



**LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU**  
*Lahti University of Applied Sciences*

# OMAHOITAJAJÄRJESTELMÄSTÄ MODULAARISEEN MALLIIN

Hoitajien kokemuksia modulaarisesta hoitotyöstä neurologian  
osastolla

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja  
Opinnäytetyö  
Kevät 2012  
Katri Majuri  
Sisko- Maria Ihalainen

Lahden ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma

IHALAINEN, SISKO-MARIA

MAJURI, KATRI:

Omahoitajajärjestelmästä modulaariseen  
malliin  
Hoitajien kokemuksia modulaarisesta  
hoitotyöstä neurologian osastolla

Hoitotyön koulutusalan opinnäytetyö, 42 sivua, 5 liitesivua

Kevät 2012

TIIVISTELMÄ

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten siirtyminen omahoitajajärjestelmästä modulaariseen työnjakomalliin on vaikuttanut hoitajien kokemukseen omasta työstään ja potilaiden hoidosta Lahden kaupunginsairaalan neurologisella kuntoutus osastolla. Lisäksi selvitettiin, mitä kehittämissuhteita hoitohenkilökunnalla oli, jotta toimintamalli toteutuisi paremmin. Tavoitteena oli tuottaa osastolle tietoa toimintamallista, jotta sitä voitaisiin edelleen kehittää.

Aineisto kerättiin kirjallisen kyselyn avulla ja se analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Kyselyyn osallistui osaston hoitotyötä toteuttava henkilökunta.

Opinnäytetyössä saatujen tulosten perusteella modulaariseen hoitotyöhön siirtyminen vaikutti positiivisesti hoitajien työhyvinvointiin. Työ koettiin monipuolisempaan, selkeämpään ja vastuun koettiin jakautuvan tasapuolisemmin. Hoitajat eivät kokeneet potilaiden hoidon laadun heikentyneen toimintamallimuutoksen myötä. Hoitajat toivoivat jatkossa modulaarisen hoitotyön jatkuvan osastolla, lisäksi toivottiin moniammatillisen yhteistyön tehostamista.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä hoitotyön toimintamallien kehittämisessä.

Asiasanat: modulaarinen hoitotyö, työnjakomalli, yksilövastuinen hoitotyö

Lahti University of Applied Sciences  
Degree Programme in nursing

IHALAINEN, SISKO-MARIA  
MAJURI, KATRI:

From primary nursing to modular nursing  
Nurses' experiences of modular  
nursing on neurology ward

Bachelor's Thesis in nursing

42 pages, 5 pages of appendices

Spring 2012

ABSTRACT

---

The purpose of this final project was to find out how the transition from primary nursing care to modular nursing has influenced nurses' own experiences of their own work and patient care at Lahti City Hospital department of neurology. Furthermore, the purpose of the study was to find out how the nursing care should be developed so that the care delivery model could work better. The aim of this study was to provide information for nursing staff about care delivery system so that it could be developed and improved.

The data was collected with a written questionnaire. The results were analyzed by inductive content analysis. The target group consisted of the nursing staff of the ward.

The results showed that transition from primary nursing to modular nursing affected positively the work and wellbeing. Nurses considered their work more versatile, clearer and they also felt that responsibility is divided more equally. Nurses did not feel that quality of patient care weakened during the transition. The nurses wanted modular nursing to continue on the ward, they also hoped for more cooperation with a multi-professional team.

The results of this study can be used in the social welfare and health care units that consider developing their care delivery model.

Key words: care delivery system, modular nursing, primary nursing

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	HOITOTYÖN TOIMINTAMALLIT	3
2.2	Modulaarinen hoitotyö	4
2.3	Modulaarisesta hoitotyöstä julkaistuja tutkimustuloksia	5
2.4	Yksilövastuinen hoitotyö	6
3	MODULAARINEN TOIMINTAMALLI NEUROLOGIAN OSASTOLLA	9
3.1	Lahden kaupunginsairaalan neurologinen kuntoutusosasto	9
3.2	Omahoitajajärjestelmästä modulaariseen hoitotyöhön	10
4	TOIMINTATAPOJEN MUUTOS HOITOTYÖN ORGANISAAATIOSSA	12
4.1	Muutos työyhteisössä	12
4.2	Muutosprosessi	14
4.3	Muutosvastarinta	15
4.4	Muutoksen kokeminen	17
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	19
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	20
6.1	Aineiston keruu	20
6.2	Aineiston analysointi	21
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	24
7.1	Toimintamallimuutoksen vaikutukset hoitajien kokemukseen omasta työstä	24
7.1.1	Työhyvinvointi	24
7.1.2	Työn monipuolistuminen	25
7.1.3	Vastuun jakautuminen	25
7.1.4	Työn selkeytyminen	26
7.2	Toimintamallimuutoksen vaikutukset potilaiden hoitoon	26
7.2.1	Kirjaaminen ja tiedonkulku	26
7.2.2	Kuntoutujien kokemukset	27
7.2.3	Kuntoutusprosessi	27
7.3	Hoitohenkilökunnan antamat kehittämissuositukset työnjakomallista	28
7.3.1	Vastuun ottaminen	28
7.3.2	Työnjako	29
7.3.3	Yhteistyö	29

8 POHDINTA	31
8.1 Tutkimustulosten tarkastelua	31
8.1.1 Toimintamallimuutoksen vaikutukset hoitajien työn kokemiseen	32
8.1.2 Toimintamallimuutoksen vaikutukset potilaiden hoitoon	34
8.1.3 Hoitohenkilökunnan antamat kehittämisehdotukset työnjakomallista	35
8.2 Tutkimuksen luotettavuus	36
8.3 Tutkimuksen eettisyys	37
8.4 Oppimiskokemukset	37
8.5 Jatkotutkimusaiheet	39
LÄHTEET	40
LIITTEET	43

# 1 JOHDANTO

Modulaarinen hoitotyö on yksi yksilövastuisen hoitotyön muodoista tai sen esiaste. Käytännössä modulaarisella hoitotyöllä tarkoitetaan yksikön jakamista moduuleihin, eli osioihin. Moduulissa työskentelee pysyvästi tietty henkilöstö, joka huolehtii oman alueensa potilaiden hoitotyön kokonaisuudesta. Osastonhoitaja vastaa hoitotyön laadusta ja siitä, että moduulien toiminnalle on hyvät edellytykset ja resurssit. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 74- 75.)

Lahden kaupunginsairaalan neurologisella kuntoutusosastolla tapahtui joulukuussa 2011 toimintamallimuutos. Toimintamallimuutos koskettaa kaikkia osaston työntekijöitä ja vaikuttaa monilta osin heidän päivittäiseen työhönsä. Hoitotyön toimintamallin kehittämisen arviointi on tärkeää, jotta osastolle löydetään paras mahdollinen toimintamalli.

Opinnäytetyössä kuvataan hoitajien kokemuksia omahoitajärjestelmästä modulaariseen malliin siirtymisestä Lahden Kaupunginsairaalan neurologisella kuntoutusosastolla. Opinnäytetyön tarkoituksena on saada selville kokemuksellista tietoa modulaarisesta hoitotyöstä, sekä selvittää miten modulaariseen hoitotyönjakomalliin siirtyminen vaikuttaa hoitajien omaan työhön ja kokemukseen potilaiden hoidosta. Työn tavoitteena on tutkitun tiedon avulla kehittää hoitotyön toimintamallia osastolla ja arvioida modulaarisen hoitotyön toimivuutta.

Tutkimus toteutetaan Lahden kaupunginsairaalan neurologisella kuntoutusosastolla, jossa on 25 kuntoutuspaikkaa. Tutkimuskohteena ovat hoitotyöhön osallistuvat lähihoitajat ja sairaanhoitajat. Neurologisen osaston suurimpana kuntoutujaryhmänä ovat aivohalvaukseen sairastuneet, mutta osastolla kuntoutetaan myös muita neurologisiin sairauksiin sairastuneita. Kuntoutusosastolla kuntoutus on tehokasta ja tavoitteellista.

Aineisto kerättiin kirjallisen kyselyn avulla osaston hoitohenkilökunnalta ja aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Teoreettisessa viitekehyksessä tarkastellaan hoitotyön työnjakomalleja ja toimintamallimuutoksen yleisiä vaikutuksia terveydenhuollon organisaatiossa.

Terveysthuollon kasvavien paineiden vuoksi hoitajien työnjaon, sekä koko työyhteisön toiminnan kehittäminen ovat ajankohtaisia aiheita mahdollisimman hyvän tuloksen saavuttamiseksi potilaiden hoidossa. Osastotyön henkilökuntamitoitus on monissa kunnissa hyvin niukka, mutta toimintatapamuutosten avulla voi löytyä osaston arkea helpottavia ratkaisuja. Palveluihin käytettäviä varoja supistetaan ja erityisesti laitos- ja sairaalahoidon määrää vähennetään. Sen vuoksi sairaalatyö olisi muutettava mahdollisimman mielekkääksi ja vetovoimaiseksi työntekijöille.

Opinnäytetyön aihe lähtee työelämän tarpeista. Osastonhoitajan ja hoitajien ehdotus oli, että aiheesta toteutettaisiin opinnäytetyö, jossa osaston toiminnan muutosta hoitajien näkökulmasta arvioitaisiin konkreettisesti.

Halusimme tehdä opinnäytetyön, joka olisi työelämälähtöinen ja palvelisi työelämää. Aihe on kiinnostava, koska molemmat tekijät omaavat kokemusta perusterveydenhuollon osastohoitotyöstä. Tämä opinnäytetyö tuo osastolle konkreettista tietoa työnjakomallimuutoksen toimivuudesta hoitajien näkökulmasta ja työn pohjalta voidaan kehittää hoitotyönjakomallia osastolla edelleen. Opinnäytetyö kehittää valmiuksiamme kohdata erilaisia muutoksia työyhteisössä.

## 2 HOITOTYÖN TOIMINTAMALLIT

### 2.1 Toimintamallit nykypäivänä ja hoitotyön historiassa

Hoitotyön toimintamallit luokitellaan professionaalisen kehityksen eri portaisiin, joissa tehtäväkeskeinen toimintamalli on alimpana askeleena, ryhmätyö, potilas-keskeinen ja modulaarinen malli seuraavina, sekä vastuuhoidajamalli toiseksi ylimpänä askeleena. Professionaalinen hoitotyö on Hegyvaryn mukaan ylimpänä askeleena. Toimintamallit eivät ole toisiaan poissulkevia toimintatapoja, vaan käytännössä on olemassa useita eri variaatioita. (Hegyvary 1991, 24-25.)

Potilaskohtainen hoitotyön toimintamalli on vanhin hoitotyön organisointitavoista. Se on ollut käytössä jo 1900-luvun alussa, jolloin potilaat hoidettiin pääasiassa kotona ja sairaanhoitajat asuivat heidän kotonaan ja avustivat potilasta vuorokauden ympäri. Sairaanhoitajalla oli tällöin hoidossaan vain yksi potilas kerrallaan ja nykyään toimintamallia voi verrata lähinnä tehohoito-osastoilla toteutettavaan hoitotyöhön, jossa potilas tarvitsee jatkuvaa valvontaa ja hoitoa. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 69-70.)

Potilaskohtaisen mallin jälkeen kehitettiin erilaisia hoitotyön toimintamalleja, kuten tehtäväkeskeinen ja ryhmätyönä toteutettava hoitotyön malli. Tehtäväkeskeisen mallin ajatus on vastuun keskittyminen tehtävien suorittamiseen aikataulun mukaisesti ja oikein. Ryhmätyönä toteutettavassa hoitotyön mallissa osastonhoitaja toimii osaston koordinaattorina, ohjaten ja tukien ryhmänjohtajia, keskustellen potilaiden kanssa ja kehittäen henkilökuntaansa. Ryhmänjohtajina toimivat sairaanhoitajat ohjaavat ryhmänsä toimintaa. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 73-74.)

Modulaarista hoitotyön mallia on pidetty yksilövastuuisen hoitotyön esiasteena tai yhtenä muotona. Yksilövastuuisen hoitotyön malli alkoi levitä Suomeen 80-luvulla ja se sai alkunsa hoitajien tyytymättömyydestä omaan työhönsä. Nykypäivänä yksilövastuinen hoitotyö erityisesti omahoitajamallin mukaisesti toteutettuna on yleisimmin käytössä oleva hoitotyön malli Suomessa. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 74.)



Lahden kaupunginsairaalan neurologisella kuntoutusosastolla siirrytään käytännössä takaisin vanhaan toimintamalliin, joka on ollut yleisesti käytössä Suomessa lähinnä 1980 ja 1990-luvuilla. Jälleen toimintamallimuutoksen ajatus on lähtöisin hoitajien tyytymättömyydestä omaan työhönsä ja sen organisointitapaan. Kaivataan muutosta, jota lähdetään toimintamallimuutoksen kautta hakemaan. Muutoksen myötä toivotaan päivittäistä työntekoa helpottavaa toimintatapaa. Täysin vastaavanlaiseen työnjakomuutokseen liittyviä tutkimustuloksia emme löytäneet.

Toimintamallista riippumatta hoitotyötä ohjaa aina laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), joka määrittää yksilöllisyyden vaatimuksen potilaan hoidossa seuraavanlaisesti: ”potilasta on kohdeltava niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.” Lain mukaan potilaalla on oikeus saada selvitys sairaudestaan, hoidosta ja hoidon vaihtoehdoista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, pykälä 5.)

