. On todettu että, jopa raskauden ajan masennukset ja järkytykset sekä ei-toivottu raskaus lisäävät lievästi riskiä. Suomessa on tutkittu myös paljon perheen vuorovaikutuksen ja yleensäkin varhaislapsuuden ihmissuhteiden vinoutumisen merkitystä skitsofrenian synnylle. On myös viitteitä siitä, että eräät virustaudit saattaisivat olla yhteydessä skitsofrenian syntyyn, samoin eräät aivojen rakenteelliset ja mahdollisesti aineenvaihdunnalliset tekijät. Skitsofrenian tämän hetken keskeinen taudin kulun teoria korostaa perinnöllisen alttiuden ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutusta. Kliininen häiriö puhkeaa vasta usean tekijän summautumisen jälkeen. (www.kaypahoito.fi.)



Skitsofrenia on vaikein mielenterveyden häiriö niin yksittäisen potilaan kuin koko yhteiskunnan kannalta. Skitsofreniaan sairastutaan usein nuorena ja edelleenkin monessa tapauksessa häiriö jää krooniseksi. Skitsofrenia on eri mielenterveyssairauksista suurin työkyvyttömyyden aiheuttaja ja suuri osa psykiatrisista sairaansijoista käytetään Suomessa skitsofreniapotilaiden hoitoon. Sairaalapaikkojen voimakas vähentäminen 1980-luvun alusta on johtanut siihen, että skitsofrenian hoidossa avohoito myös perusterveydenhuollossa on saanut aiempaa tärkeämmän sijan. Skitsofrenian yleisyys on noin 1 %. Se puhkeaa tavallisimmin 15 ja 45 ikävuoden välillä. Skitsofrenia on yhtä yleistä miehillä ja naisilla. (www.therapiafennica.fi.)

Puhutaan skitsofreenisestä psykoosista, kun skitsofrenian oireet alkavat täysin hallita ihmisen elämää. Psykoosissa ollessa potilas ei enää erota mielikuvitusta todesta ja aistiharhat muuttuvat todellisiksi. Potilas kuulee ääniä, jotka kommentoivat hänen tekemisiään, uhkaavat, kiusaavat ja syyttävät häntä. Usein nämä aistiharhat ovat pitkäkestoisia ja voimakkaita. Harhaluulot liittyvät usein ääniharhoihin. Potilas uskoo, että hänen ajatuksensa ovat kaikkien tiedossa ja että niihin yritetään vaikuttaa. Vainoharhat ovat myös tyypillisiä, tällöin potilas uskoo, että häntä vainotaan. Psykoosi on vakava mielenterveyshäiriö, joka vaikuttaa ikääntyneen toimintakykyyn, heikentää elämänlaatua ja aiheuttaa kärsimystä ikääntyneelle itselleen ja hänen läheisilleen. Osa iäkkäistä psykoosipotilaista on sairastunut jo nuorena, valtaosa sairastuneista on naisia. Ikääntyneillä psykoosin erottaminen dementiasta voi olla vaikeaa. (Aejmelaeus ym. 2008, 256-257.)

Vanhuusiässä alkaneista harhaluuloisuushäiriöistä käytetään nimitystä parafrenia. Harhaluuloisuushäiriöitä esiintyy useammin naisilla kuin miehillä. Niiden puhkeamista edeltävät usein persoonallisuuden liittyvät rakenteelliset poikkeavuudet ja sosiaalisten kontaktien puute, kuten yksinäisyys ja eristäytyneisyys. Epäluuloisuuden takana on usein epävarmuutta, arkuutta ja pelkoa. Siihen voi liittyä myös aggressiivisuutta ja hyökkäävyyttä. Iäkkäillä aistitoimintojen heikkeneminen, altistaa harhaluuloisuudelle. Luonteenpiirteet saattavat altistaa harhaluuloisuushäiriöiden syntyä, kuten epäluuloisuus, riitaisuus ja ihmissuhdevaikeudet. Harhaluulot voivat olla mustasukkaisia, eroottisia tai suuruusharhoja. Persoonallisuushäiriöt aiheuttavat vuorovaikutusongelmia. Se on elinikäinen käyttäytymistapa, joka heijastaa persoonallisuuden vaurioita ja haavoittuvuutta. Oireena on oman itsen, muiden ja tapahtumien tulkitsemisen poikkeavuus, joka oleellinen piirre on pelko hylätyksi tulemisesta tai yksinäisyydestä. (Aejmelaeus ym. 2008, 259-260.)

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastaa noin kaksi prosenttia väestöstä. Se voi esiintyä jopa kymmenvuotiailla lapsilla, mutta yleisintä sairastuminen on 10-20-vuoden iässä. Se on siis varsin nuorten ihmisten sairaus, mutta toisaalta kymmenellä prosentilla sairastuneista sairaus alkaa vasta yli 50-vuotiaana. Sairastuvuutta on yhtä paljon sekä miehillä että naisilla. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy mielialan sairaalloiset muutokset, jotka esiintyvät jaksoittain, mielialan lasku eli masennus ja toisaalta mielialan kohoaminen eli mania tai lie-

vempi muoto hypomania. Näiden jaksojen välillä potilas on yleensä täysin parantunut ja mielialaltaan normaali. Sairastumisalttius säilyy kuitenkin koko eliniän. Jaksot ja välit saattavat olla hyvinkin pitkiä. Mania kestää keskimäärin noin kymmenen viikkoa ja masennus yleensä kolme - neljä kuukautta. Yksilöiden välillä on suuria eroja, jaksojen pituudet vaihtelevat kuitenkin kovasti. Maniajaksoja esiintyy elinaikana keskimäärin noin kymmenen. (Aer 2006, 9.)

Masennusjaksoihin liittyy alakuloinen mieliala. Mielenkiinto on mennyt vähän kaikkeen eikä pysty nauttimaan mistään. Paino heittelee, ruokahalua ei ole tai se on liiallinen. Unettomuus on myös hyvin tavallista. Masentuneella voi myös esiintyä toimintojen hidastumista. Ihminen on kuin hidastetussa elokuvassa. Masennukseen voi liittyä arvottomuuden ja syyllisyyden tunteita, väsymystä ja voimattomuutta sekä keskittymiskyvyn ja muistin heikkenemistä. Pahimmillaan masennukseen liittyy kuoleman ajatuksia ja itsetuhoisia ajatuksia. Maniavaiheessa taas ihmisellä on hyvin korostunut itseluottamus. Mieliala on kohonnut tai se on aggressiivinen ja ärtynyt. Tässä vaiheessa unentarve taas vähenee. Potilas nukkuu pari kolme tuntia yössä, ja kokee, ettei hän tarvitsekaan enempää unta. Ajatustoiminta on kiihtynyttä ja koko ajan tulee uusia hienoja ideoita. Tyypillistä manialle on myös puhumisen tarve ja uusien asioiden aloittaminen, jotka yleensä sitten jäävät kesken. (Aer 2006, 9.)

#### 3.4. Dementia ja dementoivat sairaudet

Dementia on elimellisistä syistä johtuva oireyhtymä, johon liittyy muistihäiriöiden lisäksi laaja-alainen henkisten toimintojen ja muiden korkeampien aivotoimintojen heikentyminen ihmisen aiempaan tasoon verrattuna. Älyllisen eli kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen rajoittaa ihmisen itsenäistä sosiaalista ja ammatillista selviytymistä. (Vauhkonen & Holmström 1998, 644.) Ongelmia ilmenee puheen ymmärtämisessä ja tuottamisessa, käsien motorisissa ja aistihavaintojen tunnistamisessa sekä toiminnan ohjaamisessa ja suunnittelussa (Koskenvuo & Vertio 1998, 213).

Dementia on tila, jossa henkilön useat älylliset toiminnat ja aivotoiminnat ovat heikentyneet rajoittaen hänen sosiaalista selviytymistään. Dementiaa voivat aiheuttaa hyvin monet keskushermoston sairaudet, puutostilat, myrkytykset tai lääkkeet. Dementiasta johtuville muistihäiriölle on ominaista vaikeus oppia uusia asioita tai palauttaa mieleen aiemmin opittua. Muistihäiriön ohella sille on ominaista puheen sisällön köyhtyminen eli afasia, pukeutumisen ja motoristen liikesarjojen suorittamisen vaikeus eli apraksia sekä nähdyn merkityksen käsittäminen vaikeus eli agnosia. Dementiaa sairastavan kyky suunnitella päivittäisiä toimintoja, jäsentää kokonaisuuksia ja ymmärtää vertauskuvallisia ilmauksia on heikentynyt. Etenkin vaikeampaan dementiaan liittyy usein erilaisia käytöshäiriöitä. (Huttunen 2008.)

Tärkeimmät dementiaa aiheuttavat sairaudet ovat Alzheimerin tauti (65–70 %), aivoverenkier-  
toperäinen vaskulaarinen dementia (15 %) ja Lewyn kappale -dementia (15 %). Dementian  
esiintyvyys lisääntyy iän mukana. Vuonna 2005 maassamme oli noin 85 000 dementiapotilasta.  
Vuonna 2030 heitä arvioidaan olevan 128 000. Keskivaikea dementiaa sairastava henkilö ei  
yleensä selviydy ilman ympärivuorokautista hoitoa, lähes 60 % hoidetaan laitoksissa. Tulevai-  
suuden suuret haasteet liittyvät myös dementiahoidon kasvavaan tarpeeseen. Palveluita ja  
palvelurakennetta suunniteltaessa on huomioitava sekä muistisairauksien esiintyvyys että  
muut, toimintakykyyn ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät. Näsin sairaala on muuttunut osasto-  
jen profiloinnin myötä pitkäaikaisyksiköstä yhä enemmän kuntoutus- ja vastaanottosairaalak-  
si. (Hyvä ikääntyminen Porvoossa 2009, 17, 22.)

Yleisin dementiaa aiheuttava sairaus on Alzheimerintauti. Alzheimerintauti on hitaasti ja  
tasaisesti etenevä aivojen rappeutumissairaus, jonka oireet aiheutuvat tiettyjen aivoalueiden  
vaurioista. Alzheimerintaudin esiintyvyys lisääntyy iän myötä ja kaikissa ikäryhmissä se on  
yleisempi naisilla kuin miehillä. Naissukupuoli on siis riskitekijä ja tutkimusten mukaan tauti  
on perinnöllinen noin 10%:lla sen saajista. (Vauhkonen & Holmström 1998, 645.) Alzheimerin  
taudin syntyyn voivat vaikuttaa sekä perinnölliset että ympäristötekijät, korkea ikä sekä de-  
mentian esiintyminen lähisuvussa (Koskenvuo & Vertio 1998, 214).

Alzheimerintauti alkaa muistihäiriöillä ja ensimmäisiä oireita ovat mieleen painamisen hei-  
kentyminen ja uuden oppimisen vaikeutuminen. Käytännössä tämä saattaa ilmetä esimerkiksi  
vaikeutena muistaa uusia nimiä tai sovittuja asioita, esineiden hukkaamisena ja vaikeutena  
liikkua erityisesti oudossa ympäristössä. Lähimuisti heikkenee ja asiat ja asioiden tapahtuma-  
järjestys menevät helposti sekaisin. ([www.muistiliitto.fi](http://www.muistiliitto.fi).) Alzheimerintaudin edetessä toimin-  
takyky ja sairauden tunne heikkenevät. Tautiin sairastunut tarvitsee yhä enemmän apua arjen  
toiminnoissa, siihen liittyy mm. hahmottamisen, kielellisen ja käsien motoriikan vaikeuksia.  
Näiden seurauksena ajan ja paikan taju heikkenee, puheen tuottaminen ja ymmärtäminen  
vaikeutuu sekä kyky käyttää erilaisia välineitä heikkenee. Sairastuneen persoonallisuus ja  
sosiaaliset kyvyt saattavat silti olla suhteellisen hyvin säilyneitä. Useimmilla ilmenee taudin  
jossain vaiheessa käytösoireita. Aikaisemmin sairastettu masennus on yksi mahdollinen sairas-  
tumisriskiä lisäävä tekijä, sekä perinteiset sydän- ja verisuonitautien riskitekijät. (Erkinjuntti,  
Rinne, Alhainen & Soininen 2001, 122 -123.)

Vaskulaarinen dementia on aivojen verisuonten vaurioiden ja erityyppisten aivoverenkierto-  
häiriöiden sairaus. Sen riskiä lisäävät kohonnut verenpaine, koronaaritauti, sydäninfarkti,  
tupakointi, diabetes sekä aivohalvaukseen liittyvät aivoverenkiertohäiriöt. (Erkinjuntti ym.  
2001, 143). Se on toiseksi yleisin etenevä muistisairaus (n. 20% sairastuneista). Vaskulaarisen  
dementian varhaisoireisiin kuuluvat lievät muistihäiriöt, puhehäiriöt, kömpelyys, kävelyvai-  
keudet (ns. töpöttelykävely) ja hahmottamisvaikeudet. (Vauhkonen & Holmström 1998, 645.)

Sairastuneet ovat usein myös tunneherkkiä ja mielialat vaihtelevat helposti itkusta nauruun. Oireet alkavat usein nopeastikin ja vaihtelevat päivittäin tai kausittain. Oireet riippuvat siitä, missä kohtaa aivoja vaurioita on syntynyt. Muisti on tässä dementiaan muodossa säilynyt paremmin kuin Alzheimerin taudissa ja sairastuneiden tilanne saattaa toimintakyvyn laskun jälkeen myös kohentua. Tärkeätä on huolehtia kohonneen verenpaineen, kolesterolin ja veren sokerinpitoisuuden hoidosta sekä sydän ja verisuonitautien hoidosta. ([www.muistiliitto.fi](http://www.muistiliitto.fi).)

Lewyn kappale -dementia alkaa yleensä 50 - 80 vuoden iässä ja se on saanut nimensä aivoissa havaittavien löydösten, Lewyn kappaleiden, kertymisestä aivojen kuorikerroksen alueelle. Se aiheuttaa älyllisten toimintojen, tarkkaavuuden sekä viretilan vaihteluita. Muistihäiriöitä ei taudin alkuvaiheessa välttämättä ole, mutta sairauden edetessä muistikin heikkenee. Suurien kokonaisuuksien hahmottaminen on vaikeaa ja sairastuneelle saattaa tulla ohimeneviä tajunnanhäiriöitä. Potilailla esiintyy parkinson-oireita, kuten esimerkiksi lihasjäykkyyttä ja kävelyvaikeuksia. Selväpiirteiset, yksityiskohtaiset harhakuvat ja harhaluulot ovat yleisiä. (Erkinjuntti ym. 2001, 158.)

Parkinsonintauti on krooninen, pitkäaikainen vähitellen etenevä rappeuttava sairaus. Se aiheuttaa liikehäiriöitä, jotka johtuvat aivoissa olevan substantia nigra dopamiinihermosolujen tuhoutumisesta. Parantavaa hoitoa tautiin ei ole, mutta oireita voidaan lievittää monin keinoin. Parkinsonin tautiin sairastumisen riski lisääntyy 50 ikävuoden jälkeen. Noin yksi sadasta yli 70-vuotiaasta sairastaa sitä. Parkinsonin taudin oireet alkavat hitaasti ja alkuoireille on tyypillistä epäsymmetrisyys, esimerkiksi, että toinen käsi vapisee tai siinä ei kävellessä ole myötäliikettä, käsi ei heilu liikkeen mukaan. Yleensä tavallisin alkuoire on käden tai sormien vapina, muut taudin pääoireet ovat vapina, jäykkyys ja liikkeitten hidastuminen. ([www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).)

Dementiaa voivat aiheuttaa myös aivoverenkiertohäiriöt ja kasvaimet, päihteiden aiheuttamat aivovauriot, degeneratiiviset aivosairaudet, aivovammat, likvorkierron häiriöt, keskushermostotulehdukset, aineenvaihdunnan häiriöt, puutostilat, lääkkeet ja myrkyt. ([www.gernet.fi](http://www.gernet.fi).)

#### 4. JOHTAMINEN VANHUSPALVELUISSA

Sosiaali- ja terveysministeriön Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008) tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Laatusuositus on tarkoitettu ikääntyneiden palvelujen kehittämisen ja arvioinnin välineeksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle. Ikääntymispoliittisen strategian ja henkilöstöstrategian ikääntyneiden palveluja koskevien linjausten toimeenpano on perusta ikäihmisten palvelujen johtamiselle. Kaiken johtamisen tavoitteena on, että työyksiköt, organisaatiot ja kunnat voivat saavuttaa toiminnalle asetetut määrälliset ja laadulliset tavoitteet. Johtamisella vaikutetaan paitsi henkilöstön määrään ja osaamiseen myös henkilöstön työhyvinvointiin ja työturvallisuuteen. Näillä kaikilla on yhteys palvelujen laatuun ja vaikuttavuuteen. Johtamistehtävä edellyttää valmiuksia niin strategiseen kuin osaamisenkin johtamiseen sekä taloushallintoon. Olennaista on myös verkostoitua tarkoituksenmukaisella tavalla. Ammatillisen työn johdon eli lähiesimiesten vastuulla on työn tarkoituksenmukainen organisointi, työkäytäntöjen ja henkilöstön osaamisen uudistaminen sekä työyhteisön ja työntekijöiden hyvinvoinnin ja työturvallisuuden lisääminen. Ammatillisen työn johtaminen edellyttää johtamisaikojensa ohella hyvää sosiaali- ja terveysalan ammatillista ja yhteistyöosaamista sekä ikääntyneiden hoitoon ja palveluun liittyvää erityisasiantuntemusta. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3, 37.)

Hoitohenkilökunnan määrästä ja koulutustasosta ikäihmisten laatusuosituksissa sanotaan että, määrän ja koulutusrakenteen sekä osaamisen kehittämisen lähtökohtana on laaja gerontologinen näkemys vanhenevasta ihmisestä. Ikäihmiset tarvitsevat yksilöllisten palvelutarpeidensa mukaan erilaisia sosiaali- ja terveyspalveluja. Osa ikäihmisistä tarvitsee myös erityispalveluita, kuten gerontologisen sosiaalityön palvelua. Johtajien ja esimiesten vastuulla on rekrytoida henkilöstö, jonka kokonaisosaaminen vastaa kullekin palvelulle tai hoidolle asetettuja tavoitteita. Koska henkilöstön osaaminen on yhteydessä palvelun laatuun ja vaikuttavuuteen, laaditaan työyksikössä koko henkilöstöä koskeva lyhyen ja pitkän aikavälin koulutussuunnitelma. Täydennyskoulutuksesta ja sen vaikuttavuuden seurannasta sekä arvioinnista ovat vastuussa esimiehet, mutta myös henkilöstöllä itsellään on vastuuta oman osaamisensa kehittämisestä. Työyksiköissä tarvitaan myös työkykyä ylläpitävä toimintaohjelma. Työn ja työyhteisön ominaisuudet vaikuttavat keskeisesti paitsi työssä oppimiseen myös työntekijöiden sitoutumiseen työyksikön tavoitteiden saavuttamiseen ja työssä jaksamiseen. Johtajien ja esimiesten tehtävä on huolehtia työntekijöiden työhyvinvoinnista esimerkiksi pitämällä työkuormitus kohtuullisena. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 33.)

Nämä kaksi edellä olevaa laatusuositusta ovat selviä suosituksia vanhenevien ihmisten hoidon laadun turvaamiselle ja sille, että hoito on korkeatasoista ja ajanmukaista, ja että sitä tekevät ammattitaitoiset ja työstään aidosti innostuneet hoitotyön ammattilaiset.

