

TYÖPAIKKAKULTTUURI JA YHTEISTYÖ
PSYKIATRISISSA HOITOYKSIKÖSSÄ

Anna Wallin
Pro gradu -tutkielma
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Hoitotiede
9.1.2018

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Hoitotiede

Työpaikkakulttuuri ja yhteistyö psykiatrisessa hoitoyksikössä

WALLIN ANNA

Pro gradu -tutkielma, 61 sivua ja 7 liitettä

Ohjaajat: TtT, professori Marja Kaunonen ja TtT, dosentti Anna Liisa Aho

Tammikuu 2018

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemaa työpaikkakulttuuria ja yhteistyötä kahdessa yhteistyötä tekevässä psykiatrisessa hoitoyksikössä. Tutkimuksen tavoitteena on syventää tietämystä psykiatrisissa hoitoyksiköissä vallitsevasta työpaikkakulttuurista ja sen merkityksestä hoitoyksiköiden välisessä yhteistyössä. Psykiatriset hoitoyksiköt sijaitsivat pääkaupunkiseudulla ja niissä oli asiakkaina psykiatrista avohoitoa saavia aikuisia.

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Sen kohderyhmänä olivat hoitoyksiköissä työskentelevät sairaanhoitajat (n=7) ja lähihoitajat (n=4). Aineistonkeruu toteutui puolistrukturoiduin teemahaastatteluin kahden ryhmähaastattelun avulla. Teemahaastattelujen teemat käsittelivät työpaikkakulttuurin kokemusta, työpaikkakulttuuriin liitettyjä positiivisia ja negatiivisia tekijöitä sekä työpaikkakulttuurin merkitystä hoitoyksiköiden välisen yhteistyön toteutumisessa. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Hoitajat kokivat oman hoitoyksikkönsä työpaikkakulttuurin avoimeksi, myönteiseksi, autonomiseksi, dynaamiseksi, hierarkkiseksi ja rajatuksi. Hoitajat liittivät työpaikkakulttuuriin positiivisina tekijöinä työyhteisön kollegiaalisuuden ja vuorovaikutteisuuden sekä hoitajien ja johtamisen ammattitaitoisuuden. Myös työn autonomisuus, toiminnan johdonmukaisuus ja potilaslähtöisyys olivat työpaikkakulttuuriin liitettyjä positiivisia tekijöitä. Työpaikkakulttuuriin liitettyjä negatiivisia tekijöitä olivat hoitajien toiminnan rajoittavuus, hoitajien huomioimattomuus, johtamisen kommunikoimattomuus sekä toiminnan epäjohdonmukaisuus. Myös kehittämistyön ontuvuus, työympäristön muutoksellisuus ja tilojen epäkäytännöllisyys sisältyivät työpaikkakulttuuriin liittyviin negatiivisiin tekijöihin. Työpaikkakulttuurin avoimuus, yhtenäisyys, luottamuksellisuus, sallivuus ja joustavuus olivat piirteitä, jotka edistivät hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä hoitajien mukaan.

Tutkimuksen tulokset antavat tietoa yhteistyötä tekevien psykiatristen hoitoyksiköiden työpaikkakulttuurista hoitajien näkökulmasta. Tutkimuksen tulokset antavat myös tietoa hoitoyksiköiden yhteistyötä edistävästä työpaikkakulttuurin piirteistä, sillä hoitajat kokivat hoitoyksiköiden välisen yhteistyön toteutuvan hyvin.

Avainsanat: työpaikkakulttuuri, yhteistyö, psykiatrinen hoitotyö, kokemus

ABSTRACT

University of Tampere

Faculty of Social Sciences

Nursing Science

Workplace Culture and Cooperation in a Psychiatric Care Unit

WALLIN ANNA

Master's Thesis, 61 pages and 7 appendices

Advisors: Marja Kaunonen, PhD, Professor; Anna Liisa Aho, PhD, Docent

January 2018

The purpose of this study is to describe the workplace culture and cooperation between two psychiatric units, based on the experiences of the units' nurses. The aim of the study is to deepen the knowledge of the workplace culture in psychiatric units and its importance in cooperation between psychiatric units. The psychiatric units were located in Helsinki metropolitan area and their clients were adults receiving psychiatric outpatient care.

The research was conducted as a qualitative study. The target group consisted of Registered Nurses (n = 7) and Practical Nurses (n = 4) working in the psychiatric units. The data was collected using semi-structured thematic interviews through two group interviews. The main themes of the interviews were the experiences regarding the workplace culture, its perceived positive and negative factors, and the importance of the workplace culture in the cooperation between psychiatric units. The material was analyzed using inductive content analysis.

The nurses perceived the workplace culture of their own psychiatric unit as open, positive, autonomous, dynamic, hierarchical, and limited. The nurses identified collegiality and interactivity of the work community, nurses' professional skills, and the management's proficiency as positive factors in the workplace culture. In addition, the autonomy, coherence of actions and patient orientation were also considered as positive factors. The negative factors associated with the workplace culture were the limitation of nurses' actions, disregarding nurses, non-communicability of management, and inconsistency in activities. Also, the challenges of development activities, the changing work environment and the impracticability of the facilities were considered as negative factors. The nurses described the openness, consistency, confidentiality, permissiveness, and flexibility of the workplace culture as features promoting the cooperation between the psychiatric units.

The results of the study provide information on how the nurses perceive the workplace culture of the psychiatric units. The nurses perceived the cooperation between the psychiatric units as successful. Hence, the results of this study can also provide information on the features of the workplace culture promoting cooperation between different psychiatric units.

Keywords: workplace culture, cooperation, psychiatric nursing, experience

SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	1
2. TEOREETTINEN TAUSTA	3
2.1 Yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa.....	3
2.2 Työpaikkakulttuuri sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa	5
2.3 Psykiatrinen hoitotyö Suomessa.....	8
3. TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	11
4. METODOLOGIA.....	12
4.1 Kohderyhmä ja aineistonkeruu.....	12
4.2 Aineiston analyysi	13
5. TULOKSET	17
5.1 Työpaikkakulttuurin kokemus hoitajien näkökulmasta	17
5.1.1 Avoin työpaikkakulttuuri	17
5.1.2 Myönteinen työpaikkakulttuuri.....	18
5.1.3 Autonominen työpaikkakulttuuri	19
5.1.4 Dynaaminen työpaikkakulttuuri.....	20
5.1.5 Hierarkkinen työpaikkakulttuuri	21
5.1.6 Rajattu työpaikkakulttuuri.....	22
5.2 Työpaikkakulttuuriin liitetyt positiiviset tekijät hoitajien näkökulmasta.....	23
5.2.1 Työyhteisön kollegiaalisuus.....	24
5.2.2 Työyhteisön vuorovaikutteisuus	26
5.2.3 Hoitajien ammattitaitoisuus	27
5.2.4 Johtamisen ammattitaitoisuus	28
5.2.5 Työn autonomisuus	29
5.2.6 Toiminnan johdonmukaisuus.....	30
5.2.7 Potilaslähtöisyys.....	31
5.3 Työpaikkakulttuuriin liitetyt negatiiviset tekijät hoitajien näkökulmasta.....	31
5.3.1 Hoitajien toiminnan rajoittavuus.....	32
5.3.2 Hoitajien huomioimattomuus.....	33
5.3.3 Johtamisen kommunikoimattomuus	34
5.3.4 Toiminnan epäjohdonmukaisuus	35
5.3.5 Kehittämistyön ontuvuus	36
5.3.6 Työympäristön muutoksellisuus	37

5.3.7	Tilojen epäkäytännöllisyys	38
5.4	Hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä edistävät työpaikkakulttuurin piirteet hoitajien näkökulmasta.....	38
5.4.1	Työpaikkakulttuurin avoimuus	39
5.4.2	Työpaikkakulttuurin yhtenäisyys	40
5.4.3	Työpaikkakulttuurin luottamuksellisuus.....	41
5.4.4	Työpaikkakulttuurin sallivuus.....	41
5.4.5	Työpaikkakulttuurin joustavuus.....	42
5.5	Yhteenvedo tutkimuksen tuloksista	43
6.	POHDINTA.....	44
6.1	Tulosten tarkastelu	44
6.2	Luotettavuus	49
6.3	Eettisyys	53
6.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	54
	LÄHTEET	56
	LIITTEET	

KUVIOT JA TAULUKOT

Kuvio 1. Esimerkki alkuperäisilmauksien pelkistämisestä.

Kuvio 2. Työn autonomisuus -yläluokan luokittelu.

Kuvio 3. Työpaikkakulttuuriin kokemus hoitajien näkökulmasta.

Kuvio 4. Työpaikkakulttuuriin liitetyt positiiviset tekijät hoitajien näkökulmasta.

Kuvio 5. Työpaikkakulttuuriin liitetyt negatiiviset tekijät hoitajien näkökulmasta.

Kuvio 6. Hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä edistävät työpaikkakulttuurin piirteet hoitajien näkökulmasta.

Taulukko 1. Yhteenveto tutkimuksen tuloksista.

LIITTEET

Liite 1. Tiedote tutkimuksesta tutkimuksen osallistujille.

Liite 2. Saatekirje.

Liite 3. Muistutuskirje.

Liite 4. Suostumuslomake.

Liite 5. Taustamuuttujalomake.

Liite 6. Teemahaastattelurunko.

Liite 7. Esimerkki analyysitaulukosta.

1. JOHDANTO

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä elää murroksessa ja suuria muutoksia on edessä. Terveydenhuollossa palvelut on aiemmin organisoitu erillään ja palveluiden järjestämisvastuu on ollut kunnilla. Tämä tulee muuttumaan tulevaisuudessa, kun vastuu hoidon järjestämisestä jakautuu niin kutsuttujen sosiaali- ja terveydenhuoltoalueiden ja erikoisvastuualueiden kesken. (Aalto 2014). Ajankohtaisen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteena on kaventaa väestön terveyseroja, hillitä kustannuksia ja lisätä palveluiden saatavuutta ja yhdenvertaisuutta palvelurakenteen uudistamisen myötä (STM 2016b). Tämä luo Suomen terveydenhuollolle kuitenkin myös lukuisia haasteita, sillä yhteistyön tarve organisaatioiden välillä lisääntyy entisestään (Aalto 2014). Se, millaiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut uudistuksen myötä muotoutuvat, on vielä epävarmaa.

Mielenterveys- ja päihdeongelmilla on Suomessa suuri kansanterveydellinen merkitys ja niihin liittyvä työkyvyttömyys on lisääntynyt Suomessa voimakkaasti (STM 2012b). Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (Mieli 2009) keskeiset painotukset ovat ohjauskeinojen vahvistamisen lisäksi asiakkaan aseman vahvistaminen, mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistäminen, ongelmien ja haittojen ennaltaehkäisy sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio (STM 2016a). Myös maailman terveysjärjestö WHO on linjannut, kansanterveyden edistämisen näkökulmasta päihde- ja mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyn ja hoidon tulisi olla toiminnan tärkeimpiä prioriteetteja (Whiteford ym. 2013).

Ala-Nikkola (2017) toteaa väitöskirjassaan, että Suomen mielenterveys- ja päihdepalveluiden resurssit ovat riittäviä, kun ne kohdennetaan oikein. Väestön koon kasvaessa mielenterveys- ja päihdepalvelujen määrä lisääntyy 500 000 aikuiseen asukkaaseen saakka. Väestöpohjan ollessa suurempi myös palveluiden monipuolisuus lisääntyy. Tällöin myös mahdollisuudet huomioida potilaan yksilöllinen tilanne hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa paranevat. (Ala-Nikkola 2017.) Väestöpohjan ollessa suurempi myös hoitohenkilöstön ammatillista osaamista on mahdollista integroida laajemmiksi kokonaisuuksiksi. Tämä tarkoittaa, että yhteistyön merkitys sosiaali- ja terveydenhuollossa korostuu entisestään sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä. Jotta päihde- ja mielenterveysongelmiin liittyvien sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ehkäisyä voidaan vahvistaa, niiden ehkäisyyn tulee panostaa kunnan eri sektoreiden kanssa. (THL 2014.) Silloin myös monipuolisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden nykyistä yhdenvertaisempaa saatavuutta on mahdollista lisätä (THL 2014; Ala-Nikkola 2017).

Asiakkaiden palvelutarpeiden ja työelämän muuttuessa työntekijöiden erilaista tietotaitoa tulee yhdistää moniammatillisella yhteistyöllä, joka ylittää tarvittaessa myös toimialarajat (Paukkunen ym. 2001). Sosiaali- ja terveystalvveluita kehitettäessä eri ammattiryhmien yhteistyö ja asiakaslähtöisyys korostuvat monissa kansallisissa ohjelmissa ja suunnitelmissa (STM 2009; STM 2011; STM 2012a; STM 2016b). Terveystalvveluon organisaatioissa vallitseva kulttuuri voidaan nähdä organisaatioiden sisäisenä ilmiönä, joka on olemassa sen piilorakenteissa ja sosiaalisissa prosesseissa tiedostamattomana. Keskeistä olisikin löytää eri terveystalvveluon ammattikuntien arvostava ja aito yhteistyö, jossa tasavertaisuus sekä sosiaalinen vuorovaikutus korostuvat. (Pitkänen 2009.) Hoitotyön monimutkaisen todellisuuden kohtaamisessa tulee hyödyntää yksilöasiantuntijoiden rinnalla myös moniammatillisia tiimejä. Terveystalvveluon moniammatillinen yhteistyö edellyttää taustalleen kulttuuria, jossa työskennellään ja keskustellaan yhdessä, jotta potilaan tilanteesta on mahdollista luoda yhteinen kokonaiskuva. (Rekola ym. 2005.)

Terveystalvveluon organisaatiot ja palvelujärjestelmät ovat yksi hoitotieteen tutkimusalue (Parahoo 2014). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata työpaikkakulttuuria ja kahden psykiatrisen hoitoyksikön välistä yhteistyötä. Tarkastelu kohdistuu kahteen säännöllistä yhteistyötä tekevään hoitoyksikköön. Tutkimuksen tavoitteena on syventää tietämystä psykiatrisissa hoitoyksiköissä vallitsevasta työpaikkakulttuurista ja sen merkityksestä hoitoyksiköiden välisessä yhteistyössä.

2. TOOREETTINEN TAUSTA

2.1 Yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa

Yhteistyön määritelmistä kenties yksinkertaisin on se, että työskentely tapahtuu yhdessä, ei rinnakkain. Tämän lisäksi yhteistyö on kuitenkin myös eri toimijoiden välisiä suhteita. Yhteistyön käsitteitä määriteltäessä tulee selvittää, mitkä tekijät johtavat yhteistyöhön, millaisia yhteistyön erot ovat ja millainen vaikutus niillä on yhteistyön eroihin. Eroja voivat olla esimerkiksi erilaiset ammatilliset kulttuurit ja ominaisuudet, erilaiset hoidon kokonaisuuden osat, erilaiset taidot sekä erot kapasiteetissa, resursseissa, voimassa ja vastuukysymyksissä. Potilaan saaman hoidon tulosten on todettu parantuvan, kun yhteistyön ominaisuuksiin perehtymällä moniammatillista yhteistyötä osataan hyödyntää aiempaa paremmin. (Meads & Ashcroft 2005.) Yhteistyö on hyvin kontekstisidonnainen ilmiö (Keyton ym. 2008). Tässä tutkimuksessa yhteistyön käsite rajataan yhteistyön toteutumiseen terveydenhuollon organisaatioissa.