## 2.2 Modulaarinen hoitotyö

Lahden kaupunginsairaalan neurologinen kuntoutusosasto siirtyy joulukuussa 2011 modulaariseen hoitotyöhön (engl. modular nursing). Modulaarinen hoitotyö on yksi yksilövastuisen hoitotyön muodoista tai sen esiaste. Käytännössä modulaarisella hoitotyöllä tarkoitetaan yksikön jakamista moduuleihin, eli osioihin. Moduulissa työskentelee pysyvästi tietty henkilöstö, joka huolehtii oman alueensa potilaiden hoitotyön kokonaisuudesta. Moduulissa on mahdollista nimetä potilaille omahoitaja. Osastonhoitaja vastaa hoitotyön laadusta ja siitä, että moduulien toiminnalle on hyvät edellytykset ja resurssit. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 74-75.)

Modulaarisen mallin mukaan osasto jaetaan kahteen moduuliin. Sairaanhoitajat ja lähi/perushoitajat työskentelevät yhdessä oman koulutuksensa ja kokemuksensa mahdollisimman tehokkaasti hyödyntäen. Työntekijät suunnittelevat yhdessä työnjaon vuoron alussa mahdollisimman hyvin ja sopivat siitä, keistä potilaista kukin erityisesti huolehtii työvuoron aikana.

Modulaarinen hoitotyö antaa valmiudet toteuttaa potilaiden hoitoa hyvässä ryhmätyössä ja potilaskohtaisesti. Työvuorosuunnittelun avulla hoitotyön jatkuvuus pysyy yllä, ja näin myös hoitotyö on mahdollista suunnitella ja toteuttaa yksilöllisesti. Ero muihin hoitotyön toimintamalleihin näkyy esimerkiksi vastuullisuuden käsitteissä.

Vastuullisuus on modulaarisessa hoitotyössä määritelty kestämään työvuoron ajan, yksilövastuisessa hoitotyössä koko hoitajakson ajan. Tarkan kirjaamisen ja suullisen raportoinnin avulla yksilöllisen hoitotyön toteuttaminen pysyy mahdollisena. Erona muihin toimintamalleihin pidetään myös hierarkkisuuden vähenemistä ja joustavuuden lisääntymistä käytännön hoitotyössä. Modulaarisessa hoitotyössä pystytään myös paremmin hyödyntämään jokaisen työntekijän yksilölliset kyvyt. Haittana voidaan pitää potilaiden jakamista erilaisiin maantieteellisiin osioihin, jos potilas joudutaan siirtämään toisen moduulin alueelle hoitotyön jatkuvuus voi katketa. (Voutilainen 1993, 75-76.)

### 2.3 Modulaarisesta hoitotyöstä julkaistuja tutkimustuloksia

Modulaarisen mallin määritellään olevan yhdistelmä ryhmätyön- ja yksilövastuisen hoitotyön malleista. Mallia käytetään toisinaan osastotyössä kun tarpeeksi hoitajia ei ole saatavilla. Tutkimuksen mukaan osasto jaetaan esimerkiksi kahteen osaan, joissa työskentelee ryhmä eriasteisesti koulutettuja hoitajia. Potilasryhmiin kuuluu noin 8-12 potilasta. Jokaista moduulia johtaa vastaava sairaanhoitaja, joka pitää kokonaisuuden hallinnassaan ja ohjaa työtä. Osastonhoitajan rooli on merkittävä ja hän huolehtii ryhmien toiminnasta ja yhteistyön toteutumisesta ryhmien välillä. (Booyens 1993, 316.)

Modulaarisen mallin todetaan tutkimuksien mukaan olevan tuotannollisesti tehokkaampi hoitotyön malli verrattuna ryhmätyön- tai yksilövastuisen hoitotyön malleihin. Kommunikointi ja yhteistyö työntekijöiden kesken toimivat paremmin modulaarisessa hoitotyössä kuin muissa hoitotyön malleissa. (Booyens 1993, 317.)

Modulaarinen hoitotyö eroaa ryhmätyö mallista siten, että siinä hoitotyötä toteuttavat ryhmät ovat pienempiä ja moduuliin kuuluu ainoastaan kaksi tai kolme hoitajaa. Modulaarinen hoitotyö lukeutuu yleisimmin käytössä oleviin hoitotyön toimintamalleihin. Yksikkö voi valita itse hoitotyön organisointitapansa, mutta valintaan vaikuttavat hoitotyöntekijöiden ammattitaito, resurssit, taloudelliset mahdollisuudet, potilaiden toimintakyky ja työtehtävien vaativuus. Tavanomaisimmista toimintamalleista on olemassa useita yksikkökohtaisia muunnoksia, joista käytetään useita eri termejä. Monet uudemmista hoitotyönmalleista ovat vain kierrätet-

tyjä muunnelmia tai uudelleen nimettyjä muunnelmia vanhoista malleista. (Marquis 2004, 213-214, 315-317.)

Kuopion yliopiston sisätautien klinikalla suoritetussa tutkimuksessa Partanen (1999) totesi modulaarisen hoitotyön mallin olevan käytössä jossain muodossa kaikilla osastoilla. Joillakin vuodeosastoilla yksilövastuista hoitoyötä pidettiin yllä modulaaristen mallien sisällä, mutta sitä sovellettiin vaihtelevasti ja pinnallisesti. (Saikkonen 2004, 12-13.)

Saikkosen tutkimustulosten mukaan HUS:n tietyillä vuodeosastoilla olivat eniten käytössä vastuuhoitaja- ja modulaarimallit. Modulaarisen mallin mukaista hoitoyötä toteutettiin osastoilla kun omahoitajuuden ei katsottu soveltuvan osastolle tai vastuuhoitajamallia oltiin vasta kehittämässä osastolle. (Saikkonen 2004, 67.) Joillakin HUS:n vuodeosastoilla käytettiin kahta eri työnjakomallia, esimerkiksi modulaarisen mallin lisäksi omahoitajamallia tiettyjen potilasryhmien hoidossa. Niiden suhteen Saikkonen kuitenkin pohtii millainen arvoperusta ohjaa osaston toimintaa jos vain tietyt potilaat saavat omahoitajan. (Saikkonen 2004, 78-79.)

Erilaisia toimintamallien muunnelmia on käytössä useita. Munnukan (2002) mukaan sekamalleja käytettiin yksiköissä, kun aikaisemmin oli ollut käytössä yksilövastuinen hoitotyö, mutta toimintojen, henkilöstön tai muun sellaisen muutoksista johtuen oli ajaututtu sekamalliin tai takaisin tehtäväkeskeisyyteen. Kiireisimpinä ja tehtäväkeskeisempinä kuvattiin yksiköitä, joissa hoitotyö oli vaativaa ja hoitajat lyhyimpiä. (Munnukka 2002, 78.)

Tutkimuksiin ja kirjalliseen materiaaliin perehtyessä todettiin modulaarisen hoitotyön olevan toisaalta yksi ryhmätyönä toteutettavan hoitotyön muodoista ja toisaalta yksilövastuisen hoitotyön muoto tai esiaste.

#### 2.4 Yksilövastuinen hoitotyö

Neurologisella kuntoutusosastolla L51 on aikaisemmin ollut käytössä yksilövastuinen hoitotyö, josta on käytetty nimeä omahoitajajärjestelmä. Primary nursing-käsitteen suomenkielisenä vastineena käytetään usein käsitettä yksilövastuinen hoitotyö, koska halutaan korostaa sekä yksilöä, että vastuuta. Toinen yleisesti käytetty termi on omahoitajajärjestelmä. (Koivuselkä 2007, 4.)

Yksilövastuinen hoitotyö alkoi levitä Suomeen 1980-luvulla. Se on alun perin kehittynyt vastalauseena tehtäväkeskeiselle toimintamallille. Hoitajat olivat tyytymättömiä hoitotyön pirstoutuneisuuteen, viestinnän monimutkaisuuteen ja potilaskontaktien vähäisyyteen. (Kalasniemi, Kuivalainen & Ryhänen 2002, 13.)

Yksilövastuiseen hoitotyön perusajatukseen sisältyvät vastuullisuuden, autonomian, koordinoinnin ja kattavuuden perusperiaatteet. Vastuullisuus tarkoittaa omahoitajan vastuuta potilaan hoidosta ja päätöksenteosta 24h vuorokaudessa koko hoitajakson ajan. Vastuullisuutta on myös se, että omahoitaja voi hoitaa omia potilaitaan joka työvuorossaan ja paneutua heidän asioihinsa. Autonomia, eli itsenäisyys tarkoittaa yksilövastuisessa hoitotyössä omahoitajan oikeutta ja velvollisuutta ammattinsa antamin valtuuksin tehdä hoitotyötä koskevia päätöksiä yhdessä potilaan kanssa. Koordinoinnin periaatteella tarkoitetaan potilaan hoitotyön ja potilaan tarvitseman hoidon sovittamista jatkuvaksi, yhtenäiseksi ja asetettujen tavoitteiden mukaisesti eteneväksi prosessiksi. Näin pyritään toteuttamaan potilaan hoito mahdollisimman järjestelmällisesti, laadukkaasti ja tehokkaasti. Kattavuus yksilövastuisessa hoitotyössä takaa potilaan kaikista tarvitsemista hoitotoimista huolehtimisen kaikissa työvuoroissa. Suomalaisissa hoitotieteellisissä tutkimuksissa kattavuuden periaate on korvattu usein kokonaisvaltaisuuden ja jatkuvuuden periaatteilla. Kokonaisvaltaisuus tarkoittaa, että potilas otetaan huomioon kokonaisuutena ja hoitotyöntekijä huolehtii kaikista potilaan tarvitsemista hoitotoimista määräaikana. (Koivuselkä 2007, 6-7.)

Yksilövastuista hoitotyötä ja erityisesti omahoitajajärjestelmää on pidetty parhaana mahdollisena hoitotyön filosofiana jo vuosikymmenten ajan. Tutkimustietoa siitä löytyy valtavasti ja toimintamallia on kehitetty ympäri maailmaa jo 30 vuoden ajan aktiivisesti. Yksilövastuiseen hoitotyöhön liittyy monia käsitteitä, jotka ovat ristiriidassa keskenään. Viime aikoina on pohdittu, onko yksilövastuisuus sekä toimintamalli että filosofia. (Kalasniemi ym. 2002, 14.)

Yksilövastuiseen hoitotyön ongelmia ovat monessa paikassa nykyisten resurssien riittämättömyys. Hoitajat kokevat riittämättömyyden tunnetta, koska omille potilaille ei löydy tarpeeksi aikaa. Asetetut tavoitteet ahdistavat hoitajia, koska resurssit eivät riitä niiden tavoittamiseen. Ongelmalliseksi on koettu myös potilaiden kotiutuminen omahoitajan ollessa vapailla. Myös omahoitajan yksityisyyden tur-

vaaminen saattaa aiheuttaa ongelmia. Hoitajan pitää ratkaista, kuinka lähelle haluaa oman potilaansa päästää. (Nyman 2006, 10.)

Omahoitajakäytäntöä arvioivissa tutkimuksissa on todettu potilaiden olleen tyytyväisempiä hoitoonsa ja kokeneet tulleen hoidetuksi paremmin omien tarpeidensa mukaan kuin muiden toimintamallien mukaan hoidetut. Omahoitajakäytännön on todettu lisäävän hoitotyöntekijöiden tyytyväisyyttä työhönsä, mutta toisaalta yksin työskentely ja lisääntynyt vastuu voi aiheuttaa hoitajille stressiä, ahdistuneisuutta ja eristyneisyyttä. Toisaalta on myös tutkimuksia, joiden mukaan eroa potilaan tyytyväisyydessä hoitoonsa omahoitajamallin ja muiden mallien välillä ei ole löytynyt. (Kalasniemi ym. 2002, 6.)

### 3 MODULAARINEN TOIMINTAMALLI NEUROLOGIAN OSASTOLLA

#### 3.1 Lahden kaupunginsairaalan neurologinen kuntoutusosasto

Lahden kaupunginsairaalan osasto L51 on vuonna 2006 toimintansa aloittanut neurologinen kuntoutusosasto. Osasto kuuluu Lahden kaupungin vanhustenpalvelujen ja kuntoutuksen alaisuuteen, tarkemmin kuntoutuksen osastoryhmään. Potilaat tulevat erikoissairaanhoidosta tai Lahden kaupunginsairaalan päivystyksestä. Osastolla on 25 kuntoutuspaikkaa 1-3 hengen huoneissa ja mm. oma terapiatila välineineen.

Osastolla L51 kuntoutuksesta vastaa moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu osastonlääkäri, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 9 sairaanhoitajaa, 9 perushoitajaa, 3 fysioterapeuttia, yksi kuntohoitaja, 2 toimintaterapeuttia, puheterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä, 4 sairaala-apulaista ja osastonsihteeri.

Osaston tavoitteena on kuntouttaa ja kotiuttaa potilaat mahdollisesti apujen turvin omaan kotiin tai hoitolaitokseen. Toimintaperiaatteena on kuntoutuksen aloittaminen vahvasti ja tavoitteellisesti heti kuntoutujan tultua osastolle. Osastolla käytetään potilaista nimitystä kuntoutuja. Kuntoutuksen tavoitteena osastolla on kuntouttaa asiakas mahdollisimman lähelle sitä toimintakykyä, mikä oli ennen sairastumista.