Pekkarinen (2007, 49) toteaa tutkimuksessaan, että osaston erikoistuminen dementia- ja psykiatriapotilaisiin vähensi asukkaiden hoitamiseen liittyvää kiirettä ja rooliristiriitoja. Erikoistuneilla osastoilla myös viihdyttiin, ilmapiiri oli parempi ja organisaatioon sitoutuminen oli voimakkaampaa kuin sekaosastolla. Pekkarinen (2007) toteaa myös, että hoito on laadultaan parempaa osastoilla, joilla hoitajilla on mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä ja käyttää monipuolisesti taitojaan ja kykyjään. Oikeudenmukainen johtaminen ja puolueeton päätöksenteko tukivat hyvän hoidon antamista, mikä puolestaan näkyi vanhusten vähäisenä rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttönä. Huotari (2009, 191) puolestaan on tutkinut lähijohdon roolia strategisessa johtamisessa ja osaamisen johtamisessa. Viime vuosina se on korostunut. Tutkimuksen mukaan tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi vastauksissa nousi henkilöstön mukaanotto strategiseen keskusteluun. Strategisessa osaamisen johtamisessa tärkeänä osa-alueena korostui työhyvinvoinnin johtaminen. Työyhteisössä esiintyvää uupumista verrattiin tarttuvaan tautiin ja esimiehen tehtävänä on uupumisen leviämisen ehkäisy. Uupumista aiheuttavat muun muassa organisaation rakenteiden muuttuminen, kunnan taloudellisen tilanteen heikkeneminen ja asiakkaiden aiempaa vaikeammat terveyden ja hyvinvoinnin ongelmat. Suurten ikäluokkien siirtyminen eläkkeelle ja kuntatalouden kiristyminen entisestään lisäävät strategisen osaamisen johtamisen haastetta kunnallisilla sosiaali- ja terveystoimialoilla. (Huotari 2009, 191.)

#### 4.1. Haasteena osaaminen ja työhyvinvointi terveydenhuollossa

Mielonen (2000) tarkastelee väitöskirjassaan tulosjohtamisesta. Hän toteaa, että tulosjohtamisideologiassa olennaista on, että sosiaali- ja terveydenhuollossa tuloksen hyvyttä punnitaan asiakkaan kannalta ja asiakkaan saama hyöty asetetaan taloudellisuuden edelle. Mielonen (2000) peräänkuuluttaa, miten tulosjohtamisjärjestelmässä otetaan huomioon asiakkaiden tyytyväisyys ja hoidon laatu? Hoitotulosten yhtenäinen luokittelujärjestelmä puuttuu myös. Sen vuoksi hoitotuloksen systemaattiseen seuraamiseen ei ole muodostunut arviointimallia. Potilaiden tyytyväisyys on yksi tärkeä mittari hoitotuloksien laadusta. Tulosjohtamisessa ja markkinaohjautuvuudessa korostuvat hoidon laatu, asiakkaan tyytyväisyys ja taloudellisuus kun tavoitteena on hoidon tehokkuuden parantaminen, mutta taloudellisessa ahdingossa on usein päädytty vähentämään palvelujen määrää. Tätä parempi tapa on muuttaa hoitokäytäntöjä ja ottaa huomioon potilaan hoidon objektiivinen ja subjektiivinen tulos. Hoitohenkilöstön keskuudessa tulos- ja kustannustietoisuus on lisääntynyt. Laaksonen (2008) tarkastelee tutkimuksessaan, joka oli toteutettu dementia yksiköissä, voimistavaa johtajuutta, henkilöstötoimintojen voimistumisen ja hyvinvoinnin suhdetta. Laaksonen (2008) tutkimuksessa voimistavan johtajuuden tekniikkoina käytettiin henkilöstötoimintoja, kuten rekrytointi,

perehdytys, koulutus ja kehittäminen sekä työsuojelu ja työkykyä ylläpitävä toiminta. Työyhteisön hyvinvoinnin mittarina käytettiin menestyvän työyhteisön mallia. Tutkimustulosten (Laaksonen 2008) mukaan voimistavan johtamisen lisäksi tarvittiin välineitä, kuten henkilöstötoimintoja, joiden kautta mahdollistetaan työntekijöiden voimistuminen.

Suomen sairaanhoitajaliitto, Tehy, Suomen työterveyshoitajaliitto, Suomen kättilöliitto, Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat sekä Suomen terveydenhoitajaliitto ovat tehneet kirjallisen lakialoitteen (2008) ministereille Hyssälä ja Risikko. Liittojen huolena on, ettei terveydenhuollossa ole riittävästi huomioitu hoitotyön johtajuuden merkitystä. Hoitotyön johtajia on jatkuvasti vähennetty etenkin keskijohdosta ja ylimmästä johdosta. Tämä on ristiriidassa hoitotyölle asetettujen vaatimusten kanssa. Osaamisvaatimukset ovat kasvaneet ja hoitoajat ovat lyhentyneet, samalla kun potilaat ovat yhä monisairaampia. Myös palvelurakenteen muutokset ja hoitotakuu tuovat haasteita johtamiselle. (www.tehy.fi.)

#### 4.2. Lähtökohdat johtamiselle

Sydänmaanlakka (2009, 2006, 2002) on kirjoittanut itsensä johtamisesta, motivoituneesta henkilökunnasta kilpailuvalttina ja jatkuvan uudistumisen luovuuden ja innovatiivisuuden johtamisesta. Ollila (2006) toteaa tutkimuksessaan strategisen johtamisen hallinnasta seuraavaa: "Valmiudet johtamisessa edellyttävät vahvaa motivaatiota, omien arvojen määrittelyä suhteessa organisaation arvoihin, asennoitumista kehittämiseen ja kehittymiseen, johtamistyön haasteellisuuden kokemista ja tietotaitoa toimia ristiriitatilanteissa. Ihmisten johtamisessa korostuvat johtajan näkemyksellisyyden johdonmukaisuus, oikeudenmukaisuus ja esimerkillisyys. Strategialähtöinen johtaminen on suunnan antamista, merkittävien seikkojen tunnistamista, innostamista ja mahdollisuuksien luomista. Osaamisen strategisessa johtamisessa on tärkeää huomioida kokonaisvaltainen vuorovaikutuksellisuus, mahdollisimman avoin kommunikaatio ja luottamuksellinen ilmapiiri. Osaaminen on johtamistyössäkin taitojen yhdistelmä, jota yksilö voi käyttää suorittaakseen tehtävän". (Ollila 2006, 216.) Pohdittaessa yhteisöllistä työympäristöä laitoshoidossa tulee tarkastella organisaatiota ja sen johtamistraditiota. Moni ammatillinen tiimityöskentely laitoshoidossa on ammatillista toimintaa silloin, kun hoitamisen kohde (hoitofilosofia) on kaikkien tiedossa. (Noppari & Koistinen 2005, 153.)

Moderni ihminen ei enää halua työskennellä ympäristössä, jossa häntä ei arvosteta itsenäisesti ajattelevana, vastuullisena ihmisenä. Sivistyksen myötä, ihmisen on vaikea tehdä työtä, joka ei tunnu hänestä mielekkäältä ja hyödylliseltä. Raskaiden pyramidiorganisaatioiden tilalle on tullut uudenlaisia kevyitä ja taipuisia organisaatiomalleja. Prosessi-, innovatiivisia -, tiimi- ja oppivia organisaatioita. Yhteistä näille organisaatioille on pyrkimys murentaa hierarkiat ja korvata ne matalilla ja joustavilla organisaatorakenteilla. (Järvinen 2001, 49.) Hoitotyön johtamista on tutkinut Lintula (2001) pro-gradu tutkielmassaan, hän toteaa, että osastonhoi-

tajat kokivat hallitsevansa potilashoidon, hallinnolliset työt sekä omasivat vahvat ihmissuhdetaidot. He kuitenkin tunsivat tarvitsevansa lisää tietoa ja taitoa kehittää itseään, henkilökuntaansa ja työyhteisöään. (Lintula 2001, 50.)

Työ ja työympäristömme ovat monipuolistuneet ja -mutkistuneet vuosien mittaan. Yhtäällä työelämä edellyttää yksilöiltä verrattain paljon valmiuksia, toisaalta tarjoaa myös mahdollisuuden luoda niitä. Eri tutkimuksissa on todettu, että muutoksen kourissa kamppailevat hyötyvät siitä, jos muutostilanteessa vaikuttavat tekijät pystytään arvioimaan sen mukaan, voidaanko niihin vaikuttaa. Osaan muutoksessa vaikuttavista tekijöistä voidaan vaikuttaa, osaan ei, mutta ne tulee hallita jotenkin ajatuksellisesti. Työyhteisöissä odotetaan, että esimiehillä on tällaista tilannetta jäsentävää ymmärrystä sekä kykyä ja tahtoa jakaa tätä ymmärrystä työyhteisössä. (www.ttl.fi.)

Työelämä ja sen organisaatiot ovat läpikäyneet dramaattisen muutoksen viimeisen kymmenen vuodenaikana. Kotter (2007) kirjoittaa johtamisen muutoksesta ja muutoksen voimasta. Työelämässä tulee olla tuottava ja taloudellinen. Työntekijät ovat hämmentyneet, oireilevat ja ovat koko ajan mukana muutosprosessissa. Muutoksia ei oikeastaan pysty hallitsemaan, vaikka näin usein ajatellaan. Kun ihminen ymmärtää mistä muutoksessa on kyse, hän sietää paremmin muutoksia ja kykenee ottamaan niistä hyödyn irti. Meidän on maltettava pysähtyä hetkeksi miettimään muutoksen tarkoitusta ja sen vaikuttavuutta meihin ja työhömmee. Sen jälkeen, kun ymmärrämme muutosta paremmin, voimme hyväksyä sen helpommin. (Aro 2002, 10.)

Sosiaali- ja terveydenhoitolaitosten tavoitteet ja tulos määritellään asiakkaiden tarpeiden mukaan eikä vain jollekin laitokselle laaditun pysyvän toiminta-ajatuksen pohjalta (Puttonen 1993, 12). Työpaikan kaiken toiminnan lähtökohtana on sen perustehtävä. Se määrittelee mitä varten kyseinen työpaikka on olemassa. Mikä on sen perustehtävä ja mitä pitäisi saada aikaan. Esimiehen ja koko johdon yhteinen tehtävä on huolehtia, että ryhmät tietävät perustehtävänsä ja työskentelevät sen toteuttamiseksi. Perustehtävä ei pysy muuttumattomana vaan sitä pitää tarkistaa ja selkeyttää jatkuvasti. Usein se merkitsee henkilöstön kohdalla uusien tehtävien, toimintatapojen opiskelua sekä vanhoista tavoista luopumista. (Järvinen 2001, 27 - 28.)

Työelämän muutokset vaikuttavat suuresti hyvinvointiimme. Voidaan sanoa, että suuri osa suomalaisten työuupumuksesta liittyy suoraan työelämän jatkuvaan, nopeaan muutokseen. Kun työ muuttuu koko ajan, se vaatii työntekijän oppimaan uutta koko ajan. Kun työongelmia ei ehdi ratkaista, ne kasautuvat ja alkavat syödä työntekijää sekä työhön käytettävissä olevia voimavaroja ja verottaa hyvinvointia. Työtehtävien hallinta edellyttää jatkuvaa oppimista, joka ei ole mahdollista vaan siitä tulee pakottava velvollisuus. Muutokset voivat vaikuttaa



yksilöön terveyttä edistävällä tavalla. Se voi esimerkiksi muuttaa työprosessin kulkua rauhalliseksi ja sujuvaksi, poistamalla työrauhaa häiritseviä tekijöitä. (Aro 2002, 11.)

#### 4.3. Työelämän muutos ja sen vaikutukset

Työelämän kaikkein keskeisimmäksi tavoitteeksi on tullut tuottavuuden parantaminen, myös julkisissa organisaatioissa. Julkinen sektori on työvoimavaltainen ala, jolla tuottavuuden parantaminen yleensä tarkoittaa työsuoritusten tehostamista, ihmisten venymistä, ilman että esimerkiksi työprosessien sujuvuuteen tai organisaation valtasuhteellisiin tekijöihin puututtaisiin. Pahimmassa tapauksessa on käynyt niin, että tuottavuuden tavoittelu on syrjäyttänyt toiminnalliset tavoitteet, jolloin ei ole olennaista mitä tehdään ja ketä varten, vaan että tehdään jotakin mahdollisimman halvalla. Suomen menestystarina on pantu merkille maailmalla. Mutta samalla Suomi on voittanut ensimmäisen sijan monissa kansainvälisissä kilpailuvertailuissa psyykkisen pahoinvoinnin lisääntyessä työelämässä. Masennuslääkkeiden käyttö työikäisten keskuudessa on lisääntynyt, psyykkiset työnkuormitustekijät ovat jatkuvasti lisääntyneet, eläkkeelle siirrytään aikaisemmin ja työuupumus lisääntyy sekä riittämättömyyden tunne pahenee. (Aro 2002, 16 -18.)

1900- luvun lopussa ja 2000 - luvun alussa alettiin kiinnittää huomiota työyhteisön toimintaan ja työn kehittämiseen. Työkykyä ja työhyvinvointia ylläpitävää toimintaa alettiin kehittää. Yritysjohdon asenteet muuttuivat inhimillisempään suuntaan. Erityisesti työn ja perheen yhteensovittaminen ja tasapaino ja niiden välinen merkitys ihmisen hyvinvoinnille ja toimintakyvyille ymmärrettiin uudella tavalla. (Aro 2002, 19-20.) Ihmiset voivat itse pitää huolta itsestään ja elää rikasta elämää, jossa mikään osa-alue ei vie muilta tilaa. Ihmisen elämää helpottaa, kun voi elää useammassa roolissa eri elämänvaiheissa, työssä, läheisten kanssa ja harrastuksissa. Tällöin muutostilanteissa aina jostakin roolista löytyy tuki, joka kantaa. Itsetunto ei ole yhden asian tai aseman varassa. (Valpola 2004, 187.)

Työntekoa innoittavat kokemukset syntyvät silloin, kun ihmiset pääsääntöisesti onnistuvat ja suoriutuvat vaativista tai hankalista tehtävistään. Onnistumiskokemukset tuovat työntekijälle hyvänolon ja tyydytyksen tunteen sekä motivoivat jatkamaan ponnisteluja. Jatkuvat epäonnistumiset vastaavasti alkavat kalvaa ihmisen työmotivaatiota ja syödä hänen henkisiä voimavarojaan. Tässä tilanteessa esimiehen rooli on tärkeä, hänen tulee luoda henkilöstölleen selkaiset puitteet ja mahdollisuudet, jotta he voivat selvittää työtehtävistään ja sitä kautta kokea onnistumisen ja työn sujumisen tuomaa tyydytystä. Ihmiset valittavat ja kokevat tyytymättömyyttä siitä, että työnteon puitteet ovat joiltakin osin huonosti hoidettu. Tästä seuraa vaikeuksia varsinaisessa työnteossa. (Järvinen 1998, 31-32.) Tällaisessa tilanteessa johtamisen merkitys korostuu. Johtamisen tyylin muutos voi olennaisesti muuttaa työyhteisön toimintaa ja henkilöstön hyvinvointia.

Työelämän paineet ovat käyneet erittäin koviksi eikä helpotusta ole näköpiirissä, pikemminkin päinvastoin. Muutos käy yhä nopeammaksi ja kilpailu kiristyy. Henkilöstöltä vaaditaan joustavuutta, tehokkuutta ja uusien asioiden nopeaa omaksumista. Työelämän odotukset ja vaatimukset koettelevat ihmisen jaksamista ja selviytymistä yhä enemmän. Nämä paineet näkyvät myös työyhteisön sisällä ja ilmapiiriongelmat sekä ristiriidat ovat selvästi lisääntyneet. Vuosia pinnan alla muhineet ristiriidat ja konfliktit ovat lisääntyneet. (Järvinen 1998, 15.) Sydänmaanlakka (2009) toteaa, ettei kaikki muutos ole aina hyväksi, kiihtyvä muutosvauhti panee ihmisen uudistumiskyvyn koetukselle (Sydänmaanlakka 2009, 25).

Henkilöstön muutosvalmius voidaan määritellä neljällä eri tasolla. Primitiivinen taso tarkoittaa muutosvastarintaa, shokkivaihetta. Toinen taso eli vastustava taso, jossa vastustetaan voimakkaasti kehittämistoimintaa. Kolmas taso on mukautuva taso, jossa henkilökunta katsoo jo tulevaan. Neljäs taso on ns. motivoitunut taso, jossa henkilökunta jo etsii aktiivisesti uutta. (Härkönen & Nissinen 1990, 146.)

Jokaisessa työyhteisössä kehittäminen ja uuden aloittaminen kohtaa vastarintaa. Vaikka tavoitteet ovat yksimieliset, muutoksen käynnistäminen aiheuttaa organisaatiossa kasvukipua. Nopeat muutokset työyhteisössä synnyttävät yleensä vaikeita ongelmia, passiivisuutta ja viihtymättömyyttä työntekijöissä. Työyhteisön kehittämisen kannalta tärkeää on tukea työntekijöiden ammatillista kasvua koulutuksen, tiedottamisen ja ohjauksen keinoin. Jokaisen työyhteisön kehittämisresurssit ovat rajalliset. Työntekijöitä tulee kuunnella tässä tilanteessa ja kunnioittaa heidän toiveitaan. (Puttonen 1993, 53.) Muutostilassa hyvä johtaminen on erittäin vaativaa. Olennaista on johtajan oma epävarmuuden sietokyky. Työnohjauksen hankkiminen on erityisesti muutostilanteessa kannattava investointi. Muutosprosessissa korvaamattomana apuna voi myös olla selkeä käsitys omasta perustehtävästä ja työroolista. (Aro 2002, 57, 74, 111.)

Organisaation ja rakenteiden haitalliset vaikutukset paljastuvat yleensä, kun toimintaa katsotaan perustehtävästä ja lopputuloksesta käsin, esimerkiksi asiakkaan, tuotteen tai taloudellisen kokonaistuloksen näkökulmasta. Päämäärä pitää olla esimiehellä kirkkaana mielessä koko ajan. Jotta työpaikalla päästään onnistuneesti kohti päämäärää, tulee esimiehillä ja työntekijöillä olla yhtenäiset linjaukset. Johtaminen onkin tässä suhteessa hyvin ristiriitaista. Toisaalta johtajan on puolustettava oman ryhmän etuja ja toimintamahdollisuuksia organisaatiossa, mutta toisaalta tulee ymmärtää organisaation kokonaisuutta. Tämä saattaa edellyttää luopumista oman ryhmän resursseista toisten hyväksi. Esimieheltä edellytetään joustavuutta, laajakatseisuutta sekä kykyä neuvotella ja sovitella erilaisia työn ja organisaation aiheuttamia konfliktitilanteita. Esimiehen, joka ei kykene rakentamaan yhteistyöhön muiden kanssa, on yleensä haitta kuin hyöty yrityksen toiminnalle. (Järvinen 1998, 34 - 35.)