Yhteistyötä voidaan kuvata myös tapahtumaksi, jossa useamman henkilön tiedot, taidot, voimat ja muut toiminnan vaatimat resurssit yhdistyvät yhteisen toiminnan hyväksi. Toiminnassa yhteistyö edellyttää osapuolilta yhteisvastuuta, -suunnittelua, -suoritusta sekä -arviointia. (Borgman & Packalen 2002.) Yhteistyön muotoutuminen vaatii myös aikaa (Potinkara 2004). Ilmiönä ja käsitteenä yhteistyön voi ymmärtää, määritellä ja operationalisoida eri tavoin. Yhteistyöllä voidaan tarkoittaa esimerkiksi yhteisten tavoitteiden toteuttamista, yhdessä työskentelemistä, pidempikestoista vuorovaikutusta, tiedon jakamista tai ongelmanratkaisutapaa. (Lewis 2006.) Yhteistyö on toimintaa, johon kuuluu osallistujien samoihin päämääriin sitoutuminen, yhteisten tavoitteiden hahmottaminen ja niitä kohti eteneminen (Mönkkönen 2002). Yhteistyön käsitteeseen voidaan liittää myös käsite yhteistoiminnallinen vuorovaikutus (collaborative interaction), joka voidaan hahmottaa toimijoiden keskeisenä vuorovaikutuksena. Se ilmenee yhteistyöprosesseissa ja edistää toimijoiden välisen yhteistyön toteuttamista. Yhteistoiminnallinen vuorovaikutus voidaan nähdä viestinnän muotona, jossa informaation vaihto sekä ihmisten välisten suhteiden luonne ovat läsnä. (Feudtner 2007.)

Myös sähköisen asioinnin merkitys sosiaali- ja terveyspalveluissa kasvaa (Lankila ym. 2016). Suomessa saman sairaanhoitopiirin alueella toimivilla sairaaloilla ja terveysasemilla on käytössä sähköiset potilasrekisterit ja potilasasiakirja-arkistot, jotka muodostavat yhteisen potilastietorekisterin. Potilasta hoitava henkilökunta voi käyttää yhteisessä potilastietorekisterissä olevia potilastietoja joustavasti ilman potilaan erillistä suostumusta, mikäli ne ovat potilaan hoidon

kannalta tarpeellisia. (THL 2017.) Potilaan terveystietojen vaihtaminen alueellisen terveystietojärjestelmän avulla parantaa terveydenhuollon ammattilaisten välistä yhteistyötä ja potilaan hoidon koordinoimista. Alueellisen terveystietojärjestelmän käyttäminen lisää sairaanhoitopiirien välistä viestintää ja potilaan hoidon koordinoimista, jolloin potilaan hoidon päällekkäisyys vähentyy ja potilaan hoito sujuvoituu. (Mäenpää ym. 2012.) On todettu, että virtuaalisen hoitokontaktin mahdollisuus voi vähentää potilaan kynnystä hakeutua psykiatrisen hoidon piiriin ja se voi tuottaa joissain tapauksissa parempia tuloksia kuin kasvokkain tapahtuva ohjaus (Dunn 2012). Sähköisen terveydenhuollon palvelut vähentävät maantieteellisten etäisyyksien tuomaa haittaa ja ne ovat helpottaneet yhteistyötä eri sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kesken (King ym. 2012).

Yhteistyön merkitys terveydenhuollon organisaatioiden välillä on suuri. Se mahdollistaa monipuolisempien kuntoutuspalveluiden tarjonnan ja sen ansiosta eri alojen asiantuntijoita käytetään mukana asiakkaan hoidossa enemmän. Yhteistyön myötä myös henkilökunta sitoutuu hoidon suunnitteluun paremmin ja potilastietojen jakaminen eri toimijoiden välillä on runsaampaa. (Challis ym. 2006.) Hoitohenkilökunnan välinen kommunikointi voidaan nähdä välttämättömänä tiimityötä tehdessä. Terveysaseman pitkäaikaisosaston hoitohenkilökunnan mukaan yhteistyössä toteutettu potilaan hoito on yksilöllisempää ja se mahdollistaa myös hoitohenkilökunnan yhteiset pelisäännöt. Tiimeissä toteutettu työ parantaa hoitohenkilökunnan vaikuttamismahdollisuuksia omaa työtään kohtaan, mikä vahvistaa työn kehittämistä. (Koskimäki 2015.) Perkins ym. (2007) selvittivät tutkimuksessaan, kuinka yleistä sosiaalipalveluiden järjestäjien välinen yhteistyö on eri terveysalan organisaatioiden kesken. He selvittivät myös, mitkä ovat yhteistyön edut ja haasteet. Vastaajista suurella osalla oli eri toimijoiden yhteistyön toimikunta, johon kuuluvia tahoja olivat sosiaalipalveluista vastaavien virastojen lisäksi muun muassa mielenterveysäitiöt ja yksityinen sektori. Toiminnan etuja olivat jakautunut osaaminen, parantunut hoidon järjestäminen ja jaetut vastualueet. Haasteita toiminnalle tarjosi järjestäjätahojen sitoutumattomuus, roolien ja vastualueiden epäselvyys sekä pula resursseista. (Perkins ym. 2007.) Organisaatioiden rajat ylittävän yhteistyön myötä hoitoa on myös haasteellista tarjota kaikille asiakkaille tasapuolisesti suuren asiakasmäärän vuoksi (Challis ym. 2006).

Yhteistyön kehittymisessä olennaisena tekijänä on organisaatioiden asennoituminen yhteistyötä kohtaan. Yhteistyö- ja kehitysvastaiset organisaatiot vaikeuttivat yhteistyön toteutumista merkittävästi. (Bronstein ym. 2006.) Kaikkiaan 230 eri terveydenhuollon ammattilaista käsittäneessä kyselytutkimuksessa ilmeni, että eri ammattiryhmien olemassa olevat odotukset vaikuttivat siihen,

kuinka tyytyväisiä ammattiryhmät olivat toistensa kanssa toteutuneeseen yhteistyöhön. Kommunikaatiovaikeudet sekä ajanpuute muodostuivat suurimmiksi haasteiksi eri osapuolten yhteistyötä kohtaan asettamien odotusten ollessa erilaisia. Ajanpuute näyttäytyi toisaalta myös yhtenä syynä kommunikaatiovaikeuksille. (O’Leary ym. 2010.)

Psykiatrisen hoitotyön, kuntoutustoiminnan ja ikääntyneiden hoitotyön yksiköiden moniammatillisessa yhteistyössä on todettu syntyvän haasteita vastuun jakautumisessa, ammatillisia roolirajoja ylitettäessä, ajantasaisen tiedon saamisessa sekä siinä, että kaikkien osallistujien tietoa ei koeta arvostettavan tasapuolisesti. Yhteistyön haasteita loivat myös tiimikokoonpanojen vaihdot ilman hoitohenkilökunnan vaikutusmahdollisuuksia sekä organisaatiossa vallitsevat hierarkkiset arvot. (Kvarnström 2008.) Lisäksi työntekijöiden roolien joustavuus, yhteisen tiedon luomisen käytännöt, vastuukysymysten määrittely, tiimityön ja vuorovaikutustaitojen oppiminen sekä organisaation rakenteet ovat keskeisiä haasteita moniammatillisen yhteistyön kehityksessä. Asiakaslähtöiseen työskentelyyn pyrittäessä organisaatio osoittautuu vaikeasti ylitettäväksi rajaksi. (Isoherranen 2012.)

2.2 Työpaikkakulttuuri sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa

Työpaikkakulttuurin ja organisaatiokulttuurin tutkimusta on hyödynnetty paljon työelämän tutkimuksessa. Työpaikkakulttuuria ja organisaatiokulttuuria on mahdollista käyttää synonyymeina toisilleen, vaikka niiden määritelmässä voidaan havaita pieniä eroavaisuuksia. Työyhteisöt voidaan nähdä pysyväisluonteisina, sosiaalisina ja ainutkertaisina ihmisryhminä, joilla on mahdollisuus vaikuttaa organisaatiokulttuuriin omien arvojensa, asenteidensa, tapojensa ja normiensa kautta. Organisaatiokulttuuri ei ole sen jäsenten henkilökohtaisten kokemusten summa. Kokonaisuus muodostuu ryhmän jäsenten arvojen ja toiminnan muodoista, jotka organisaation jäsenet ovat hyväksyneet ja tunnustaneet. Useimmissa, etenkin suurissa, organisaatioissa voidaan erottaa ryhmiä, joiden näkemykset asioista vastaavat toisiaan sekä ryhmiä, joilla näin ei ole. (Kauppi 2001.) Työpaikkakulttuurit muodostuvat pääosin alhaalta ylöspäin, kun taas organisaatiokulttuurin voi katsoa syntyvän johtamisen ja organisatorisen muistin seurauksena (Julkunen ym. 2004). Erilaisille työpaikkakulttuurin määritelmille yhteistä on se, että niiden kulttuurin voi nähdä olevan osa organisaatioiden sisäistä käsitysmaailmaa, jonka sen jäsenet ovat hyväksyneet. Kulttuurin jäsenet myös muovaavat kulttuuria. (Ahonen & Pohjanheimo 2000.) Tässä tutkimuksessa työpaikkakulttuurin tarkastelu keskittyy kahteen psykiatriseen hoitoyksikköön, jotka kuuluvat samaan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioon.

Hoebel (1965) on määritellyt kulttuurin klassisesti yhteisön jäsenten opittujen käyttäytymispiirteiden integroituneeksi kokonaisuudeksi. Ajan kuluessa jokaisen työyhteisön kulttuuri muodostuu omanlaisekseen, jonka uudet työntekijät oppivat. Jotta ryhmän tapoja on mahdollista ymmärtää, tulee sen kulttuuri tuntea. Kulttuuri yhdistää sen sisällä olevat henkilöt, mutta se myös voi erottaa siihen kuulumattomat (Andersson 2004). Organisaatiokulttuuria alettiin tutkia suuremmissa mittakaavassa 1970-luvun lopussa, ja tutkimus yleistyi 1980-luvulla kulttuurin käsitettä popularisoivan kirjallisuuden myötä (Ouchi, 1981; Pascale & Athos 1981; Peters & Waterman 1982; Deal & Kennedy, 1982 ja Schein 1985) (Puusa & Juuti 2011). Organisaatiokulttuuri on tietyn itsenäisen, sosiaalisen ryhmän tai yksilön ominaisuus, joka on syntynyt yhteisten ja merkittävien kokemusten kautta. Tällöin ryhmän jäsenten yhteiset kokemukset ovat luoneet heille yhteisen näkemyksen maailmasta sekä ryhmän paikasta maailmassa. Organisaatiokulttuuri on syvälinen ja monimutkainen ilmiö, mutta sen ymmärryksen kautta on mahdollisuus ymmärtää myös monia organisaation selittämättömiltä tuntuneita ilmiöitä. (Schein 1987.) Vallitseva kulttuuri ei välttämättä pohjaa suullisiin tai kirjallisiin sopimuksiin, sillä kulttuurista ei puhuta aina ääneen. Usein kyse on ajan kanssa omaksutuista ja hyväksytyistä yhteisistä käsityksistä ja arvoista, joita kulttuurin jäsenet toteuttavat huomaamattaan. Vuorovaikutus on läsnä organisaation kehittämisessä, jolloin jäsenet saavat mahdollisuuden ymmärtää, koordinoita ja arvioida käyttäytymistään. (Ahonen & Pohjanheimo 2000.)

Schein (1987) on kuvannut organisaatiokulttuurin rakenteita kolmen tason avulla. Artefaktit muodostuvat rakenteista, toiminnallisista ilmiöistä ja ihmisten omista aikaansaannoksista. Ne ovat organisaatiokulttuurin näkyvä osa, jonka kulttuurin jäsenet osaavat hahmottaa nopeasti ja joka on myös vieraiden havaittavissa. Artefakteja voivat olla esimerkiksi organisaation arvot, symbolit ja yleiset toimintatavat. Arvojen taso on mahdollista tiedostaa, vaikka se on artefakteja selkeästi tiedostomattomammalla tasolla. Sen taustalla on yleinen arvopohdinta ja arvojen sekä normien määrittäminen. Pohdintaan sisältyy organisaation jäsenille tärkeiden asioiden määrittäminen sekä se, millä tavoin nämä asiat näkyvät organisaation toiminnassa. Organisaation normit, odotukset ja strategiat sisältyvät tälle tasolle. Perusolettamukset kuuluvat organisaation syvätasolle, ja ne ovat tiedostamattomia, pitkän ajan kuluessa syntyneitä käsityksiä ja uskomuksia. Perusolettamuksista on muodostunut ajan myötä itsestäänselvyksiä, ja niiden alkuperää on usein hyvin hankalaa paikallistaa. Myös niiden kuvaileminen on usein haasteellista niiden itsestäänselvydenomaisen luonteensa vuoksi. (Schein 1987).

Terveydenhuollon organisaatiot sisältävät tyypillisesti useita eri ammattiryhmiä, jonka seurauksena terveydenhuoltoon muodostuu myös erilaisia osakulttuureja. Eri ammattiryhmillä on pääsääntöisesti omat johtajat. Erilainen asiantuntijuus tai eroavat toiminnan päämäärät tai ammattikäsitteet luovat kulttuuriin herkästi ristiriitoja. (Viitanen ym. 2007.) Organisaatioiden hierarkian ja byrokratian määrää pyritään nykyisin vähentämään. Toisaalta myös byrokratian tarpeellisuus tunnustetaan, ja byrokratia on terveydenhuollon organisaatioissa edelleen vahvasti läsnä. (Meier & Hill 2005.) Terveydenhuollon organisaatioiden erityispiirteisiin vaikuttavat niille ominaisen hierarkian lisäksi myös pitkään, jopa vuosisatoja muotoutunut historia. Hoitajiin liitettyjä piirteitä ovat olleet kutsumuksellisuus sekä ammatillinen herkyys tehdä työtä, kun taas lääkärin ammattiin on liitetty arvostus ja kunnioitus. (Vuori 2005.)