AVH- kuntoutuksessa on tyypillistä menetettyjen taitojen uudelleenoppiminen. Fyysisten toiminnan vajauksien lisäksi kuntoutujilla on usein myös kommunikoinnin ongelmia, hahmotuksen ja kognition häiriöitä ja nielemisongelmia. Moniammatillinen ja vaativa kuntoutustyö edellyttää henkilökunnalta vahvaa kuntoutusorientaatiota ja tiimityökykyä sekä kykyä tavoitteelliseen ja pitkäjänteiseen työskentelyyn. Osaston henkilökunta on innostunut ja sitoutunut työhönsä, sekä osaston toiminnan ja oman ammattitaidon jatkuvaan kehittämiseen.

Toimintamallimuutoksen myötä moduulien hoitajat jakavat potilaat työvuoron alussa ja huolehtivat, että jokaisen potilaan asiat tulevat hoidetuksi. Huolehdittavia asioita ovat mm. päivittäistoimintojen arviointi suhteessa tavoitteisiin, kuntoutumisen ja kotiutumisen etenemisen huomiointi, lääkitysten arviointi, lääkärin kanssa asiointi ja erilaiset yhteydenotot yhteistyökumppaneihin ja omaisiin. Hoitosuhteis-

sa pyritään jatkuvuuteen. Toimintamallimuutoksen myötä jokaisella potilaalla on useita vastuuhoidajia, jotka huolehtivat kyseisen moduulin potilaista vuorollaan.

### 3.2 Omahoitajajärjestelmästä modulaariseen hoitotyöhön

Toimintamallimuutoksen tarve on lähtöisin osaston henkilökunnalta. ”Asioita osastokokoukseen” vihkossa ehdotettiin 8.10.2011, että osastolla luovuttaisiin omahoitajakäytännöstä. Kuntoutujille ei nimettäisi tämän jälkeen omahoitajaa, vaan kussakin työvuorossa nimetään kuntoutujille vastuuhoidajat. Olennainen kysymys toimintamallimuutosta harkittaessa oli, tarvitaanko osaston toiminnassa omahoitajuutta.

Asiaa käsiteltiin lyhyesti osastokokouksessa ja sovittiin että asiaan palataan seuraavassa mahdollisessa osastokokouksessa, jolloin päätetään mahdollisesta toimintamallimuutoksesta. Omahoitajuudesta oli osastolla näkemyksiä puolesta ja vastaan ja osaston henkilökunta keskusteli mielipiteistä avoimesti ja perustellen. Osastonhoitaja selvitti muutoshalukkuutta kirjallisen kyselyn avulla, jossa selvitettiin mihin ja millä tavoin omahoitajuuden mahdollinen purkaminen vaikuttaa, tai miksi se pitäisi säilyttää tai poistaa. Etuja ja haittoja kartoitettiin kuntoutujien ja työntekijöiden kannalta. Modulaariseen hoitotyöhön päätettiin lopulta siirtyä joulukuussa 2011.

Henkilökunta koki omahoitajamallin toteuttamisen osastolla henkisesti ja fyysisesti rasittavaksi. Työn fyysiseen rasittavuuteen liittyvät hankalat nostot ja kääntämiset. Työ koettiin myös liian rutiininomaiseksi kun päivittäin hoidettavana oli sama potilas, joka saattoi olla hoitoisuusluokitukseltaan hyvinkin raskas. Neurologisella osastolla hoitajaksot ovat kohtalaisen pitkiä, keskimäärin kolme kuukautta.

Osaston henkilökunta koki työn haastavuuden vaihtelevan paljon oman potilaan hoitoisuuden mukaan. Toivottiin enemmän tiimityötä ja erilaisia näkemyksiä potilaan hoitoon. Modulaarisen mallin haasteena koettiin erityisesti vastuun otto päivän tehtävistä ja jatkuvuuden turvaaminen potilaiden hoidossa.

Modulaarisen toimintamallin kehittäminen tämän opinnäytetyön pohjalta helpottuu. Erilaisia hoitotyön työnjakomallien käytäntöjä voi yhdistellä parhaaksi näke-

mällä tavalla, tai vaihtoehtoisesti siirtyä takaisin vanhaan toimintamalliin, jos se koetaan parhaaksi vaihtoehdoksi. Hoitotyön kehittäminen on jatkuvaa toimintaa ja laadukas hoitotyö vaikuttaa olennaisesti työntekijöiden hyvinvointiin. Työpaikkojen kannattaa tukea työkulttuuria, joka johtaa innostukseen ja hoitotyön kehittämiseen ja sitä kautta hyvään työnlaatuun.



## 4 TOIMINTATAPOJEN MUUTOS HOITOTYÖN ORGANISAAATIOSSA

### 4.1 Muutos työyhteisössä

Muutoksella tarkoitetaan joko vanhasta luopumista tai uuden aloittamista. Se voidaan nähdä myös jatkuvana prosessina. Muutos vanhasta uuteen alkaa, kun luovutaan vanhoista ajattelu- ja toimintatavoista. Muutoksessa uuden idean, ajattelu- tai toimintatavan omaksuminen edellyttää työntekijöiltä uuden oppimista. Ajattelu- ja toimintatapojen muutos vaatii työntekijöiltä paljon ponnisteluja onnistuakseen. (Lappalainen 2010, 11-16.)

Henkilökunnalle muutos voi olla toivottu tai epätoivottu. Muutos voi olla potilaiden hoidon kannalta onnistunut, mutta henkilökunta pitää sitä epäonnistuneena, jos esimerkiksi totut työtavat tai tehtävät muuttuvat. Lisäksi sen luonne, laajuus ja merkitys voivat vaihdella merkittävästi. Tällainen tilanne voidaan nähdä työyhteisössä mahdollisuutena tai menetyksenä. (Heino 2010,16.)

Muutostarve lähtee joko ulkoapäin tai työyhteisön sisäisistä tarpeista. Kun työyhteisö määrittelee itse kehittämistarpeen, kutsutaan sitä työyhteisön sisäiseksi omaehtoisuudeksi. Työyhteisö ennakoi perustehtävästään määräytyvää kehittämistarvetta. Tällöin työyhteisön jäsenet ovat yleensä innostuneita muutoksesta. (Paasiwaara 2008, 72.)

Osasto L51:n työtapojen muutos on lähtöisin työntekijöiden ehdotuksesta, mutta kuitenkin kaikki henkilöstön jäsenet eivät olleet täysin muutoksen kannalla. Muutos on oleellinen osa työntekijöiden arkea ja sitä kautta vaikuttaa tutkimuskäytännön vastaamiseen.

Muutos voi olla uhka, jonkin uuden alku tai kehitysvaiheesta toiseen siirtymistä. Muutos voi tuoda mukanaan mahdollisuuden uudesta paremmasta toimintamallista. Pelko työpaikan menettämisestä, työyhteisön hajoamisesta tai turvattomuudesta luovat uhkia muutoksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Uusia toimintatapoja mietittäessä työntekijöillä on tarve saada tietoa ja elleivät he saa sitä, syntyy huhu-

ja muutosta kohtaan. Osastonhoitajalla on merkittävä rooli informaation jakamisessa. (Laaksonen 2005, 46- 47.)

Muutosprosessi voidaan jakaa erilaisiin vaiheisiin, jotka seuraavat toisiaan. Henkisessä prosessoinnissa muutoksen alkua voidaan kutsua kaaosvaiheeksi tai pysähtyneisyyden vaiheeksi. Tässä vaiheessa työntekijät tuntevat pelkoa ja ahdistusta tulevaa organisaatiomuutosta kohtaan. Työntekijöillä voi tulla tunne etteivät he hallitse omaa työtään ja usein ilmapiirissä on havaittavissa vastustamista ja muutoksen tärkeyden kieltämistä. Muutosvaihetta suunniteltaessa on tärkeää miettiä, minkälaista osaamista organisaatiossa on, mitä lähdetään muuttamaan ja mitä toimintatapoja ei ole syytä muuttaa. Tiedollinen muutos tapahtuu kun työntekijät saavat tarpeeksi tietoa ja perusteluja muutoksesta. Toiminnan myötä myös työntekijöiden asennemuutos mahdollistuu, mutta se on kuitenkin mahdollista vasta kun henkilöstö katsoo muutoksella olevan heille itselleen merkitystä. Ryhmän muutos on aina pitkä prosessi. (Laaksonen 2005, 47-50.)

Kehittämisen ensisijaisina tavoitteina ovat toiminnan laadun parantaminen sekä henkilöstön hyvän yhteishengen, osaamisen ja ammattitaidon lisääminen. Työyhteisöt jotka suhtautuvat muutokseen myönteisesti, hahmottavat tulevaisuutta kehittämissuunnitelmassaan. Onnistuneen muutoksen mahdollistavat hyvä työilmapiiri, selkeät vastualueet, työntekijöitä huomioiva johtamistyyli sekä selkeät tavoitteet. (Mäkinen 2003.)

Yhteiskunnassa nopeasti tapahtuvat muutokset vaikuttavat osaltaan siihen, että hoitoalan työyhteisöt ovat myös jatkuvassa muutoksessa. Työtehtävät ja toimintatavat elävät ja muuttuvat koko ajan mikä edellyttää muutosvalmiutta niin esimiehiltä kuin työn tekijöiltä. (Sarajärvi, Marttila & Rekola 2010, 88.)

Muutostarve työyhteisön sisällä voi alkaa, joko suunnitellusti työyhteisön omista tarpeista tai pakotettuna ylemmältä tasolta esim. yhteiskunnallisen tilanteen kautta. Työyhteisössä muutoksen tarve tulee esille yleensä ennakoitavissa olevista uudenlaisista tilanteista kuten tyytymättömyydestä vanhaan käytäntöön tai toiveesta parempaan toimintatapaan. Kun työyhteisö itse saa määritellä oman muutostarpeen, kutsutaan sitä työyhteisön sisäiseksi omaehtoisuudeksi. Tällöin henkilöstö suhtautuu myönteisesti ja innostuneesti tulevaan muutokseen. (Paasivaara,

Suhonen & Nikkilä 2008, 72- 73.) Tässä opinnäytetyössä käsitellään työyhteisön omista tarpeista lähtevää muutosta.

Työyhteisössä tapahtuvassa muutoksessa työpaikka siirtyy vähitellen nykyisestä toimintatavasta uuteen toimintatapaan. Tarkoituksena muutoksessa on pyrkiä parempaan tilaan kuin mihin ajan myötä ajaututtaisiin. (Heino 2010, 16.)

Työyhteisössä tapahtuva muutos voi syntyä uudistustarpeista, jotka liittyvät toimintaprosesseihin tai henkilöstöön. Toimintaprosesseista lähtevät muutostarpeet liittyvät toiminnan uudistamiseen, yhdistymiseen tai uusien toimintamallien omaksumiseen. Henkilöstöstä lähtevät muutostarpeet liittyvät henkilöstöön tai henkilöstön työnjaon uudistamiseen liittyviin kysymyksiin. (Paasivaara ym. 2008, 74.)

Työyhteisön kulttuurilla on merkitystä sen suhteen, miten muutos kohdataan työyhteisössä. Jotkut työyhteisöt voivat olla hyvinkin muutosvastaisia verrattuna toisiin. Aluksi muutos voidaan kokea hyvinkin negatiivisena työyhteisössä, mutta ajan myötä kun positiiviset vaikutukset tulevat esille sen tuomat hyödyt huomataan. Muutos koetaan myös hyvin yksilöllisesti työyhteisössä. Muutokseen liittyvä uuden oppiminen henkilöstön osalta voidaan nähdä joko uhkana tai mahdollisuutena kehittää itseään ja työtapojaan. (Laine 2010, 19.)

## 4.2 Muutosprosessi

Muutosprosessin aikana on luovuttava vanhasta ja siihen liittyvistä työskentelyta-voista. Näin ollen muutos vaatii suuntautumista uudelleen neljällä tasolla: ajatusten, tunteiden, tiedon ja toiminnan tasolla. Ajatusten prosessointia muutoksen alussa voidaan kutsua kaaosvaiheeksi tai pysähtyneisyyden vaiheeksi. Tässä vaiheessa työntekijät tuntevat pelkoa ja ahdistusta tulevaa muutosta kohtaan. Työntekijöille voi tulla tunne etteivät he hallitse omaa työtään ja usein ilmapiirissä on havaittavissa vastustamista ja muutoksen tärkeyden kieltämistä. Muutosvaihetta suunniteltaessa on tärkeää miettiä, minkälaista osaamista työyhteisössä on, mitä lähdetään muuttamaan ja mitä toimintatapoja ei ole syytä muuttaa. Tiedollinen muutos tapahtuu, kun työntekijät saavat tarpeeksi tietoa ja opastusta sekä peruste-  
luja muutoksesta. Toiminnan myötä myös työntekijöiden asennemuutos mahdol-

listuu, mutta se on kuitenkin mahdollista vasta kun henkilöstö katsoo muutoksella olevan heille itselleen merkitystä. Ryhmän muutos on aina pitkä prosessi. (Laine 2010, 8; Laaksonen 2005, 47- 50; Sarajärvi ym. 2012, 89.)

Muutosprosessin aikana henkilökunta luopuu vanhoista ja tutuista toimintamalleista ja siirtyy kokeilun kautta uuteen toimintamalliin. Muutosprosessin alussa on tärkeää, että työyhteisön jäsenet otetaan mukaan heti muutosprosessin suunnitteluun ja käynnistymisvaiheeseen, koska heillä on tietoa siitä millaisia ongelmia vanhat toimintamallit ja työtavat ovat aiheuttaneet. Alkuvaiheessa esimiehen menettelytavat joko herättävät luottamusta tai epäluottamusta työyhteisössä. Alkuvaiheen toiminta vaikuttaa lisäksi myös työyhteisön jäsenten toimintaan ja työn sujuvuuteen jatkossa. (Sarajärvi ym. 2010, 105; Laine 2010, 11.)