#### 4.4. Johtajan asema

Esimiehellä on työnjohto-oikeus ja velvollisuus. Hän päättää mitä kulloinkin tehdään vai tehdäänkö mitään. Hankaluuksia voi aiheuttaa se, että työtä on enemmän, kuin työntekijöitä, jolloin joudutaan priorisoimaan sekä yksilön että ryhmien tehtäviä. Työtehtävien karsiminen ja tärkeysjärjestykseen laittaminen on usein vaikeaa. Tästä johtuen työn mielekkyys heikenee ja syntyy yleinen sähläys, joka pitkittyessään rasittaa kaikkien hermoja ja synnyttää tehottomuutta sekä rasittaa työilmapiiriä. Ne, jotka eivät vaadi tai tyytyvät saamaansa, joutuvat kärsijöiksi. Organisaatiossa tulee olla pelisäännöt, miten toimitaan erilaisissa tilanteissa. Sääntöjen tulee olla riittävän yksinkertaiset ja selkeät, jotta kaikki tietävät mikä kulloinkin on ensisijaista. Jatkuvat muutokset ja uudistukset tekevät entistä tärkeämmäksi sen, että on tarpeeksi selkeät toimintaohjeet. Tämä on tärkeää niin uusien kuin vanhojenkin työntekijöiden kannalta. Työhön perehdytys on ehdottoman tärkeää, sitä ilman ei voi toimia kitkatta. (Järvinen 2001, 37.)

Jos johtaminen ei ole kunnossa, työyhteisön energia alkaa valua työyhteisön sisäisten tarpeiden suuntaan. Jäsenten keskinäiset ristiriidat ja valtataistelu lisääntyy. Jos johtaminen on puutteellista joku tai jotkut ottavat johtajan paikan ja alkavat ohjaillla työyhteisön jäsenten toimintaa. Tällaisen epävirallisen johtajan komentoa ei koeta hyväksyttävänä ja siksi työyhteisössä viriää väistämättä valtataistelu. Syntyy kuppikuntia, joita ei johda kukaan. Tämän seurauksena työyhteisön jäsenten keskinäiset suhteet ja luottamus vaarantuvat ja tästä seuraa, ilmapiirin tulehtuminen. (Järvinen 2005, 25.)

Esimies käy yleensä keskusteluja alaistensa kanssa. Sitä kautta hän tukee heitä ja ratkoo erilaisia työhön liittyviä ongelmia. Esimiehelle jää kuitenkin helposti liian vähälle huomiolle työyhteisön yhteiset säännölliset palaverit. Hän saattaa pitää niitä toiminnan kannalta vähämerkityksellisinä, eikä tule ajatelleeksi niiden tuomaa hyötyä. Ihmiset haluavat tietää mitä työpaikalla tapahtuu ja mitä uutta on suunnitteilla. Sähköposti ei korvaa niitä tilanteita, joissa koko työyhteisö on paikalla ja saa yhtä aikaa tietoa omasta ja koko yrityksen asioista. Näissä tilanteissa voidaan keskustella heränneistä kysymyksistä ja selvittää erilaisia ristiriitoja. Esimies, joka ymmärtää, ettei hän voi olla aina oikeassa, eikä osata kaikkea, voi monin tavoin viestiä henkilökunnalle, että hän kaipaa ympärilleen erilaisuutta ja uudistusmielisyyttä. On myös tärkeää, että hän kertoo tämän ääneen niin, että henkilökunta varmasti tietää sen. Esimieheltä odotetaan tasapuolisuutta. Hänen pitää huolehtia kaikkien johtamiensa ihmisten asioista eikä hän saa suosia ketään liikaa. Ylipäätään hänen tulee tarkastella toimintaa työn näkökulmasta ja välttää liiallinen mukaanmeno työyhteisön sisäiseen maailmaan. Esimiehen pitää kyetä ajattelemaan järkevästi myös silloin, kun työyhteisössä ovat tunteet valloillaan. (Järvinen 2001, 39 - 42, 62 - 63.)

#### 4.5. Vuorovaikutus työyhteisössä

Työssä, jossa keskeistä on ihmisten välinen toiminta, on työntekijöiden kehitettävä sekä ilmaisun että viestinnän vastaanottajan taitoja. Kuuntelutaito on asiakaspalvelussa usein tärkeämpää kuin itseilmaisus. Kuuntele enemmän kuin puhut, sopii palvelualalle. Itseilmaisua voidaan kehittää harjoituksilla. Rohkea ja monipuolinen itseilmaisus innostaa myös toista osapuolta osallistumaan keskusteluun. Yllätyksellisen tai voimakkaan reaktion pelko saattaa tehdä toisesta haluttoman tuoda omia tunteuksiaan esille. (Puttonen 1993, 67.) Viestinnän taidot riippuvat rooleista ja suhteesta toiseen osapuoleen. Roolien ollessa selkeät suhteen ja vuorovaikutuksen epäonnistuminen on vähäinen. Ystävyysuhde on syvälinen ja jatkuvampi, sen ristiriidat heijastuvat molempiin osapuoliin. Se on kasvusuhte, jossa keskinäinen vuorovaikutuksen aitous on keskeistä. Intiimisuhteessa vuorovaikutuksessa osapuolet saattavat kohdata suhteen loppumisen tai sen menettämisen. (Puttonen 1993, 91.) Ammatillinen vuorovaikutus on tasa-arvoinen ja edellyttää neuvottelutaitoja, niiden puute johtaa helposti auktoriteetti-roolin korostumiseen. Oikeudenmukaista johtamista määrittää päätöksentekoperiaatteet ja vuorovaikutuksen laatu. (Vahtera, Kivimäki & Virtanen 2002, 44.) Eriksson-Piela (2003) on tutkinut valtasuhteita sairaalamaailmassa. Tutkimuksessa osoitetaan, että valtasuhteita pidetään yllä aktiivisesti ennen kaikkea ammattiryhmien ja sukupuolten välisissä suhteissa. Sosiaalisten suhteiden keskeiseksi määrittelykentäksi muodostuvat tällöin ammatilliseen kielelliseen kykyyn liittyvät kamppailut.

Esimiehen viestintä on osa hänen rooliaan, mitä monipuolisemmat sen työkalut ovat, sitä joustavammin hän pystyy siirtymään tilanteesta toiseen ja ottamaan paikkansa. Välillä tilanne vaatii huumoria ja leikkimielisyyttä ja välillä jäykkää asiallista otetta. Esimiehen rooli ymmärretään jäykäksi ja muodolliseksi. Esimies etäännyty työntekijöistä, jos hän ei pysty esimerkiksi kahvitauolla mukautumaan työntekijöiden rentoon ilmapiiriin. Epäviralliset keskustelut ovat esimiestyössä tärkeitä, koska niissä voi aistia työyhteisön tunneilmapiirin. Viestintä on toimintaa, jolla esimies pyrkii vaikuttamaan. Hän on aina suurennuslasin alla, mitä tahansa hän sanoo tai jättää sanomatta, se tulkitaan. Tulkintaa tehdään sanojen, ilmeiden, eleiden ja äänenpainon perusteella, jotka antavat viestille oman merkityksensä. Ihminen tuo oman kokemushistoriansa viestintätilanteeseen. Vaikka esimiehen viestintä olisi neutraalia, saattaa se työntekijän mielestä sisältää sellaisia merkityksiä, jotka ärsyttävät häntä. Sanavalinta voi muuttaa viestin merkitystä täysin päinvastaiseksi, miksi se on tarkoitettu. Tämä on kuitenkin viestinnän inhimillinen piirre, joka on hyväksyttävä. Esimiehen ei pidä varoa sanojaan, vaan on keskusteltava enemmän. Asioita on selkiytettävä niin, että yhteisymmärrys saavutetaan. (Nummelin 2007, 36.) Sydänmaanlakka (2009) sanoo verkostojen olevan tämän päivän iso juttu. Uudistuminen ja työskentely tapahtuu verkostoissa. Työ tehdään hyödyntäen sosiaalisia ja teknologisia verkostoja. (Sydänmaanlakka 2009, 5.)

Oikeudenmukaisen johtamisen periaatteita ovat, oikeus tulla kuulluksi omassa asiassa, johdonmukaiset säännöt, ihmisten kohtelemisen samojen periaatteiden mukaan, selkeät päätöksenteon periaatteet, jotka on kerrottu niitä koskeville henkilöille, mahdollisimman oikeaan tietoon perustuva ja puolueeton päätöksenteko sekä mahdollisuus korjata vääriä päätöksiä. Ihmisten kohtelu vaikuttaa ihmisten reaktioihin ja tunteisiin. Keskeistä on, kohdellaanko ihmistä kunnioittavasti, rehellisesti ja ystävällisesti ja voivatko ihmiset luottaa esimiehiinsä. Oikeudenmukainen johtaminen voi lisätä työntekijän sitoutumista työpaikkaansa, parantavan yhteistoiminnan edellytyksiä ja vähentävän kitkaa henkilöstöryhmien välillä. Viimeaikaiset tutkimukset tukevat oikeudenmukaisuuden ja terveyden välisen yhteyden. Se ei ole rajattu vain sairaaloissa työskenteleviin, myös muissa julkisen ja yksityisen sektorin tutkimuksissa on tehty samoja havaintoja. Oikeudenmukaiseksi koettu johtaminen ja toimiva yhteistyö ovat nousseissa tärkeiksi terveystekijöiksi nykyajan vaativassa ja nopeasti muuttuvassa työelämässä. Nämä ovat huomion arvoisia asioita kehitettäessä työelämää, henkilöstön hyvinvointi edistetään, johtamista ja yhteistyötä kehittämällä. (Vahtera ym. 2002, 44 - 45, 52.)

Johtajuuden on edistettävä työntekijöiden työssä kehittymistä ja viihtyvyyttä. Tämä on mahdollista muun muassa parantamalla työilmapiiriä, tarjoamalla virikkeitä työntekijän taitojen kehittymiselle ja antamalla mahdollisuus luovuudelle. Tulosjohtaminen pyrkii tulokseen, kun taas laatujohtamisessa on keskeistä ryhmän keskeinen vuorovaikutus tuloksiin pääsemiseksi. Tulos muodostuu teoreettisesti vain karkeasti hahmotettavasta kokonaisuudesta. Kullakin toimintayksiköllä ja osastolla on omakokonaisprosessiin liittyvä tavoite. Terveystuhoon kokonaistehokkuus muodostuu näin. Esimerkiksi avo- ja laitoshoidon kokonaistehokkuus ja tuloksellisuus määräytyy kunkin hoitoyksikön tekemästä työstä ja sen merkityksestä. Laitoshoitoyksiköt eivät ota koko tavoitetta hoitaakseen, koska se ei palvele kokonaistulosta. (Puttonen 1993, 33 - 34, 56.)

#### 4.6. Työyhteisön ongelmatilanteet

Työyhteisön ongelmat ja niiden ilmeneminen ovat aina ainutlaatuisia. Ei ole olemassa kahta samanlaista ongelmatilannetta. Ongelmiin ja niiden ilmenemiseen vaikuttavat erityisesti työyhteisön historia, työpaikan kulttuuri ja työtehtävien sisältö. Työyhteisön ristitirojen ja ongelmien aiheet ja oireet vaihtelevat. Ne voidaan jakaa karkeasti neljään pääryhmään, muutos ja kriisitilanteet, yhteisöllinen stressi ja työuupumus, yksilöllähtöiset ongelmat sekä kärjistyneet yhteistyöongelmat ja ristiriidat. Tyypillisiä muutostilanteita ovat, henkilöstön supistukset; irtisanomiset, lomautukset, toimintojen lakkauttaminen, kehittäminen ja yhdistäminen, organisaatiouudistukset sekä työ- ja toimintatapamuutokset. Muutokset koetaan ensisijaisesti uhkana, ne synnyttävät epävarmuutta, huolta, jännitystä, pelkoja ja ahdistusta. Johdon tehtävä on tiedottaa ja perustella riittävästi muutoksen syytä. Sekään ei aina riitä estämään pelonsekaisten mielikuvien syntyä ja leviämistä henkilöstön keskuudessa. Yhteisöllinen stressi ja

työuupumus ovat melko uusia ilmiöitä. Aiemmin stressi oli lähinnä yksilön ongelma. Nyttämmin on huomattu että, koko työyhteisö saattaa olla nääntymässä työpaineiden alle. Tämä voi syntyä jatkuvista muutoksista tai henkilöstöresurssien riittämättömyydestä työmäärään nähden. Se voi johtua yksityisellä sektorilla jatkuvista muutoksista ja niiden tuottamasta epävarmuudesta yhdistyneenä kasvaviin tulosvaatimuksiin. Julkisella sektorilla taas taloudellisten resurssien puute johtaa henkilöstösupistuksiin ja tätä kautta työmäärän lisääntymiseen. (Järvinen 1998, 82 - 83, 85.)

On erittäin tavallista, että vastuunottajaa ongelmien ja ristiriitojen ratkaisemiseksi on hyvin vaikea löytää. On hyvinkin ymmärrettävää, ettei kukaan halua tarttua asioihin, jotka ovat yleensä vaikeita käsitellä, jopa ahdistavia. Ongelmien käsittelyvastuuta pallotellaan henkilöltä toiselle ja eri tahojen kesken. Erityisen herkästi apua haetaan henkilöstöihmisiltä, työterveyshuollolta ja konsulenteilta. Viime kädessä henkilö, jonka tulee tarttua ongelmiin, on esimies. Esimiehen tulee olla hereillä silloin, kun laiva on ajautumassa karille. Hänen tulee ryhtyä johtamaan tilannetta niin, että vaikeudet voitetaan. Usein kuitenkin esimiehet kokevat riittämätöntä koulutusta ongelmien ratkaisuun. He kokevat, ettei heillä ole tarvittavaa tietoa ja diagnoosintekotaitoa, siitä miten kulloinkin tulisi toimia. Tavallista on, että työyhteisön sisäisten ongelmien ratkaisun kanssa vitkastellaan, minkä seurauksena yhteisö ajautuu pahe-nevaan ongelmakierteeseen. Hyvän työyhteisön ja johtamisen merkkinä nähdään ongelma- ja ristiriitatilanteiden pitäminen haasteina ja oppimisen mahdollisuuksina, eikä niitä tarpeettomasti vältellä tai peitellä. (Järvinen 1998, 71, 74.)

Järvisen (2001) mukaan, kun työyhteisön ongelmia ei saada ratkotuksi, joutuu työyhteisö sisäisen maailmansa pyörteisiin, jolloin aikuismainen ajattelu alkaa heiketä. Käsitys asioista muuttuu mustavalkoiseksi ja syntyy vastakkaisasetteluja. Alkaa leimaaminen syyllisiksi ja asialliset työsuhteet korvautuvat tunnevaltaisilla henkilösuhteilla. Syntyy taistelu siitä kuka on oikeassa ja kuka väärässä. Kukaan ei uskalla ottaa kantaa tosiasioiden pohjalta vaan oman mielipiteensä perusteella. Työyhteisö jakautuu taisteluleireihin ja monet vaikenivat tyystin sekä kokevat tilanteen erittäin ahdistavaksi. Nämä konfliktin kierteet alkavat näkyä myös työyhteisön ulkopuolella ja vaikuttavat asiakkaisiin. Ongelmakierteen seurauksena työn tehokkuus ja laatu kärsivät. Pitkään jatkuessaan se uuvuttaa ja jopa sairastuttaa työntekijät. Ongelmien alkuperää ei loppujen lopuksi kukaan tiedä. Ongelmien alkuperä on yleensä normaali työtoimintaan liittyvä asia. Kun asiaa ei ole käsitelty pois päiväjärjestyksestä, se on synnyttänyt uusia ongelmia ja väärinkäsityksiä, minkä seurauksena on jouduttu ongelmakierteeseen. Kun työyhteisössä havaitaan, että ihmisten keskinäiset suhteet tai ilmapiiri on huono, tulee siihen puuttua heti, että saadaan suhteet ja ilmapiiri kuntoon. Ongelmatilanteissa ratkaisussa on tärkeää perustehtävän kirkastaminen, perusrakenteen- ja prosessien selkeyttäminen sekä työntöön edellytysten parantaminen. (Järvinen 2001, 76 - 79.) Tyypillistä on myös, että joku kokee olevansa työpaikkakiusattu ja/tai erilaisen syrjinnän tai häirinnän koh-

teena. Työväsytys johtuu harvemmin uuvuttavasta työstä, usein se johtuu turhautumisesta, siitä ettemme koe työtä ja siinä olevia vastoinkäymisiä mielekkäinä. Erityisesti ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat ovat tällaisia. Motivaatio-ongelmat ovat moninaisia ja johtuvat johtamista-voista, organisaatiosta, sen kulttuurista, myös yksilön persoonallisuudesta ja siitä miten ne kohtaavat. (Nurmi 2000, 63.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia psykiatrisen osaston hoitofilosofian muutoksen vaikutusta hoitajien työnkuvaan, työnvaativuuteen ja työn kuormittavuuteen sekä, millaisia odotuksia muutos asettaa esimiestyölle. Tarkoitus on tutkia muutoksen vaikutusta silloin, kun vanhusten pitkäaikaisosasto muuttuu geriatrisesta osastosta psykiatriseksi osastoksi, kun hoitamisen painopiste muuttuu fyysisestä psyykkiseen. Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymykset perustuvat kokemuksiini vanhusten hoitotyöstä. Työskenneltyäni psykiatrisella osastolla noin puoli vuotta, huomasin siellä ristiriitoja hoitajien keskinäisissä keskusteluissa. Mielenkiinto heräsi ja halusin tietää, mistä nämä ristiriidat johtuivat, siitä lähti kiinnostus tätä aihetta kohtaan. Tutkimuskysymykset nousivat työpaikalla käytyjen osaston kehittämiseen tähtäävien keskustelujen perusteella ja työskennellessämme koettujen epäkohtien ja ristiriitojen kautta. Tutkimuskysymykset koskivat osaston muuttunutta hoitofilosofiaa ja sitä, miten muutos koettiin osastolla. Miten muutos on vaikuttanut hoitajien työhön ja työtapoihin sekä miten hoitajat haluaisivat osastoa kehitettävän jatkossa. Viimeiseksi kysyttiin mitä haasteita tai odotuksia osaston hoitofilosofian muuttuminen on heidän mielestään tuonut esimiestyölle.

Opinnäytetyön tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, miten osaston hoitofilosofian muuttuminen vaikuttaa hoitotyöntekijöiden kokemuksiin, osastolla työskentelevien apu-, perus- ja lähi- sekä sairaanhoitajien työnkuvaan, työnvaativuuteen ja työn raskauteen sekä, mitä odotuksia se asettaa esimiestyölle. Opinnäytetyön tutkimus antaa empiiristä, kokemusperäistä tietoa tulevaisuudessa osaston hoitofilosofian muutosta harkitseville osastoille ja mitä on otettava huomioon hoitohenkilökunnan ja esimiestyön osalta.

Tutkimuskysymykset henkilökunnalle:

1. Miten olet kokenut osaston muutoksen pitkäaikaisgeriatrisesta osastosta psykiatriseksi?
2. Miten osaston työnkuvan ja hoitofilosofian muuttuminen ovat vaikuttaneet omaan työhösi?
3. Miten haluaisit kehittää osaston toimintaa tulevaisuudessa?
4. Millaisia odotuksia sinulla on esimiestyön suhteen?

Esimiehelle esitetyt haastattelukysymykset ovat samassa linjassa kuin hoitohenkilökunnalle tehdyt kysymykset, mutta niitä muunnettiin esimiehen työhön sopiviksi. Esimiehen haastattelu nauhoitettiin ja haastatteluaineisto litteroitiin. Haastattelu oli lomakehaastattelu, jonka avulla haastattelu pysyi aiheessa, eikä aihe rönsyillyt. Haastatteluun oli varattu aikaa yksi tunti. Haastattelua varten varattiin aika ja häiriötön tila.