Työpaikkakulttuuria voidaan tarkastella esimerkiksi hoitajien kokeman stressin, työtyytyväisyyden ja työympäristön näkökulmista (Kurjenluoma ym. 2007; McCormack & Slater 2009). Työpaikkakulttuuriin yhteydessä olevia tekijöitä ovat olleet työntekijöiden pääasiallinen rooli työssään ja heidän työyksikkönsä. Niillä on todettu olevan yhteys erityisesti työssä koettuun stressiin. Leikkaussalihoitajien kokemaan työtaakkaan liittyvä stressi on ollut aluesairaaloissa vähäisempää kuin yliopistosairaaloissa. Aluesairaaloissa työskentelevät hoitajat ovat olleet puolestaan tyytyväisempiä erityisesti henkilöstömitoitukseen ja resursseihin. (Eskola ym. 2016.) Hoitajien henkisen ja fyysisen terveyden on todettu olevan yhteydessä siihen, kuinka he suhtautuvat asiakkaisiin sekä asiakkaan saamaan hoitoon (Sergeant & Laws-Chapman 2011). Hahtela ym. (2014) selvittivät kuntien perusterveydenhuollon työpaikkakulttuurin vaikutusta sairaanhoitajien poissaoloihin, ylítőihin ja työperäisiin loukkaantumisiin. Tutkimuksen mukaan hoitajien käytännön työympäristö ja siihen liittyvät tekijät selittivät sairaanhoitajien sairauksista, ylítőistä ja työtapaturmista aiheutuvia sairauspoissaoloja. Ylítőiden tekeminen ja työtapaturmat olivat myös yhteydessä hoitajien kokemaan stressiin. (Hahtela ym. 2014.)

Vallitseva työpaikkakulttuuri vaikuttaa potilas-, hoitaja- ja organisaatiotuloksiin. Myönteisellä työpaikkakulttuurilla on yhteys potilaan yksilökeskeiseen hoitoon, lyhempiin hoitoaikoihin sekä matalampaan osaston käyttöasteeseen. Se tuo oman positiivisen merkityksensä myös sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten hallintaan tähdittäessä. (Hahtela 2015.) Myönteiseksi koetulla työympäristöllä on todettu olevan positiivisia seurauksia, jotka näkyvät henkilökunnan tiimityössä, yhteistyössä, autonomiassa, kliinisessä suoriutumisessa sekä ammatillisessa kehityksessä (McCormack & Slater 2009).

Organisaatioissa toteutettujen eettisten käytänteiden ja arvojen on todettu ehkäisevän työntekijöiden stressiä ja uupumusta. Eettinen työympäristö lisää positiivista työn imun kokemista sekä johtajien sitoutumista organisaatioonsa, mikä on nähtävissä tavoitteissa, jotka suuntaavat organisaation menestykseen. Nämä asiat ovat aiempien tutkimusten valossa yhteydessä paremmaksi koettuun työhyvinvointiin. (Huhtala 2013.)

Kurjenluoma ym. (2007) kuvasivat tutkimuksessaan sairaanhoitajien kokemaa työpaikkakulttuuria stressin, tyytymättömyyden ja käytännön ympäristön näkökulmista psykiatrisessa hoitotyössä. Sairaanhoitajien kokemus työpaikkakulttuurista oli melko positiivinen. Sairaanhoitajat olivat pääosin tyytyväisiä työhönsä ja he kokivat stressiä vain satunnaisesti. Sairaanhoitajan ikä, työuran pituus hoitotyössä ja senhetkessä sairaalassa, työsiirrot ja potilasrajoituksen käyttö olivat yhteydessä työpaikkakulttuurin kokemukseen. Iältään vanhemmat sekä pidemmän työhistorian hoitotyössä omaavat sairaanhoitajat kokivat työpaikkakulttuurin positiivisemmaksi, kun nuoret sekä vastavalmistuneet sairaanhoitajat kokivat työpaikkakulttuurin kielteisemmäksi. Sairaanhoitajat, jotka käyttivät työssään enemmän rajoittavia toimenpiteitä, olivat tyytymättömämpiä työpaikkakulttuuriin. (Kurjenluoma ym. 2017.) Työpaikkakulttuurin kehittämisen tulisi lähteä liikkeelle työpaikalla vallitsevien arvojen selvittämisestä. Kun työyhteisössä vallitsevia arvoja sekä uskomuksia selvitettiin lastenosastolla, siellä ilmenneet pääkategoriat olivat tiimityö, työssä oppiminen, muutoksen väistämättömyys sekä perhekeskeinen hoitotyö. (Wilson ym. 2005.)

2.3 Psykiatrinen hoitotyö Suomessa

Masennus on kansanterveydellisestä näkökulmasta huomattavin mielenterveyden häiriö. WHO arvioi, että vuoteen 2020 mennessä masennus on merkittävin yleinen terveyshaaste. (Bäckmand & Lönnqvist 2009.) Mielenterveyden häiriöt ovat yleistyneet myös Suomessa, ja joka neljäs sairauspäiväraha ja joka kolmas työkyvyttömyyseläke myönnetään psyykkisiin tekijöihin perustuen. Mielenterveyden häiriöt ja päihdeongelmat aiheuttavat terveydenhuollolle mittavia suorja ja epäsuoria kustannuksia. Epäsuorat kustannukset, kuten tuottavuuden laskusta johtuvat, ovat moninkertaisia suoriin kustannuksiin verrattuna. (STM 2012.) Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti arvioitu perusteltu tarve edellyttävät (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326).

Psykiatristen asiakkaiden hoitopolku on Suomessa moninainen ja se vaihtelee hieman sairaanhoitopiiristä riippuen. Asiakas hakeutuu usein ensin päivystykseen tai psykiatrian päivystyspoliklinikalle, josta hänet ohjataan tarvittaessa psykiatriselle akuuttiosastolle. Akuuttiosastot tarjoavat pääasiassa polikliinisia seurantoja ja lyhyitä kriisihoitoja. Asiakkaan jatkohoito tapahtuu tarpeen mukaan esimerkiksi psykiatrian poliklinikalla, kuntoutusosastolla tai päihde-, työterveys- tai perusterveydenhuollossa. (Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto 2017; HUS 2017.) Mielenterveyskuntoutujista suurin osa saa apua avohoidosta, ja vain pieni osa tarvitsee sairaalahoitoa (THL 2017). Mielenterveys- ja päihdetyön tarkoituksena on muodostaa toimiva kokonaisuus muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Siihen kuuluvia tahoja ovat ehkäisevän ja varhaisen hoidon lisäksi vakavien mielenterveyden- ja päihdehäiriöiden laadukas hoito. Hyvässä hoidossa asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaiset palvelut ja toipumisen tavoite korostuvat. (STM 2012b.)

Tilastojen mukaan mielenterveyspalveluja tuottavat eniten terveysasemat ja erikoissairaanhoito. Mielenterveyspalveluita tuotetaan lisäksi myös sosiaalipalveluissa, seurakunnissa sekä kolmannella sektorilla. Yksityissektorin palvelut ovat puolestaan merkittäviä erityisesti avohoidon erikoislääkäripalveluina ja psykoterapioissa. (THL 2017.) Sitran teettämän selvityksen mukaan jopa noin puolet Suomen terveysasemista voitaisiin lakkauttaa vuoteen 2025 mennessä. Eniten lakkautuksia tulisi tiheään asutulle pääkaupunkiseudulle, jossa palveluissa on todettu olevan päällekkäisyyksiä. Yksiköt myös suurenevat ja keskussairaaloiden rooli osana sosiaali- ja terveyspalveluiden koordinaatiota vahvistuu. Niiden on tällöin mahdollista tehdä aiempaa tiiviimpää yhteistyötä lähiyhteisöjen, kotihoitoyksiköiden ja kotiseurantaa tarjoavien palveluntuottajien kanssa. (Lankila ym. 2016.)

Tiirinki (2014) on tutkinut väitöskirjassaan terveyskeskukseen liittyviä kulttuurimalleja asiakkaan näkökulmasta. Hänen mukaansa asiakas mieltää terveysaseman itselleen tärkeäksi ja sen tulisi olla asiakasta lähellä myös tulevaisuudessa. Asiakkaan roolia terveysaseman asiakkaana tulisi kehittää aktiivisempaan ja osallistuvampaan suuntaan, sillä asiakkaan rooli terveysasemalla on edelleen palveluiden tuottamisen kohde. (Tiirinki 2014.) Avoimuus, yhteiset keskustelut hoitohenkilökunnan kanssa ja potilaan kuulluksi tuleminen kokemus vahvistavat potilaan luottamusta mielenterveyspalveluita ja hoitojärjestelmää kohtaan. Potilaat kokevat tärkeäksi sen, että hänen asiantuntemuksensa omasta elämäntilanteestaan huomioidaan. Luottamus voidaan liittää läheisesti

myös koettuun autonomiaan ja valtaan: Potilaat kokevat, vahvistunut itsenäisyyden tunne vahvistaa myös luottamusta. (Piippo 2008.)

Tulevaisuudessa psykiatrinen hoito on moniammatillista avohoitoa asiakkaan luonnollisessa verkostossa niin, että asiakkaan sosiaalinen verkosto säilyy. Tavoitteena on luoda matalan kynnyksen palveluja, joihin asiakkaan on aiempaa helpompi hakeutua. Asiakkaan selviytymistä tuetaan avohoidon palvelujen keinoin erikoissairaanhoidon ollessa integroituna perusterveydenhuoltoon. (STM 2012b.) Potilaan hoito siirtyy sairaalalaitoksista kohti potilaiden lähiympäristöissä ja kunnissa toteutettavaa avohoitopainotteista hoitoa (Ala-Nikkola 2017). Avohoitopainotteisuuden hyödyistä on niin kansallista kuin kansainvälistäkin näyttöä (Tibaldi ym. 2005; Pirkola ym. 2009; Rantanen ym. 2009). Osastohoitoa keskitetään yleissairaalan yhteyteen rakennetuilla hoitoyksiköillä ja pakon käyttöä vähennetään. Asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa pyritään parantamaan ja vapaaehtoista hoitoon sitoutumista kannustetaan. Myös kokemusasiantuntijoiden rooli hoitoprosessien suunnittelussa ja arvioissa tulee kasvamaan. (STM 2012b.)

3. TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata työpaikkakulttuuria ja kahden hoitoyksikön välistä yhteistyötä psykiatrisessa hoitotyössä. Tarkastelu kohdistuu kahteen säännöllistä ja luonnollista yhteistyötä tekevään psykiatriseen hoitoyksikköön. Tutkimuksen tavoitteena on syventää tietämystä psykiatrisissa hoitoyksiköissä vallitsevasta työpaikkakulttuurista ja sen merkityksestä hoitoyksiköiden välisessä yhteistyössä.

Tutkimuskysymykset:

1. Millainen työpaikkakulttuuri yhteistyötä tekevissä psykiatrisissa hoitoyksiköissä on hoitajien näkökulmasta?
2. Millainen merkitys työpaikkakulttuurilla on psykiatristen hoitoyksiköiden välisessä yhteistyössä hoitajien näkökulmasta?

4. METODOLOGIA

4.1 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Tutkimuksen kohderyhmänä oli sairaanhoitajia (n=7) ja lähihoitajia (n=4) kahdesta pääkaupunkiseudulla sijaitsevasta, säännöllistä yhteistyötä tekevästä psykiatrisesta hoitoyksiköstä. Näissä toimipisteissä asiakkaina on psykiatrasta avohoitoa saavia aikuisia.

Tutkija toteutti aineistonkeruun puolistrukturoiduin teemahaastatteluin kahden ryhmähaastattelun avulla. Haastattelut toteutuivat tutkimukseen osallistujien toivomissa paikoissa heille sopivina ajankohtina syksyllä 2017. Tutkija toteutti haastattelut eri hoitoyksiköiden työntekijöille erikseen. Haastattelut toteutettiin rauhallisissa tiloissa, joissa paikalla ei ollut ulkopuolisia henkilöitä. Haastattelut olivat pituudeltaan yhdestä kahteen tuntia. Haastattelut nauhoitettiin kahdella äänentallentimella, joiden toimivuus testattiin etukäteen. Äänen laatu oli hyvä. Ensimmäiseen haastatteluun osallistui kuusi ja toiseen haastatteluun osallistui viisi osallistujaa. Molemmissa haastatteluissa läsnä oli edustajia molemmista ammattiryhmistä. Haastatteluteemojen toimivuus testattiin ensimmäisessä haastattelussa. Tutkija informoi ensimmäiseen haastatteluun osallistuvan hoitoyksikön henkilökuntaa siitä, että mikäli haastattelun teemat vaatisivat haastattelukerran jälkeen muutoksia, haastattelu tulisi järjestää samassa hoitoyksikössä uudelleen niin, että paikalla olisivat eri osallistujat. Osallistujat kokivat teemat ymmärrettäviksi ja osasivat vastata kysymyksiin. Tutkija totesi teemat toimiviksi, eikä niihin tarvinnut tehdä muutoksia.

Haastattelujen teemoina olivat hoitohenkilökunnan kokemus oman hoitoyksikön työpaikkakulttuurista sekä sen merkitys hoitoyksiköiden välisessä yhteistyössä (liite 6). Ennen haastattelujen alkua tutkija esitteli itsensä, tutkimuksen sekä haastattelun teemat. Tutkija pyysi tutkimukseen osallistujia täyttämään suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta (liite 4) ja taustamuuttujalomakkeen (liite 5). Tutkija informoi osallistujia siitä, että saatu aineisto analysoidaan niin, että haastateltavien anonymiteetti säilyy läpi tutkimuksen. Tutkija määritteli työpaikkakulttuurin käsitteen Scheinin (1987) teorian pohjalta ennen haastattelun alkua osallistujien pyynnöstä. Tutkija pyysi osallistujia puhumaan mahdollisimman selkeällä äänellä ja välttämään toisten päälle puhumista.

Tutkimuksen taustamuuttujina kysyttiin osallistujien ikä, sukupuoli, korkein koulutustaso sekä työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollosta sekä nykyisestä hoitoyksiköstä. Taustamuuttujia käytettiin tutkimuksessa osallistujaryhmän kuvailuun aineiston raportointivaiheessa. Tutkija kertoi tämän osallistujille ennen haastattelun alkua. Tutkimukseen osallistujat olivat iältään 27–54-vuotiaita, ja heistä 7 oli naisia ja 4 miehiä. Osallistujista 7 oli suorittanut sairaanhoitajan (opisto- tai AMK-tason) ja 4 lähihoitajan (tai mielisairaanhoitajan) tutkinnon. Osallistujilla oli työkokemusta sen hetkisestä hoitoyksiköstä 1 vuodesta 10 vuoteen, ja kokonaisuudessaan sosiaali- ja terveydenhuollosta 2 vuodesta 26 vuoteen.