Muutosprosessin tarkoituksena on parantaa ja vahvistaa työ laatua. Ilman tietoa muutos ei voi onnistua. Työntekijöillä tulee olla riittävästi tietoa työhön liittyvien hoitokäytänteiden tai hoitotoimintojen vaikutuksista potilaisiin. Näin tieto auttaa ja motivoi ymmärtämään sitä mistä muutoksessa on kysymys. (Sarajärvi ym. 2010, 101.)

Usein työyhteisössä muutokset aloitetaan muuttamalla toimintaa vakiintuneen käytännön pohjalta, mikä jättää vanhat ajattelumallit ja asenteet voimaan, koska niitä ei ole käsitelty tietoisesti loppuun. Tästä syystä tulisikin muutos aloittaa ajatus- ja tunnemallien sekä asenteiden käsittelyllä, koska näin päästään irti aiemmista ajattelutavoista, tunteista ja toimintatavoista. Näin saadaan syntymään yhteinen tahtotila muutoksen tavoitteista ja keinoista. Onnistunut muutos työyhteisössä lähtee työntekijöistä ja työyhteisöstä itsestään ei niinkään esimiehen määräyksensä. Ydinajatuksena muutoksessa on, että työntekijät ovat valmiita kehittämään itseään ja lisäämään asiantuntijuuttaan esimiehen tukiessa antamalla mielekkäitä työtehtäviä ja kehittymismahdollisuuksia. (Sarajärvi ym. 2010, 89- 90.)

#### 4.3 Muutosvastarinta

Muutoksen kohtaaminen työyhteisössä voi aiheuttaa hyvinkin suuria paineita siihen osallistuville työntekijöille. Työyhteisössä muutos voidaan kokea uhkana tai

mahdollisuutena. Se voi aiheuttaa työntekijöissä pelkoa ja ahdistusta tai sitten se voidaan kokea uutena, positiivisena kehityshaasteena niin itselle kuin koko työyhteisölle. Se miten muutos koetaan, perustuu siihen miten muutoksen todellisuus ja sen vaikutus omaan työhön ja työyhteisöön käsitetään. (Laine 2010, 8- 9.)

Muutokseen ei aina suhtauduta myönteisesti. Muutoksessa työntekijät eivät välttämättä vastusta muutosta vaan sitä, että ei tiedetä mitä muutos tuo tullessaan vanhojen ja turvallisten työskentelytapojen tilalle. Hoitotyössä tapahtuva muutos vaatii tekijöiltään käytännössä uuteen tilanteeseen sopeutumista, siihen liittyvää oppimista sekä vanhojen toimintamallien hylkäämistä. Muutosvastarintaa koetaan voimakkaasti varsinkin silloin, jos työntekijät ovat pakotettuja muutokseen sekä kokevat, että heidän omat vaikutusmahdollisuutensa ovat vähäiset ja puutteelliset. (Lappalainen 2010, 23; Sarajärvi ym. 2012, 105.)

Työyhteisössä muutosvastarintaa voi aiheuttaa se, että muutos koetaan tarpeettomana ja toissijaisena sekä liikaa resursseja ja aikaa vievänä asiana muihin asioihin nähden. Lisäksi työntekijöiden ymmärtämättömyys muutosratkaisuja kohtaan tai kokeminen, että ratkaisut tulisi tehdä eri tavoin lisäävät muutosvastarintaa. Työyhteisössä tapahtuva muutos horjuttaa työyhteisöä ja lisää vuorovaikutuksen tarvetta, jolloin ristiriidat ja erimielisyydet nousevat pintaan helpommin. Muutoksessa korostuu esimiehen kyky kommunikoida työntekijöiden kanssa rakentavasti. (Lappalainen 2010, 23- 24.)

Muutosvastarintaan ja sen syihin tulee paneutua jo muutosta suunniteltaessa, sillä muutosvastarinnan kohtaamiseen on helppo paneutua, jos se on etukäteen tiedossa. Muutosvastarintaa voidaan pienentää tai poistaa kokonaan muuttamalla työskentelytapoja. Muutosvastarinnan on todettu vähenevän, kun työntekijät otetaan mukaan suunnittelemaan ja toteuttamaan muutosta. (Heino 2010, 22.) Lisäksi esimiesten tulisi avoimella ja riittäväällä tiedottamisella huomioida työntekijät heti muutoksen suunnittelu vaiheessa. Todelliset muutokset tapahtuvat työyhteisöissä yhteisen toiminnan kautta eikä niinkään kokouksien ja tiedotteiden jakamisen kautta. (Sarajärvi ym. 2012, 105; Kallio 2011, 9.)

Muutosvastarinnan hallitsemiseksi työntekijöitä voidaan myös kannustaa palkitsemalla lisääntyvistä työtehtävistä. Lisäämällä henkilöstön koulutusta pyritään

vähentämään ennakkoluuloja uusia toimintatapoja kohtaan sekä vaikuttamaan työntekijöiden asenteisiin. Työntekijöiden on helpompi hyväksyä muutoksia, jos he pystyvät hahmottamaan muutokseen johtavat syyt ja ymmärtävät sen tarpeellisuuden. (Heino 2010, 22.)

Muutosta voivat vastustaa työntekijöiden lisäksi eri sidosryhmät kuten esimerkiksi potilaat ja eri yhteistyötahot. Siksi onkin tärkeää huomioida kaikki joihin muutos tulee vaikuttamaan sekä pyrkiä toimimaan niin että he sitoutuvat myös muutokseen. (Lappalainen 2010, 23.)

Muutosvastarinta voidaan nähdä luonnollisena reaktiona muutoksen yhteydessä. Se voi olla hyödyllinen merkki koko työyhteisölle. Rakentava kritiikki, joka on hyvin ajateltu ja perusteltu voi myös auttaa huomaamaan, että tuleva muutos ei välttämättä ole paras mahdollinen työyhteisön kannalta. Joskus muutosvaiheessa suunnitteluun osallistuvilta voi jäädä huomioimatta olennaisia asioita, jotka vaikuttavat muutoksen onnistumiseen. Tärkeää muutoksen toteuttamisessa on, että otetaan huomioon muutosta puolustavien ja vastustavien näkökohdat. Onnistuakseen muutos edellyttää kaikkien näkökohtien ja vaihtoehtojen monipuolista pohdintaa jo ennakkoon. (Lappalainen 2010, 26; Heino 2010, 22.)

#### 4.4 Muutoksen kokeminen

Muutos voi olla menetys, jonkin uuden alku tai kehitysvaiheesta toiseen siirtymistä. Muutos voi tuoda mukanaan myös mahdollisuuden uudesta paremmasta toimintamallista. Pelko työpaikan menettämisestä, työyhteisön hajoamisesta tai turvattomuudesta luovat uhkia muutoksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Uusia toimintatapoja mietittäessä työntekijöillä on tarve saada tietoa ja elleivät he saa sitä, syntyy huhuja muutosta kohtaan. Esimiehellä on merkittävä rooli informaation jakamisessa. (Laaksonen 2005, 46- 47.)

Muutosvaiheen aikana on tärkeätä johtaa ihmisiä, ei niinkään asioita. On todettu että muutoksessa on 70- 90 prosenttia ihmisten johtamista ja 10- 30 prosenttia asiajohtamista. (Kallio 2011, 21.)

Onnistuakseen muutos tarvitsee koko työyhteisen panoksen organisaatiossa. Muutosta ei voi tehdä yksittäinen henkilö. Muutos organisaatiossa vaatii työnantajalta

uudelleen organisointia sekä henkilöstöltä onnistumisen määrätietoista kehittämistä. (Laine 2010, 9.)

Muutosvaiheessa esimiehellä on tärkeä rooli työyhteisössä. Muutos vaatii johdonmukaista, perusteltua ja sitoutunutta otetta, jolla saadaan työntekijät hyväksymään muutos, jatkamaan töitään ja opettelemaan uusia asioita. Asiat on osattava esittää niin, että eritavoin ajattelevat henkilöt luovat yhteisen ymmärryksen ja sitoutuvat muutoksen tuomaan visioon. Aluksi on tärkeää informoida tulevasta muutoksesta, sen välttämättömyydestä sekä kiireellisyydestä. Tämän jälkeen tarvitaan vahva vastuu henkilö ohjaamaan muutosta. Työntekijöille on annettava riittävästi aikaa omaksua uusitoimintatapa sekä saada vakuuttuneeksi sen toimivuudesta. Onnistunut toimintatapa vakiinnutetaan käytäntöön osaksi työyhteisön kulttuuria. (Kallio 2011, 21. )

Nurmen (2010) mukaan työntekijät kokevat muutoksen vaiheittain. Muutos hyväksytään alkushokin ja sitä seuraavan lamaantumis- ja suuttumisvaiheiden kautta. Muutoksen hyväksymisvaiheessa varsinkin esimiehen asettamat lähitulevaisuuden selkeät tavoitteet ovat erityisen tärkeitä työntekijöille. Lamaantumisvaiheessa työntekijöiden on vaikea ottaa vastaa informaatiota. Se voi tuoda ristiriitoja esimiehen ja työntekijöiden välille. Työntekijät voivat kokea tässä vaiheessa, että eivät ole saaneet informaatiota, vaikka kaikki oleellinen informaatio on annettu. (Nurmi 2010, 34.)

Muutos vaikuttaa työntekijöiden tunteisiin. Tunteet voivat vaihdella toivosta epätoivoon kunnes muutos hyväksytään ja sopeudutaan siihen. Muutos vaatii aikaa toteutuakseen. Vähitellen työntekijät alkavat sopeutua muutokseen ja näkemään siinä positiivisia puolia ja uusia haasteita. Joskus kuitenkin käy niin, ettei työyhteisö koskaan pääse tähän uuteen vaiheeseen. (Nurmi 2010, 34.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia omahoitajajärjestelmästä modulaariseen hoitotyöhön siirtymisestä Lahden Kaupunginsairaalan neurologisella kuntoutusosastolla. Tutkimuksen tavoitteena oli saada selville, miten omahoitajamallista siirtyminen modulaariseen hoitotyöhön vaikuttaa hoitajien kokemukseen omasta työstään, miten hoitajat kokevat työnjako muutoksen vaikutukset potilaiden hoitoon, sekä miten modulaarista hoitotyötä voisi jatkossa kehittää.

Tutkimuksen kohteena olivat neurologisen osaston sairaanhoitajat ja lähihoitajat. Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Lahden Kaupunginsairaalan neurologisen kuntoutusosaston kanssa. Osaston suurimpana kuntoutettavana ryhmänä ovat aivohalvaukseen sairastuneet, mutta muitakin neurologisiin sairauksiin sairastuneita kuntoutetaan.

Opinnäytetyön myötä osastolle syntyi konkreettisia työkaluja miettiä, kuinka hoitohenkilökunta on kokenut työnjakomallin toimivuuden ja minkälainen työnjakomalli jatkossa vakiinnutetaan osastolle.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten modulaarinen hoitotyö on toteutunut Lahden Kaupunginsairaalan neurologisella osastolla L51 hoitajien kokemana.
  - a) Miten modulaarinen hoitotyön malli on vaikuttanut hoitajien kokemukseen omasta työstään?
  - b) Miten modulaarinen hoitotyön malli on vaikuttanut potilaiden hoitoon hoitajien kokemana?
2. Miten modulaarista hoitotyötä tulisi kehittää?



## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö toteutetaan laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimusotteella, koska halutaan selvittää, miten siirtyminen omahoitajajärjestelmästä modulaariseen hoitotyön malliin vaikuttaa potilaiden hoitoon, hoitajien työssä jaksamiseen ja työn sujuvuuteen hoitajien henkilökohtaisten kokemusten kautta. Laadullisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä on todellisen elämän kuvaaminen ja kohteen tutkiminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja syvällisesti. Voidaankin sanoa että laadullisessa tutkimuksessa on lähtökohtana löytää ja tuoda esiin uusia tosiasioita todellisesta elämästä kuin todentaa vanhoja väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.)

Opinnäytetyössä pyritään saamaan selville hoitajien todellisia tuntemuksia muutoksen kokemisesta, joihin modulaariseen hoitotyön malliin siirtyminen vaikuttaa. Laadullinen tutkimus tarjoaa uuden tavan ymmärtää ja kuvata ilmiötä tutkimuksen edetessä. (Kananen 2010, 25.)

### 6.1 Aineiston keruu

Tutkimukseen osallistui osaston vakituiset työntekijät ja pitkäaikaiset sijaiset. Osastolla työskentelee sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista.

Tutkimusaineiston kokoamisessa käytämme kirjallista kyselyä. Kirjallisessa kyselyssä on neljä avointa kysymystä. Avoimet kysymykset antavat vastaajille mahdollisuuden kertoa todellisista tuntemuksista omin sanoin. (Hirsjärvi ym. 2007, 196). Tutkimuksemme kysymykset ovat laadittu mahdollisimman selkeiksi ja yksiselitteisiksi ettei väärinymmärrystä synny sekä aseteltu niin, että niihin ei pysty vastaamaan kyllä tai ei, vaan hoitajien täytyy kertoa mitä mieltä he ovat kysytyistä asioista. (Kananen 2010, 57.)