Esimiehelle esitetyt haastattelun tutkimuskysymykset (liite 7):

1. Miten osaston hoitofilosofia ja työnkuva ovat mielestäsi muuttuneet kahden viime vuoden aikana?
2. Miten osaston toimintaa tulisi kehittää tulevaisuudessa?
3. Millaisena koet esimiehen roolista osaston kehityksen tulevaisuudessa?
4. Kuvaile osaston ilmapiiriä työyhteisönä ja sen kehittymismahdollisuuksia psykiatrisena osastona?

## 6 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSASETELMA

Tutkimuksen kohteena oleva organisaatio on sairaalaosasto. Osastolla on 24 potilaspaikkaa, joiden lisäksi käytössä on 3 ylipaikkaa, näistä 12 potilaspaikkaa muodostaa erillisen dementia-osaston. Osaston keskeinen tehtäväalue on vanhusten psykiatristen häiriöiden ja sairauksiin liittyvien psyykkisten oireiden tutkiminen ja hoito ja toiminnallinen kuntouttaminen sekä lääkehoidon turvallinen aloittaminen tai muuttaminen osastoseurannan aikana. Potilaat ovat masennustiloista tai muista mielialahäiriöistä kärsiviä vanhuksia. Useimmilla on dementian lisäksi jokin muu diagnosoitu psykiatrinen sairaus. Erityishaasteena ovat sekamuotoisia liitännäisoireita sairastavat vanhukset. Näitä ovat käytöshäiriöt, elimelliset sekavuus- ja levottomuustilat ja harhaisuus. Suurin osa potilaista liikkuu itsenäisesti ja osa selviytyy päivittäisistä toiminnoistaan omatoimisesti, osa ohjattuna tai pienen avun turvin ja joidenkin kohdalla avun tarve on suurempi. (Weckström 2009, sähköposti)

Opinnäytetyön tutkimuksen kohteena oleva osasto oli aikaisemmin 12 paikkainen geriatrinen osasto, joka vuoden 2008 alusta muutettiin pitkäaikaisgeriatrisesta osastosta psykiatriseksi osastoksi. Sama henkilökunta hoitaa myös fyysisesti samassa kerroksessa olevan dementia-osaston potilaat. Muutoksen alkuvaiheessa hoitajilla oli mahdollisuus valita kummalle osastolle hakeutuvat. Dementiapotilaista kiinnostuneet saivat mennä dementia osastolle. Osastolla toimii tiimijako, tämä tarkoittaa, että dementia osastolla on oma henkilökunta. Osastolla on myös käytössä omahoitajajärjestelmä, jossa jokaisella potilaalla on nimetty omahoitaja. Potilas ja hänen läheisensä osallistuvat mahdollisuuksiensa mukaan hoitoon ja hoidon suunnitteluun. Osaston ulko-ovet ovat suljetut, samoin kaikki potilashuoneiden ja yleisten tilojen säily-



tyskaapit. Eristykseen vaadittavaa erillistä tilaa ei osastolla ole käytettävissä. (Weckström 2009, sähköposti)

Potilaat ohjautuvat psykogeriatriselle osastolle lähetteellä erikoissairaanhoidosta, saman sairaalan toisilta osastoilta ja avohoidosta. Hoitoaika on muutamasta viikosta kuukausiin. Hoidon tavoitteena on turvallinen kotiutuminen tai oikean jatkohoitopaikan löytyminen. Henkilökuntarakenne on, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 5 sairaanhoitajaa, 15 lähi/perushoitajaa, ½ osastosihteeri, osastonlääkäri. Osastonlääkärin virkaa hoitaa kaksi puoli-päiväistä lääkäriä vuoroviikoin. Yhteistyötahoja ovat fysioterapeutti, SAS- hoitaja, (SAS= suunnittelee-arvioi-sijoittaa), sosiaalihoitaja, kotiutustiimi, kotiutushoitaja, muistipoliklinikka, sairaalapappi, yksityinen kampaaja ja jalkojenhoitaja. (Weckström 2009, sähköposti)

Vanhuspoliittinen strategia tulee olla jokaisesta kunnasta. Opinnäytetyön kohteena sijaitsevan sairaalan kunnassa sellainen on tehty vuosille 2010-2020. Sen mukaan vuonna 2010 on arvioitu olevan yli 65-vuotiaita 7513 henkilöä joka, on väestön arvioidusta kokonaismäärästä eli 48937:stä on 15,4 %. (Hyvä ikääntyminen Porvoossa 2009, 3.) Laitoshoidossa tutkimussairaallassa on neljä osastoa, jotka ovat profiloituneet asiakaskunnan mukaan. Osasto 1:llä hoidetaan pääsääntöisesti vaativia pitkäaikaispotilaita. Osasto 2 on psykogeriatrinen osasto, johon sisältyy dementiayksikkö. Osasto 3 on akuutti- ja vastaanotto-osasto, jonne tullaan lääkärin lähetteellä joko erikoissairaanhoidosta tai kotihoidosta. Osasto 4 on jatkokuntoutusosasto neurologisille potilaille, mutta siellä hoidetaan myös muita pidempiaikaista hoitoa vaativia potilaita. Potilaspaikkoja on yhteensä 109. Tutkimussairaalan osastoilla 1, 2 ja 4 on naisia 54,5 % ja miehiä 45,5 %. Potilaista on alle 75-vuotiaita 34 % ja yli 75-vuotiaita 66 %. Potilaista 73 % tarvitsee runsaasti apua tai on kokonaan autettavia. 69 %:lla potilaista on keskivaikea tai lievä dementia. Pitkäaikaishoitopäätös on noin 50 %:lla potilaista. Osasto 3:lla ei käytetä RAI-arviointia (Resident Assessment Instrument asukkaan arviointiväline), joten tuloksia ei ole selvillä. (Hyvä ikääntyminen Porvoossa 2009, 9.)

#### 6.1. Avoin kysymyslomake ja haastattelu tutkimusaineiston keruumenetelminä

Tutkimuslupa hakemus (liite 1) sekä saatekirje (liite 2) lähetettiin ylihoitajan kautta vanhustyönjohtajalle toukokuussa 2009 ja lupa (liite 3) kesäkuun alussa. Aineistonkeruu menetelmänä käytin kysymyslomaketta (4), joka sisälsi seitsemän kysymystä, joista kysymykset yksi, kaksi ja kolme olivat taustatietoja kartoittavia kysymyksiä ja neljä seuraavaa avoimia kysymyksiä. Avoimiin kysymyksiin oli annettu apusanoja, (innostusta, haasteita, haikeutta, muutostavastarintaa, halua oppia uutta, pelkoa, ahdistusta) vastaamisen helpottamiseksi ja viitteeksi siitä, mitä kysymyksellä haettiin. Kyselylomake esiteltiin kahdella hoitajalla, jotka lukivat sen ja antoivat palautteen. Palautteen johdosta kysymyksiin lisättiin apusanoja, joilla tarkennettiin mitä kysymyksillä haettiin. Kysely toteutettiin kesällä 1.6 - 31.7. 2009 välisenä

aikana. Aikajakso oli näin pitkä, koska oli kesälomakausi. Kysymyslomakkeet olivat osaston kanslian pöydällä kansiossa vastaajien vapaasti otettavissa.

Esimiehen haastatteluun haettiin tutkimuslupa tammikuussa 2010 (liite 5) ja lupa saatiin (liite 6). Esimiehen haastattelu nauhoitettiin ja litteroitiin, siitä haettiin yhteneväisyyksiä hoitohenkilökunnan kyselyn vastaaviin kysymyksiin. Kun tutkimusaineisto on kerätty, se pitää muuttaa sellaiseen muotoon, että sitä voidaan tutkia. Litterointi tarkoittaa haastattelun kohdalla nauhoitusten purkamista tekstimuotoon. Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa analysoitava aineisto on aina joko kuva- tai tekstimuodossa. Haastattelun litterointi helpottaa tutkimusaineiston analysointia eli tutkimusaineiston järjestelmällistä läpikäyntiä, sekä aineiston ryhmittelyä ja luokittelua. (Vilkkä 2005, 115.) Esimiehen haastattelun tarkoituksena oli saada tietoa esimiehen ajatuksista muutoksessa ja muutoksen tuomista haasteista. Lisäksi haettiin tietoa, miten esimies on kokenut muutoksen omassa työssään esimiehenä ja johtajana.

Haastattelu on hoitotieteellisessä tutkimuksessa perinteinen aineistonkeruumenetelmä. Se voidaan luokitella lomakehaastatteluun, teemahaastatteluun ja avoimeen haastatteluun. Näistä vaihtoehtoista lomakehaastattelu on strukturoiduin ja eniten tutkijan ohjaama ja avoin haastattelu avoimin ja tutkittavan vapaan kerronnan mahdollistava. Haastattelun onnistumisen kannalta on tärkeää, että tutkija suunnittelee haastattelun etukäteen ja tutustuu tutkimuskohteeseen sekä teoriassa että käytännössä ja motivoi haastateltavan. (Jokinen & Pelkonen 1996, 135.) Haastattelu on hyvä nauhoittaa, koska nauhoitus varmistaa spontaanit lausumat tilanteista, jotka ovat sitten käytettävissä tutkimuksen muun aineiston osana (Jokinen & Pelkonen 1996, 137). Laadullisessa tutkimuksessa haastatteluaineistoa kertyy yleensä paljon ja se sisältää väistämättä myös sellaista aineistoa, jolle ei ole tutkimuksen kannalta käyttöä (Jokinen & Pelkonen 1996, 138).

Tutkimusaineistoa oli 26 sivua A 4 kokoista käsin kirjoitettua arkkiä. Esimiehen haastattelusta litteroitua aineistoa tuli 10 A 4 kokoista tietokoneella fontti 10 kirjoitettua arkkiä. Hoitohenkilökunnalle tehdyt kyselylomakkeet analysoitiin sisällönanalyysiä ja luokittelumenetelmää käyttäen niin, että niistä pyrittiin löytämään kysymyksiin vastaavia käsitteitä, jotka teemoiteltiin. Kysymyksiä selvennettiin apusanojen avulla, joita olivat; innostusta, haasteita, haiketta, muutosvastarintaa, halua oppia uutta, pelkoa ja ahdistusta. Apusanojen avulla pyrittiin helpottamaan vastaamista ja saamaan kysymyksiin vastauksia halutuista asioista. Ammattiryhmistä olivat edustettuina sairaanhoitajat, apu-, lähi- ja perushoitajat. Aineiston analysoinnin aloitin lukemalla aineiston läpi useaan kertaan. Aineistosta yhdistettiin samankaltaiset vastaukset, joita käytiin vielä erikseen läpi. Aineistosta koottiin samankaltaisuuksia paperille luettelomuodossa apusanoja apuna käyttäen, näin saadut samaa tarkoittavat asiat koottiin omiksi luetteloikseen. Vastaukset teemoiteltiin edelleen ja luotettavuuden lisäämiseksi valit-

tiin parhaiten kysymykseen vastaava vastaus, jossa oli esimerkiksi käytetty vastaamisen helpottamiseksi annettuja apusanoja tai synonyymejä. Teemoittelu on luokittelun kaltaista eikä Tuomi & Sarajärven (2009) mukaan lukumäärällä ole merkitystä, mikä riippuu laadullisen tutkimuksen perinteestä. Kyse on laadullisen aineiston pilkkomisesta ja ryhmittelystä erilaisten aihepiirien mukaan. Ennen varsinaista teemoittelua aineisto voidaan ryhmitellä tiedonantajan sukupuolen, iän tai muun sellaisen tiedon mukaan. Ideana on etsiä aineistosta tiettyä teemaa tai asiaa kuvaavia näkemyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.)

Opinnäytetyö on lähestymistavaltaan laadullinen eli kvalitatiivinen. Kvalitatiivinen tutkimuksen suomenkielisissä metodioppaissa ja tutkimusraporteissa käytetään samaa tarkoittavina termeinä "laadullinen", "pehmeä", "ymmärtävä" ja "ihmistutkimus". Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus sopii ihmistieteiden tutkimusmenetelmäksi, koska ihmistieteiden tutkimuskohteet, esimerkiksi hyvinvointi ja terveys ovat inhimillisten arvojen sävyttämiä. Ihmistieteet ovat laaja kokoelma erilaisia tieteenaloja, kuten humanistiset tieteet esimerkiksi psykologia, kielitiede tai historiatiede. Laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Lomakehaastattelu tai -kysely on käytännössä useimmiten kvantitatiivisen aineistonkeruumenetelmä. Haastattelun tai kyselyn keinoin kerätystä aineistosta voidaan testata hypoteeseja ja aineisto voidaan helposti kvantifioida. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, jolloin aineiston koolla ei ole tässä merkitystä. Laadullisen tutkimuksen aineistossa pyritään kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään toimintaa tai antamaan mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon ja että heillä on kokemusta asiasta. Tällöin tiedonantajien valinnan ei pidä olla sattumanvaraista vaan harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 23, 31-32, 71, 85-86.). Laadullisessa tutkimuksessa tutkimus kohdistuu useampien ominaisuuksien välisiin suhteisiin, pienessä tapausjoukossa (Töttö, 1999, 283). Ilman tutkittavan ilmiön ja sen perusrakenteen tuntemusta tutkija ei kykene valitsemaan tutkittavan ilmiön kannalta sopivaa tutkimusmenetelmää. Valitessaan tutkimusmenetelmää on tutkijan tiedettävä mitä kukin tutkimusmenetelmä tavoittaa. Jokainen tutkimusmenetelmä on tässä suhteessa rajallinen. (Perttula 1995, 40.)

Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2008) sekä Eskola & Suoranta (1998) painottavat tutkimusongelman rajaamisen tärkeyttä. Tällöin lukija ei menetä mielenkiintoaan heti alussa, vaan jaksaa lukea tutkimuksen loppuun asti. Lähtökohtana laadulliselle tutkimukselle on todellisen elämän kuvaaminen (Hirsjärvi ym. 2007, 157). Tämä opinnäytetyön tutkimus rajattiin koskemaan vain koettua muutosta ja sen tuomia haasteita, muutosta ei tutkittu esimerkiksi videomalla hoitotilanteita tai seuraamalla hoitajien työskentelyä. Tutkimuskysymysten määrä on pieni, koska avoimiin kysymyksiin vastaaminen koetaan haastavaksi ja työlääksikin. Motivoin-

tina käytin suullista kehoitusta, sähköpostia ja palkintoa, jonka toteutan tutkimuksen valmistuttua kiitoksena vastaajille.

## 6.2. Sisällönanalyysi tutkimusaineiston analysointimenetelmänä

Tuomi & Sarajärvi (2009, 5-6) toteavat, että usein aloittelevan tutkijan laadullisen opinnäytetyön aineistonanalyysi menetelmänä on sisällönanalyysi. Aiheesta on vain vähän kirjallisuutta, jossa konkreettisesti esitettäisiin analyysin eteneminen. Kirjallisuuden perusteella sisällönanalyysiksi voidaan nimittää tutkimusaineiston tiivistämistä luokkiin ja kategorioihin järjestämistä. Tuomi & Sarajärvi (2009, 6) neuvovat tutkijaa tekemään analyysin juuri niin kuin parhaaksi näkee ja kirjoittamaan kaiken tekemänsä raporttiin seikkaperäisesti auki. Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen aineisto luetaan useaan otteeseen läpi. Lukemisen tulee olla aktiivista ja sen tarkoituksena on luoda pohja analyysille. Analyysiin tutustumisen jälkeen sen etenemistä säätelee se ohjaako analyysi aineistoa vai onko ennakolta valittu kategoriat, käsitteet, teemat vai käsijärjestelmä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Tutkimustyybiltään opinnäytetyöni on empiirinen eli kokemus- ja aineistolähtöinen. Aineiston analyysin tueksi esitetään suoria lainauksia alkuperäisestä aineistosta. Aineistosta pyritään nostamaan esiin tutkimuskysymysten kannalta oleellisia ilmaisuja. (Krause & Kiikkala 1996, 117.) Empiirisessä analyysissä tietoa tuottavien eli tiedonantajien tunnistettavuus häivytetään. Empiirisessä tutkimuksessa tutkijan tulee pitää huolta siitä, ettei yksittäistä tiedonantajaa tunnisteta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 22.) Opinnäytetyön tutkimuksen analyysi muoto on induktiivinen eli yksittäisestä yleiseen. Sisällönanalyysissä on olennaista, että tutkimusaineistosta erotellaan samankaltaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tässä opinnäytetyössä teemojen tulee olla toistensa poissulkevia sekä käsitteellisesti, että empiirisesti. Tekstin sanat tai muut yksiköt luokitellaan tässä teemoitellaan samaan luokkaan merkitysten perusteella eli ne merkitsevät samaa asiaa. Käsitteiden samankaltaisuus riippuu tutkimuksen tarkoituksesta niin, että voidaan yhdistää synonyymeja tai samaa tarkoittavia sisältöjä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23)

Perttulan (1995, 40) mukaan ihmistieteellisessä tutkimustavassa tutkimuksen luotettavuuden tarkastelun lähtökohtana on tutkittavan ilmiön perusrakenteen ja tutkimusmenetelmän vastaavuus. Tutkimusmenetelmä ei hänen mukaansa ole koskaan sellaisenaan luotettava tai epäluotettava, vaan sen luotettavuus määräytyy suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Tutkijan on analysoitava käsityksensä ihmisen perusluonteesta ennen empiirisen tutkimuksen aloittamista. Ilman käsitystä tutkittavasta ilmiön perusrakenteesta tutkija ei kykene valitsemaan tutkittavan ilmiön kannalta mielekästä tutkimusmenetelmää tai -menetelmiä. Valittaessa tutkimusmenetelmää tutkijan on tiedettävä mitä hänen valitsemansa tutkimusmenetelmä voi tavoittaa. (Perttula 1995, 40.) Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmän valinta perustui kahden-

kymmenen vuoden kokemukseeni vanhusten hoidosta erilaisissa hoitoyksiköissä sekä opintoihini.

## 7 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET

Opinnäytetyön kysymyslomakkeeseen vastasi 13 hoitajaa, jotka kaikki olivat naisia. Toinen kysymys käsitteli aikaa, jonka vastaaja on toiminut sosiaali- ja terveysalalla. 1-5 vuotta alalla vastaajista oli kaksi, 5-10 vuotta alalla vastaajista oli kolme ja 10-20 vuotta alalla vastaajista oli kolme. Yli 20 vuotta alalla oli vastaajista ollut viisi hoitajaa. Kolmas kysymys käsitteli koulutusta. Vastaajista sairaanhoitajia oli kolme, joista yhdellä oli ammattikorkeakoulu tutkinto ja kahdella opistoasteinen tutkinto. Apu-, perus- tai lähihoitajia vastaajista oli kymmenen, apuhoitaja koulutuksen saaneita oli kolme, perushoitaja koulutuksen saaneita yksi ja lähihoitajakoulutuksen saaneita kuusi. Tutkimuksessa kävi ilmi, ettei koulutuksella ja työkokemuksen pituudella ollut merkitystä vastausten sisältöön, koulutustaustasta ja työkokemuksen pituudesta huolimatta vastausten sisällöt olivat hyvin yhtenäiset.

Kysymykset neljä, viisi, kuusi ja seitsemän olivat avoimia kysymyksiä, joihin oli annettu apusanoja vastaamisen helpottamiseksi. Vastaukset teemoiteltiin apusanoja hyväksi käyttäen, koska vastaajat olivat käyttäneet niitä ohjenuorinaan. Muodostin vastauksista neljä luokkaa seuraavasti. Yhdistin samaan tarkoitavia asioita, kuten innostava ja haasteita (1), muutosvastarinta (2), pelkoa ja ahdistusta (3), turhautuminen (4). Sanaa haikeutta ei kukaan kuvannut vastauksissaan, joten jätin sen pois myös tulosten tulkinnasta. Luokka 4 eli turhautuminen otettiin mukaan, koska useassa vastauksessa oli tuotu esille turhautuminen. Selvennän vastauksia suorilla lainauksilla, joissa mainitaan edellä kuvatut sanat ja jotka olen poiminut vastauksista. Kunkin kysymyksen jälkeen, olen tehnyt yhteenvedon vastauksista.