Haastattelun avulla voidaan kerätä aineistoa merkityksistä ja tulkinnoista, joita osallistujat ovat antaneet asioille, jolloin tutkimukseen saadaan mukaan subjektiivinen kokemus (Stuckey 2013). Teemahaastattelun tavoitteena on rohkaista osallistujia peilaamaan omia kokemuksiaan muiden osallistujien kanssa, sillä tutkimus rakentuu osallistujien omille kokemuksille. Ryhmässä keskustelu voi lisätä osallistujien turvallisuuden tunnetta ja myös synergiaa voidaan hyödyntää, kun seuraava osallistuja voi jatkaa keskustelua siitä, mihin edellinen jäi. Ryhmässä osallistujat tuovat herkästi esiin niin yhteneviä kuin eriäviäkin mielipiteitä, sillä ryhmähaastattelussa ryhmän keskinäinen vuorovaikutus on jatkuvasti läsnä. (Pötsönen & Pennanen 1998.) Tutkija huolehti siitä, että kaikilla osallistujilla oli mahdollisuus tuoda mielipiteensä esiin. Haastattelut etenivät teemoittain. Haastatteluteemat olivat väljiä, jotta ne jättivät tilaa osallistujien omakohtaisille kokemuksille. Tutkija oli kuuntelijan roolissa ja pyrki antamaan äänen osallistujille. Haastattelutilanteet muodostuivat avoimiksi ja keskusteleviksi, ja osallistujat vastasivat kaikkiin teemahaastattelun kysymyksiin. Haastattelutilanteissa tutkija pyrki puuttumaan keskustelun kulkuun mahdollisimman vähän, mutta huolehti aiheesta pysymisestä ohjaamalla keskustelua tarvittaessa. Tutkija myös kysyi tarpeen mukaan tarkentavia lisäkysymyksiä. Tutkija litteroi haastattelut viikon sisällä haastattelujen toteutumisesta.

4.2 Aineiston analyysi

Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Työpaikkakulttuuri ja sen merkitys psykiatristen hoitoyksiköiden välisessä yhteistyössä on sensitiivinen ilmiö, sillä se sisältää arkaluonteisten asioiden pohtimista. Lisäksi ilmiötä on tutkittu vain vähän, joten induktiivinen sisällönanalyysi soveltuu metodiksi tähän tutkimukseen. On todettu, että induktiivinen sisällönanalyysi sopii hyvin menetelmäksi tilanteissa, joissa tutkimuksen kohteena on monitahoisia

ja arkaluontoisia hoitotyön ilmiöitä. Induktiivisen sisällönanalyysin käyttöä suositellaan silloin, kun ilmiötä on tutkittu vähän tai kun siitä saatavilla oleva tieto on hajanaista. (Elo & Kyngäs 2008.)

Aineiston kokonaisuuden hahmottaminen käynnistää sisällönanalyysiprosessin. Kokonaisuuden hahmottaminen on tärkeää, sillä tutkijan tulee ymmärtää tulosten merkitys ja osata sijoittaa aineistosta irrotetut palaset myöhemmin laajempaan kontekstiin. (Sargeant 2012; Flick 2014.) Tutkija aloitti sisällönanalyysiprosessin kuuntelemalla haastattelutilanteiden äänitallenteet useaan otteeseen. Tallenteiden kuunteleminen auttoi tutkijaa perehtymään aineistoon ennen varsinaisen analyysin aloittamista. Lisäksi se auttoi tutkijaa luomaan aineistosta kokonaiskuvan. Aineiston analyysissä tulee pohtia analyysin tarkkuutta ja sitä, analysoidaanko ainoastaan asiat, jotka ovat aineistossa selkeästi ilmaistu, ja missä määrin tutkijan on mahdollista käyttää tulkintaa ja analysoida myös niin sanotut piiloviestit (Kyngäs & Vanhanen 1999; Flick 2014). Analyysin tarkkuudeksi valikoitui ääneen sanottujen ilmaisujen analysoiminen. Esimerkiksi osallistujien huokaisut ja muu sanaton viestintä jätettiin analysoimatta.

Ilmiötä kuvaavat tekstinosat eli merkitysyksiköt toimivat pelkistämisen pohjana, sillä pelkistämisen tarkoituksena on tiivistää aineistoa niin, että olennaista tietoa ei menetetä (Kyngäs ym. 2011). Kun tekstinosat on tunnistettu, aineistosta poimitaan tutkimuskysymykseen vastaavat alkuperäisilmaukset, jotka redusoidaan, eli pelkistetään (Elo & Kyngäs 2008). Kun tutkija oli kuunnellut äänitallenteet useaan kertaan, hän litteroi aineiston. Litteroitua materiaalia oli yhteensä 51 sivua. Tutkija alkoi etsiä sen jälkeen aineistosta ilmiötä kuvaavia tekstinosia. Tämä vaihe oli pitkäkestoinen, sillä tutkija toisti prosessin useaan kertaan taatakseen aineiston saturoitumisen. Tutkija piti välissä taukoja varoen sokeutumista aineistolle. Tutkija käytti aineiston analyysissä värikoodausta ja merkitsi haastattelun eri teemoja käsittelevät tekstinosat litteroituun aineistoon eri värein. Tämä helpotti aineiston kokonaisuuden hahmottamista. Induktiivisessä sisällönanalyysissä aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan vaiheittain, sillä tavoitteena on luoda aineisto, joka on tiivistynyt ja abstrahoitunut (Kyngäs & Vanhanen 1999). Päätely etenee yksittäisestä yleiseen ja aineistoa kuvaavien luokkien annetaan ohjautua aineistosta käsin (Pope ym. 2000; Flick 2014). Aineiston analyysi eteni tutkimuksen aineiston ehdoilla ja tutkimuskysymysten ohjaamana. Esimerkki alkuperäisilmauksien pelkistämisestä on esitelty kuviossa 1. Pelkistyksiä muodostui aineistosta yhteensä 367.

Alkuperäisilmaus	Pelkistys
”... mä en niinku koe, että esimies niinku meitä vahtis, tai kyttäis et missä me mennään.”	Esimies ei vahdi hoitajien toimintaa
”Kyl hän (esimies) sillä lailla kontrolloi, mut ei sillein vahdi kellon kans. Ei oo semmonen, et kukaan ei voi liikkua ja mennä.”	Esimies kontrolloi hoitajien toimintaa; Esimies ei kontrolloi hoitajien toimintaa liikaa
”Ja se yksilövastuisuus tavallaan. Et se työ ei tuo kauheesti ristiriitoja niin kuin tiimeissä, tai se et miten potilaita hoitaa...”	Hoitotyön toteuttaminen yksilövastuisella otteella
”Tosi vähän tulee sitte ulkopuolelta sitte käskyjä, et mitä pitää tehdä (hoitotyössä).”	Ulkopuolelta tulee vähän käskyjä hoitotyön toteuttamiseen liittyen
”Jokainen hoitaa niinku työnsä, mut sit on nää tietyt säännöt, et normien mukaan mennään, mutta sitte, just jokainen voi rakentaa sen oman viikkotyötahtinsa loppujen lopuks sit aika pitkälti ite.”	Viikkotyötahdin rakentaminen itsenäisesti hoitoyksikön normien puitteissa
”... et jokaisella voi olla luotettavasti se oma tapa (tehdä hoitotyötä). Et sitä ei sillain kritisoida tai näin. Et on se oma vapaus.”	Vapaus tehdä hoitotyötä omalla tyylillään; Omaa tapaa toteuttaa hoitotyötä ei kritisoida

Kuvio 1. Esimerkki alkuperäisilmauksien pelkistämisestä.

Pelkistämisen jälkeen tutkija yhdisti aineistot ja eteni ryhmittelyvaiheeseen, jossa tavoitteena on tunnistaa pelkistysten samankaltaisuuksia ja eroja. Tutkija ryhmitteli sisällöllisesti samankaltaiset pelkistykset yhteen alaluokkaan, jonka jälkeen samankaltaiset alaluokat yhdistettiin yläluokiksi. Esimerkki aineiston luokittelusta on esitelty kuviossa 2. Luokittelun myötä aineisto abstrahoitui ja tiivistyi vähitellen. Abstrahointia voidaan jatkaa niin kauan, kun se on sisällöllisesti järkevää ja mahdollista (Flick 2014). Sisällönanalyysia tehtäessä on tärkeää antaa prosessille riittävästi aikaa. Aineiston analyysia jatketaan siihen saakka, kunnes haluttu abstraktiotaso on saavutettu. (Flick 2014.) Tutkija oli varannut aineiston analyysille runsaasti aikaa. Hän varoi sokeutumasta aineistolle ja piti analyysia tehdessään taukoja. Tutkija jatkoi aineiston analyysia niin kauan, kunnes aineisto oli saturoitunut, eikä analyysin jatkaminen tuottanut enää uutta materiaalia.

Tutkijan työnä on myös eritellä ja yhdistää. Laadullisen tutkimuksen analyysivaiheessa analyysi ja synteesi yhdistyvät. Kerätty aineisto pilkotaan osiin, sen pohjalta tehdään synteesejä ja se kootaan lopuksi uudelleen. Tutkija luo johtopäätökset uudelleen kootun aineiston pohjalta. Ne esitetään tutkimuksen raportissa tutkimuksen tieteellisen pohjan omaavina lopputulemina. (Puusa & Juuti 2011.) Tutkija loi aineiston pohjalta tutkimuskysymyksiin vastaavia synteesejä. Tämän tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset perustuvat aineiston pohjalta tehtyihin synteeseihin.

Pelkistys	Alaluokka
Esimies ei vahdi hoitajien toimintaa Esimies ei kontrolloi hoitajien toimintaa liikaa Viikkotyötahdin rakentaminen itsenäisesti hoitoyksikön normien puitteissa Omaa tapaa toteuttaa hoitotyötä ei kritisoida	Hoitotyön toteuttaminen itsenäisesti
Vapaus kehittää hoitoyksikön toimintaa Vapaus muuttaa hoitoyksikön tapoja Vapaus vaikuttaa tiimikäytäntöihin Tilojen muovautuminen hoitajien tarpeiden mukaan Vapaus luoda sääntöjä omissa tiimeissä yleisten linjausten puitteissa Vapaus rakentaa omaa tiimiään	Hoitoyksikön toimintamalleihin vaikuttaminen
Mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön Mahdollisuus toteuttaa hoitotyötä parhaaksi katsomallaan tavalla Hoitotyön toteuttaminen yksilövastuisella otteella Vapaus tehdä hoitotyötä omalla tyylillään Vapaus suunnitella oma viikko Ulkopuolelta tulee vähän käskyjä hoitotyön toteuttamiseen liittyen	Oman työn sisältöön vaikuttaminen
Mahdollisuus hyödyntää työssä omaa osaamistaan Mahdollisuus hyödyntää työssä luovuutta	Omien taitojen hyödyntäminen

Kuvio 2. Työn autonomisuus -yläluokan luokittelu.

Aineiston analyysin lopputuloksena työpaikkakulttuurin kokemukseen liittyviä alaluokkia muodostui 17 ja yläluokkia 6. Työpaikkakulttuuriin liitetyt positiiviset tekijät sisälsivät 21 alaluokkaa ja 7 yläluokkaa, ja työpaikkakulttuuriin liitettyihin negatiivisiin tekijöihin sisältyi 18 alaluokkaa ja 7 yläluokkaa. Hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä edistävät työpaikkakulttuurin piirteet muodostuivat 11 alaluokasta ja 5 yläluokasta.

5. TULOKSET

5.1 Työpaikkakulttuurin kokemus hoitajien näkökulmasta

Hoitajat kokivat työpaikkakulttuurin avoimeksi, myönteiseksi, autonomiseksi, dynaamiseksi, hierarkkiseksi ja rajatuksi (kuvio 3).

Alaluokka	Yläluokka
Työyhteisön keskusteleavuus Työyhteisön konsultoiavuus Yhteistyö saman kerroksen henkilökunnan kanssa	Avoim
Ilmapiirin positiivisuus Työyhteisön tukevuus	Myönteinen
Hoitotyön toteuttaminen itsenäisesti Oman työajan hallinta Työn vastuullisuus	Autonominen
Henkilökunnan muutokset Toimintakäytänteiden muutokset Työn ennakoimattomuus	Dynaaminen
Toiminnan koordinoiminen ylhäältä päin Päätösten perustelemattomuus	Hierarkkinen
Vaikutusmahdollisuuksien vähentyminen Toiminnan rajaaminen hoitoyksikön ulkopuolelta Potilaslähtöisyyden vähentyminen Epätietoisuus muiden kerrosten henkilökunnasta	Rajattu

Kuvio 3. Työpaikkakulttuurin kokemus hoitajien näkökulmasta.

5.1.1 Avoim työpaikkakulttuuri

Avoimeen työpaikkakulttuuriin sisältyi hoitajien kokemana työyhteisön keskusteleavuus, työyhteisön konsultoiavuus sekä yhteistyö saman kerroksen henkilökunnan kanssa.

Hoitajien kokema **työyhteisön keskusteleavuus** kuvasi keskustelevaa ilmapiiriä, avoimuuden luomista työyhteisössä yhteisten tapaamisten avulla sekä tiedon jakamista työyhteisössä.

”Et jos tarviit jotain, et tiedä jotain, kysy, niin kyllä sen tiedon saa kaivettua jostain. Jollain on. Ja se on ihan sama, onks se lääkäri, sosiaalityöntekijä, psykologi, kollega... Niin sitä tietoa jaetaan, ja sitä ei pantata.”

Työyhteisön konsultoituuteen sisältyivät hoitajien mukaan potilaista keskusteleminen kollegojen kanssa, potilaista keskusteleminen samassa työhuoneessa olevan kollegan kanssa sekä moniammatillinen yhteistyö.

”Se et ihmiset niin kuin ääneen mieltii ja varmistelee niitä suunnitelmia, että jos ei oo itelle tuttu potilas.”

Hoitajien kokema **yhteistyö saman kerroksen henkilökunnan kanssa** tarkoitti, että saman työryhmän kesken yhteistyö oli helppoa, avointa ja välitöntä. Yhteistyö toteutui helpoiten samassa kerroksessa toimivien kollegojen kanssa.

”Mut sen oman porukan kans, sen oman kerroksen porukan kans, se (yhteistyö) on niin välitöntä ja helppoo, kun tuntee kaikki.”

”... ku me ollaan niin monessa kerroksessa, et niinku ekan kerroksen väen kanssa ... ni se on hirveen välitöntä ja helppoo ja avointa, ja voi mennä ja kysyä.”

5.1.2 Myönteinen työpaikkakulttuuri

Myönteiseen työpaikkakulttuuriin sisältyivät hoitajien kokemana ilmapiirin positiivisuus ja työyhteisön tukevuus.

Hoitajien mukaan **ilmapiirin positiivisuuteen** liittyivät hoitoyksikön avoimuus, työyhteisön hyvä henki, kannustava ilmapiiri ja toisen ihmisen työn kunnioittaminen. Työyhteisöön oli helppo tulla ja työyhteisö sekä hoitoyksikön esimies pyrkivät hoitajien kokemuksen mukaan hyvään henkeen.

”Niinku sanoit, niin aina saa apua ja aina sillain kuitenkin hyvä henki on, et autetaan.”