Lomakehaastattelu on tavanomaisesti käytetty menetelmä määrällisissä tutkimuksissa, mutta sitä on mahdollista käyttää myös laadullisessa tutkimuksessa. Haastattelut henkilöt jaotellaan vastaustensa perusteella laadullisiin luokkiin. Opinnäyte-

työssä jaoteltiin vastaukset laadullisen sisällönanalyysin mukaisesti ja pyrittiin löytämään mahdollisimman tarkasti hoitajien kokemuksia työnjakomallista. Lomakehaastattelussa kysytyt asiat muodostettiin tutkimuksen tarkoitukseen sopiviksi ja ongelmanasettelun kannalta merkittäviksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Huhtikuussa 2012 kyselylomake toimitettiin saatekirjeineen osastolle. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite. Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin tutkimuskysymysten pohjalta.

Aineisto kerättiin 12.- 18.3.2012 osasto L51 hoitohenkilökunnalta. Lomakkeita jaettiin osastolle 25 kappaletta ja lomakkeet olivat taukotilassa helposti saatavilla. Täytetyt lomakkeet palautettiin lukolliseen lomakelaatikkoon ja vastausaikaa varattiin yksi viikko. Tarkoituksena oli, että mahdollisimman moni hoitaja vastaa lomakkeen kysymyksiin, parhaan mahdollisen tuloksen saamiseksi.

## 6.2 Aineiston analysointi

Kysely sujui hyvin ja vastauksia saatiin 15 kappaletta, joissa hoitajat kertoivat omista kokemuksistaan modulaariseen hoitotyöhön siirtymisestä. Kyselylomakkeet litteroitiin heti vastausajan päätyttyä. Litteroitua aineistoa tuli 11 sivua fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1,5. Aineistoa litteroidessamme kokonaiskuva saadusta aineistosta alkoi hahmottua. Litteroinnin jälkeen vastaukset luettiin läpi useaan kertaan, jonka jälkeen aloitettiin aineiston analyysi.

Kerättyämme saadun aineiston, analysoimme sen aineistolähtöisellä eli induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällön analyysillä aineisto pelkistettiin uuteen muotoonsa. Tutkittava ilmiö kuvattiin selkeästi ja aineisto pelkistettiin. Sisällönanalyysi koostuu pelkistämisestä, klusteroinnista ja abstrahoinnista. Klusteroinnissa aineisto käydään läpi etsien samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samat asiakäsitteet ja -yhteydet ryhmiteltiin loogisesti yhdeksi luokaksi ja nimettiin sisällön mukaan. Abstrahointi vaiheessa oleellinen ja epäoleellinen tieto eroteltiin toisistaan ja muodostettiin teoreettinen käsitteistö, sekä luokitukset yhdisteltiin suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Tavoitteena on sisällön analyysin avulla tuottaa sanallinen ja selkeä kuvaus kyselylomakkeella saaduista tiedoista. (Kananen 2010, 94-95.)

Litteroidun aineiston käsittely aloitettiin pelkistämällä, eli redusoimisella. Analysoitava aineisto pelkistettiin ja auki kirjoitettiin. Tutkimukselle epäolennainen tieto karsittiin pois. Pelkistämällä saatu tieto pilkottiin osiin, tutkimuskysymyksiin verraten (kuvio 1). Aukikirjoitetusta tekstistä etsittiin tutkimustehtävän kysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja, jotka merkittiin numerokoodein. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
”Kokenut hyväksi, stressi vähentynyt.” ”Keventää fyysistä & henkistä työkuormaa.” ” Työnjakomalli auttaa jaksamiseen.”	Työ hyvinvointi
”Antanut lisää vastuuta.” ”Vastuu jakautunut useille hoitajille; se on hyvä.” ”Vastuu jakaantuu eikä jää yksin omahoitajan harteille.”	Vastuu

KUVIO 1. Esimerkki alkuperäisilmausujen pelkistämisestä

Aineiston klusteroinnissa eli pelkistämisessä etsimme pelkistetyistä ilmauksista eroavaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Aineiston ryhmittelyssä numerokoodatut ilmaisut käytiin tarkasti läpi. Samaa asiaa tarkoittavat ryhmiteltiin ja yhdistettiin luokaksi, sekä nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Klusteroinnissa luotiin pohja tutkimuksen perusrakenteelle. Luokittelussa aineisto tiivistyi, koska yksittäiset tekijät sisällytettiin yleisimpiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Luokat muotoutuivat opinnäytetyön edetessä nykyiseen muotoonsa ja apuna hyödynnettiin tekstinkäsittelyohjelmaa. Tekstinkäsittelyohjelmalla tuotettu teksti voidaan analysoida samalla tekstinkäsittelyohjelmalla, jolla aineisto on tuotettu.

Tekstin analyysin käsittelyn ohjelma löytyy jokaisesta tekstinkäsittelyohjelmasta. (Kananen 2010, 104.)

Aineiston ryhmittelyä seurasi aineiston abstrahointi eli käsitteellistämisvaihe. Käsitteellistämisvaiheessa edettiin alkuperäisinformaation käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Abstrahoinnissa jatkettiin aineiston luokittelua niin kauan kuin se oli aineiston sisällön näkökulmasta mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.)

Aineistolähtöisessä analyysissä pyrittiin luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt valittiin aineistosta tarkoituksen ja tehtävänasettelun perusteella ja avainajatus oli, etteivät analyysiyksiköt ole etukäteen harkittuja. Tutkimuksen tuloksena oli tarkoitus saada teoreettinen ymmärrys toimintamallimuutoksen toimivuudesta. Kaikki mitä hoitotyön toimintamalleista tutkimusten perusteella tiedetään, pyritään aineiston analyysivaiheessa sulkemaan ulkopuolelta, jotta se ei vaikuttaisi analyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-96)

## 7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

### 7.1 Toimintamallimuutoksen vaikutukset hoitajien kokemukseen omasta työstä

Yläkategoria toimintamallimuutoksen vaikutukset hoitajien kokemukseen omasta työstä muodostuu alakategorioista työhyvinvointi, työn monipuolistuminen, vastuun jakautuminen ja työn selkeytyminen.

Vastauksista ilmeni, että toimintamallimuutokseen sopeutuminen oli alkuun hie- man hankalaa ja uuden toimintatavan omaksuminen otti aikaa. Teoreettiseen vii- tekehyyteen verraten työyhteisön itse määrittelemää muutostarvetta kutsutaan työyhteisön sisäiseksi omaehtoisuudeksi. Tällöin henkilöstö suhtautuu myöntei- sesti ja innostuneesti tulevaan muutokseen.

*Alkuun uuden toimintatavan omaksuminen tuntui vaikeahkolta, mutta nyt tun- tuu että homma toimii.*

*Muutoksessa on myös tullut vastarintaa, mutta mielestäni suuremmilta on- gelmilta on vältytty.*

Huhtikuussa 2012 hoitajien vastatessa kyselyyn modulaarinen hoitotyö oli ollut käytössä 3,5kuukautta. Tässä ajassa hoitajat olivat vakiinnuttaneet käytännön osaksi työtään ja vastausten perusteella muutos koettiin myönteisenä.

*Työnjakomallia on toteutettu osastolla L51 nyt reilu 3kk ajan. Tämä aika on ollut perehtymistä ja harjaantumista em. mallin mukaiseen työskente- lyyn.*

#### 7.1.1 Työhyvinvointi

Omahoitajajärjestelmästä modulaariseen malliin siirtyminen vaikutti hoitajien työhyvinvointiin positiivisesti. Kaikissa vastauslomakkeissa mainittiin työnjako- muutoksen tuoneen jonkinlaista helpotusta työnteon kokemiseen. Muutos vaikutti työssä jaksamiseen esimerkiksi vähentyneenä stressin kokemisena, sekä fyysisen ja henkisen kuormittumisen vähenemisenä.

*Kokenut hyväksi, stressi vähentynyt.  
Keventää fyysistä & henkistä työkuormaa.*

Työ koettiin helpommaksi ja vastuun jakautuvan tasaisemmin työntekijöiden kesken. Parityön lisääntyminen vaikutti erityisesti hoitajien fyysisen taakan kokemiseen. Työnteon mielekkyys korostui useissa vastauksissa.

*Työnteko mielekkäämpää, jaksaminen parempaa.*

*Lisää työn mielekkyyttä ja monipuolisuutta, kun ei aina ole samat kuntoutujat hoidettavana.*

### 7.1.2 Työn monipuolistuminen

Vastausten perusteella työn tekemiseen tuli uutta syvyyttä ja työtehtävien koettiin monipuolistuneen. Kuntoutujien vaihtuminen lähes päivittäin toi työhön vaihtelevuutta. Työtehtävät laajentuivat etenkin lähihoitajien keskuudessa lääkehoidon ja lääkärinkiertojen osalta. Työn monipuolistuminen vaikutti hoitajien mielenkiintoon työtä kohtaan.

*Omakokemus on, että ammatillisuus on lisääntynyt ja työ on monipuolisempaa, koska joutuu perehtymään vuorollaan kaikkiin oman moduulin potilaisiin eikä vaan niihin pariin nimettyyn omapotilaaseen.*

*Saan nykyään myös kokonaisvaltaisemman kuvan kuntoutujista, koska osallistun myös mm. lääkärinkiertoihin ja lääkehoitoon.*

*Työ on nykyään kiinnostavampaa.*

### 7.1.3 Vastuun jakautuminen

Kuten teoreettisessa viitekehyksessä kuvataan, modulaarinen hoitotyö eroaa omahoitajamallin mukaisesta erityisesti vastuullisuuden käsitteissä. Vastuullisuus on modulaarisessa hoitotyössä määritelty kestämään työvuoron ajan, yksilövastuisessa hoitotyössä koko hoitajakson ajan. Useat hoitajat olivat maininneet vastuullisuus käsitteen vastauksissaan.

Hoitajat kokivat vastuun lisääntyneen tai laajentuneen. Vastuun lisääntyminen koettiin pääosin positiivisena asiana ja ryhmän yhteinen vastuu kuntoutujan hoidossa korostui.

*Antanut lisää vastuuta. Vastuun kasvamisen myötä työ on muuttunut mielekkäämmäksi.*

*Vastuu jakaantuu eikä jää yksin omahoitajan harteille- keskustelevampi ilmapiiri myös hoitotyön ongelmissa.*

Vastuullisuuden toteutuminen nähtiin myös hoitohenkilökunnan ammatilliseen vastuuntuntoon liittyvänä.

*Osastomme henkilökunta on niin vastuullinen, että modulaarinen työnjakomalli ei ole antanut siksikään mahdollisuutta huonoon hoitoon.*

#### 7.1.4 Työn selkeytyminen

Hoitajat kokivat päivittäisen työnsä ja aamuisen työnjaon selkiytyneen. Kommunikointi ja yhteistyö työntekijöiden kesken toimivat hoitajien mukaan paremmin modulaarisessa hoitotyössä kuin muissa hoitotyön malleissa.

*Työskentelyni on selkeytynyt, koska pystyn nyt keskittymään vain tiettyihin kuntoutujiin.*

#### 7.2 Toimintamallimuutoksen vaikutukset potilaiden hoitoon

Yläkategoria toimintamallimuutoksen vaikutukset potilaiden hoitoon muodostuu alakategorioista kirjaaminen ja tiedonkulku, kuntoutujien kokemukset ja kuntoutusprosessi.

Vastauksista ilmeni, että tutkimukseen osallistuneet hoitajat eivät koe modulaarisen hoitotyön vaikuttaneen potilaiden hoitoon laatua heikentävästi.

##### 7.2.1 Kirjaaminen ja tiedonkulku

Kyselyyn vastanneet hoitajat kokivat, että tiedonkulku on parantunut moniammatillisen hoitohenkilökunnan kesken modulaarisen hoitotyön kokeilun aikana. Eri-tyisesti kirjaamisen osuus tiedonkulussa koettiin parantuneen ja tarkentuneen.

Vastauksista ilmeni, että selkeä ja tarkka tiedonkulku hoitohenkilökunnan kesken helpottaa kuntoutujien asioiden eteenpäin viemistä.

*Kirjaamiset parantunut, taskeja käytetään enemmän ja hosuja päivitetään.*

*Vaatii tarkkaa kirjaamista.*

*Riski jonkin asian hoitamatta jättämiselle kasvaa, jos ei kirjata huolella ja asia jää yhden ihmisen tietoon.*

*Vaatii kyllä selkeää raportointia(sekä kirjoitettu että puhuttu).*

*Tiedonkulku parantunut kun luetaan taskeja ahkerasti.*

*Edellyttää tarkkaa kirjaamista asioista, jotta toisen hoitajan on helpompi jatkaa kuntoutujan asioiden hoitoa eteenpäin.*

### 7.2.2 Kuntoutujien kokemukset

Kyselyyn vastanneiden hoitajien mukaan modulaariseen hoitotyöhön siirtyminen ei ole juurikaan vaikuttanut kuntoutujiin. Vain harvat kuntoutujat olivat jääneet kaipaamaan omahoitajuutta, mutta pääsääntöisesti voidaan hoitajien vastausten perustella todeta, että muutokseen on suhtauduttu kuntoutujien osalta neutraalisti. Vastaajat kokivat positiivisena asiana sen, että kuntoutujien kolmen kuukauden pituiset hoitajaksot uuteen malliin siirtymisen myötä mahdollistaa kuntoutujille olla kontaktissa useiden hoitajien kanssa, jotka vuorollaan huolehtivat kuntoutujista. Näin kuntoutujalle ei pääse syntymään ns. ”riippuvuussuhdetta” hoitajaan. Kuntoutuja ei myöskään pääse arvottamaan hoitajia mukaviin ja vähemmän mukaviin hoitajiin.