### 7.1. Osaston hoitofilosofian muutoksen vaikutus osastolla

Kysyttäessä kokemuksia osaston muutoksen pitkäaikaisgeriatrisesta osastosta psykogeriatriseksi osastoksi? Apusanoina käytettiin sanoja, innostusta, haasteita, muutosvastarintaa, halua oppia uutta, pelkoa, ahdistusta. Haasteena (1), positiivisessa mielessä koetaan uuden oppiminen ja muutos. Haasteellisena (haastavana) koetaan psykiatrisen hoidon luonne, miten ilmaista itseään ja asiaansa, oppia olemaan läsnä sekä toiminnan ohjaus ja aktiviteetit. Läsnäolo on monen vastaajan mielestä haastavaa. Olla tekemättä mitään näkyvää, tuloksellista oli vaikeaa opetella. Useammassa vastauksessa hoitajat kokivat ahdistavaksi tämän, näkymättömän tekemisen. Aktiviteettien järjestäminen koettiin haastavaksi, ei ollut koulutusta tai omat rahkeet eivät riittäneet. Koettiin myös, ettei se ole "oikeaa" hoitajan työtä. Haasteellista (1) oli hoitajien kokemana.

"Olen kokenut muutoksen haasteena, halua oppia uutta"

"Tavallaan kuitenkin haasteet innostaa jaksamaan ja antaa motivaatiota oppia uutta."

"On ollut mielenkiintoinen muutos. On mukavaa oppia uutta."

"Haasteena ehkä jotenkin tekeminen, mitä heidän kanssaan tehdä eli aktiviteetti"

"- taito toimia näiden "haasteellisten" asiakkaiden kanssa, ja ei yksin asiakkaat vaan myös heidän omaiset?"

"Haasteina on toiminnan ohjaus ja aktiviteettiryhmän vetäminen, miten saada potilaat osallistumaan ja jopa hyötymään toiminnasta."

"Itselle ollut vaikeinta ehkä fyysisen hoitotyön poisjääminen (suurelta osin) pitänyt opetella henkistä läsnäoloa, että osaa vain istua paikallaan potilaiden seurana."

Haasteellisena koettiin itse potilaat ja omaiset sekä lääkehoito. Potilaiden ja omaisten kohtaaminen koettiin haastavana. Onnistumisista, kuten kotiutumisista oltiin iloisia ja ne motivoivat. Haasteita toi psykogeriatrinen potilaiden lääkehoito ja hoitaminen yleensä, kuten seuraavassa ilmenee.

"Haastavia potilaita on ollut ja siinäkin innostuu kun on onnistuttu saamaan heitä jopa kotiin."

"Myös haasteelliset omaiset ovat lisääntyneet jotka tuovat oman raskautensa tähän työhön."

"Myös lääkehoito psyk.potilailta haastavaa ja mielenkiintoista."

Muutosvastarintaa koetaan jokaisessa muutoksessa, niin myös tässä. Mattila (2006) on tutkinut muutosjohtamista ja keskeiseksi syyksi muutoshankkeiden kariutumiselle hän mainitsee erityisesti työntekijöiden ja keskijohdon suunnalta koetun muutosvastarinnan. Uudistuksia on vastustettu suoraan ja epäsuorasti esimerkiksi kieltäytymällä yhteistyöstä, sabotoimalla tai vain suhtautumalla asiaan passiivisesti ja haluttomasti tai vaikenemalla. Asiantuntijoiden ja tutkijoiden piirissä muutosvastarintaa lähestytäänkin tyypillisesti kitkatekijänä ja ongelmana. (Mattila 2006, 3.) Sanotaan, että ilman muutosvastarintaa ei tule muutosta eikä tuloksia. Muutosvastarintaa voi aiheuttaa puutteellinen tai väärä tieto sekä huoli, pelko tai ahdistus omasta tulevaisuudesta. Pelkoa miten minun käy muutoksessa, muuttuvatko tehtäväni, vastuuni, asemani tai palkkani, vaihtuvatko työkaverit tai työpaikka. Käsittelin teoriaosuudessa työelämän muutoksesta ja muutosvastarinnasta, joten en tässä yhteydessä käsittele asiaa enempää. Muutosvastarintaa (2) kuvattiin seuraavasti.

"Muutos toi mukanaan sen, että on pitänyt opetella entistä enemmän potilaan olemassa olevan toimintakyvyn tukemista ja kuntoutusta fyysisellä puolella"

"- ehkä muutosvastarintaa, joka jossain määrin johtuu haasteista joita psykogeriatrinen hoito tuo tullessaan?"

"Alkuun oli pelko osaamisesta ja muutosvastarinta suurimmat tunteet.

Pelkoa ja ahdistusta (3) toivat huoli omasta osaamisesta, työn vaativuudesta, omasta riittämättömyyden tunteesta, käytännön kokemuksen puutteesta ja uusien potilaiden (aggressiivisten) kohtaamisesta, huoli oli myös potilaista ja heidän yksityisyydestään sekä omasta rauhasesta. Kröger, Leinonen & Vuorensyrjä (2009, 41) ovat tutkimuksessaan pohjoismaisen hoivatyön tarkastelussa todenneet, että hoivatyön tekijöistä joka viides hoitaja on työssään kohdannut väkivaltaa tai sen uhkaa jopa päivittäin tai ainakin viikottain. Ahdistus omasta osaamisesta koettiin koulutuksen puutteena ja vaatimusten lisääntymisenä. Koettiin, että koulutus ei ollut kulkenut käsi kädessä muutoksen kanssa vaan se oli tullut niin sanotusti jälkijunassa. Koettiin että, "Ensin hutkittiin ja sitten vasta tutkittiin".

"Alkuun oli pelko osaamisesta..."

"Silti vieläkin tuntuu että koko ajan vaaditaan enemmän kuin mihin on kykyjä ja uudet asiat tulivat niin nopeaa vauhtia ettei pysy mukana"

"Se on myöskin tuonut tullessaan ahdistusta ja riittämättömyyden tunnetta liian vähän opastuksen, ohjauksen ja koulutuksen vuoksi."

"Vähän pelotti kun tiesin että minulla ei ollenkaan käytännön kokemusta psyk hoidosta..."

"Tuntemattoman potilaan kohtaaminen jännittää koska ei tiedä käyttäytymisestä, esim. akressiivinen ja uhkaava käytös pelottaa."

Turhautuminen (4) nousi voimakkaasti aineistosta esille. Potilaat eivät olleet oikeita psykogeriatrisia potilaita, vaan osastolle oli jäänyt vanhoja pitkäaikaisosaston potilaita, jotka hoitajien mielestä eivät kuuluneet enää psykogeriatriselle osastolle. Ei päästy hoitamaan niitä potilaita joita piti. Turhautumista loi myös oma oppiminen, koulutuksen puute, muutoksen hitaus, työn luonteen muuttuminen hoitamisesta, olemiseksi ja arkiaskareiden tekemiseksi. Psykogeriatriaan erikoistuneen lääkärin sekä toimintaterapeutin puuttuminen oli turhauttavaa. Koettiin ettei ole ammattitaitoista henkilökuntaa hoitamaan psykogeriatrisia potilaita. Esimiehen ja lääkärin tuen puute oli yksi turhautumisen aiheuttajia. Osaston hoitofilosofian muuttuminen oli jonkun mielestä niin radikaali, että harkitsi jopa työpaikan vaihtoa ja oli sitä mieltä, ettei työ ollut enää sitä mihin oli opiskellut tai mitä halusi tehdä. Turhautumista kuvastaa seuraavat ilmaisut.

"Seuraavaksi suurin tunne oli turhautuminen kun samat vanhat potilaat olivat suurin osa ja muutama oli vain niitä jotka kuuluivat osastolle."

"Tuntuu myös että joskus muiden osastojen henk. Kunta ajattelee että emme tee "oikeaa" työtä, mikä tuntuu vähän ankealta.."

"Jollain tavalla asiat vaan nyt osastolla polkee paikallaan. Se että on kaksi eri lääkäriä, on erittäin huono juttu. Myös erikoislääkäri puuttuu kokonaan."

"Kun ... opiskelin että tässä jonain päivänä askartelen, pelaan, täyttelen tiskikonetta, pyykkään tai saunotan potilaita, teen kiltisti näitä asioita mutta kylläkin mietin että tämäkö on nyt se asia miksi halusin opiskella, tähänkö ollaan tultu."

"Ensi innostuksen myötä odotti osaston toiminnan muutosta ja sitten oli pettymys, kun muutos kävi niin hitaasti."

"Nyt, kun on nähnyt ja kokenut työn muutoksen, olen entistä vakuuttuneempi siitä, että tämä työ ei ole sitä, mitä jaksaisin tehdä monia vuosia ainakaan tällä lailla niin kuin nyt tehdään - eli ei ole työnohjausta, purkukokouksia eikä psyk.-ger lääkäriä."

## 7.2. Osaston hoitofilosofian muutoksen vaikutus osaston työnkuvaan

Kysyttäessä miten osaston työnkuvan ja hoitofilosofian muuttuminen ovat vaikuttaneet omaan työhösi ja/tai toimintatapaasi? Apusanoina olivat raskaampi (1), kevyempi (2), vaativampi (3), helpompi (2). Kevyempi ja helpompi tulkittiin vastauksissa samaksi asiaksi (2). Vaihtoehtona oli myös rasti ruutuun, ei mitenkään, jota kukaan vastaajista ei ollut valinnut. Kysymyksessä (5) pyydettiin kertomaan miten muuttunut toiminta ilmenee.

Osaston hoitofilosofian muuttuminen on vaikuttanut kaikkien vastaajien työnkuvaan. Työ koetaan fyysisesti kevyemmäksi, mutta vastaavasti psyykkisesti kovinkin raskaaksi. Jopa niin, että fyysisesti raskaampi työ olisi joidenkin vastaajien mielestä "helpompaa". Työnkuvan muutos on tuonut myös erilaisia tehtäviä, jotka eivät ennen kuuluneet hoitohenkilökunnalle, kuten erilaiset tilaukset ja ruoka- ja vaatehuolto. Työn kuormittavuutta lisää ajattelun lisääntyminen, pitää käyttää päätä enemmän. On opeteltava kärsivällisyyttä ja sitä, että antaa potilaan tehdä itse. Yhteisesti sovitut pelisäännöt ja hoitolinjat sekä vapaampi työnkuva tuovat työnkuvaan sitoutumista ja mahdollisuuden käyttää mielikuvitusta. Hoitofilosofian vaikutusta työnkuvaan kuvattiin seuraavasti työn raskauteen (1).

"Psyykkisesti työ on muuttunut paljon raskaammaksi ja vaativammaksi, omat hermot eivät aina tahdo kestää."

"...mutta henkisesti raskaammaksi koska nykyään melkein kaikki potilaat vaatii sen että koko ajan tarvii käyttää omat "henkiset hoksottimet" että hoitaja-potilas suhde toimisi ja ristiriitoja ym. ei tulisi."

### Keveys, helppous (2)

"fyysisesti kevyempää..."

"Psyko-geriatrisella osastolla fyysinen kuormittavuus on vähentynyt"

"Itselle oli helpompaa tehdä fyysisesti raskaampaa työtä vuodeosasto - aikana."

"Työ on fyysisesti muuttunut selkeästi helpompaan päin..."



### Vaativuus (3)

"Hoitofilosofia muuttuu tietenkin vaativampi koska potilaiden sairaus on sitä mitä on."

"Päätä joutuu käyttämään toisella tavalla, ja enemmän, Täytyy miettiä uusia keinoja saada joku asia tehtyä jotta potilas siihen suostuu/ymmärtää."

Muita työnkuvaan vaikuttavia asioita oli muun kuin suoraan hoidollisen työn lisääntyminen. Työn kuvaan oli tullut paljon töitä, joita ennen ei ollut. Osastolla tulevien tavaroiden tilaukset, kuten vaatteiden, tarvikkeiden ja ruuan tilauksista huolehtiminen jää hoitajille, joka vie aikaa varsinaiselta hoitotyöltä. Partanen (2002, 173) on tutkinut henkilöstömitoituksia ja hänen mukaansa vähemmän aikaa vievien toimintojen, kuten sihteeri - ja laitoshuoltopalvelujen kohdalla tulee toimintaa kehittää ja ottaa käytäntöön uudenlaisia käytäntöjä ja delegoida tehtävät selvästi, että hoitajien aikaa säästyy varsinaiselle hoitotyölle. Vastauksista kävi ilmi, että kodinhoidolliset työt, kuten keittiötyöt, saunotus, aktiviteettien järjestäminen potilaille, olivat muuttaneet työnkuvaa ja - sisältöä, kuten seuraavista lausumista käy ilmi.

"Työnkuva muuttunut lähinnä ruokahuollon, vaatehuollon ja erilaisten tilausten laatiminen.

"Omaa toimintaahan on pakko muuttaa osaston toiminnan mukaan, jotta se jotenkin toimii."

"Yhteisesti sovittujen asioiden noudattaminen potilaiden kohdalla, jotta sovituista hoitolinjoista tulisi pidettyä kiinni."

"...ja että työnkuva nykyään on vapaampi"

"Olen opetellut enemmän kärsivällisyyttä (mikä ei läheskään aina onnistu)..."

"Vain mielikuvitus on rajana...(ja aidan pätkä...) että sais ulkoilla vapaasti!"

### 7.3. Osaston kehittämishaasteet

Haluun osaston toiminnan kehittämiseksi tulevaisuudessa ei vastannut kaksi hoitajaa. Osaston kehittämisen kannalta henkilökunnan lisäkoulutukselle on ehdottomasti tarvetta. Ammattitaitoinen lääkäri, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti myös tarvitaan, että potilaille saadaan mielekästä tekemistä. Työnohjausta kaivataan kiivaasti sekä purkukokouksia, vaikeiden asioiden selvittämiseksi. Osaston toiminnan kehittämistä yhdessä eikä vain osastonhoitajan toimesta tulee miettiä. Kaivataan yhteisiä keskusteluja sekä potilaista että hoitajien kesken. Seuraavassa henkilökunnan mietteitä tutkimuksessa esille tulleista kehittämiskohteista.

"On ollut mukava huomata että paljon on jo muuttunut ja kehittynyt. Kehitys edellyttää kuitenkin että osastolla on "oikeanlaisia" potilaita."

"meillä pitäisi ehdottomasti olla toimintaterapeutti ja fys. terapiaa."

"Lisää koulutusta..."

"Haluaisin kaikille jatkuvaa koulutusta ja myös opinto käyntejä että ihan oikeasti pääsisi jyvälle psyk.osa joka päiväiseen toimintaan."

"...tämä muutos on meillä vielä tosi alkuvaiheessa ja että kestää kauan ennen kun omat asenteet muuttuu ja uusi työnkuva selkenee."

"Enemmän keskustelua potilaista hoitajien kesken."

"Selvät, helposti ymmärrettävät toimintaohjeet ja tavoitteet antaisivat raamit päivittäiselle tekemiselle..."

"Luvatut työn ohjaukset aloitettava mahd pian - henkilökunnan saatava purkaa tunteita."

"Toimintaa on keitetty osastonhoitajan toimesta koko ajan."

"Tuntuu vain, että hoitajien jaksamiseen ei ole panostettu tarpeeksi, jotta jaksaisimme toteuttaa ideoita"

#### 7.4. Odotuksia esimiestyön suhteen

Kysyttäessä millaisia odotuksia hoitajilla oli esimiestyön suhteen, käytettiin apusanoina, tuki (1), kannustus (2), lisäkoulutus (3). Esimiehen kannustus tuli ehdottomasti tärkeimmäksi asiaksi kysyttäessä millaisia odotuksia henkilökunnalla on esimiestyön suhteen. Kannustusta oli saatu, mutta sitä kaivattiin paljon lisää ja henkilökohtaisen palautteen muodossa, ei sähköpostitse. Tukea kaivattiin itse työn tekemiseen sekä potilaan hoitamiseen, kuten seuraavissa suorissa ilmauksissa tulee esille.

##### Tuki (1)

"tukea toimia osastolla jollain muulla tavalla kun sanomalla → jos ei kiinnosta voi siirtyä toiselle osastolle tai muualle töihin."

"Tukea ja ohjausta vaikean potilaan hoidossa sekä vaikeiden omaisten kohtaamiseen."

##### Kannustus (2)

"Kannustusta ja kiitosta olemme saaneet lähiesimieheltä lähinnä sähköpostin kautta. Koen kuitenkin että se tärkein, eli tuki meiltä puuttuu."

"Kaiken kaikkiaan mielestäni esimies on ollut kannustava."

"Kannustusta tarvitaan enemmän esimiehen taholta."

"esimiehen kannustus ja tuki saisi olla..."

"Esimies ei saisi purkaa omaa huonotuulisuuttaan työntekijöihin vaan hänen täytyisi jaksaa tukea/kannustaa alaisiaan."

Lisäkoulutuksen tarve osastolla on ilmeinen. Koettiin ettei oma ammattitaito riitä potilaiden hoitamiseen, vaikeiden potilaiden ja haastavien omaisten kohtaamiseen. Koulutuksella haluttiin varmuutta työntekoon. Toivottiin kehittämiskeskusteluja ja työnohjausta.

### Lisäkoulutus (3)

"Koulutusta, erilaisista psyykkisistä sairauksista. Nyt keskustelu on ollut vähäistä ja asiat esitetään esimiehen taholta valmiina, käyttöön otettavaksi."

"Jonkunlainen työnohjaus voisi olla aiheellista, myös lisäkoulutus antaisi varmuutta työntekoon."

"...ja toivon että työpaikka koulutukseen edelleenkin panostettaisiin."

Muita kehitettäviä asioita ovat yhdessä keskustelemisen sekä työntekijöiden eriarvoinen kohtelu, joka tuli esille useammassa vastauksessa. Esimiehen henkilökohtaisiin ominaisuuksiin kohdistettiin myös kritiikkiä.

"tosin joskus saamme kiitosta hyvin tehdystä työstä, mutta useimmiten kyllä tulee negatiivista palautetta tietenkin molemmat ovat paikallaan"

"Esimies voisi tervehtiä aamulla, vaikka ei muuten haluaisi puhua"

"Yhdessä osastoa kehitettäessä uudet asiat omaksuu helpommin"

"työntekijöiden eriarvoisuus edelleen tuntuu olevan hyvin hallinnassa - siitä pitää päästä pois."

"Koen, että työntekijöitä ei kohdella tasavertaisina työntekijöinä,..."

"...tasavertaista kohtelua työntekijöitä kohtaan."

"Pitäisi myös pystyä puhumaan avoimesti, jos jokin mättää, eikä muiden kanssa miettiä miksi joku toimii jollakin tavalla tms. Eli jos ei ole tyytyväinen alaisen työsuorituksen, keskustelisivat ja pohtisivat miten muuttaa tapoja tms."