Työyhteisön tukevuuteen sisältyivät hoitajien kokemana avun saaminen tarvittaessa, kollegan kuunteleminen, toisten näkökulmien huomioiminen, kuulluksi tuleminen kollegojen keskuudessa sekä toisten tukeminen, auttaminen ja ymmärtäminen. Hoitajien mukaan työyhteisössä ei tarvinnut pelätä tulevaisuutta torjutuksi ja työyhteisön kuvattiin antavan uutta näkökulmaa asioihin.

”Toi on totta, että tässä työporukassa se on melko lailla sama, kenen kanssa menet juttelemaan työasioista, potilasasioista, niin sieltä tulee, aina tulee uutta näkökulmaa, tukea, ymmärrystä, apua, jos sitä tarvii.”

”... et ei oo semmonen olo et tulis jotenki niinku torpatuksi, jos itellä on ajatuksia, et kaikki on keskusteltavissa.”

5.1.3 Autonominen työpaikkakulttuuri

Autonominen työpaikkakulttuuri sisälsi hoitajien kokemana hoitotyön toteuttamisen itsenäisesti, oman työajan hallinnan sekä työn vastuullisuuden.

Hoitotyön toteuttamiseen itsenäisesti sisältyivät hoitajien mukaan itsenäinen työote, vapaus toteuttaa hoitotyötä omalla tavallaan ja oman harkinnan mukaan, potilaiden hoidon tarpeen arviointi itsenäisesti sekä mahdollisuus päättää asioista melko vapaasti. Lisäksi hoitajat kokivat, että hoitoyksikön työntekijöillä oli erilaiset työtavat, kollegoita ei tavannut paljoa, työtä tehtiin potilaan kanssa kahdestaan eikä hoitoyksikön toiminnalla ollut selkeitä raameja. Uusien hoitajien kuvattiin kokevan hoitoyksikön toiminnan raamit löyhiksi.

”Ja ehkä kans työntekijöillä tavallaan, aika itsenäisestihän täällä saa päättää asioita. Ja niinku sanoit, avoimuutta, ja tilaa toteuttaa sitä työtään omalla tavalla.”

”... monet uudet hoitajat on kokenut, ja itekin silloin aikoinaan kun menin ekaa kertaa avohoitoon, niin ne raamit on aika löyhät.”

Oman työkalenterin hallinta, työkalenterin suunnittelemisen itse sekä potilaiden tapaamisen tiheyden määrittämisen hoitajan oman arvion mukaan sisältyivät hoitajien kokemuksiin **oman työajan hallinnasta**.

”Niin siis tavallaan, se on se työnkuva (toteuttaa hoitotyötä kuten itse näkee parhaaksi). En mä tiedä onks se mikään niin kuin erityinen vapaus, vaan se on se työnkuva, että itse arvioit, miten usein tapaat potilaitasi, ja kuka tarvitsee enemmän.”

”Se on oman ammattitaidon puitteissa, ja et kuinka hyvin tuntee potilaan. Niin esimerkiks käyntifrekvenssi. Et on siis olemassa joku tällöinen summittainen ... siis et ensin tavataan viikon välein, jonka jälkeen sit aletaan

sit harventaa tarvittaessa. Ja pitäis olla sit niinku varaa tiivistääkin tarvittaessa. Et se on sitä oman kalenterin hallintaa... ”

Työn vastuullisuuteen liittyi hoitajien kokema vastuun ottaminen työssä, runsas vastuun määrä sekä hoitajan vastuu potilaan hoidon toteuttamisessa. Hoitajien mukaan hoitajat tunsivat potilaat usein paremmin kuin lääkäri.

”Tosi paljon (vastuuta työssä).”

”Jonkun uuden erikoistuvan kanssa ensimmäistä palaveria istuu, niin lääkäri on sen kirjoitetun tekstin varassa ja vastuuhoitaja tuntee potilaan historiaa jo niin kuin useammalta vuodelta parhaimmillaan. Ni siinä ollaan asiantuntijoita enemmän kuin se lääkäri, jolla sit on kumileimasin ja kirjoittaa sit reseptit.”

5.1.4 Dynaaminen työpaikkakulttuuri

Dynaamiseen työpaikkakulttuuriin sisältyivät hoitajien mukaan henkilökunnan ja toimintakäytänteiden muutokset sekä työn ennakoimattomuus.

Henkilökunnan muutoksiin liittyen hoitajat kokivat, että hoitoyksikön lääkärikunta oli vaihtuva, ja että henkilökunta vaihtui melko tiiviisti.

”Täällähän on jatkuvasti vaihtuva lääkärikunta.”

”Täällä tuntuu et henkilökunta vaihtuu aika tiiviisti.”

Toimintakäytänteiden muutokset sisälsivät hoitajien kokemat muutokset hoitoyksikön toiminnassa, henkilökunnan vaihtuvat työpisteet, vuosittaiset muutokset hoitoyksikön sisällä sekä mukautumisen uusien lääkärien työtapojen mukaan.

”Ja tulee niinku, jos ei kolmea muutosta tuu per vuosi, niin sit ei tuu yhtään.”

”... et kyl se on silleen, et kun tulee uusi lääkäri, niin mennään sit sen lääkärin ehdoilla, tai et mitä se tekee. Et kylhän niillä on sit aika puhdas pöytä alottaa.”

Työn ennakoimattomuuteen liittyen hoitajat kokivat työpäivien olevien ennakoimattomia ja vaihtelevia. Työpäivien sisältö saattoi myös muuttua yllättäen ja työssä oli oltava jatkuvassa reagoitivalmiudessa.

”Mut sit se taas et miten aattelee, sit taas ne tilanteet, et koko ajan et on vähän niinku reagoitivalmiudessa. Sillain et voi tulla semmosia laahaavia päiviä, tuntuu et kaikki menee eikä kellään oo mitään hätää, tapahtuis nyt jotain joskus, aattelee, ja sit voi olla viikko et koko ajan niinku jotain ikävää uutista sieltä ja taas tuolta, ja sit pitäis taas hypätä tonne.”

”Mut kaikki päivät voi yks kaks olla erilaisia, mitä luulee.”

5.1.5 Hierarkkinen työpaikkakulttuuri

Hierarkkinen työpaikkakulttuuri sisälsi hoitajien kokeman toiminnan koordinoimisen ylhäältä päin sekä päätösten perustelemattomuuden.

Toiminnan koordinoimiseen ylhäältä päin liittyi hoitajien mukaan henkilökunnan toiminnan saneleminen ja ohjaaminen ylhäältä päin. Hoitajat kokivat hierarkian lisääntyneen ja hoitoyksikön työpaikkakulttuurin olevan hierarkkisempi kuin aiemmin. Sairaalan työpaikkakulttuuri koettiin avohoidon työpaikkakulttuuria hierarkkisemmaksi.

”Ja välillä ehkä ylhäältä päin pyritty sit niin kuin sit sanelemaan et miten me tehdään et ei niin kuin, et voidaanko me ite miettiä, että onko tässä asiassa järkeä vai ei. Niin kuin tavallaan sen (potilaan) hoidon kannalta.”

”Kyllä se hierarkkisuus tavalla tai toisella näkyy ihan joka päivä.”

Hoitajien mukaan **päätösten perustelemattomuuteen** liittyi se, että tehtyjä päätöksiä ei perusteltu henkilökunnalle ylemmältä tai esimiesten tahoilta. Hoitajien mukaan tehdyt päätökset perusteltiin yleisesti ”talon tavoilla”.

”Ne on semmosia asioita, joihin ihmiset kiinnittää huomiota just siks, että niitä tehdään vaan siks, että muualla sairaalassa tehdään niin. Että ei niin kuin perustella millään tavalla (esimiesten toimesta). Et se niin kuin on vaan talon tavat. Et siks meidän pitää tehdä niin kuin muiden.”

”... niitä päätöksiä ei perustella kunnolla (esimiesten toimesta), muutoin kuin että niin tehdään muuallakin. Ja just yksiköissä, jotka on täysin erilaisia kuin me.”

5.1.6 Rajattu työpaikkakulttuuri

Rajattu työpaikkakulttuuri sisälsi henkilökunnan vaikutusmahdollisuuksien vähentymisen, toiminnan rajaamisen hoitoyksikön ulkopuolelta, potilaslähtöisyyden vähentymisen sekä epätietoisuuden muiden kerrosten henkilökunnasta.

Hoitajien kokemaan **vaikutusmahdollisuuksien vähentymiseen** omaan toimintaan ja työnkuvaan liittyvien vaikutusmahdollisuuksien vähentyminen. Lisäksi liukuvan työajan poistamisen koettiin vähentäneen hoitajien vaikutusmahdollisuuksia. Hoitajien mukaan heillä oli ollut aiemmin mahdollisuus tehdä myös enemmän yhteistyötä poliklinikoiden kanssa.

”Aiemminhan me mietittiin, että milloin meidän hoitoyksikkömme on tarpeellinen, niin kuin itse mietimme. Niin nythän tulee aika usein ylilääkäriltä sitten, että ennen kun laitetaan sairaalaan niin meidän pitää käydä potilaan luona ja olla mukana potilaan hoidossa, vaikka se on semmoinen potilas, että se vaikka kieltää, on kieltäytynyt, eikä se halua, eikä sillain hyödy.”

”Että meillä oli aikaisemmin liukumaa puol tuntia aamussa, voitiin tulla puol kahdeksaks tai kahdeksaks. Joka sitte oli hyvä siinä, että sä pystyit olemaan just vaikka hoitokokouksessa pidempään iltapäivästä. Et tietenkin me joustettiin sit siihenkin suuntaan. Ja kun sairaalan alaisuuteen tultiin niin sehän torpattiin heti. Sehän lähti meiltä sit heti kun se huomattiin.”

Toiminnan rajaaminen hoitoyksikön ulkopuolelta tarkoitti hoitajien kokemana sitä, että henkilökunnan tuli mukautua hoitoyksikön ulkopuolelta tulevaan organisaation kulttuuriin. Hoitajien mukaan henkilökunnan toimintaa määrättiin muualta, eikä henkilökunnalle annettu mahdollisuutta miettiä itse omaa toimintaansa. Tiukentuneen työvuorosuunnittelun ei koettu tukevan hoitoyksikön toimintaa, eikä hoitoyksikön erityispiirteitä huomioitu hoitajien mukaan työvuorosuunnittelussa. Hoitajat myös totesivat, ettei sairaalan osastojen henkilökunta aina huomioi yksikön senhetkisiä resursseja konsultoidessaan hoitoyksikköä.

”... et minkä takia siihen kiinnitetään just erityisen paljon huomiota, on se et se on niin kuin meidän työpaikkakulttuurissa just muuttunut. Et aikaisemmin meillä on ollut selkeesti vapaamat kädet niin kuin tehdä tätä työtä sillä tavalla, miten me halutaan, ja pystytty silloin ehkä paremmin myös huomioimaan potilaiden tarpeita joissain tilanteissa. Ja nykyään sit taas, se ehkä just tulee sitä kulttuuria meidän ulkopuolelta, mitä meidän on taas pakko noudattaa sitten organisaation alla.”

Potilaslähtöisyyden vähentyminen sisälsi hoitajien kokemana henkilökunnan vähentyneet mahdollisuudet joustaa potilastyössä ja toteuttaa hoitotyötä potilaslähtöisesti. Hoitajat myös kokivat työpaikkakulttuurin olevan vähemmän potilaita kuuntelevampi kuin aiemmin.

”... se (liukuvan työajan poistuminen) vaikuttaa kans myös potilastapaamisiin, et sä et voi sit oman potilaan kans varata niin myöhään sitä tapaamista, kun et jos ois sitä liukumaa.”

”Me ollaan itse totuttu tekemään niin kuin päätöksiä, ja miettimään asioita niin kuin ite sen potilaan kannalta, niin nyt me ei enää saada miettiä asioita. Et nyt meille sanotaan, että te teette näin.”

Epätietoisuus muiden kerrosten henkilökunnasta tarkoitti, etteivät hoitajat tunteneet ylempien kerrosten henkilökuntaa tai heidän työnkuvaansa hyvin. Hoitajille tutut kollegat rajautuivat samassa kerroksessa työskenteleviin ihmisiin ja he hyväksyivät sen, etteivät tunteneet kaikkia hoitoyksikkönsä työntekijöitä.

”... et ketä on kolmannessa kerroksessa töissä, ni se ei ykköskerrokselaisille oo mitenkään itsestäänselvää, et mitä ne tekee.”

”Mun mielestä se on ihan sitä meidän normiarkea, ei se mitenkään vaikeuta meidän työtä. ... Niinku perustyöhön, niinku päivittäiseen työhön, ni en mä tiedä, koska ne on psykoosipotilaita. Jos tulee joku mielialapotilas, ni tietää vähän et ketkä suunnilleen missä kerroksessa hoidetaan, et ei se vaikeuta sitä työtä.”

5.2 Työpaikkakulttuuriin liitetyt positiiviset tekijät hoitajien näkökulmasta

Työpaikkakulttuuriin liittyviä positiivisia tekijöitä hoitajien näkökulmasta olivat työyhteisön kollegiaalisuus, työyhteisön vuorovaikutteisuus, hoitajien ammattitaitoisuus, johtamisen ammattitaitoisuus, työn autonomisuus, toiminnan johdonmukaisuus ja potilaslähtöisyys (kuvio 4).

Alaluokka	Yläluokka
Työyhteisön luottamuksellisuus Työyhteisön tunteminen Myönteiseen ilmapiiriin tähtäävä työyhteisö Kollegoilta oppiminen Työyhteisön tukevuus	Työyhteisön kollegiaalisuus
Työyhteisön sisäinen yhteistyö Palautteen saaminen	Työyhteisön vuorovaikutteisuus
Työyhteisön asiantuntevuus Työyhteisön motivoituneisuus Oman ammattitaidon kehittäminen	Hoitajien ammattitaitoisuus
Osastonhoitajan ammattitaitoisuus Hoitajien toimintaa tukeva lääkärin esimies	Johtamisen ammattitaitoisuus
Hoitotyön toteuttaminen itsenäisesti Oman työn sisältöön vaikuttaminen Hoitoyksikön toimintamalleihin vaikuttaminen Omien taitojen hyödynnettävyys	Työn autonomisuus
Työnkuvan selkeys Tiedottamisen toimivuus Työryhmätyöskentely	Toiminnan johdonmukaisuus
Hoitotyön toteuttaminen potilasta ajatellen Potilastyön joustavuus	Potilaslähtöisyys

Kuvio 4. Työpaikkakulttuuriin liitetyt positiiviset tekijät hoitajien näkökulmasta.

5.2.1 Työyhteisön kollegiaalisuus

Hoitajien kokemaan työyhteisön kollegiaalisuuteen sisältyivät työyhteisön luottamuksellisuus, työyhteisön tunteminen, myönteiseen ilmapiiriin tähtäävä työyhteisö, kollegoilta oppiminen sekä työyhteisön tukevuus.