*Omahoitajuuden perään ei ole kysely.*

*Nyt kuntoutuja ei aina saakaan kohdalleen sitä.*

*”mukavaa” mieshoitajaa tai sitä ja sitä.*

*Kuntoutujalla on mahdollisuus olla kontaktissa*

*useamman hoitajan kanssa.*

*Hoitaja ei ole sidottu omaan kjaan, joskus tällainen ”suhde” voi olla rasittava pitkässä hoitosuhteessa.*

### 7.2.3 Kuntoutusprosessi

Kuntoutusprosessin periaatteena on aloittaa kuntoutuminen mahdollisimman varhain ja tavoitteellisesti kuntoutujan saavuttua osastolle. Kuntoutuksen tavoitteena osastolla L 51 on päästä mahdollisimman lähelle sitä toimintakykyä, mikä oli ennen sairastumista. Vastaajat kokivat kuntoutuksen modulaarisen hoitotyön myötä tasapuolistuneen ja samalla monipuolistuneen, koska kuntoutujan hoitoon osallis-



tuu koko työryhmä. Yksi vastanneista koki, että kuntoutus on yhtä tasokasta kuin ennenkin.

Kuntouttaminen on osastolla L 51 moniammatillista. Vaativa kuntoutustyö edellyttää koko henkilökunnalta vahvaa kuntoutusorientaatiota ja tiimityökykyä sekä kykyä tavoitteelliseen, pitkäjänteiseen työskentelyyn. Vastaajien mielestä lääkärin informointi kuntoutujien voinnista sekä kuntoutujien asioiden hoito on tullut tehokkaammaksi uuteen toimintamalliin siirtymisen myötä

*Kuntoutujat saavat monipuolisempaa hoitoa.*

*Kjien asiat hoituvat nopeammin/tehokkaammin.*

*Tasapuolisuus. Kuntoutujaa ohjaa/ auttaa/ hoitaa koko työryhmä.*

*Eri työntekijöiden osaamista voidaan hyödyntää.*

*Hoito on yhtä tasokasta kuin ennenkin.*

*Lääkärille infotaan paremmin potilaan voinnista.*

### 7.3 Hoitohenkilökunnan antamat kehittämissuhteet työnjakomallista

Yläkategoria hoitohenkilökunnan antamat kehittämissuhteet työnjakomallista muotoutuu alakategorioista vastuun ottaminen, työnjako ja yhteistyö.

Teoreettisessa viitekehityksessä kuvataan, että kehittämisen ensisijaisina tavoitteina ovat toiminnan laadun parantaminen, henkilöstön hyvän yhteishengen, osaamisen ja ammattitaidon lisääminen. Työyhteisöt, jotka suhtautuvat muutokseen myönteisesti, hahmottavat tulevaisuutta kehittämissuhteissa. Onnistuneen muutoksen mahdollistavat hyvä työilmapiiri, selkeät vastuualueet, työntekijöitä huomioiva johtamistyyli sekä selkeät tavoitteet

#### 7.3.1 Vastuun ottaminen

Modulaarinen hoitotyö eroaa omahoitajamallista vastuullisuuden käsitteissä. Vastuullisuus on modulaarisessa hoitotyössä määritelty kestämään työvuoron ajan kuntaas yksilövastuisessa hoitotyössä se ajallisesti kattaa koko hoitajakson. Useat hoitajat olivat maininneet vastuullisuus käsitteen vastauksissaan. Vastuun ottaminen koettiin vastaajien keskuudessa pääsääntöisesti positiivisena asiana.

*Enemmän vastuuta omiin hoidettaviin.*

*Vastuun kantaminen kaikin puolin.*

*Kannettava vastuu päivän töistä.*

*Ei voi jättää seuraavalle päivälle.*

### 7.3.2 Työnjako

Modulaarinen hoitotyö antaa valmiudet toteuttaa potilaiden hoitoa hyvässä ryhmätyössä ja potilaskohtaisesti. Osastolla L51 sairaanhoitajat ja lähi/ perushoitajat työskentelevät työpareina työvuorossa. Työnjako suunnitellaan ja sovitaan parien kesken yhdessä työvuoron alussa mahdollisimman hyvin

Työvuorosuunnittelun avulla hoitotyön jatkuvuus pysyy yllä, ja näin myös hoitotyö on mahdollista suunnitella ja toteuttaa yksilöllisesti. Vastaajien mukaan työnjaon kehittämisehdotuksissa tuli esille ettei varahenkilöt, uudet työntekijät ja - sijaiset olisi vastaamassa kuntoutujien hoidosta keskenään, vaan aina olisi parina vakituista henkilökuntaa. Näin ollen työnjakoa tulisi myös miettiä jo työvuorosuunnittelun vaiheessa.

Kehittämisehdotuksissa tuli esille myös selkeän ohjevihkon laatiminen osastolle, josta näkyisi osaston käytänteet ja toimintatavat.

*Vielä selvempi jako parin kesken.*

*Ei kahta varahenkilöä tai esim. varahenkilö ja uusi juuri aloittanut työntekijä vastaamaan yhdessä hoidosta.*

*Sijaisille/ varahenkilöille selkeä esim. ohjevihko.*

*Vaatii tasaiset työparit.*

### 7.3.3 Yhteistyö

Osastolla L51 kuntoutuksesta vastaa moniammatillinen työryhmä. Työryhmään osastolla kuuluu osastonlääkäri, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 9 sairaanhoitajaa, 9 perushoitajaa, 3 fysioterapeuttia, yksi kuntohoitaja, 2 toimintaterapeuttia, puheterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä, 4 sairaala-apulaista ja osastonsihtööri.

Osaston L 51 tavoitteena on kuntouttaa ja kotiuttaa potilaat mahdollisesti apujen turvin omaan kotiin tai hoitolaitokseen. Osaston kehittämiseen koskevassa kysymyksessä vastaukset painottuivat moniammatillisen yhteistyön lisäämiseen osastolla. Vastanneiden mukaan osastolla tulisi hyödyntää enemmän moniammatillista yhteistyötä keskustelemalla kuntoutujien ongelmista ja hoidon tavoitteista. Näin mahdollistuisivat paremmat edellytykset kuntoutujien kokonaistilanteen huomiointiin osastolla ja kotiutumistilanteissa.

*Tiimit tekisivät enemmän yhdessä (sh, ft, tt).*

*Avarakatseisuutta saisi olla enemmän.*

*Autetaan edelleen toisia.*

*Eri ammattiryhmien välinen kommunikoinnin paraneminen tärkeä kehittämiskohde.*

*Osaston kokonaistilanteen huomiointi.*

*Enemmän keskustelua ongelmista/tavoitteista moniammatillisen työryhmän kanssa.*

Vaikka tiedonkulku on kokeilun aikana osastolla L 51 parantunut, kirjaamisen merkitystä painotettiin myös kehittämissuhteita koskevissa vastauksissa. Vastauksissa tuli esille myös, että taskilistojen käytön tulee jatkua aktiivisena tiedonkulun turvaamiseksi.

*Kirjaamisen selkeyttäminen ja juuri tämän kuntoutujan keskeneräisten asioiden löytäminen sekä selkeän kokonaistilanteen hahmottaminen.*

*Tiedonkulku erittäin tärkeää, kirjaamiseen keskittyvä.*

*Kuntoutusprosessi voitaisiin nivoa ajallisesti vieläkin selkeämmin hoitotyön kirjauksiin. Nyt esim. FIM-mittaukset tehdään taskilistan muistutuksen mukaan.*

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Opinnäytetyössä kuvattiin hoitajien kokemuksia omahoitajärjestelmästä modulaariseen malliin siirtymisestä Lahden Kaupunginsairaalan neurologisella osastolla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada selville kokemuksellista tietoa modulaarisesta hoitotyöstä, sekä selvittää miten modulaariseen hoitotyönjakomalliin siirtyminen vaikutti hoitajien omaan työhön ja kokemukseen potilaiden hoidosta. Työn tavoitteena oli tutkitun tiedon avulla kehittää hoitotyön toimintamallia osastolla ja arvioida modulaarisen hoitotyön toimivuutta.

Osastolla L 51 on kokeiltu siirtymistä omahoitaja mallista modulaariseen hoitotyömalliin. Kokeilu muutoksesta on tuonut tutkimuksemme perusteella positiivisia tuloksia. Teoreettisessa viitekehyksessä kuvataan, että muutoksen ensisijaisina tavoitteena on toiminnan laadun parantaminen, henkilöstön hyvän yhteishengen, osaamisen ja ammattitaidon lisääminen. Työyhteisöt, jotka suhtautuvat muutokseen myönteisesti, hahmottavat tulevaisuutta kehittämisprosessissa. Onnistuneen muutoksen mahdollistavat hyvä työilmapiiri, selkeät vastualueet, työntekijöitä huomioiva johtamistyyli sekä selkeät tavoitteet. Voimme todeta samanlaisia asioita nousevan omasta kyselytutkimuksemme tuloksista. Tekemämme kirjallisen kyselytutkimuksen mukaan muutos omahoitaja järjestelmästä modulaariseen toimintamalliin koettiin onnistuneena vastaajien kesken ja sen uskotaan tulosten perusteella tuovan tulevaisuudessa osastotyöskentelyyn enemmän hyviä kuin huonoja puolia. Onnistuneen muutosprosessin edellytyksenä on mielestämme ollut, että osastolla L51 on hoitohenkilökunta otettu mukaan jo muutosprosessia suunniteltaessa. Sama asia tulee esille myös opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä.

Kyselyn vastaukset käsiteltiin osastokokouksessa 10.4.2012. Tutkimustulokset, jotka opinnäytetyössä saatiin, olivat hyvin positiivisia ja muutos omahoitajuudesta modulaariseen malliin oli otettu osastolla hyvin vastaan. Tutkimustuloksista syntyi keskustelua esityksen päätteeksi. Keskustelussa ilmeni, että osaston L 51 hoitajat ovat olleet erittäin tyytyväisiä muutokseen. Jotkut hoitajat mainitsivat, että kyselyyn vastatessa ei tullut mieleen kaikkea mitä olisi voinut kyselylomakkeeseen laittaa. Keskustelun yhteydessä osastonhoitaja kaipasi negatiivisia asioita,

kuten millaisia huonoja puolia, uhkia ja riskejä on tullut vastaan kun on siirrytty modulaariseen malliin. Kyselyn vastausten perusteella kehittämisehdotuksia voidaan mielestämme pitää uhkina, joihin voidaan kompastua siirtyessä uuteen toimintamalliin. Mielestämme hoitajien kehittämisehdotukset olisivat juuri niitä asioita, joihin tulisi tarttua mahdollisimman nopeasti, ettei kuntoutujien hoidon laatu heikkenisi.

#### 8.1.1 Toimintamallimuutoksen vaikutukset hoitajien työn kokemiseen

Teoreettisessa viitekehyksessä todetaan, että työyhteisössä muutoksen tarve tulee esille yleensä ennakoitavissa olevista uudenlaisista tilanteista kuten tyytymättömyydestä vanhaan käytäntöön tai toiveesta parempaan toimintatapaan. Ensi reaktiona muutokseen, tutkimukseemme osallistuneiden vastauksista ilmeni tutkimukssessamme, että toimintamallimuutokseen sopeutuminen oli alkuun hieman hankalaa ja uuden toimintatavan omaksuminen otti aikaa.

Nurmen (2010) mukaan työntekijät kokevat muutoksen vaiheittain. Muutoksen kokeminen alkaa usein negatiivisella reagoinnilla. Muutos hyväksytään alkushokin ja sitä seuraavan lamaantumis- ja suuttumisvaiheiden kautta. Muutostarve osastolla L51 on lähtöisin hoitohenkilökunnan omista tarpeista mikä on ollut tärkeä edellytys myönteiselle suhtautumiselle muutokseen. Teoreettiseen viitekehysseen viitaten tutkimustuloksemme olivat samankaltaisia. Kun työyhteisö itse saa määritellä muutostarpeensa, niin henkilöstö suhtautuu helpommin myönteisesti ja innostuneesti tulevaan muutokseen.

Tutkimuksemme tulokset osoittivat, että omahoitajajärjestelmästä modulaariseen malliin siirtyminen vaikutti hoitajien työhyvinvointiin positiivisesti. Kaikissa vastauslomakkeissa mainittiin työnjakomuutoksen tuoneen jonkinlaista helpotusta työnteon kokemiseen. Muutos vaikutti työssä jaksamiseen esimerkiksi vähentyneenä stressin kokemisena, sekä fyysisen ja henkisen kuormittumisen vähenemisenä. Lisäksi tutkimuksemme tulokset osoittivat, että vastaajat kokivat työn helpommaksi ja vastuun jakautuvan tasaisemmin työntekijöiden kesken. Työnteon mielekkyys korostui myös useissa vastauksissa, etenkin parityön lisääntyminen vaikutti erityisesti hoitajien kokeman fyysisen taakan vähenemiseen. Teoreettisessa viitekehyksessä todetaan samaa, että modulaarinen hoitotyö antaa valmiudet

hoitaa potilaita ryhmätyönä potilaskohtaisesti, joustavasti ja vastuullisesti. Modulaarisessa hoitotyössä pyritään myös paremmin hyödyntämään jokaisen hoitajan yksilölliset kyvyt työvuoron ajan.