### 7.5. Johtaminen muutoksessa

Esimehen haastattelun tarkoituksena oli saada tietoa esimiehen asemasta muutoksessa ja muutoksen aiheuttamista haasteista esimiestyölle. Haastattelun kysymykset (liite 7) olivat paperilla, haastattelun pitämiseksi asiassa ja rönsyilyn estämiseksi. Haastattelun ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin miten osaston hoitofilosofia ja työnkuva on mielestäsi muuttunut kahden viime vuoden aikana? Esimiehen mielestä osaston hoitofilosofian muuttuessa osaston koko ajatusmaailma muuttuu ja samalla osaston kaikki toimintatavat muuttuvat. Osaston profiloituminen tuli yllätyksenä myös esimiehelle, se mitä psykogeriatrisen osaston johtajuus tuo tullessaan. Esimiehen ajatuksia hoitofilosofian muutoksesta.

"...jos koko hoitofilosofia muuttuu se koko toiminta muuttuu ja silloin ajatusmaailma muuttuu ja kaikki toimintatavat muuttuu..."

Muutoksessa lähdettiin liikkeelle pienin askelin, siirryttiin vuoteen ympäriltä pois, piti ruveta ajattelemaan, että tulevat psykogeriatriset potilaat olivat käveleviä, toimivia ihmisiä, jolloin tarpeet ovat erilaiset kuin vuodepotilailla. Esimiehen mielestä muutoksessa on kuitenkin kyse ajatusmaailman muutoksesta ja toiminnassa pienillä muutoksilla päästään suuriin tuloksiin.

"...muutosvistarinnat ja kaikki tämä mitä nyt yleensä puhutaan näistä jotta kun tulee muutoksia ja ja ja mitä siihen nyt liittyy sitten kaikkee niin mä tiesin et tää vaatii aikaa ja tota mä lähin siitä että mä tavallaan anna niitä eväitä vähän kerrallaan mutta hoitohenkilökunta saa niin kun itse ruveta miettimään mitä he vois tehdä toisin..."

"...koska tää oli iso vuodeosasto oli vuodepotilaita kaikki ruoka tai siis niin kun kaikki toiminta tapahtu sen vuoteen ympärillä hyvin rutinoitusti hyvin vanhanaikaisesti "

"...ruveta niin ku ajattelemaan niin et nää on käveleviä ja toimivia ihmisiä..."

Sopeutuminen muutokseen on esimiehen mukaan tapahtunut osalla hoitohenkilökunnalta osalta todella nopeasti ja toisilla kestänyt kauemmin. Toiminta on kuitenkin kehittynyt huomasti kahden viime vuoden aikana. Muutokseen ja sen nopeuteen on ollut osastolla vaikuttamassa psykogeriatrisen lääkärin puute, osaston omat lääkärit ovat yleislääkäreitä ja heiltä puuttuu psykogeriatrinen erityisosaaminen. Osasto on saanut jonkin verran konsultaatio apua muilta psykoatriaan erikoistuneilta laitoksilta, mutta ei tarpeeksi.

Kysyttäessä miten osaston toimintaa tulisi kehittää tulevaisuudessa? Osaston toiminta suunnitelmat ovat esimiehen mielestä vuoden parin suunnitelmia tulevaisuuteen. Periaatteena on saada hoitoketju toimimaan, ettei osastolle jää potilaita, jotka eivät sinne kuulu. Osastolle kuulumattomat potilaat vievät hoitohenkilökunnan motivaatiota ja voimavaroja osaston kehittämiseltä. Esimiehen mielestä tulevaisuudessa osaston kehittämisen kannalta on tärkeää psykogeriatriaan erikoistuneen lääkärin saaminen osastolle sekä hoitohenkilökunnan lisäkoulutus.

"...miten me saadaan niin kun nää niin ku potilaitten niin kun varsinainen hoitoketju toimimaan että nythän tänne jää potilaita jotka ei meille kuulu ja se tieto tappaa motivaatioo sekä hoitohenkilökunnalta että että osaston kehittämistä..."

"... ja itse asiassa se ois vähä niin kun tavallaan toivomuskin et me hoidettas niin ku täällä ihan oikeesti niitä psykogeriatrisia potilaita johon myös dementiakin siis kuulu..."

Kysymyksessä kolme kysyttiin millaisena esimies näkee oman roolinsa osaston kehityksen kannalta. Tulevaisuudesta hän ei osaa sanoa muuta, kuin että on ottanut työn tosissaan ja aikoo viedä sen loppuun. Esimies näkee roolinsa projektin vetäjänä, haastavana, välillä raskaana mutta antoisana. Hän on itse mielestään saanut tukea esimiehiltään ja työkavereilta. Esimies kokee että ollaan oikeilla raiteilla.

"...kyl joo hei me ollaan oikeilla jäljillä että tota se on rooli mukava vetää välillä raskasta en ehkä ihan hevillä rupeis uudestaan tekemään..."

Kysymyksessä neljä esimiestä pyydettiin kuvailemaan osaston tämän hetkistä tilaa työyhteisönä, osaston ilmapiiriä ja sen kehittymismahdollisuuksia psykiatriana osastona? Esimiehen mielestä osaston ilmapiiri on mielenkiintoinen sekä myrskyä että työntä. Kehityskeskustelut ja muu puuttuminen rauhoittaa osaston ilmapiiriä, silloin kun tuntuu että on myrskyisä vaihe. Tällä hetkellä mitään isompia ongelmia ei ole. Potilasasiakirjoihin kirjaamisista saa paljon tietoa siitä onko hoitaja kiinnostunut työstään tai osaston toiminnasta.

"... effica kirjoittelut osoittaa aika paljon myöskin siitä että onko kiinnostunut vai ei kiinnostunut työstään..."

Oman työnsä kehittämisen ja kiinnostuksen työhönsä esimies kokee erittäin tärkeäksi. Esimiehen mielestä työstään ei saa tyydytystä, jos ei saa itse ajatella ja suunnitella omaa työtään. Esimies kokee tämän asian muuttuneeksi hänen esimieskaudellaan. Hän pyrkii antamaan hoitohenkilökunnalle tilaa oman työnsä suunnitteluun ja ajatteluun, ettei työ muuttuisi rutiininomaiseksi toiminnaksi.

"...mä haluan jokaisella koulutetulla ihmisellä mun osastolla olkoon se sairaanhoitaja tai perushoitaja lähihoitaja tai laitospulainen tai mikä tahansa että hänellä ja hän kokee että hän saa työstään tyydytystä sillä tavalla että hän ei vaan toteuta jotain tiettyä rutiinista jotain tiettyä juttua vaan hän saa itse ajatella ja suunnitella sen oman työnsä..."

Hoitajien lisäkoulutus on esimiehen mukaan tarpeen erityisesti psykiatristen lääkkeiden lääkeosaamisessa. Hoitajat, jotka ovat osastolle hakeutuneet ovat rauhallisia, hyvin ammattitaitoisia, läsnäolevia ja arvostavat vanhuksia. Esimiehen mielestä tämä on runko, josta lähdetään. Aito välittäminen, siihen ei hänen mielestään tarvita psykiatrista koulutusta vaan yhdessä pohditaan mitä tehdään. Tietenkin tieto on aina tervetullut, mutta sitä saa tänä päivänä helposti, kun avaa kirjan tai netin ja halua sen hankkimiseen riittää. Esimies kokee olevansa pidetty ja hänen työhönsä ollaan enemmän tyytyväisiä kuin tyytymättömiä.

"... hoitajat jotka on tänne meille tullu on suurin osa hyvin rauhallista ammattitaitoista ja läsnä olevaa ja arvostaa vanhuksia eli se on mun mielestä se runko mistä lähetään et sä oikeesti aidosti välität tosesta ihmisestä ja sil on ongelma..."

Esimehen mielestä hoitohenkilökunta oli juuri sellaista, millaista hän toivoi psykiatrialla osastolla olevan, rauhallista ja ammattitaitoista. Tässä kysymyksessä hoitajien ja esimiehen mietteet olivat eriävät. Hoitajien mielestä he kokivat koulutuksen riittämättömäksi mutta erittäin tarpeelliseksi. Hoitohenkilökunta koki kykenemättömyyttä vastata kaikkiin psykiatristen potilaiden tarpeisiin.

## 8 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Osaston hoitofilosofian muuttuminen koettiin haastavaksi, haasteita toivat uuden oppiminen, haasteelliset asiakkaat ja omaiset. Työn vaatimukset lisääntyivät, mutta koulutus ei kulkenut käsi kädessä vaatimusten kanssa. Koettiin, että koulutus tuli myöhässä, sitä olisi pitänyt olla ennen osaston hoitofilosofian muutosta. Laakkonen (2004) toteaa tutkimuksessaan, että ammatillisessa jatko-, perus- ja täydennyskoulutuksessa on perusteltua huomioida yhä enemmän terveydenhuollon muuttuvan oppimis- ja työympäristön merkitys. Näin ollen koulutus ei kaikilta osin vastannut työn vaatimuksia. Kokko (1999) on tutkinut hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta perusterveydenhuollossa. Hänen tutkimuksessaan tuli ilmi, että hoitajat kokivat moni ammatillisen yhteistyön vähyyden ja koulutuksen puutteen merkittävästi vähentävän heidän mahdollisuuksiaan toimia depressiopotilaan tunnistajana. Hoitajista ne, joiden kokemus terveyskeskustyöstä oli vähäistä, kertoivat tapaavansa depressiivisiä asiakkaita työssään hyvin usein verrattuna kokeneiden hoitajien arvioon. Koulutuksen lisääntyessä käsityserot tasaantuivat. (Kokko 1999, 131.)

### 8.1. Osaston hoitofilosofian muutoksen vaikutukset hoitajien kokemuksina

Hoitajat kokivat virikkeiden ja aktiviteettien järjestämisen potilaille haastavaksi, koska siihen ei ole koulutusta ja se ei ole kuulunut aikaisemmin hoitajan toimenkuvaan. Koettiin, että osastolla tarvittaisiin ehdottomasti toimintaterapeutin ja fysioterapeutin palveluja. Psykogeriatriaan erikoistunut lääkäri, on myös ehdoton edellytys osaston toiminnalle ja sen kehittämiseksi. Psykkinisesti vaativa työ toi oman itsensä kehittämisen tärkeäksi, piti opetella itsensä hillintää ja kärsivällisyyttä, psykkinisesti sairaan ihmisen kohtaamista. Kokko (1999) toteaa tutkimuksessaan, että hoitajat kokivat haasteelliseksi depression tunnistamisen ja siitä puhumisen potilaalle somaattisesti painottuvassa työssään. Tämä heijastuu myös tämän tutkimuksen kohteena olleen työyhteisön jäsenten vaikeutena ottaa asiat puheeksi, koska he olivat aikaisemmin toimineet somaattisesti sairaiden vanhusten parissa. Psykiatriaan painottuvassa työssä läsnä olo ja fyysisen työn väheneminen koettiin sekä hyvänä, että huonona asiana. Huonona asiana sitä pidettiin, koska työ tuli näkymättömäksi eikä nähnyt "kättensä työtä", sekä psykkininen "pään käyttö" koettiin raskaaksi.

Varsinaiseen hoitotyöhön kuulumattomat toimet, kuten erilaisten tilausten teko, ruuan jakelu, vaatehuolto ja muut osaston toimintaan kuuluvat työt veivät hoitajilta aikaa pois varsinaisesta potilastyöstä. Partanen (2002) toteaa henkilöstömitoituksesta tehdyssä tutkimuksessaan, että hoitajien työn priorisointi ja työtehtävien delegointi helpottavat hoitajien työtaakkaa ja vapauttavat hoitajien aikaa varsinaiseen potilastyöhön ja läsnäoloon.

## 8.2. Osaston hoitofilosofian muutoksen vaikutukset hoitajien työnkuvaan hoitajien kokemana

Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksissa tuli esille, että läsnäolo koettiin vaikeaksi. Silloin, kun työ on enemmän fyysistä, ei tarvitse miettiä läsnäoloa, vaan suorittaa tehtävän ja lähtee pois. Kun täytyy oikeasti olla läsnä, viettää aikaa potilaan kanssa hoitajat kokivat sen ahdistavaksi ja tilaksi, jossa "ei tee mitään". Haho (2006) puhuu tutkimuksessaan läsnäolosta hän sanoo, että "hoitajan ja potilaan kohtaaminen on aina ainutlaatuinen tilanne ja vaatii hoitajalta täydellistä läsnäoloa". Haho (2006) toteaa myös että hoitaja, joka on läsnä, luo inhimillisesti turvallisen ja avoimen ilmapiirin. Potilas kokee saavansa myös apua ja tukea päivittäisiin toimintoihinsa. Hoitajan huolenpito potilaasta on kokonaisvaltaista ja virittää toivoa selviytymisestä ja jaksamisesta. Hän myös luo ystävällisellä, rauhallisella ja huomaavaisella käytöksellään inhimillisesti arvokkaan hoitamisen ilmapiirin. (Haho 2006, 146.) Luopuminen vanhasta työmenetelmästä vie aikaa vähintään puoli vuotta, jopa kaksikin. Luopuminen ei vaadi ainoastaan aikaa, vaan luopuminen tapahtuu sitten, kun ihminen pystyy käsittelemään hankalia asioita. Luopumisprosessi on aktiivinen työstämistäpahtuma, jota mukavat mielikuvat aiemmasta työstä tai työnkuvasta värittävät. Työyhteisön täytyy kerätä mielikuvat aiemmasta ja jättää menneisyys tarinoiden muodossa, vasta sen jälkeen sille voidaan sanoa hyvästi. Monissa työyksiköissä pidetään niin kutsutut "hautajaiset", joissa muistellaan mennyttä aikaa ja tehtyä työtä. (Surakka ym. 2008, 96.)

Osaston hoitofilosofian muutos toi mukanaan myös pelkoa. Pelkoa koettiin potilaiden aggressiivisesta käytöksestä, omasta osaamisesta ja riittämättömyydestä. Nopeasti tulleet uudet asiat toivat pelkoa omasta osaamisesta ja pysynkö mukana jatkuvasti lisääntyvissä työn vaatimuksissa. Turhautumisen tunnetta toi niin kutsut vanhat potilaat, jotka eivät kuuluneet enää osastolle. Oli toiveena, että saataisiin osastolle sinne kuuluvia potilaita. Innostavana koettiin haastavat potilaat, onnistuneet kotiutukset ja osaston profiloituminen. Hyvänä asiana tuloksissa mainittiin hyvä työporukka, jolla onkin suuri vaikutus työilmapiiriin, kuten Järvinen (2001) monesti toteaa. Muutoksen suuria sudenkuoppia on, että ihmisiltä odotetaan ja edellytetään uudenlaista toimintaa, jota peilataan vanhaan järjestelmään. Ihmiset kokevat ettei heihin luoteta, työyhteisön henki huononee. Näissä tilanteissa kehityskeskustelut ovat hyvä keino käydä läpi muuttuneita asioita ja purkaa tilannetta. (Erämetsä 2003, 177-178.) Ollilan (2006) mukaan säännölliset ja strukturoidut kehityskeskustelut ja osaamiskartoitusten toteuttamisella voidaan henkilöstön osaamista hyödyntää. Samalla kehitetään toimivaa johtajuusarviointia, jolla voidaan lisätä avoimuutta työyhteisön vuorovaikutuksessa. Työohjauksella voidaan selkiyttää perustehtävää ja tukea yksilöä organisaation jokaisella tasolla. Julkisten organisaatioiden työnjaon ja toimenkuvien ja joustavuuden käsitteellä on selkeä yhteys tiedon, kokemuksen ja osaamisen johtamiseen. Suunnitelman ja suunnitelmallisten toimenpiteiden käytön vahvistaminen antaa uskoa tulevaisuuden uhkakuvien hälventämiseen. (Ollila 2006, 150.)

### 8.3. Osaston kehittämishaasteet hoitajien näkemyksinä

Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan hoitajat kokivat kehittämishaasteina koulutuksen, ammattitaitoisen henkilökunnan rekrytoinnin ja osaston kehittämisen yhdessä henkilökunnan ja esimiehen kanssa. Hyttinen (1999) on tutkinut gerontologian eli vanhustieteen tulevaisuutta ja tutkimus tulosten mukaan lähitulevaisuudessa, gerontologisessa hoitotyössä tarvitaan kaikkea sitä tietoa, mikä on keskeistä tänäkin päivänä. Erityisesti tarvitaan empiiristä tietoa vanhenemisprosesseista, vanhusten sairauksista ja sosiaaliturvasta, vanhustenhuollon kustannuksista sekä yhteisöhoitotyöstä. Eettisesti tiedossa korostuu vanhuksen oikeus tasa-arvoiseen kohteluun sekä erilaisuuden hyväksyminen ja kaltoin kohtelun tunnistaminen. Ollila (2006) tutkimuksen mukaan motivaatiota voidaan pitää johtamistyön merkittävänä konstruktiona, jossa inhimillisuus korostuu osaamisessa, oppimisessa ja tietämyksessä. Suurimmaksi motivoivaksi tekijäksi johtamistyöhön hakeutumiseen tutkimuksessa haastatelluilla organisaatioiden johtajilla nousi haasteiden etsiminen ja kokeminen. Haasteiden taustalla oli jokin henkilökohtainen kokemus tai aikaisempi toiminta, halu tehdä itsenäistä työtä, toimia yrittäjänä tai luoda tai muovata jotain aivan omaa. (Ollila 2006, 133.)

Julkisten organisaatioiden haastatellut johtajat kokivat suunnitelmallisuuden tärkeänä tekijänä omassa työssään. Työtä ei voi tehdä, jos sitä ei ole suunniteltu. Suunnitelma antaa raamit tehtävälle työlle. Kalenterin käytön tavoitteena on lisätä työyhteisöjen tietoisuutta ja varmistaa työntekijöitä koskevien toimintojen toteutuminen. Tällaisista toiminnoista esimerkkinä ovat tiettyinä ajanjaksoina käytävät yksilökohtaiset kehityskeskustelut. Asiakkaiden merkitys on olennainen ja heidän tyytyväisyytensä korostuu tässä työssä. Työn kolmikentässä ovat asiakas, työntekijä ja kuntaorganisaatio, joista asiakas on aina ensisijainen päätöksenteon motiivi. Asiakkaat tuovat iloa ja palkitsevuutta työhön, mutta toisaalta vaikeitten asiakkaiden asioiden kasautuminen uuvuttaa työntekijän. Johtajan tehtävänä onkin katsoa, että kaikkein vaikeimmat työt jakautuvat tasapuolisesti kaikkien työntekijöiden kesken. Sosiaali- ja terveydenhuollon haasteita nyt ja tulevaisuudessa tulevat olemaan asiakkaiden kuunteleminen ja ottaminen mukaan strategiasuunnitteluun. (Ollila 2006, 151-152.)