Työyhteisön luottamuksellisuus tarkoitti hoitajien toimintaan luottavaa esimiestä sekä kollegaan luottavaa kulttuuria. Hoitajat kuvasivat luottavansa toisiinsa ja siihen, että kollega hoitaa sovitut työtehtävät.

”... työntoveriin luottava kulttuuri, et uskaltaa jättää niin kuin asian kun lähtee vapaalle. Et tietää et se jollakin tapaa hoidetaan.”

Työyhteisön tunteminen sisälsi kollegojen tulemisen tutuksi ja ajan viettämisen heidän kanssaan. Hoitajien mukaan he tunsivat kollegansa hyvin ja oman tiimin jäsenten tunteminen oli työssä merkityksellistä. Myös esimies oli hoitajille tuttu.

”... kun me syödään yhdessä, ja ollaan yhdessä, se avoimuus ja kollegiaalisuus... Ni onhan se sillain ihan kiva niinku, ku meillä on kahvipöytäkeskustelut aika hultattomia. Mut sillain et me myös tutustutaan toinen toisiimme vähän enemmänki, ku niinku työkavereina.”

Myönteiseen ilmapiiriin tähtäävä työyhteisö tarkoitti hoitajien kokemana, että työyhteisössä pyrittiin työntekijän jaksamisen turvaamiseen. Työyhteisössä panostettiin hoitajien mukaan työntekijöiden hyvinvointiin ja talon henkeä pyrittiin parantamaan TYKY-toiminnassa. Myös kollegan tervehtiminen, kaikkien tervehtiminen tasapuolisesti ja työssä jaksamista tukeva huumorintaju sisältyivät myönteiseen ilmapiiriin tähtäävään työyhteisöön. Lisäksi työyhteisössä pyrittiin ristiriitojen ratkaisemiseen sekä työntekijöiden välisten ongelmatilanteiden selvittämiseen.

”... sitten tota tämmösen niin kuin ihmisen, työkaverin kohtaamisen, ihan näitä perusteita, et sanotaan hyvää huomenta, kun nähdään ensimmäisen kerran, tai niinku päivää. Siis ihan näitä käytännön asioita.”

”... mutta tottakai niitä sit, kun ihmiset tekee, niin ymmärtää ehkä toisen sanomiset väärin, tai tulee niinku... Kyllähän niitä tulee niinku niitä välisiä aina joskus. Mut kylhän niistä niinku yli päästään ja mun mielestä aika hienosti täällä hoidetaan. Ja ne on monesti sellasia henkilökemioita, mille ei vaan yksinkertaisesti voi mitään. Mut et ne on aina hoitunu kuitenkin.”

Kollegoilta oppiminen kuvasi hoitajien mukaan sitä, että hoitoyksikön erilaiset työntekijät vahvistavat erilaisuuden sekä erilaisten työtapojen sietokykyä. Hoitajien mukaan kollegojen erilainen kokemustausta ja se, että työyhteisössä oli sekä miehiä että naisia, antoivat hoitajille erilaisia näkökulmia asioihin.

”Heterogeeninen työyhteisö. ... Et eri kokemuksilla, eri sukupuolta ja... Tulee niinku sellasta erilaista näkökulmaa asioihin. ... No mut jos mies ajattelee nyt vaikka et tälleen niinku suoraan ni nainen voi nähä siinä sit jotain käyriä.”

”Ja onhan tää vähän silleen vahvuus, et täällä on tosi monta erilaista tyyppiä, et se erilaisuuden ja erilaisten työtapojen sietokyky on meillä sitte hyvä.”

Työyhteisön tukevuus käsitti hoitajien kokemana mahdollisuuden käsitellä potilastyössä tapahtuneita asioita yhdessä kollegojen kanssa, purkaa potilaskäynnin tapahtumia tarvittaessa heti tapaamisen jälkeen työparin kanssa, käsitellä ikäviä tapahtumia kollegoiden kanssa sekä keskustella omista epäonnistumisen kokemuksista työyhteisössä. Lisäksi hoitajat kokivat, että työyhteisössä ketään ei jätetty pulaan, apua sai kollegoilta ja toisia autettiin työyhteisössä. Kollegaa pystyi lähestymään, häntä paikattiin poissaolojen yhteydessä ja kotikäynnit tehtiin kahdestaan. Hoitajilla oli mahdollisuus kääntyä uutta näkökulmaa tarvitessaan myös lääkärin, psykologin tai sosiaalityöntekijän puoleen.

”Et just kun kaikki kotikäynnit tehään aina kahdestaan, niin sit jos on joku semmonen juttu mikä jää jostain mistä tahansa syystä mietityttään, niin sen pystyy purkaan oikeastaan aina niinku heti sen tapaamisen jälkeen.”

”No se on, et jos puhutaan työasioista työpaikalla, ni en tiedä kauheen montaa työasiaa mistä ei vois keskustella jonkun kollegan kanssa, tai kääntyä lääkärin puoleen, tai psykologin puoleen, tai sosiaalityöntekijän puoleen. Silloin kun ... tarvii vahvistusta tai uutta näkökulmaa.”

5.2.2 Työyhteisön vuorovaikutteisuus

Hoitajien kokema työyhteisön vuorovaikutteisuus sisälsi työyhteisön sisäisen yhteistyön ja palautteen saamisen.

Työyhteisön sisäinen yhteistyö tarkoitti, että työyhteisö oli hoitajien mukaan kommunikoiva. Työyhteisössä tehtiin yhteistyötä kollegojen kanssa ja epäkohtiin mietittiin ratkaisuja yhdessä. Yhteistyötä tehtiin tiiviisti yhdessä omassa työryhmässä ja potilaista keskusteltiin tiimin kesken. Hoitajat tekivät yhteistyötä myös lääkärin kanssa ja varasivat potilaiden yhteistapaamiset yhdessä. Lisäksi hoitajat kokivat, että tietoa ja asioita oli helppo jakaa työyhteisössä.

”... ja sit voidaan mieltää yhdessä, et mikä on niin kuin järkevämpää niin kuin hänen (potilaan) kohdallaan. Mut just se keskustelu, et se on keskustelevaa.”

”Et jos tarviit jotain, et tiedä jotain, kysy, niin kyllä sen tiedon saa kaivettua jostain. Jollain on. Ja se on ihan sama, onks se lääkäri, sosiaalityöntekijä, psykologi, kollega... Niin sitä tietoa jaetaan, ja sitä ei pantata.”

Palautteen saaminen sisälsi hoitajien mukaan palautteen saamisen kollegalta ja kiitoksen saamisen potilailta.

”Mut onhan se kanssa niinku meidän tiimissä, kun me ollaan tiiviisti, tehdään hoitotyötä, et kyllä me ihan kivasti niinku osataan (antaa palautetta). Mulla on ainaki semmonen tunne et saa sitä palautetta työkavereilta.”

”Mä ehkä niin kuin koen ite sen, oon joskus sanonu, et tuntuu, et on tällä hetkellä työssä missä niinku saa ... eniten sitä kiitosta. Koska potilailta tulee tosi paljon palautetta.”

5.2.3 Hoitajien ammattitaitoisuus

Hoitajien ammattitaitoisuus kuvasi hoitajien näkemyksiä työyhteisön asiantuntevuudesta ja motivoituneisuudesta sekä oman ammattitaidon kehittamisestä.

Työyhteisön asiantuntevuuteen sisältyivät hoitajien kokemukset asiantuntevasta työryhmästä, jonka kollegat olivat hyviä ja kunnianhimoisia. Hoitajien kokeman mukaan kollegat toteuttivat potilastyötä hyvin. Lisäksi hoitajat kokivat, että työryhmä kantoi vastuuta toiminnasta ja toteutti hoitotyötä potilaslähtöisesti.

”... jokainen osaa ottaa vastuun ja kantaa sen vastuun. Et ei vetäydy siitä tai piiloudu jonnekin... Sitoutuneisuus työhön. Vastuunkantoa.”

”Kaikki hoitaa hirveen potilaslähtöisesti ja ajattelee asioita potilaslähtöisesti.”

Työyhteisön motivoituneisuus tarkoitti, että hoitajien mukaan työyhteisön jäsenet olivat motivoituneita työhönsä. He halusivat perehtyä potilaisiin ja potilaskäynteihin etukäteen. Lisäksi hoitajat kokivat, että työyhteisö oli motivoitunut kehittämään omaa työtään.

”Motivoitunut työyhteisö ... et kaikki on niin kuin halukkaita kehittämään tätä työtä.”

”... ihmiset ei vaan tee sitä ihan täyttä minimiä mitä odotetaan, vaan silleen haluaa perehtyä niihin potilaskeisseyhin ja käynteihin etukäteen.”

Oman ammattitaidon kehittäminen sisälsi hoitajien kokemana mahdollisuuden osallistua työnohjauksen, kehittämisspäiviin, kehityskeskusteluihin sekä koulutuksiin, jotka olivat myös maksullisia. Hoitajien mukaan tiimipäivät mahdollistivat asioiden jakamisen sekä uusien näkökulmien saamisen.

”Mä ajattelin et nää mejän tiimin kehittämispäivät, että nehän on semmosia, mitkä varmaan kaikki tiimit pyritään pitämään keväällä, kummallakin lukukaudella. Et ne on semmosia kans, et puhutaan kaikennäkösistä asioista, just potilastyöstä, miten me tehään tiimityötä, miten lääkäryötä, just semmosia. Se on semmonen, mikä jonkun verran kans antaa semmosta näkökulmaa, siinä sitte puhua ne.”

”Me päästään koulutuksiin, jos me halutaan. ... Päästään me myös maksullisiin (koulutuksiin).”

5.2.4 Johtamisen ammattitaitoisuus

Johtamisen ammattitaitoisuus kuvasi hoitajien kokemuksia osastonhoitajan ammattitaitoisuudesta sekä hoitajien toimintaa tukevasta lääkärin esimiehestä.

Hoitajien mukaan hoitoyksikön **osastonhoitajan ammattitaitoisuus** tarkoitti puolueetonta, apua tarjoavaa, helposti lähestyttävää ja ymmärtäväistä osastonhoitajaa. Osastonhoitaja oli myös joustava ja hänen toimintansa oli selkeää. Lisäksi hoitajat kokivat, että esimies näki asiat objektiivisesti, osasi katsoa asioiden kokonaiskuvaa ja sanoi asiat suoraan. Hän kontrolloi ja rajasi hoitajien toimintaa tarvittaessa. Hoitajien mukaan esimies oli saatavilla ja hoitajilla oli mahdollisuus kääntyä esimiehen puoleen tarvittaessa. Esimiehen ei koettu juoruilevan hoitajien asioita. Esimies panosti myös hoitoyksikön työhuonejärjestelyihin.

”Kyllä osastonhoitajaa täytyy kunnioittaa siinä selkeydessään. ... Ja silloin harvoin, kun pitää kääntyä esimiehen puoleen jossain, niin sen tekee ihan mielellään.”

”Hän näkee asioiden kolme puolta, sun tarinan, toisen tarinan ja sit sen totuuden siinä keskellä.”

Hoitajien toimintaa tukeva lääkärin esimies oli hoitajien kokemana hyvä ja napakka. Lisäksi hoitajat kuvasivat lääkärin esimiehen kuuntelevan, antavan tietoa sekä arvostavan hoitajia.

”... niin onhan se meidän onni, et meil on kuitenkin lääkäreillä tosi napakka esimies. Et viime kädessä häneltä saa sit kuitenkin aina sitte infoa, ja näin.”

”Joka (lääkärin esimies) myös hoitajia kuuntelee, ja kuulee, ja arvostaa.”

5.2.5 Työn autonomisuus

Työn autonomisuuteen sisältyivät hoitajien mukaan hoitotyön toteuttaminen itsenäisesti, oman työn sisältöön ja hoitoyksikön toimintamalleihin vaikuttaminen sekä omien taitojen hyödynnettävyys.

Hoitotyön toteuttaminen itsenäisesti tarkoitti, että hoitajat kokivat johdon luottavan toimintaansa, esimiehet eivät vahtineet hoitajien toimintaa tai kontrolloineet sitä liikaa, ja että ulkopuolelta tuli vähän käskyjä hoitotyön toteuttamiseen liittyen. Lisäksi hoitajat kuvasivat, ettei omaa tapaa toteuttaa hoitotyötä kritisoitu, ja että heillä oli mahdollisuus rakentaa viikkotyötahtinsa itsenäisesti hoitoyksikön normien puitteissa.

”Että mä en niinku koe, että esimies niinku meitä vahtis, tai kyttäis et missä me mennään.”

”... et normien mukaan mennään, mutta sitte, just jokainen voi rakentaa sen oman viikkotyötahtinsa loppujen lopuks sit aika pitkälti ite.”

Oman työn sisältöön vaikuttaminen sisälsi hoitajien kokemana mahdollisuuden vaikuttaa omaan työhönsä, suunnitella oma viikkonsa, vapauden tehdä hoitotyötä omalla tyyllillään sekä toteuttaa hoitotyötä parhaaksi katsomallaan tavalla ilman, että se loi tiimeissä ristiriitoja. Lisäksi hoitotyötä oli hoitajien mukaan mahdollisuus toteuttaa yksilövastuisella otteella niin, että ulkopuolelta tuli vähän käskyjä hoitotyön toteuttamiseen liittyen.

”... et jokaisella voi olla luotettavasti se oma tapa. Et sitä ei sillain kritisoida tai näin. Et on se oma vapaus.”

Hoitoyksikön toimintamalleihin vaikuttaminen tarkoitti hoitajien kokemaa vapautta kehittää hoitoyksikön toimintaa, muuttaa hoitoyksikön tapoja ja vaikuttaa tiimikäytäntöihin. Hoitajien mukaan heillä oli myös mahdollisuus rakentaa omaa tiimiään ja luoda sääntöjä omissa tiimeissä yleisten linjausten puitteissa. Lisäksi hoitoyksikön tilojen kuvattiin muovautuvan hoitajien muuttuvien tilanteiden mukaan.

”Ja sit se, et aina on mahdollista kehittää vaikka mitä, itse asiassa, jo on halua. Tai muuttaa tapoja.”

”Mut jos miettii, niin kyllähän me saadaan ite luoda omia sääntöjä omissa tiimeissämme. Et voi tulla ohjeita niinku ylhäältä, mut saadaan sitä omaa tiimiämme rakentaa vapaasti.”

Omien taitojen hyödynnettävyys sisälsi hoitajien kokemana mahdollisuuden käyttää työssään omaa osaamistaan ja luovuuttaan.

”Voi käyttää omaa osaamistaan työssä. Ja luovuutta.”

5.2.6 Toiminnan johdonmukaisuus

Hoitajien kokema toiminnan johdonmukaisuus tarkoitti työnkuvan selkeyttä, tiedottamisen toimivuutta ja työryhmätyöskentelyä.