Osaston hoitohenkilökunta koki, että työn tekemiseen tuli uutta syvyyttä, joustavuutta sekä työtehtävien koettiin monipuolistuneen. Työn monipuolistuminen vaikutti hoitajien mielenkiintoon työtä kohtaan. Hoitajat kokivat päivittäisen työssä ja aamuisen työnjaon selkiytyneen sekä kuntoutujien lähes päivittäin vaihtuminen toi työhön vaihtelevuutta. Työtehtävät laajentuivat etenkin lähihoitajien keskuudessa lääkehoidon ja lääkärintertojen osalta. Kommunikointi ja yhteistyö työntekijöiden kesken toimivat hoitajien mukaan paremmin modulaarisessa- kuin omahoitajamallissa. Eräissä tutkimuksissa todetaan, että modulaarinen malli on tuotannollisesti tehokkaampi hoitotyön malli kuin ryhmätyö- tai yksilövastuinen hoitotyön mallit. Teoreettisessa viitekehysessä mainitaan myös, että modulaarisessa mallissa voidaan nähdä hierarkkisuuden vähenemistä ja joustavuuden lisääntymistä käytännön hoitotyössä. Näitä samoja asioita nähtiin myös tämän tutkimuksen tuloksissa.

Useat hoitajat olivat maininneet vastuullisuus käsitteen vastauksissaan. Useissa vastauksista tuli esille myös, että hoitajat kokivat vastuun lisääntyneen tai laajentuneen modulaariseen malliin siirtymisen myötä. Vastuun lisääntyminen koettiin pääosin positiivisena asiana ja ryhmän yhteinen vastuu kuntoutujan hoidossa korostui. Vastuullisuuden toteutuminen nähtiin myös hoitohenkilökunnan ammatilliseen vastuuntuntoon liittyvänä. Teoreettisessa viitekehysessä kuvataan modulaarisen hoitotyön eroavan omahoitajamallin mukaisesta erityisesti vastuullisuuden käsitteissä. Vastuullisuus on modulaarisessa hoitotyössä määritelty kestämään työvuoron ajan, yksilövastuisessa hoitotyössä koko hoitojakson ajan.

Tutkimuksessa hoitajat kokivat, että tiedonkulku on parantunut moniammatillisen hoitohenkilökunnan kesken modulaarisen hoitotyön kokeilun aikana. Erityisesti kirjaamisen osuus tiedonkulussa koettiin parantuneen ja tarkentuneen. Teoreettisessa viitekehysessä mainitaan, että modulaarisessa mallissa hoitotyön toteutuminen vaatii tarkkaa kirjaamista ja suullista raportointia. Samansuuntaisia asioita ilmeni tutkimuksessamme. Tutkimuksemme osoitti, että vastaajat kokivat selkeän

ja tarkan tiedonkulun hoitohenkilökunnan kesken helpottavan kuntoutujien asioiden eteenpäin viemistä.

Modulaarinen malli mahdollistaa parityöskentelyn, jossa voidaan hyödyntää molempien hoitajien kokemus ja koulutus mahdollisimman tehokkaasti laadukkaana hoidon takaamiseksi. Tutkimuksessamme voidaan todeta, että hoitajat eivät koe modulaarisen hoitotyön vaikuttaneet potilaiden hoitoon laatua heikentävästi vaan päinvastoin. Koska omahoitajamallin toteuttaminen koettiin osastolla L51 henkisesti ja fyysisesti rasittavaksi. Työ koettiin fyysisesti raskaana ja liian rutiinina omaisena kun päivittäin hoidettavana oli sama potilas, joka saattoi olla hoitoisuusluokitukseltaan raskas hoidettava

#### 8.1.2 Toimintamallimuutoksen vaikutukset potilaiden hoitoon

Tutkimuksemme osoitti, että modulaariseen hoitotyöhön siirtyminen omahoitajamallista ei ole juurikaan vaikuttanut kuntoutujien hoitoon. Vain harvat kuntoutujat olivat jääneet kaipaamaan omahoitajuutta, mutta pääsääntöisesti voidaan hoitajien vastausten perustella todeta, että muutokseen on suhtauduttu kuntoutujien osalta neutraalisti. Vastaajat kokivat positiivisena asiana sen, että modulaariseen malliin siirtyminen antaa kuntoutujille mahdollisuuden olla kontaktissa useiden hoitajien kanssa, jotka vuorollaan huolehtivat kuntoutujista. Näin kuntoutujalle ei pääse syntymään ns. ”riippuvuussuhdetta” hoitajaan. Kuntoutuja ei myöskään pääse arvottamaan hoitajia mukaviin ja vähemmän mukaviin hoitajiin. Teoreettisessa viitekehyksessä tuodaan esille omahoitajajärjestelmän epäkohtana hoitajan yksinäisyyden turvaaminen. Pitkissä hoitosuhteissa se saattaa aiheuttaa ongelmia.

Kuntoutusprosessin periaatteena on aloittaa kuntoutuminen mahdollisimman varhain ja tavoitteellisesti kuntoutujan saavuttua osastolle. Kuntoutuksen tavoitteena osastolla L 51 on päästä mahdollisimman lähelle sitä toimintakykyä, mikä oli ennen sairastumista. Opinnäytetyömme tutkimustulokset osoittavat että kuntoutus modulaarisen hoitotyön myötä on tasapuolistunut ja samalla monipuolistunut, koska kuntoutujan hoitoon osallistuu koko työryhmä.

Kuntouttaminen on osastolla L 51 moniammatillista ryhmätyötä. Vaativa kuntoutustyö edellyttää koko henkilökunnalta vahvaa kuntoutusotetta ja ryhmätyökykyä sekä kykyä tavoitteelliseen, pitkäjänteiseen työskentelyyn. Tutkimuksessamme vastaajien mielestä lääkärin informointi kuntoutujien voinnista, sekä kuntoutujien asioiden hoito on tullut tehokkaammaksi uuteen toimintamalliin siirtymisen myötä.

### 8.1.3 Hoitohenkilökunnan antamat kehittämis ehdotukset työnjakomallista

Useat hoitajat olivat maininneet vastuullisuus käsitteen kehittämisehdotuksissa. Osastolla L51 tapahtuneen modulaarisen hoitotyön kokeilun myötä, on hoitohenkilökunta joutunut muuttamaan käsitystään vastuullisuudesta kuntoutujien hoidossa. Teoreettisessa viitekehyksessä mainitaan, että vastuullisuus on modulaarisessa hoitotyössä määritelty kestämään työvuoron ajan kun taas yksilövastuisessa hoitotyössä se ajallisesti kattaa koko hoitajakson. Vastuun ottaminen koettiin vastaajien keskuudessa pääsääntöisesti positiivisena työkuvaan laajentavana asiana. Kehittämis ehdotuksissa vastuunkanto tuli esille työvuoron työtehtävien tekemisenä niin, että tekemättömät työt eivät kasaantuisi seuraavaan vuoroon tai seuraavalle päivälle. Jokaisen työvuorossa olevan tulisi ottaa vastuu omien kuntoutujien asioista mahdollisimman hyvin.

Kokeilun aikana osastolla L 51 on modulaarinen hoitotyö antanut valmiudet toteuttaa potilaiden hoitoa ryhmätyönä ja potilaskohtaisesti. Työvuorossa sairaanhoitajat ja lähi/ perushoitajat ovat työskennelleet työpareina. Työnjako on suunniteltu ja sovittu työparien kesken yhdessä työvuoron alussa mahdollisimman hyvin.

Kehittämis ehdotuksissa nousi esille työvuorosuunnittelu. Opinnäytetyn teoreettisessa viitekehyksessä mainitaan että työvuorosuunnittelun avulla hoitotyön jatkuvuus pysyy yllä, ja näin myös hoitotyö on mahdollista suunnitella ja toteuttaa yksilöllisesti. Tutkimuksessamme työnjaon kehittämisehdotuksissa tuli esille myös etteivät varahenkilöt, uudet työntekijät tai sijaiset olisi vastaamassa kuntoutujien hoidosta keskenään, vaan aina olisi parina vakituista henkilökuntaa. Näin ollen työnjakoa tulisi myös miettiä jo työvuorosuunnittelun vaiheessa.

Kehittämis ehdotuksissa tuli esille myös selkeän ohjevihon laatiminen osastolle,



josta näkyi osaston käytänteet ja toimintatavat. Lisäksi kehittämissuhteissa nousi esille, että työparit kiinnittäisivät huomiota keskinäiseen työnjakoon.

Osaston L 51 tavoitteena on kuntouttaa ja kotiuttaa potilaat ensisijaisesti kotiin. Laitoshoitoon joutuminen edellyttää kuntoutujalta jatkuvaa avuntarvetta ympäri-vorokauden. Osaston L 51 kehittämiseen koskevassa kysymyksessä vastaukset painottuivat moniammatillisen yhteistyön lisäämiseen osastolla. Tutkimukseen vastanneiden mukaan osastolla tulisi kehittää ja hyödyntää enemmän moniammatillista yhteistyötä keskustelemalla kuntoutujien ongelmista ja hoidon tavoitteista. Näin mahdollistuisivat paremmat edellytykset kuntoutujien kokonaistilanteen huomiointiin osastolla ja kotiutumistilanteissa.

Yhdeksi tärkeäksi kehittämissuhteeksi nousi tiedonkulku. Vaikka tiedonkulku on kokeilun aikana osastolla L 51 parantunut, kirjaamisen merkitystä painotettiin myös kehittämissuhteita koskevissa vastauksissa. Kehittämistä koskevista vastauksissa tuli esille myös, että taskilistojen käytön tulee jatkua aktiivisena tiedonkulun turvaamiseksi.

## 8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusmenetelmien luotettavuutta käsitellään yleensä validiteetin ja reliabiliteetin kautta. Validiteetti toteutuu kun tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu. Reliabiliteetti taas kuvaa tutkimustulosten toistettavuutta. Validiteetti ja reliabiliteetti käsitteet ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä ja eri koulukuntien välillä on useita käsityksiä niiden soveltuvuudesta laadulliseen tutkimukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136- 137)

Luottamuksellisuudella tutkimusaineiston käsittelyssä tarkoitetaan, että kyselyyn osallistuvia hoitajia informoidaan etukäteen lomakekyselystä ja tutkimuksen etenemisestä. Luottamuksellisuudella taataan myös, että tutkimusaineistossa käytettyjen hoitajien antamia tietoja käytetään ainoastaan tässä opinnäytetyössä. (Mäkinen 2006, 115- 116.)

Laadullisessa tutkimuksessa reliabiliteetti voidaan ymmärtää tulkinnan samankaltaisuutena tulkitsijasta toiseen. Kyseessä on tällöin tulkinnan ristiriidattomuus. Tämän laadullisen tutkimuksen reliabiliteetti varmistettiin käyttämällä aineiston

koodauksessa ja kategorisoinnissa kahta henkilöä, eli molemmat opinnäytetyön tekijät suorittivat tämän tehtävän. Saadut tulokset olivat samansuuntaisia, joten voidaan olettaa tulosten olevan luotettavia. (Kananen 2010, 124-125.)

Vastauksia saimme 15 kpl, joka on mielestämme riittävä määrä verraten osaston henkilökuntamäärään. Jälkeenpäin todettiin kirjallisen kyselyn olleen mahdollisesti huonompi vaihtoehto kuin henkilökohtainen haastattelu. Rajalliset aikaresurssit kuitenkin vaikuttivat työn toteutukseen. Tulosten luotettavuuden varmistamiseksi, opinnäytetyön analyysin vaiheet on kuvattu tarkasti opinnäytetyön raportissa sanallisesti ja lisäksi kaavioina, jotka ovat liitteinä.

### 8.3 Tutkimuksen eettisyys

Eettisyys otetaan huomioon lomakekyselyä laadittaessa. Kyselyyn osallistuville hoitajille taataan mahdollisuus pysyä nimettöminä sekä turvataan oikeus yksityisyyteen että luottamuksellisuuteen. Nimettömyyden tarkoituksena on rohkaista hoitajia kertomaan suoraan ja rehellisesti kysytyistä asioista. Hoitajien nimettömyys helpottaa myös tutkijaa käsittelemään arkaluoteisia asioita koska nimettömyys suojaa kyselyyn osallistuneita hoitajia. (Mäkinen 2006, 114.)

Kerroimme osaston henkilökunnalle opinnäytetyömme tarkoituksesta ja vapaaehtoisuudesta saatekirjeen avulla. (LIITE 1) Hoitajat täyttivät kyselylomakkeen nimettömänä ja vapaaehtoisesti. Lisäksi heillä oli oikeus kieltäytyä kyselystä. Hoitajien täyttämät kyselylomakkeet tulivat ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käyttöön ja aineisto hävitettiin asianmukaisesti. Kyselyn tulokset julkaistiin kirjallisessa loppuraportissa siten, että kenenkään hoitajan henkilöllisyyttä ei pystytä tunnistamaan. Hoitajien antamia vastauksia ei käsitelty yksitellen vaan aineisto analysoitiin koko osaston hoitajia koskevana aineistona luottamuksellisesti.

### 8.4 Oppimiskokemukset

Tämän opinnäytetyön aihe lähti liikkeelle osastonhoitajan ehdotuksesta osallistua osaston toimintamallimuutoksen arviointiin. Innostuimme aiheesta heti, koska omaamme molemmat kokemusta osastohoito työstä.