### 8.4. Hoitajien odotuksia esimiestyön suhteen

Esimies työ on nostettu tarkoituksella yhdeksi tämän opinnäytetyön kulmakiveksi. Sen merkitystä osaston ilmapiiriin ja työmotivaatioon ei voi vähätellä. Esimiestyö on noussut arvoonsa kiihtyvän muutoksen ja globalisaation tullessa mukaan myös hoitoalalle. Esimiestyöstä ja johtamisesta on kirjoitettu paljon, Sydänmaanlakka (2002 2006, 2009) ja Järvinen (1998, 2001, 2005). Esimiestyötä terveydenhuollossa ovat kirjoittaneet Telaranta (1999), Lintula (2001) ja Surakka ym. (2008). Johtajuutta terveydenhuollossa ovat tutkineet Kanste (2005), Torppa (2007), Hujala (2008) sekä Laaksonen (2008). Pekkarinen (2007) toteaa tutkimuksessaan, että



oikeudenmukainen johtaminen ja puolueeton päätöksenteko tukevat hyvän hoidon antamista. Mehtonen (2008) on tutkinut pro gradu työssään ikäjohtamista. ”Ikäjohtaminen on ennen kaikkea jaksamisen tukemista, kokemuksen arvostamista, työnjaon oikeudenmukaisuutta ja koulutus mahdollisuuksista huolehtimista. Avainasemassa ikäjohtamisen toteutuksessa ovat lähiesimiehet”. Tämä sama pätee kaikenikäisten alaisten johtamiseen. Huotari (2009) toteaa tutkimuksessaan, että johtamisessa tärkeänä osa-alueena korostui työhyvinvoinnin johtaminen. Antikainen (2005) on tutkinut johtamista ammattikorkeakoulussa. Tutkimustuloksissa nousee esille, että henkilöstön on hyvin tärkeä tuntea, että heidän työtään arvostetaan. Osastonhoitajien työtä tutkineen Surakan (2006) mukaan tyytymättömyytenä omassa työssään osastonhoitajat kokivat yksinäisyyden, jaksamisen ja itsensä kehittämisen. Laaksonen (2008) on tutkinut voimistavaa johtajuutta ja sen vaikutusta työyhteisön hyvinvointiin.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa johtamisen merkitys tuli voimakkaasti esille, oikeudenmukaista ja tasa-arvoista kohtelua henkilökuntaa kohtaan toivottiin. Oikeudenmukainen ja tasa-arvoinen kohtelu sekä esimiehen tuki ja kannustus sekä henkilökohtaisen palautteen anto koettiin erittäin tärkeiksi. Muulla tavoin, kuten sähköpostilla saatua palautetta ei koettu hyväksi asiaksi. Työnohjausta ja yhteisiä keskusteluja toivottiin. Wiili-Peltola (2005) on tutkinut sairaalaa muutoksessa ja tutkimus toi esille osastonhoitajien kehityskeskustelujen tärkeän merkityksen osallistamisen edistäjänä. ”Kehityskeskustelut ovat johtamisen ruisleipää” sanoo Valpola (2003). Kehityskeskusteluja tarvitaan johtamisen perusosaksi ja niiden avulla voidaan helposti ja luontevasti varmistaa, että yrityksen tai organisaation tarpeellinen informaatio on tavoittanut jokaisen ihmisen. Kehityskeskustelujen merkitys kasvaa, koska hyvään tulokseen tarvitaan tiivistä vuorovaikutusta jokaisen työntekijän kanssa. (Valpola 2003, 7) Kaikki organisaatiot tarvitsevat menestyäkseen henkilöstöä, henkilöstön tehokkuus ja menestyminen riippuvat oleellisesti siitä, että oikeat henkilöt ovat oikeissa tehtävissä oikeaan aikaan. Tämä edellyttää jonkinasteista henkilöstösuunnittelua ja henkilöstöjohtamista. (Kauhanen 2003, 33.)

### 8.5. Johtajana muutoksessa

Esimiehen haastattelusta kävi ilmi, että esimies koki muutoksen projektina, jonka läpivieminen oli ollut haastavaa, joskin antoisaa. Hän oli kokenut muutoksen aikana muutosvastarintaa, mutta mitään suurempia ongelmia hän ei ollut kokenut. Esimies tunsu saaneensa omaan työhönsä tukea omilta esimiehiltään ja työyhteisöltä. Muutoksessa haastavana hän koki vastuun ja henkilökunnan asenteiden muuttamisen psykogeriatrisen osaston tarpeisiin vastaaviksi. Pienten päivittäisten rutiinien muuttaminen oli haastavaa. Esimiehen mielestä hoitajien psykogeriatrisella osaamisella ei ollut niin suurta merkitystä, vaan sillä, että oikeasti pitää työstään, on kiinnostunut ja välittää vanhuksista ihmisestä. Esimies piti hoitohenkilökuntaa osaavana, ammattitaitoisena sekä rauhallisina, sopivana psykogeriatriselle osastolle. Psykoge-

riatriaan perehtyneen lääkärin puuttuminen oli asia, joka tulee korjata mahdollisimman pian. Asiaan onkin tulossa parannus kuluvan vuoden syksyllä. Osaston kehittämisen kannalta tärkeänä asiana esimies näki myös potilaiden hoitoketjun saamisen sujuvaksi niin, että osastolle kuulumattomat potilaat saataisiin jatkohoitoon heille kuuluviin paikkoihin mahdollisimman nopeasti. Tämä osaltaan lisäisi hoitohenkilökunnan motivaatiota työhönsä. Psykiatrisen lääkeshoidon tietämyksen ja koulutuksen esimies koki tärkeäksi koko hoitohenkilökuntaa ajatellen. Oman työn suunnittelu ja omaan työhön vaikuttamisen mahdollisuudet hän mainitsi asioiksi, joihin hän aikoo jatkossa kiinnittää huomiota ja antaa enemmän mahdollisuuksia. Tässä suhteessa hoitohenkilökunnan ja esimiehen ajatukset kohtasivat hyvin tutkimuksen tuloksissa. Kaiken kaikkiaan esimies oli tyytyväinen muutokseen ja henkilökunnan panokseen siinä, kiitosta sai koko hoitohenkilökunta.

Yhteenvetona voidaan todeta, että osaston hoitofilosofian muutos ei tapahdu kivuttomasti. Siihen tulee paneutua ja ottaa huomioon suuri määrä asioita, ennen kun muutoksiin ryhdytään. Hoitohenkilökunnan koulutus ja perehdytys, ammattitaito motivoi heitä muutokseen ja näin vähentää muutosvastarintaa. Ammattitaitoiset hoitoyhteisön jäsenet auttavat osaltaan helpottamaan muutosta ja tuovat turvaa sekä tukea hoitohenkilökunnan ajatuksille. Avoin keskustelu hoitoyhteisössä auttaa avaamaan solmukohtia ja luo avoimen suvaitsevan ilmapiirin. Esimiestyöllä on tässä kaikessa suuri merkitys. Esimiehen kannustus ja tuki sekä palaute auttavat hoitohenkilökuntaa jaksamaan, vaativassa työssä. Työyhteisön paineet esimiestyötä kohtaan ovat kovat. Esimiehen tulee olla hyvä johtaja, tasapuolinen, kannustava, ohjaaja, sovittelija, tukija ym. vaatimuksia satelee. Kuka tähän työhön haluaa ryhtyä?

Esimiestyön vaikutuksen työyhteisöön ja sen ilmapiiriin, ja sitä kautta potilaiden hoitamiseen ovat ilmeiset. Millaisia eri ominaisuuksia esimieheltä vaaditaan? Millainen esimies on hyvä esimies? Miksi esimiehen johtamistapa, -tyyli vaikuttaa niin suuresti työyksikössä yksilön työpanokseen, - hyvinvointiin ja työn tuottavuuteen. Vaikka julkisella sektorilla emme voikaan laskea suoraan työn tuottavuutta, se on yksi näkökulma, joka on mielestäni mitattavissa työntekijöiden ja potilaiden hyvinvointina sekä omaisten tyytyväisyytenä hoitoon.

Esimiestyön vaikutus osaston muutoksessa on tullut esille opinnäytetyössäni, jossa käsittelemme osaston muutosta pitkäaikaisgeriatrisesta osastosta psykogeriatriseksi osastoksi. Osaston muutos vaatii asennemuutosta sekä hoitohenkilökunnalta että johdolta. Esimiehellä tulee olla selvä visio mielessä, mitä kohti osastoaan luotsaa ja muuntaa toimintatapojaan tarpeen/tilanteen vaatiessa. Kannustaminen, rohkaisu sekä tavoitteiden ja toiveiden ääneen sanominen auttaa tässä muutoksessa. Lisäkoulutus, pelottavista asioista yhdessä keskusteleminen ja toisten auttaminen vaikeissa tilanteissa on tärkeää työyhteisössä. Yhteen hiileen puhaltaminen, " olemme kaikki tässä samassa veneessä".

## 9 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Opinnäytetyön tutkimuksen eettisyyttä on pyritty varmistamaan, vastausten anonyymiteetillä, vastaukset sai jättää suljetussa kirjekuoressa ja vastaaminen oli täysin vapaaehtoista. Tutkimuksen valmistuttua tutkimusaineisto tuhotaan. Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen luotettavuutta on pyritty tuomaan esille suorien lainauksien käytöllä tutkimustuloksissa. Opinnäytetyön aineisto oli suhteellisen pieni, tutkittavasta organisaatiosta johtuen. Vilkan (2005) mukaan laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa tutkimusaineiston koolla ei ole merkitystä vaan laadulla. Tavoitteena on, että tutkimusaineisto toimii apuvälineenä asian tai ilmiön ymmärtämiseen. Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa ei tavoitella yleistettävyyttä samassa merkityksessä kuin määrällisellä tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa. Tilastollisten yleistysten sijaan laadullisen tutkimuksen tavoitteena on vanhojen ajatusmallien kyseenalaistaminen ja ilmiön selittäminen ymmärrettäväksi, niin että se antaa mahdollisuuden ajatella toisin. Tähän tavoitteeseen päästään pienelläkin tutkimusaineistolla. (Vilka 2005, 126)

Koko osaston hoitohenkilökunta ei vastannut kyselyyn. Vastaamatta jätti hoitohenkilökunnasta seitsemän vakituisessa toimessa olevaa henkilöä. Katson kuitenkin, että aineistoa oli riittävästi, koska aineisto alkoi jossain määrin toistaa itseään. Yksi tapa ratkaista aineiston riittävyys on saturaatio eli kylläntyminen (Eskola & Suoranta 1998, 35). Saturaatiolla tarkoitetaan tilannetta, jolloin aineisto alkaa toistaa itseään eli tiedonantajat eivät tuota tutkimusongelman kannalta enää mitään uutta tietoa. Ajatuksena tässä on, että tietty määrä aineistoa riittää tuomaan sen perustiedon, joka tutkimuskohteesta on mahdollista saada. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87.)

Eskolan ja Suorannan (1996) kokemuksen mukaan jo 15 vastausta riittää aineiston kylläntymiseen, mutta kylläntymispisteestä saadut kokemukset vaihtelevat. Saturaatioon vetoaminen ei sovi kaikkeen laadulliseen tutkimukseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87). Vilkan (2005, 127) mukaan saturaation saavuttaminen tutkimusaineistossa tarkoittaa, että tutkimusaineiston peruslogiikka toistaa itseään, eikä lisääaineisto tuo tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. Tämä edellyttää kuitenkin sitä, että tutkija tietää mitä tutkija tutkimusaineistostaan hakee (Vilka 2005, 128). Laadullisessa tutkimuksessa on tavoitteena ymmärtää tutkimuskohdetta. Aineistoa voi olla vaikkapa vain yksi tapaus tai yhden henkilön haastattelu, kuten tässä opinnäytetyössä oli esimiehen osalta. Koska tarkoituksena ei ole etsiä keskimääräistä yhteyttä eikä tilastollisia säännönmukaisuuksia, aineiston koko ei määräydy näiden perusteella. (Hirsjärvi ym. 2008, 176). Haastattelun litteroinnin tarkkuudella voidaan päätellä myös tutkimuksen luotettavuutta (Vilka 2005, 116). Tämän opinnäytetyön tutkimuksen haastattelu litteroitiin sanasta sanaan.

Tutkijan objektiivisuutta ja tutkimuksen eettisyyttä mietittäessä tutkimuksessa tulee ottaa huomioon tutkimuksen tutkimusmenetelmä ja tutkijan oma käsitys tutkittavasta asiasta. Tutkija voi tieteenulkoisten arvostusten pohjalta varsin vapaasti valita tutkimuskohteensa ilman, että hänen puolueettomuuttaan tutkimuksen suorittajana epäillään. Tieteenulkoisia arvoja ovat esimerkiksi poliittinen - ja uskonnollinen suuntautuminen, moraalinen ja esteettinen näkemys. Tutkimusongelmana muotoilu ja tutkimusmenetelmien valinta saattavat osoittautua yksipuoliseksi, tämä voi aiheuttaa vinoutta aineiston hankintaan ja valintaan. Tällöin tutkimus ei täytä menetelmällisen objektiivisuuden vaatimuksia. Objektiivisuutta voidaan lisätä esimerkiksi lähteiden valinnalla ja niiden huolellisella tulkinnalla sekä rehellisellä lähde- ja tutkimusaineiston käyttämisellä, joka on ristiriidassa omien käsitysten kanssa. Tutkijan on pidettävä kirjoittajana persoona kurissa, jolloin kielenkäytössä ei tule ongelmia. Kirjoittajan on huolehdittava siitä, ettei lukijan huomio kiinnity tarpeettomasti häneen tai kieleen, vaan pysyy itse asiassa. (Hirsjärvi ym. 2008, 292-293.)

Sisällönanalyysin haasteena pidetään sitä, miten tutkija onnistuu pelkistämään aineiston ja muodostamaan siitä kategorioita niin, että ne kuvaavat mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysin asiantuntijat suosittavat niin sanotun Face-validiteetin käyttöä, joka tarkoittaa sitä, että tulos esitetään niille, jotka ovat tuntevat tutkittavan ilmiön ja heitä pyydetään arvioimaan vastaako tulos todellisuutta. Tällaisia henkilöitä ovat esimerkiksi henkilöt, joita asia koskee. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.) Tämän opinnäytetyön validiteettia eli pätevyyttä on tarkasteltu opinnäytetyön aiheen, tutkimusjoukon ja aineiston keräämisen valinnoilla (Viikka 2005, 161-162). Kysymyslomakkeessa annetut apusanat vastaamisen helpottamiseksi ja kysymysten ymmärtämiseksi lisäsivät tutkimuksen validiteettia ja tutkimuksen luotettavuutta.

Omaa objektiivisuttani aiheen valinnassa ja tutkimuksen tulosten luotettavuuden tarkastelussa olen miettinyt opinnäytetyötä tehdessäni. Olin tutkimuksen alkaessa vasta tullut osastolle, enkä mielestäni vielä siinä vaiheessa kuulunut osaston sisäpiiriin, vaan katselin osaston toimintaa ulkopuolisista silmin. Näiden puolentoista vuoden aikana, joina olen opinnäytetyötäni tehnyt, olen pikkuhiljaa tuntenut kuuluvani osaston hoitohenkilökuntaan eli "yhdeksi meistä". Tätä opinnäytetyötä tehdessäni asiat osastolla ovat jo muuttuneet ja mielipiteet sen mukana. Tutkimuksen kysymyslomakkeiden palautuksesta on kohta kulunut vuosi ja siinäkin ajassa on jo menty eteenpäin. Osastolle ei ole saatu psykogeriatrasta lääkäriä, toimintaterapeutista tai fysioterapeutista puhumattakaan. Osaston päivärutiinit ovat asettuneet uomiinsa ja psykogeriatrisen osaston tarve on huomattu kunnassa yhtenä erittäin tarpeellisena palveluna.

## 10 JATKOTUTKIMUS HAASTEITA

Osasto on toiminut psykogeriatrisena osastona noin kaksi vuotta. On ollut mielenkiintoista seurata osaston kehittymistä. Jatkotutkimuksen aiheina näen muutaman vuoden kuluttua tehtävän tutkimuksen siitä, onko muutos psykogeriatriseksi osastoksi tapahtunut ja mitkä ovat hoitajien ja esimiehen mietteet muutoksesta, kun siitä on enemmän kokemusta ja hoito psykogeriatrisella osastolla on asettunut uomiinsa. Onko henkilökunta saanut lisäkoulutusta, onko osastolla psykogeriatriaan erikoistunut lääkäri, mahdollisesti fysioterapeutti ja toimintaterapeutti? Miten on esimiestyö on kehittynyt? Ovatko tämän tutkimuksen tulokset hyödyttäneet osastoa ja auttaneet sitä kehittymään oikeaksi psykogeriatriseksi osastoksi, sellaiseksi kuin hoitajat ja esimies näkevät sen kehityksen tulevaisuudessa. Osaston hoitofilosofian muuttuminen ei tapahdu hetkessä. Se tarvitsee aikaa, koulutusta, motivoitunutta henkilökuntaa sekä hyvää esimiestyötä ja johtamista. Johtamisen merkitys korostui tässä opinnäytetyön tutkimuksessa. Esimiestyötä ja johtajuutta tulee kehittää tulevaisuudessa. Esimiehen tulee olla ajanhermolla ja tietää mitä työyhteisössä tapahtuu ja mihin asioihin tulee kiinnittää huomiota. Johtaja luo työyhteisölle raamit ja varmistaa resurssit. Näin työntekijät voivat suorittaa perustehtävänsä, sen mihin heidät on palkattu, se mikä heitä motivoi ja tuo työn ilon.

## LÄHTEET

- Aejmelaesus, Riitta., Kan, Suvi., Katajisto, Kaija-Riitta & Pohjola Leena. 2008. Erikoistu vanhustyöhön, osaamista hyvään arkeen. Helsinki: WSOY
- Aer, Juhani. 2006. Kaksisuuntaisuus on elinikäinen sairaus. Artikkelit: Revanssi 4/2006. 9. Toim: Laukkarinen, Ismo. Saatavana www-muodossa: [http://mtkl-fi-bin.directo.fi/@Bin/6f326ce3f5e43d51aef4ad30739dca6b/1255262897/application/pdf/11801/REVANSSI06\\_4.pdf](http://mtkl-fi-bin.directo.fi/@Bin/6f326ce3f5e43d51aef4ad30739dca6b/1255262897/application/pdf/11801/REVANSSI06_4.pdf)
- Alanen, Yrjö. 1993. Skitsofrenia - syyt ja tarpeenmukainen hoito. Juva: WSOY.
- Antikainen, Eeva-Liisa. 2005. Kasvuorientoitunut ilmapiiri esimiestyön tavoitteena. Tampere: Yliopistopaino Oy.
- Aro, Antti. 2002. Yritän vain hoitaa omaa tehtävääni: Työelämän muutokset ja työ hyvinvointi. Helsinki: Edita.
- Eriksson-Piela, Susan. 2003. Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa. Tampere: Yliopistopaino Oy.
- Erkinjuntti, Timo., Rinne, Juha., Alhainen, Kari & Soininen, Hilka. 2001. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Erämetsä, Timo. 2003. Myönteinen muutos. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Eskola, Jari & Suoranta, Jari. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Haho, Annu. 2006. Hoitamisen olemus. Hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvaaviin teoreettisiin väittämiin. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Heikkilä, Tarja. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hiltunen, Pirkko. 1999. Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjautuvat työikäiset ja vanhuksat. Oulu: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka., Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hjerppe, Marjo. 2008. Yksilövastuun hoitotyön toetutuminen omahoitajien arvioimana. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Hujala, Anneli. 2008. Johtamisen moniäänisyys. Johtaminen vuorovaikutuksena ja puhuntana hoivayksikössä. Kuopio: Koijyvä.
- Huotari, Päivi. 2009. Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimessa - neljän kunnan sosiaali- ja terveystoimen esimiesten käsityksiä strategisesta osaamisen johtamisesta. Tampere: Yliopistopaino.
- Huttunen, Matti. 2008. Lääkärikirja Duodecim. Artikkelin tunnus: dlk00358 (019.600). Kustannus Oy Duodecim. Saatavana www-muodossa: <http://213.216.208.148/?page=1118133&id=dlk00358>
- Hyttinen, Hanna. 1999. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta Hoitotyön toimijoiden arvio gerontologisessa hoitotyössä tarpeellisesta tietoperustasta lähitulevaisuudessa. Oulu: Yliopistopaino.

Hyvä ikääntyminen Porvoossa. Porvoon kaupungin ikääntymispoliittinen ohjelma vuosille 2010-2020.