Työnkuvan selkeys käsitti hoitajien mukaan selkeän työrytmin, rauhallisen työotteen sekä hoitoyksikön vakiintuneet käytänteet. Lisäksi johtaminen oli hoitajien kokemana loogista, ennakoivaa ja johdonmukaista.

”Tietyt käytänteet on vakiintunu.”

”Se johtaminen on ollu semmosta samanlaista, loogista. Sit jos tulis joku uus ihminen, ni sit vois hämmentyä, tai et muuttuis työ. Nyt on ollu tavallaan semmonen selkee työrytmi.”

Tiedottamisen toimivuus kuvasi hoitajien kokemaa toimivaa tiedottamista hoitoyksikössä sekä esimiehen panostamista kokousten järjestämiseen.

”Tiedottamiset ja kaikki tämmöset, ne toimii.”

Hoitajien mukaan **työryhmätyöskentely** tarkoitti, että hoitajat kokivat hoitoyksikön työryhmiin jaetun työskentelytavan mahdollistavan keskittymisen tiettyyn potilasryhmään. Hoitajat mielsivät työryhmissä työskentelyn positiiviseksi.

”Tää on kuitenkin työryhmäjaoteltua. On psykoosit, mielialat, erityisryhmät ja muut, ni niil on omat työntekijät. Ni ei tarvi ihan kaikkeen revetä.”

5.2.7 Potilaslähtöisyys

Hoitajien kokemaan potilaslähtöisyyteen sisältyivät hoitotyön toteuttaminen potilasta ajatellen sekä potilastyön joustavuus.

Hoitotyön toteuttaminen potilasta ajatellen käsitti hoitajien kokemana potilaskeskeisen toiminnan. Hoitajien mukaan potilaan hoitoa oli mahdollisuus toteuttaa hänen parastaan ajatellen ja eri hoitomuotoja hyödyntäen. Hoitajat kokivat tekevänsä työtään potilaita varten.

”Et se ei oo pelkästään vaan just sitä keskustelua, et nyt keskustellaan psykoedukatiivisesti potilaiden kanssa, vaan et voi oikeesti miettiä muita hoitomuotoja.”

”Sit ehkä se semmonen potilaskeskeisyys, et me ollaan töissä täällä niitä varten. Et ne on niin kuin fokuksessa.”

Potilastyön joustavuus kuvasi hoitajien kokemaa henkilökunnan keskinäistä joustavuutta, joka näkyi esimerkiksi mahdollisuutena vaihtaa työvuoroja tarvittaessa kollegan kanssa. Kollegoiden myös koettiin joustavan tarvittaessa yllättävissä potilastyöhön liittyvissä tilanteissa. Lisäksi hoitajien mukaan hoitotyössä keskityttiin potilaisiin ja henkilökunta yritti miettiä, mikä on potilaalle parasta. Hoitajilla oli mahdollisuus reagoida nopeasti potilaan voinnissa tapahtuneisiin muutoksiin ja käydä potilaan luona lyhyellä varoitusajalla. Lisäksi potilaan hoitosuunnitelmaa oli mahdollista muokata hoitajien mukaan nopeasti ja joustavasti, ja avohoidossa kirjoilla olevien potilaiden hoidossa oli mahdollista tehdä tarvittaessa suuria muutoksia.

”... me pystytään niin nopeasti reagoimaan näihin potilaan voinnissa tapahtuneisiin muutoksiin. Et jos menee huonommaksi, niin pystytään nopeasti tiivistämään (käyntitiheyttä potilaan luona).”

”Et sitä hoitosuunnitelmaa voi niin kuin muokata nopeasti ja joustavasti potilaan kohdalla.”

5.3 Työpaikkakulttuuriin liitetyt negatiiviset tekijät hoitajien näkökulmasta

Työpaikkakulttuuriin liittyviä negatiivisia tekijöitä hoitajien näkökulmasta olivat henkilökunnan toiminnan rajoittavuus, hoitajien huomioimattomuus, johtamisen kommunikoimattomuus, toiminnan epäjohtonmukaisuus, kehittämistyön ontuvuus, työympäristön muutoksellisuus sekä tilojen epäkäytännöllisyys (kuvio 5).

Alaluokka	Yläluokka
Toiminnan liiallinen ohjaaminen ylemmältä tasolta Hoitajien vaikutusmahdollisuuksien vähentyminen	Hoitajien toiminnan rajoittavuus
Hoitajien näkemysten sivuuttaminen hoitotyössä Hoitajien näkemysten sivuuttaminen kehittämistyössä Kunnioituksen puutteellisuus Tuen puutteellisuus	Hoitajien huomioimattomuus
Johtamisen kasvottomuus Esimiehiltä saadun palautteen puutteellisuus	Johtamisen kommunikoimattomuus
Johtamisen ailahtelevuus Ohjeistusten epäselvyys Yhtenäisten linjausten puutteellisuus Työn kuormittavuus	Toiminnan epäjohtamukaisuus
Hoitajien vähäiset mahdollisuudet kehittää omaa työtään Kehittämissideoiden jatkokehittelyn toteutumattomuus	Kehittämistyön ontuvuus
Toiminnan muutosten runsaus Lääkärien vaihtuvuus	Työympäristön muutoksellisuus
Huono sisäilma Työryhmien jakautuminen eri kerroksiin	Tilojen epäkäytännöllisyys

Kuvio 5. Työpaikkakulttuuriin liitetyt negatiiviset tekijät hoitajien näkökulmasta.

5.3.1 Hoitajien toiminnan rajoittavuus

Hoitajien toiminnan rajoittavuuteen sisältyi toiminnan liiallinen ohjaaminen ylemmältä tasolta ja hoitajien vaikutusmahdollisuuksien vähentyminen.

Hoitajien kokema **toiminnan liiallinen ohjaaminen ylemmältä tasolta** tarkoitti, että esimiehet sanelivat ja rajoittivat hoitoyksikön toimintaa liikaa. Lisäksi hoitoyksikön toiminnassa tapahtuvat muutokset saneltiin hoitajien kokemuksen mukaan hoitoyksikön ulkopuolelta.

”Se, et sanellaan vähän liikaa tuolta ylemmältä taholta meidän toimintaa, ja et rajotetaankin liikaa.”

”... jos tehdään jotain käytännön päätöksiä suoraan meidän esimiesten taholta, niin jos meitä ei es kutsuta niin kuin juttelemaan siitä, et mikä muutos on tulossa, vaan se sanellaan kokonaan ulkopuolelta.”

Hoitajien vaikutusmahdollisuuksien vähentyminen sisälsi hoitajien kokemana työntekijän itseohjautuvuuden estämisen, henkilökunnan vähentyneet mahdollisuudet joustaa potilastyössä sekä potilaiden hoitosuunnitelmien sanelemisen hoitoyksikön ulkopuolelta.

”Työntekijän itseohjautuvuus on vähän sillein niin kuin torpattu.”

”Et jos sanellaan potilaiden hoitosuunnitelmat meidän ulkopuolelta, et mitä odotetaan meidän tekävän, ja sit just se et jos meidän arviota jostain tilanteesta ei huomioida ollenkaan.”

5.3.2 Hoitajien huomioimattomuus

Hoitajien huomioimattomuuteen liittyen hoitajat kokivat tulevansa sivuutetuiksi sekä hoitotyössä että kehittämistyössä. Lisäksi kunnioitus ja tuki olivat hoitajien mukaan puutteellisia.

Hoitajien näkemysten sivuuttaminen hoitotyössä kuvasi hoitajien kokemuksia siitä, että henkilökunnan näkemyksiä ei huomioitu potilaiden hoidossa, henkilökuntaa ei osallistettu päätösten tekoon, eivätkä lääkärit kuunnelleet hoitajien näkemyksiä potilaiden tilanteista.

”... siihen autonomiaan (liittyviä), ja siihen et meidän mielipiteitä ja näkemyksiä arvostettais, mun mielestä niistä negatiivisista asioista liittyy noihin.”

Hoitajien näkemysten sivuuttaminen kehittämistyössä tarkoitti, että hoitajien mukaan hoitotyön kehittäminen ei lähtenyt henkilökunnan näkemyksistä, eikä oman työn kehittämiseen annettu mahdollisuuksia. Lisäksi hoitajat kokivat, että toimintaa kehitettäessä henkilökuntaa ei osallistettu prosessiin, johto ei ottanut henkilökuntaa mukaan kehittämistyöhön eivätkä esimiehet kuunnelleet hoitoyksikön henkilökuntaa siinä, miten yksikön toimintaa kannattaisi kehittää.

”... ei välttämättä anneta mahdollisuuksia siihen työyhteisön tai työn kehittämiseen. Meitä ei oteta mukaan. ... Kun puhutaan että miten tehon työtä voitais kehittää, et okei, ylilääkäri, osastonhoitaja ja ylihoitajat pitää

palaveria, että miten tehon toimintaa voitais kehittää. No se nyt on, et ei meitä siihen mukaan otettu. En tiää ees et onks keltään kysytty.”

Kunnioituksen puutteellisuus kuvasi hoitajien näkemyksiä siitä, että henkilökuntaa tai hoitoyksikön kanssa yhteistyötä tekeviä tahoja ei kunnioitettu päätösten teossa, eikä henkilökunnan mielipiteitä tai näkemyksiä arvostettu esimiesten taholta. Hoitajat kokivat myös, ettei heidän omaa ammattitaitoaan kunnioitettu.

”... ei kunnioiteta meitä. Ja sanotaan, et meidän yhteistyökumppaneita, ei niitäkään niinku kunnioiteta sitte sillä tavalla, et ku tehään niitä päätöksiä myös heitä kuuntelematta.”

Tuen puutteellisuus käsitti hoitajien kokeman tuen puutteen työsuhteen alussa, puutteellisen perehdytyksen sekä esimiehen läsnäolon puuttumisen uusien hoitajien perehdytysvaiheessa.

”... mulla ei ollu (työsuhteen alkaessa) kahta aikaa viikkoa katella ja haistella vaan, et kyl se piti tehdä se homma. Ja sit ku mullaki oli ollu vielä niin, et siinä ei ollu ollu sitä ihmistä, niin ketä oli ollut ennen minua, niin siinä oli ollu monen kuukauden tauko. Ni sit siinä tuli, et ’täällä on paljon tarvitsevia, et juokset ja mietit et mitä kaikkee tähän kuuluu’.”

”Kun tulee uus hoitaja, niin tavallaan, me tiimissä ehitään olla mukana siinä perehdytyksessä. Niin tuntuu et esimiehen pitäis olla jossain asemassa siinä kohassa ainakin jonkun aikaa. Kun miettii näitä tietokoneasioita ja käytännön asioita.”

5.3.3 Johtamisen kommunikoimattomuus

Johtamisen kommunikoimattomuuteen liittyi hoitajien mukaan johtamisen kasvottomuus ja esimiehiltä saadun palautteen puutteellisuus.

Johtamisen kasvottomuus tarkoitti, että hoitajat kokivat johtamisen olevan kasvotonta. Hoitajien mukaan hoitoyksikön toiminnan muutoksista ilmoitettiin henkilökunnalle sähköpostitse, eikä tehtyjen muutosten taustoista ollut mahdollista keskustella asianomaisten kanssa. Henkilökunnalla ei ollut myöskään tietoa hoitoyksikön tulevista kehittämispäivistä.

”... johtaminen on vähän niin kuin kasvotonta, et ylhäältä tulee niinku tyyliin sähköpostiviestejä, et ’nyt ollaan päätetty, et tehdään näin’...”

”Tai sit se tuodaan niinku lähiesimiehen suulla jossain aamuraportissa, et ’nyt ollaan muuten tuolla päätetty näin’. ... Sitä ei pääse niinku keskustelemaan sitä asiaa läpi silleen, et miks me nyt aletaan näin tekemään. Et se vaan ilmoitetaan, et ’nyt tämmönen muutos tullut tuolta’.”

Esimiehiltä saadun palautteen puutteellisuus sisälsi hoitajien kokemukset siitä, että hoitajat eivät saaneet työstään kiitosta, moitteita eikä palautetta. Esimiehiltä ei kuvattu tulevan kiitosta, tai mikäli työstä kiitettiin, se tapahtui ainoastaan erityistilanteissa.

”Niin... mutta se, että ei tuu kiitosta, paitsi jossain erityistilanteessa, jos on joku kriisi niinku hoidettu. Ja sit sen täytyy olla niinku kriisi.”

”Siis lähinnä esimiehiltä ei niinkun, tossa niinku just sanoit, et eipä siitä kiitetä, mut eipä tuu kauheesti raippaakaan.”

5.3.4 Toiminnan epäjohtonmukaisuus

Toiminnan epäjohtonmukaisuus kuvasi hoitajien kokemuksia johtamisen ailahtelevuudesta, ohjeistusten epäselvyydestä, yhtenäisten linjausten puuttumisesta sekä työn kuormittavuudesta.

Hoitajien kokemaan **johtamisen ailahtelevuuteen** sisältyi johtamisen ailahtelevuus toiminnan kehittämistyössä, yhteisen linjan puutteellisuus johtamisessa sekä johdon tietämättömyys hoitoyksikön henkilökunnan käytännön työstä.

”Ja sitten menee joskus sillä tavalla, et kun ollaan tuotu joku idea mikä on torpattu, niin sit menee pari viikkoa ja siitä joku lähtee taas puhumaan, niin sit ollaankin et ’joo, tää onkin ihan hyvä idea, lähetään tekemään näin’. Et sellainen vähän ailahtelevaisuus tässä johtamisessa.”

”Tulee vähän semmonen tunne, et toi johto ei ees tiedä, mitä me tehään.”

Ohjeistusten epäselvyys sisälsi hoitajien kokemana oman työn ja hoitoyksikön toiminnan raamien puuttumisen työsuhteen alussa. Lisäksi kirjallisten ohjeiden löytäminen oli hoitajien mukaan haasteellista uusille työntekijöille.

”Niin sama homma se on niin kuin täällä, et sit osastolta tulee tämmöiseen, niin se on varmaan ihan totta toi, et ne raamit ois ihan kiva olla. Et jostain ne tulis. Et kuinka voi uupua tai kokeeks semmosta liikaa väljyyttä, et ’tulis

nyt joku ja sanois, mitä pitää tehdä, milloin pitää tehdä', kun siihen oli osastolla ehkä tottunu."

"Ja viime kädessä, et onhan se, siis kaikestahan on ohjeistus. Mitä kysytään ensikäynnillä, mitä haastatellaan, mitä laitetaan loppulausuntoon, niinku kaikestahan on siellä ohjeet. Mut ne on niin ripoteltu, et uutena työntekijänä, kun ei osaa käyttää koko potilastietojärjestelmää, niin eihän niitä sieltä löydy."

Yhtenäisten linjausten puutteellisuus kuvasi hoitajien näkemyksiä siitä, että hoitoyksikön toiminnan raamit puuttuivat tai eivät olleet kunnossa, selkeät ohjeet puuttuivat eikä tiedonkulun jatkuvuus toteutunut.