Opinnäytetyön ensimmäinen tapaaminen työelämäedustajan ja opettajan kanssa oli marraskuussa 2011 ja tällöin aihe valittiin ja työtä lähdettiin ideoimaan. Heti aiheen valinnan jälkeen aloimme etsiä tutkittua tietoa aiheesta ja kirjoittaa teoreettista osaa. Haimme tutkittua tietoa erilaisten tietokantojen avulla ja valmistelimme teoriaosuutta suunnitelmaa varten. Teoreettisen osan kirjoittaminen oli haastavaa toisaalta aineiston rajaamisen suhteen, toisaalta tiedon löytämisen suhteen erityisesti modulaarisen hoitotyön osalta.

Suunnitelmaseminaari toteutettiin tammikuussa 2012. Kysely osaston työntekijöille järjestettiin 12.-18.3.2012 ja tämän jälkeen oli vuorossa tulosten analysointi. Opinnäytetyön tulokset julkaistiin osaston työntekijöille osastokokouksessa. Osastonhoitaja sai käyttöönsä valmiin opinnäytetyön ja sen avulla hoitotyön kehittäminen osastolla jatkuu.

Syksyllä 2011 aloimme etsiä tutkittua tietoa aiheesta ja kirjoittaa teoreettista osaa. Haimme tutkittua tietoa erilaisten tietokantojen avulla ja valmistelimme teoriaosuutta suunnitelmaa varten. Teoreettisen osan kirjoittaminen oli haastavaa toisaalta aineiston rajaamisen suhteen, toisaalta tiedon löytämisen suhteen erityisesti modulaarisen hoitotyön osalta.

Analyysivaiheen koimme ajallisesti haastavaksi, koska tavoitteena oli kuvata tulokset mahdollisimman luotettavasti ja tarkasti. Analyysivaihe oli tiivistä paritöskentelyä, jolloin ryhmätyö taitoja tarvittiin. Aikaresurssimme olivat niukat ja se toi haastetta etenemiselle. Suunnittelulla ja yhteisesti sovituilla tapaamisilla saimme järjesteltyä yhteistä aikaa molempien työpäivien väliin. Molempien hyvän motivaation ansiosta opinnäytetyö valmistui lopulta ajallaan ja olemme tyytyväisiä lopputulokseen.

Kun katsomme opinnäytetyötä ja sen tuloksia, huomaamme kuinka paljon kehitystä on tapahtunut. Lähdimme etenemään opinnäytetyöprosessiin opettajan ja osastonhoitajan ohjauksella. Ohjaus on ollut opinnäytetyön tekemiselle olennainen asia ja koko ajan olemme oppineet uutta. Opinnäytetyöprosessin aikana suurin kehitys on tapahtunut mielestämme tiedon etsimiseen ja laadullisen opinnäytetyön rakenteen ymmärtämiseen liittyen.

Voimme hyödyntää tätä opinnäytetyöprosessissa saatua kokemusta sairaanhoitajan työssä. Vuorovaikutus-, yhteistyöosaamis- ja tiedonhankintataitomme ovat kehittyneet tämän työn myötä. Opinnäytetyö antaa valmiuksia kohdata erilaisia toimintamallimuutoksia työelämässä ja suhtaudumme hoitotyön kehittämiseen entistä myönteisemmin.

## 8.5 Jatkotutkimusaiheet

Saatujen tulosten perusteella jatkotutkimusaihe-ehdotuksiksi nousi useita kysymyksiä, koska täysin vastaavanlaisesta toimintamallimuutoksesta ei juuri löydy tutkimustietoa. Toimintamallimuutokset ovat arkipäivää sairaalamaailmassa lisääntyvän työvoimapulan ja kiireen vuoksi. Uusia toimivia ratkaisuja tarvitaan kipeästi arjen hoitotyötä kehittämään.

Jatkotutkimusaiheeksi nousi esimerkiksi modulaarisen hoitotyön vaikutus potilaiden kokemana, eli kuinka potilaat kokevat omahoitajan puuttumisen hoitosuhteessa. Modulaarisen mallin toimivuutta eri työyksiköissä voisi myös tutkia edelleen, koska tämän tutkimuksen hyvien tulosten myötä herää ajatus voisiko modulaarista hoitotyötä soveltaa enemmänkin hoitoyksiköissä.

## LÄHTEET

- Booyens, S. 1993. Dimension of nursing management. South Africa: Creda communications.
- Hegyvary, S. 1991. Yksilövastuinen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Heino, H. 2010. Muutoksen johtaminen terveydenhuollossa lähijohdon näkökulmasta. Pro gradu –tutkielma. Itä-Suomen Yliopisto. Sosiaali- ja terveystieteiden laitos.
- Hirsijärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13.painos. Keuruu: Otava.
- Kalasniemi, M., Kuivalainen, L. & Ryhänen, A. 2002. Yksilövastuisten hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä. Mittarin kehittäminen ja testaaminen. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja 32.
- Kallio, M. 2011. Työntekijän näkökulmat ja oppiminen ulkoistusprojektissa, ”aluksi pelkää muutosta ja sit pelkää, ettei mikään muutukkaan.” Pro- gradu-tutkielma. Helsingin Yliopisto. Käyttäytymistieteiden laitos.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu
- Kananen, J. 2010. Kvali: kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu
- Koivuselkä, J. 2007. Osastonhoitajan tehtävät ja yksilövastuinen hoitotyö. Tampereen yliopisto.
- Laaksonen, H. Niskanen, J. Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laine, K. 2010. Muutoksen kokeminen ja alaistaidot muutoksessa päivystyspoli-  
klinikansairaanhoitajien kokemana. Pro- gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto.  
Hoitotieteen laitos.

Lappalainen, A- R. 2010. Muutosprosessi henkilöstön kokemana, Joensuun seutu-  
kirjaston organisaatiomuutoksen onnistuminen henkilöstön näkökulmasta, Pro  
gradu – tutkielma. Tampereen Yliopisto. Johtamistieteiden laitos.

Marquis, B. & Huston, C. 2003. Leadership roles and management functions in  
nursing theory and application. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott  
Williams & Wilkins.

Munnukka, T. & Aalto, P. 2002. Minun hoitajani, näkökulmia omahoitajuuteen.  
Vantaa: Dark Oy.

Mäkinen, A., Kivimäki, M. Elovainio, M. & Virtanen, M. 2003. Myönteisen muu-  
toksen sairaalaosastot; Kvalitatiivinen tutkimus. Hoitotiede 2003, Vol 15 no 3,  
107-114.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus.

Nurmi, H. 2011. Monesta yhdeksi organisaatiomuutoksen toteuttaminen. Pro-  
gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Kieli- ja käännöstieteiden laitos.

Nyman, A. 2006. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana.  
Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere.

Paasivaara, L. Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008. Innostavat projektit. Helsinki;  
Sairaanhoitajaliitto.

Partanen, P. 1999. Hoitotyön nykytila ja kehittämistarpeet Kuopion yliopistollisen  
sairaalan sisätautien klinikassa 1998: selvitys hoitotyöstä potilaskeskeisyyden,  
hoitotyön jatkuvuuden ja ajantasaisuuden näkökulmasta, sisältäen kehittämis-  
suositukset. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisu. N:o 52/1999.

Saikkonen, P. 2004. Vastuuhoitajamallin kehitysvaihe hoitotyössä vuodeosastojen  
osastonhoitajien arvioimana. Tampereen yliopisto

Sarajärvi, A., Mattila, L.&Rekola,L. 2010. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen.1.painos. Porvoo: WSOY.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

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

Voutilainen, P. & Laaksonen, K. 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy

## LIITTEET

LIITE 1 SAATEKIRJE

LIITE 2 KYSELYLOMAKE

LIITE 3 AINEISTON ANALYYSI



## **Omahoitajajärjestelmästä modulaariseen malliin**

### **Työnjakomuutoksen vaikutukset neurologisella vuodeosastolla hoitajien arvioimana**

Työnjakomuutokseen liittyvä tutkimus toteutetaan opinnäytetyönä osastolla. Voit osallistua tutkimukseen 12.3- 18.3.2012 välisenä aikana.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa omahoitajajärjestelmästä modulaariseen työnjakomalliin siirtymisen vaikutuksista. Tutkimuksen avulla selvitetään miten hoitajat ovat kokeneet muutoksen suhteessa omaan työhön ja potilaiden hoitoon. Osallistuessasi tutkimukseen olet mukana kehittämässä osaston työtapoja.

Antamiasi tietoja käsitellään ja säilytetään ehdottoman luottamuksellisesti. Kyseeseen vastataan anonyymisti, joten kenenkään vastaajan henkilökohtaisia vastauksia ei voida jäljittää. Tutkimus toteutetaan opinnäytetyönä Lahden ammattikorkeakoulussa ja tulokset kerrotaan huhtikuun viimeisellä viikolla osastokokouksessa. Valmis opinnäytetyö on luettavissa toukokuussa 2012.

Yhteistyöstä kiittäen,

Sisko- Maria Ihalainen

Katri Majuri

Sairaanhoitajaopiskelija

Sairaanhoitajaopiskelija

Lamk

Lamk

## LIITE 2 KYSELYLOMAKE

Pyydämme sinua kertomaan kokemuksistasi modulaarisesta työnjakomallista osastolla.

1. Kerro omin sanoin millaisia kokemuksia sinulla on modulaarisesta työnjakomallista Lahden Kaupunginsairaalan os. L51:llä?
2. Kuvaile miten modulaarinen hoitotyö on vaikuttanut omaan työhösi?
3. kuvaile miten modulaarinen hoitotyön malli on vaikuttanut potilaiden hoitoon?
4. Kerro millaisia kehittämistoiveita sinulla on modulaariseen hoitotyöhön?

Kiitos vastauksestasi!

LIITE 3 AINEISTON ANALYYSI

PELKISTETTY ILMAISU

ALALUOKKA

YLÄLUOKKA

Työnjakomalli auttaa jaksamiseen.  
Kokenut hyväksi, stressi vähentynyt.  
Työnteko mielekkäämpää, jaksaminen parempaa.  
Keventää fyysistä & henkistä työkuormaa.  
Työtaakka on keventynyt.

Työhyvinvointi

Monipuolistunut: lääkkeiden jako: tieto  
lääkehoidosta karttuu.  
Työ on nykyään kiinnostavampaa.  
Monipuolistanut työnkuva.

Työn monipuolistuminen

Antanut lisää vastuuta.  
Vastuu jakautunut useille hoitajille; se on hyvä.  
Ei ole paineita kun tietää ettei ole ainoa,  
joka on kjaasta vastuussa.  
Vastuu jakaantuu eikä jää yksin omahoitajan  
harteille.

Vastuu

Työskentelyni on selkeytynyt, koska pystyn nyt  
keskittymään vain tiettyihin kuntoutujiin.  
Ei tarvitse hajottaa ajattelua liian moneen työhön.  
Useimmiten työpäivä on selkeämpi.  
Tehtäväjako selkeämpää.

Työn selkeytyminen

Muutoksen vaikutus hoitajien kokemukseen omasta työstään.

Kirjaamiset parantunut, taskeja käytetään enemmän ja hosuja päivitetään.  
 Vaatii tarkkaa kirjaamista.  
 Riski jonkin asian hoitamatta jäämiselle kasvaa, jos ei kirjata huolella.  
 Vaatii kyllä selkeää raportointia (sekä kirjoitettu että puhuttu).  
 Tiedonkulku parantunut kun luetaan taskeja ahkerasti.

Kirjaaminen ja tiedonkulku

Omahoitajuuden perään ei ole kysely.  
 Hoitotyö ja kuntoutus on mielestäni täysin samanlaista, kuin aiemmassakin mallissa.  
 Nyt kuntoutuja ei aina saakaan kohdalleen sitä ”mukavaa” mieshoitajaa tai sitä ja sitä...  
 Kuntoutujalla on mahdollisuus olla kontaktissa useamman hoitajan kanssa

Kuntoutujien kokemukset

Kjat saavat monipuolisempaa hoitoa.  
 Kjien asiat hoituvat nopeammin/tehokkaammin.  
 Tasapuolisuus. Kuntoutujaa ohjaa/auttaa/hoitaa koko työryhmä.  
 Eri työntekijöiden osaamista voidaan hyödyntää.  
 Hoito on yhtä tasokasta kuin ennenkin.  
 Lääkärille infotaan paremmin potilaan voinnista.

Kuntoutusprosessi

Muutoksen vaikutus potilaiden hoitoon hoitajien näkökulmasta.

PELKISTETTY ILMAISU

ALALUOKKA

YLÄLUOKKA

Enemmän paneutumista omiin hoidettaviin.  
Vastuun kantaminen kaikin puolin.  
Kannettava vastuu päivän töistä.  
Ei voi jättää töitä seuraavalle päivälle.

Vastuu

Vielä selvempi jako myös parin kesken.  
Ei kahta varahenkilöä tai esim. varahenkilö ja uusi työntekijä pareja.  
Sijaisille/varahenkilöille selkeä esim. ohjevihko.  
Vaatii tasaiset työparit.

Työnjako

Osaston kokonaistilanteen huomiointi.  
Avarakatseisuutta saisi olla enemmän.  
Autetaan edelleenkin toisia.  
Eri ammattiryhmien välisen kommunikoinnin parantaminen tärkeä kehittämiskohde.  
Tiimit tekisivät enemmän yhdessä (sh, ft+tt).  
Paluuta vanhaan omahoitajuuteen ei ole!

Yhteistyö