Saatavana www-muodossa: <http://195.156.244.167/dynaswe/kokous/20096785-7-3899.PDF>

Härkönen, Esko & Nissinen, Jouko. 1990. Ihmisten johtaminen. Kajaani: Kainuun Sanomain Kirjapaino Oy.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Helsinki.

Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja (toim.). 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.

Jokinen, Pirkko & Pelkonen, Marjaana. 1996. Virikkeitä antava haastattelu (Stimulated recall interview) - menetelmä käsitysten, kokemusten ja ajattelun tutkimiseen hoitotieteessä. Hoitotiede vol. 8, no 3/-96. 134-141.

Järvinen, Pekka. 1998. Esimiestyö ongelmatilanteissa. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Järvinen, Pekka. 2001. Onnistu esimiehenä. Juva: WS Bookwell Oy.

Järvinen, Pekka. 2005. Ammattina esimies. Juva: WS Bookwell Oy.

Lintula, Hanna. 2001. Osastonhoitaja hoitotyön johtajana muuttuvassa toimintaympäristössä. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kaistila, Maijaliisa. 2005. Hyvä esimiestyö. Kuntien eläkevakuutus.

Saatavana www-muodossa:

[http://www.keva.fi/Table\\_pict/cid3/Info\\_txt/id4247/Kaistila\\_esimtyo\\_140905.pdf](http://www.keva.fi/Table_pict/cid3/Info_txt/id4247/Kaistila_esimtyo_140905.pdf)

Kangas, Riitta. 1994. Hoitotyön toimintafilosofian laatiminen käytännön toiminnalle. Toim. Willman H., Niemenlä T., Parvianen T., Sorvettula M. Hoitotyön vuosikirja 1994. Hygienia. Tampere: Tammerpaino Oy.

Kanste, Outi. 2005. Moniulotteinen hoitotyön johtajuus ja hoitohenkilöstön työuupumus terveydenhuollossa. Oulu: Yliopistopaino.

Karila, Antti. 1994. Mielenterveyspotilaiden psykososiaalinen selviytyminen ja mielenterveyspalvelujen käyttö. Vammala: VammalanKirjapaino Oy.

Kaste- ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kauhanen, Juhani. 2003. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Vantaa: Dark Oy.

Klimenko, Päivi. 2007. Oppimistehtävän kirjoittaminen Wordillä. Word 2003 (pdf) -ohjemoniste. Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Leppävaara. Espoo.

Kokko, Marjo. 1999. Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Oulu: Yliopistopaino.

Kotter, John P. 2007. Leading change. St Martias Pr.

Koskenvuo, Kimmo & Vertio, Harri (toim.). 1998. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Krause, Kaisa & Kiikkala, Irma. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kröger, Teppo., Leinonen, Anu & Vuorensyrjä, Matti. 2009. Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa. Jyväskylä: Yliopisto.

- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* vol. 11, no 1/-99. 3-12.
- Laakkonen, Arja. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitoympäristössä. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Laaksonen, Hannele. 2008. Luottamukseen perustuvan voimistavan johtamisen prosessimalli ja työyhteisön hyvinvointi. Mallin testaus sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Vaasa: Vaasan yliopistopaino.
- Lavikainen, Juha., Lahtinen, Eero & Lehtinen, Ville. 2000. Public health approach on mental health in europa. Helsinki: Stakes. Saatavan www-versiona: <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/1EB54ED4-EC61-405A-8DF55B7829917069/0/public2.pdf>
- Leinonen, Esa & Alanen, Hanna-Mari. 2008. Toisen polven psykoosilääkkeet dementia hoidossa. *Duodecim*. 124(2). 117-118.
- Lepola, Irja. 1997. Kolme vuotta muutoksessa mukana: Toimintatutkimus psykiatrisessa vastaanottoyksikössä. Oulu: Yliopistopaino.
- Lintula, Hanna. 2001. Osastonhoitaja hoitotyön johtajana muuttuvassa toimintaympäristössä. Pro gradu -tutkielma.
- Mattila, Pekka. 2006. Toiminta, valta ja kokemus organisaation muutoksessa - tutkimus kolmesta suuryrityksestä. Helsinki: Yliopistopaino.
- Mehtonen, Raija. 2008. Ikäjohtaminen terveydenhuollon näkökulmasta. Yli 45-vuotiaiden sairaanhoitajien kokemuksia ikäjohtamisesta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Sosiaali- ja terveyshallintotieteen pro gradu -tutkielma. Vaasa.
- Mielonen, Marja-Leena. 2000. Psykiatrisen hoito: Mistä ja mihin suuntaan? Oulu: Yliopistopaino.
- Morley, Michael & Sellwood, William. 1997. Edited by Norman, Ian & Redfern, Sally. *Mental health care for elderly people*. Loddon, Norfolk, UK: Paston press Ltd.
- Munnukka, Terttu. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövästuiiseen hoitotyöhön. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Muurinen, Seija. 2003. Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Tampere: Juventus Print Oy.
- Noppiari, Eija., Kiiltomäki, Aliisa & Pesonen, Arja. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Noppiari, Eija & Koistinen, Paula (toim.). 2005. Laatu vanhustyöhön. *Hygienia*. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Nummelin, Tarja. 2007. Keskusteleva esimiestyö - opitaan kokemuksesta. Juva: WS Bookwell Oy.
- Nurmi, Raimo. 2000. Johtaminen ja esimiestyö. Tampere: Tammer-Paino.
- Ollila, Seija. 2006. Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan, julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa. Vaasa: Acta Wasaensia.
- Partanen, Pirjo. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopio: Kuopion yliopisto.



- Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Pekkarinen, Laura. 2007. The Relationships Between Work Stressors and Organizational Performance in Long-Term Care for Elderly Residents. Research Report 171. Helsinki: STAKES.
- Perälä, Marja-Leena. 1989. Muutos yksilövastuiseen hoitotyöhön: vaikutukset hoitotyöntekijöidensä toimintaan ja potilas-hoitajavuorovaikutukseen. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Perttula, Juha. 1995. Kokemuksen tutkimuksen luotettavuudesta. Kasvatus 26 (1). 39-47.
- Pietilä, Anna-Maija., Hakulinen, Tuovi., Hirvonen, Eila., Koponen, Päivikki., Salminen, Eeva-Maija & Sirola, Kirsi (toim.). 2002. Terveyden edistäminen, Uudistuvat työmenetelmät. Juva: WS Bookwell Oy.
- Puttonen, Martti. 1993. Työyhteisön kehittäminen. Juva: WSOY.
- Ryhänen, Arja. 2005. Yksilövastuiseen hoitotyön toteutuminen. Seurantatutkimusoperatiivisen hoitotyön alueella. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja 35. Joensuu: Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri.
- Saaranheimo, Marja. 2003. Vanhuus ja mielenterveys. Vantaa: Dark Oy.
- Salonen, Marita & Kivinen Eveliina. 2000. "Paperilla hyvä, toimiiko käytännössä..." Teho-osaston kirjattun hoitotyön filosofian kehittämisprojekti. Tehohoito vol. 18 nro 1. 34-35.
- Surakka, Tiina. 2006. Osastonhoitaja työ erikoissairaanhoidossa 1990- luvulla ja 2000- luvulla. Tampere: Yliopistopaino Oy.
- Surakka, Tiina., Kiiikkala, Irma., Lahti, Tuula., Laitinen, Heleena & Rantala, Tuula. 2008. Osastonhoitaja ja johtaminen. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Sydänmaanlakka, Pentti. 2002. Älykäs organisaatio, tiedon, osaamisen ja suorituksen johtaminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Sydänmaanlakka, Pentti. 2006. Älykäs itsensä johtaminen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Sydänmaanlakka, Pentti. 2009. Jatkuva uudistuminen. Luovuuden ja innovatiivisuuden johtaminen. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Telaranta, Seija. 1999. Esimiestyö terveydenhuollossa. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Tilvis, Reijo., Hervonen, Antti., Jäntti, Pirkko., Lehtonen, Aapo & Sulkava Raimo, (toim.) 2001. Geriatria. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Torppa, Kaarine. 2007. Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamista. Tutkimus yksityissektorin johtamisoppien soveltamisesta neljässä yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä ja arvio managerialismin soveltuvuudesta julkisen erikoissairaanhoidon uudistamiseen. Oulu: Yliopisto paino.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Töttö, Pentti. 1999. Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tuolle puolen? Metodipoliittinen puheenvuoro. Sosiologia 4/1999. 280-292.

- Vahtera, Jussi., Kivimäki, Mika & Virtanen Pekka (toim.). 2002. Työntekijän hyvinvointi - kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Työterveyslaitos. Vammalan kirjapaino Oy.
- Valpola, Anneli. 2003. Kehityskeskustelun mahdollisuudet. Juva: WS Bookwell Oy.
- Valpola, Anneli. 2004. Organisaatiot yhteen. Muutosjohtamisen käytännön keinot. Juva: WS Bookwell Oy.
- Vauhkonen, Ilkka & Holmström, Peter. 1998. Sisätaudit. Porvoo: WSOY.
- Vilka, Hanna. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Winblad, Ilkka. 2007. Vanhusten psyykkiset häiriöt. Kandidaattikustannus Oy. Saatavana www-versiona:  
[http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhusten\\_psykkiset\\_h%C3%A4iri%C3%B6t](http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhusten_psykkiset_h%C3%A4iri%C3%B6t)
- Vuokila-Oikkonen, Päivi. 2002. Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteisneuvottelun keskustelussa rakentuvat kertomukset. Oulu: Yliopiston paino.
- Wiili-Peltola, Erja. 2005. Sairaala muutosten ristipaineessa. Tampereen yliopisto. Savion Kirjapaino Oy.
- Välimäki, Maritta., Holopainen, Arja & Jokinen, Maija. 2000. Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. Juva: WS Bookwell Oy.

#### Internet - LÄHTEET

- Luettu: 15.11.2008  
<http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Tiedonvalitys/Verkkolehdet/Tyoterveiset/1998-02/06.htm>
- Luettu: 14.9.2009  
[http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti\\_ja\\_muistisairaudet/muistisairaudet/alzheimerin\\_tauti/](http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/muistisairaudet/alzheimerin_tauti/)
- Luettu: 24.9.2009  
[http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti\\_ja\\_muistisairaudet/muistisairaudet/vaskulaarinen\\_dementia/](http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/muistisairaudet/vaskulaarinen_dementia/)
- Luettu: 24.9.2009  
[http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti\\_ja\\_muistisairaudet/muistisairaudet/lewyn\\_kappale/](http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/muistisairaudet/lewyn_kappale/)
- Luettu: 24.9.2009  
<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=khp00057>
- Luettu: 24.9.09  
<http://fi.wikipedia.org/wiki/Psykiatria>
- Luettu: 24.9.2009  
[http://www.mielenterveysseura.fi/hankkeet/maahanmuuttajien\\_kansalaistoiminnan\\_kehittaminen\\_ovi\\_2007\\_2011](http://www.mielenterveysseura.fi/hankkeet/maahanmuuttajien_kansalaistoiminnan_kehittaminen_ovi_2007_2011)
- Luettu: 1.10.2009  
<http://www.gernet.fi/artikkelit/dementia.html>
- Luettu: 11.10.2009  
[http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta/terveys\\_ja\\_sairaudet/mielenterveys/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/mielenterveys/)

Luettu: 11.10.2009

<http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=TherapiaFennica:Tietosuojak%C3%A4yt%C3%A4nt%C3%B6>

Luettu: 29.10.2009

<http://www.uwasa.fi/midcom-admin/ais/midcom-serveattachmen7251/Filosofia.pdf>

Luettu: 1.11.09

<http://www.tehy.fi/@Bin/15808027/Lakialoite.pdf>

Luettu: 18.3.2010

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901247/Mielenterveysasetus\\_21.12.1990/1247](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901247/Mielenterveysasetus_21.12.1990/1247)

Luettu: 24.3.2010

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnut/hoi35050#s1>

Luettu: 24.3.2010

Österberg, Anders. 2009. <http://www.multippeliskleroosi.fi/MS-TIETOA/Kognitiosta/Kognitio-vaikuttaa-tyohon-ja-arkeen.aspx>

#### JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET

Weckström, Leena. 2009. Osastonhoitaja. Sähköposti. 2.10.2009

## Liite 1

Näsin Sairaala  
Ylihoitaja Tuija Holstein  
Askolinintie 1  
06100 Porvoo

1.6.2009

## TUTKIMUSLUPA

Opiskelen Hyvinkään Laureassa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Ohjelma painottuu ennaltaehkäisevän hyvinvointityön johtamiseen ja kehittämiseen.

Pyydän kohteliaimmin lupaa tehdä tutkimusta Porvoon kaupungin Näsin sairaalan osasto 2:n henkilökunnalle. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kyselytutkimuksen avulla hoitohenkilökunnan kokemuksia osaston hoitofilosofian ja työnkuvan muutoksesta pitkäaikaisgeriatrian osastosta psykogeriatriseksi osastoksi.

Liitteenä seuraa tutkimuksen saatekirje ja kysymyslomake.

Ystävällisin terveisin:  
Päivi Eronen sh/th  
Laurea YAMK, Hyvinkää 2009  
Puh:0405348156  
Mail: paivi.eronen@laurea.fi

Tutkimuslupa myönnetään



Ei myönnetä



Allekirjoitus

---

Ohjaava opettaja: Anne Hartikainen  
anne.hartikainen@laurea.fi

## Liite 2

Saatekirje

Hei!

Opiskelen Hyvinkään Laureassa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Ohjelma painottuu ennaltaehkäisevän hyvinvointityön johtamiseen ja kehittämiseen.

Opinnäytetyöni tavoitteena on tarkastella hoitohenkilökunnan kokemuksia Porvoon kaupungin, Näsin sairaalan osasto 2:n muutoksesta pitkäaikaisgeriatrian osastosta psykogeriatriseksi osastoksi. Tutkimuksen kohteena on erityisesti selvittää, miten hoitohenkilökunta kokee osaston hoitofilosofian ja työnkuvan muutoksen.

Toivon Sinun vastaavan kaikkiin lomakkeen kysymyksiin. Voit vastata kirjoittamalla omia ajatuksia essee-muodossa. Kysymyksissä on annettu viitteitä siitä, mitä kysymyksellä haetaan. Jos kysymys tuntuu vaikealta, etkä ehkä ymmärrä, mitä sillä tarkoitetaan, ota rohkeasti yhteyttä, yhteystiedot alla. Kaikki vastaukset ovat kullan arvoisia.

Vastaukset voit antaa anonyymisti (nimettöminä). Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Vastausaikaa on heinäkuun 2009 loppuun asti.

Yhteistyöstä kiittäen!

Päivi Eronen Sh, Th  
Laurea YAMK, Hyvinkää 2009  
Puh: 0405348156  
Mail: paivi.eronen@laurea.fi

Liite 3

PORVOON KAUPUNKI

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Vanhustyönjohtaja

04.06.2009

52 §

Vireillepanija Eronen Päivi

Asia OPINNÄYTETYÖN LUPA-ANOMUS/PÄIVI ERONEN

Perustelut Laurea YAMK:n opiskelija Päivi Eronen anoo tutkimuslupaa opinnäytetyötä varten Näsin sairaalan osastolla 2. Tavoitteena on kyselyn avulla tarkastella hoitohenkilökunnan kokemuksia Näsin sairaalan osasto 2:n muutoksesta pitkäaikaisgeriatrian osastosta psykogeriatriseksi osastoksi, sekä selvittää miten hoitohenkilökunta kokee osaston hoitofilosofian ja työnkuvan muutokset.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Näsin sairaalan ylihoitaja puoltaa opinnäytetyön tekemistä ja raportti luovutetaan valmistuttuaan vanhustyönjohtajalle.

Päätös Hyväksytään



Marlit Backman  
Vanhustyönjohtaja

JAKELU

Päivi Eronen  
Tuija Holstein



5. Miten osaston työnkuvan ja hoitofilosofian muuttuminen on vaikuttanut omaan työhösi? (esim. raskaampi, kevyempi, vaativampi, helpompi ym.)

Ei mitenkään



---

---

---

---

---

---

---

---

6. Miten haluaisit kehittää osaston toimintaa tulevaisuudessa?

---

---

---

---

---

7. Millaisia odotuksia sinulla on esimiestyöhön liittyen? (tuki, kannustus, lisäkoulutus ym.)

---

---

---

---

Jos vastauksiin varattu tila ei riitä, voit jatkaa paperin kääntöpuolelle. KIITOS vastauksestasi!



## Liite 5

Näsin Sairaala                      8.12.2009  
Vanhustyön johtaja  
Marlit Backman  
Askolinintie 1  
06100 Porvoo

## TUTKIMUSLUPA

Opiskelen Hyvinkään Laureassa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Ohjelma painottuu ennaltaehkäisevän hyvinvointityön johtamiseen ja kehittämiseen.

Pyydän kohteliaimmin lupaa tehdä tutkimusta Porvoon kaupungin Näsin sairaalan osasto 2:n esimiehille, osastonhoitajalle sekä ylihoitajalle. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää haastattelun avulla esimiesten kokemuksia osaston hoitofilosofian ja työnkuvan muutoksesta, kehittämishaasteista sekä nykytilasta, pitkäaikaisgeriatrian osastosta psykogeriatriseksi osastoksi.

Tutkimuskysymykset ovat samankaltaiset kuin hoitohenkilökunnalle, niissä on otettu huomioon vastaajan esimiesasema. Liite 1.

Ystävällisin terveisin:  
Päivi Eronen sh/th  
Laurea YAMK, Hyvinkää 2009  
Puh:0405348156  
Mail: paivi.eronen@laurea.fi  
Kotios: Laamanninpolku 2 A9  
06100 Porvoo

Tutkimuslupa myönnetään



Ei myönnetä



Allekirjoitus

---

Ohjaava opettaja: Anne Hartikainen  
anne.hartikainen@laurea.fi

Liite 6

**PORVOON KAUPUNKI****VIRANHALTIJAPÄÄTÖS**

Vanhustyönjohtaja

16.12.2009

93 §

Vireillepanija

Eronen Päivi

Asia

OPINNÄYTETYÖN LUPA-ANOMUS

Perustelut

Hyvinkään Laurea AMK:ssa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa varten opiskeleva Päivi Eronen anoo lupaa opinnäytetyön tekemiseen Näsin sairaalan osastolla 2. Tarkoitus on selvittää haastattelun avulla esimiesten kokemuksia osaston hoitofilosofian ja työkuvan muutoksesta, kehittämishaasteista sekä nykytilasta pitkäaikaisgeriatrian osastosta psykogeriatriseksi osastoksi.

Näsin sairaalan ylihoitaja puoltaa anomusta.

Opinnäytetyö luovutetaan vanhustyönjohtajalle.

Päätös

Hyväksytään



Marli Backman  
Vanhustyönjohtaja

JAKELU

Päivi Eronen  
Tuija Holstein

Liite 7

#### ESIMIEHEN HAASTATTELU KYSYMYKSET:

1. Miten osasto 2:n hoitofilosofia ja työnkuva on mielestänne muuttunut kahden viime vuoden aikana?
2. Miten osasto toimintaa tulisi kehittää tulevaisuudessa?
3. Millaisena koet esimiehen roolista osaston kehityksen tulevaisuudessa?
4. Kuvaile osaston tämän hetkistä työyhteisön ilmapiiriä ja sen kehittymismahdollisuuksia psykiatriana osastona?

Haastatteluun varattava aika n ½-1 h. Haastattelu nauhoitetaan.