"Ei oo semmosia kunnan raameja tässä toiminnassa tällä hetkellä."

"... ei tämmöinen tiedonkulun jatkuvuus oo aina toteutunut sillain, niin kuin noudatetaan sitä työvuoroergonomiaa. Et jos iltavuorosta ei tuu ketään ihmistä seuraavaan aamuvuoroon, niin siinä tulee se tiedonkulun katkos tavallaan. Sit kun sairaalassa se tiedonkulku muutoin toimii, kun siinä on välissä vielä yövuoro. Meillä ei oo kun aamu- ja iltavuoroa tässä. Et sehän katkee niin kuin myöskin se tiedonkulku."

Hoitajien kokemaan **työn kuormittavuuteen** liittyi raskas työtaakka, ajoittainen liiallinen vastuun ottaminen työssä, epävarmuus työpäivän sujumisesta töihin tullessa sekä kokemus siitä, että hoitoyksikön tunnelma oli välillä kaoottinen.

"Ehkä se on se ajoittainen työtaakka, mikä on sit semmonen mikä saattaa vaikuttaa siihen niinku motivaatioon tehdä työtä."

"On epävarma fiilis aina välillä, kun tulee töihin, et mites nyt tänään lähtee tää päivä menemään. Varsinkin jos on ollut vähän pidempään vapailla. ... Siinä tulee niin kuin välillä semmoinen kaoottinenkin tunnelma."

5.3.5 Kehittämistyön ontuvuus

Hoitajien vähäiset mahdollisuudet kehittää omaa työtään ja kehittämisideoiden jatkokehittelyn toteutumattomuus kuuluivat hoitajien kokemana kehittämistyön ontuvuuteen.

Hoitajien vähäiset mahdollisuudet kehittää omaa työtään sisälsivät hoitajien kokemukset siitä, ettei työyhteisön tai työn kehittämiseen annettu mahdollisuuksia. Lisäksi hoitajien mukaan

hoitoyksikön toiminnan kehittäminen oli vähentynyt eivätkä kehittämisideat toteutuneet käytännön tasolla. Myös oman hoitoyksikön kehittämispäivien määrää kuvattiin vähäiseksi.

”... et kaikki on niin kuin halukkaita kehittämään tätä työtä, vaikka ehkä tällä hetkellä siihen ei anneta niin mahdollisuuksia.”

”Meillä oli viime keväänä yhteinen niin kuin työhyvinvointi-kehittämispäivä kahden muun hoitoyksikön kanssa, noita rinnakkaisyksiköitä tässä. Niin ei se palvelut tätä meidän yksikköä tässä kyllä yhtään sitten se puoli päivää.”

Kehittämisideoiden jatkokehittelyn toteutumattomuus tarkoitti hoitajien mukaan hoitoyksikön toimintaan liittyvien kehittämisideoiden estämistä kehittämistyön jo alettua tai sitä, että kehittämisideoiden jatkokehittelyn koettiin joko puuttuvan tai tulevan estetyksi.

”Ne (kehittämisideat) on jäänyt jotenkin vähän silleen räpäimiseks, et on oltu silleen et lisätään perhetyötä. Sit pomo on ollut sillain et ’joo, hyvä idea’, ja sit se jää.”

”Kokemus on ainakin se, että vaikka niitä ideoita heiteltäis ja lähetään tekemäänkin, niin se torpataan sit sen jälkeen.”

5.3.6 Työympäristön muutoksellisuus

Hoitajien kokema toiminnan muutosten runsaus ja lääkärien vaihtuvuus sisältyivät työympäristön muutoksellisuuteen.

Toiminnan muutosten runsaus kuvasi hoitajien kokemuksia siitä, että hoitoyksikön toimintaan tuli muutoksia melko usein. Muutokset loivat epävarmuutta työyhteisön työhön sitoutuneisuudesta sekä työntekijöiden vaihtuvuudesta. Liialliset muutokset toiminnassa aiheuttivat hoitajien mukaan turhautuneisuutta sekä motivaation laskua.

”... kun ne vaihtuu nää kaikki nää, mitä me tehään täällä, aika usein. Et tehään näin, ja huomenna noin, niin ite ainakin tunnistan sen et tulee, saattaa tulla sellanen et hällä väliä. Mikä sit taas vaikuttaa siihen kulttuuriin. Ei sit jaksa välttämättä paneutua sillain kaikkiin asioihin ja tulee sellanen, et jos mä teen tän nyt näin, ni sit se on niinku turhaa työtä, koska sit se voi vaihtua kuitenkin kohta. Semmonen turhautuminen, ja sit tulee semmonen, et anti olla.”

Lääkärien vaihtuvuus liittyi hoitajien kokeman stressin ja työtaakan lisääntymisen kokemuksiin. Hoitoyksikön uusien lääkärien kuvattiin synnyttävän hoitajien näkökulmasta myös yhteistyön haasteita.

”Et kyl se, jos ei se yhteistyö lähde toivotulla tavalla käyntiin (hoitoyksikön uuden lääkärin kanssa), tai sit se on niin erilainen se toimintatapa, mihin sä oot tottunu, ni kyllähän se tuo itelle sitä stressiä ja sitä omaa työtaakkaa saattaa lisätä.”

5.3.7 Tilojen epäkäytännöllisyys

Tilojen epäkäytännöllisyys sisälsi hoitajien kokemukset huonosta sisäilmasta sekä työryhmien jakautumisesta eri kerroksiin.

Hoitajat kuvasivat **huonon sisäilman** aiheuttavan työyhteisössä sairauspoissaoloja sekä henkilökunnan vaihtuvuutta. Hoitajilla oli tunne hapen loppumisesta huonon sisäilman vuoksi.

”Onhan se (huono sisäilma) muutaman täältä ajanu kokonaan talosta ulos, ja huoneiden vaihtoa, ja... Sairauspoissaoloja. Et, mut tälle ei nyt voi, harmillista kyllä, ei voi mitään.”

Työryhmien jakautuminen eri kerroksiin tarkoitti hoitajien kokemana, että hoitoyksikön eri kerroksissa toimivat työryhmät vaikuttivat yhteisöllisyyden kokemukseen, apua oli hankalampi kysyä eri kerroksissa olevilta kollegoilta ja että yhteistyö koettiin hankalaksi eri kerroksissa työskentelevien kollegojen kanssa.

”Mulla ei oo mitään havaintoo kaikista ihmisistä keitä tääl on töissä. Ja mä muistan sen et kun ite tulin töihin, ja piti esitellä itsensä, ... ja kertoa kenen tilalle tuli, niin sit sieltä tulee vaan kommenttia, et ’kuka hän on?’.”

5.4 Hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä edistävät työpaikkakulttuurin piirteet hoitajien näkökulmasta

Hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä edistäviä työpaikkakulttuurin piirteitä hoitajien kokemana olivat avoimuus, yhtenäisyys, luottamuksellisuus, sallivuus ja joustavuus (kuvio 6).

Alaluokka	Yläluokka
Työyhteisön vuorovaikutteisuus Tietoisuus yhteistyötä tekevistä hoitoyksiköistä Asenteiden myönteisyys	Avoimuus
Sääntöjen selkeys Määritelty vastuunjako	Yhtenäisyys
Luottamus yhteistyötä tekevää hoitoyksikköä kohtaan Lääkäreiden luottamus hoitajien ammattitaitoa kohtaan	Luottamuksellisuus
Työnkuvan itsenäisyys Hierarkian vähäisyys	Sallivuuus
Toiminnan joustavuus Mahdollisuus nopeaan reagointiin hoitotyössä	Joustavuus

Kuvio 6. Hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä edistävät työpaikkakulttuurin piirteet hoitajien näkökulmasta.

5.4.1 Työpaikkakulttuurin avoimuus

Työpaikkakulttuurin avoimuus käsitti hoitajien kokemukset työyhteisön vuorovaikutteisuudesta, tietoisuuden yhteistyötä tekevistä hoitoyksiköistä sekä asenteiden myönteisyyden.

Hoitajien kokema **työyhteisön vuorovaikutteisuus** sisälsi kommunikaation tiimien sisällä, hoitoyksikössä vallitsevan avoimen ja kommunikoivan ilmapiirin sekä hoitoyksikön keskustelemaan kulttuurin. Hoitajat myös kokivat saavansa tekemistään päätöksistä positiivista palautetta lääkäreiltä.

”Se avoimuus ja keskusteleminen mitä meillä on, ja sit semmonen kollegiaalisuus, et vaikkei sieltä yhteistyöyksikön suunnalta oiskaan niinku selkeätä suuntaa et mihin me halutaan...”

”Ja sit jos sä hoidat, tiimissä puhut, et ’just järjestin tälle hoitosuhteen yhteistyötä tekevään hoitoyksikköön’, ni sit lääkärit sanoo, et ’hyvä, hyvä’.”

Tietoisuus yhteistyötä tekevistä hoitoyksiköistä käsitti hoitajien mukaan tietoisuuden yhteistyötä tekevän hoitoyksikön työtavoista ja sen toiminnasta.

”On potilas ja on palaveri, jossa puhutaan yhteistyötä tekevistä hoitoyksiköistä, niin kuin tämmösenä olemassa olevana ... et siinä ei tarvita edes yksikön työntekijöitä paikalle, koska heidän työtavat on tullu tutuksi.”

”... yhteistyötä tekevä yksikkö tietää mitä me tehdään, ja me tiedetään mitä he tekee. Mikä on heidän erityisosaaminen.”

Asenteiden myönteisyys tarkoitti hoitajien mukaan työyhteisössä olevaa positiivista kuvaa yhteistyötä tekevistä hoitoyksiköistä sekä oman hoitoyksikön positiivista asennoitumista yhteistyötä tekevää hoitoyksikköä kohtaan. Hoitajien mukaan oman työyhteisön ilmapiiri oli positiivinen ja yhteistyötä tekevien hoitoyksiköiden välillä vallitsi kollegiaalisuus.

”Eiköhän me kaikki ihan positiivisin mielin asennoiduta yhteistyötä tekevään hoitoyksikköön.”

5.4.2 Työpaikkakulttuurin yhtenäisyys

Hoitajien kokemaan työpaikkakulttuurin yhtenäisyyteen sisältyivät sääntöjen selkeys ja määritely vastuunjako.

Sääntöjen selkeys käsitti hoitajien mukaan selkeät ja sovitut säännöt niin omassa hoitoyksikössä kuin yhteistyötä tekevän hoitoyksikön kanssa. Yhteistyökäytännöt yhteistyötä tekevien hoitoyksikköjen välillä kuvattiin selkeiksi.

”Totta kai niinku sovitut säännöt (yhteistyön toteutumista helpottavana). Et se on niinkun perustyötä meillä tehdä heidän kanssaan yhteistyötä.”

”Ja selkeet toimintakuviot heidän kanssa, et miten tehdään. Miten alkaa (potilaan) hoito, ja miten päättyy.”

Määriteltyyn vastuunjakoon kuuluivat hoitajien kokema toimiva rooli- ja työnjako oman hoitoyksikön sekä yhteistyötä tekevän hoitoyksikön välillä. Hoitajien mukaan hoitoyksiköiden välillä vastuun jakautuminen ja potilaan hoitovastuu oli määritelty selkeästi.

”Et meil on se meidän oma ja heil on se heidän oma (rooli potilaan hoidossa). Varmaan tiedetään kaikki ne toistemme rajat, niillä ei oo hoitovastuuta ja meillä on hoitovastuu.”

”Ja kun heillä on aina se hoitovastuu, ni tavallaan et me tullaan mukaan yhteistyötä tekevän hoitoyksikön potilaiden hoitoon eikä niinku missään nimessä toisin päin.”

5.4.3 Työpaikkakulttuurin luottamuksellisuus

Työpaikkakulttuurin luottamuksellisuus tarkoitti hoitajien mukaan luottamusta yhteistyötä tekevää hoitoyksikköä kohtaan sekä lääkärien luottamusta hoitajien ammattitaitoa kohtaan.

Luottamus yhteistyötä tekevää hoitoyksikköä kohtaan käsitti hoitajien kokeman luottamuksen yhteistyötä tekevää hoitoyksikköä, sen toimintaa ja henkilökuntaa kohtaan. Hoitajilla oli mahdollisuus pohtia tarvittaessa potilaan hoitoon liittyviä asioita yhdessä yhteistyötä tekevän hoitoyksikön henkilökunnan kanssa.

”Ehkä se luottamus puolin ja toisin. Et he antaa meille välillä aika vapaat kädet suunnitella niinku potilaiden hoitoa ja kysyy et mikä meidän näkemys on tässä tän potilaan kohdalla. Ja niinku et puolin ja toisin.”

”Et jos siellä (yhteistyötä tekevässä hoitoyksikössä) on jotenki epäselvä tilanne, niin sit semmosissakin tilanteissa tullaan mukaan niinku tavallaan vaan auttamaan ja yhdessä miettimään. Se auttaa.”

Hoitajien kokema **lääkärien luottamus hoitajien ammattitaitoa kohtaan** sisälsi lääkärien luottamuksen hoitajien tekemiin päätöksiin hoitotyössä. Lisäksi hoitajat kokivat, ettei lääkäriä vaadittu paikalle hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä koskevissa päätöksissä.

”Ja varmaan se, että lääkärit luottaa, et jos tästä soittaa yhteistyötä tekevään hoitoyksikköön, niin kukaan lääkäri ei oo silleen, että ’miksei multa kysyty ensin?’”

”Eikä se vaadi lääkäriä paikalle, et jos sovitaan et yhteistyötä tekevää hoitoyksikköä tarvitaan. Et yhdessä hoitajat keskenään (sopivat).”

5.4.4 Työpaikkakulttuurin sallivuus

Työpaikkakulttuurin sallivuus kuvasi hoitajien näkemyksiä työnkuvan itsenäisyydestä ja hierarkian vähäisyydestä.

Työnkuvan itsenäisyys kuvasi hoitajien kokemusta työnkuvansa vapaudesta, omaan arviointikykyynsä luottamisesta ja mahdollisuudesta toteuttaa hoitotyötä oman arvionsa mukaan. Lisäksi hoitajat kokivat saavansa esimiehiltä vapauden tehdä työtään oman harkinnan mukaan ja omaan ammattitaitoonsa luottaen.

”Ja munkaan ei tarvinnu kysyä osastonhoitajalta, et saanko minä ilmoittaa yhden potilaan heidän ryhmään, koska potilaan elämäntilanne muuttuu et hän ei pääse meidän ryhmään. Ni mä soitin yhteistyötä tekevään hoitoyksikköön. Se järjesty sitä kautta, et siellä sit vaihdettiin mun omassa pakassa, sieltä yks sieltä siirty meidän ryhmään ja toinen mun potilas siirty sit heidän ryhmään. Ja se oli kaikille ok.”

”Et jos hoitaja arvioi, et yhteistyötä tekevä yksikkö kykenee auttaan tätä potilasta näillä tapaamisilla, ni sitte hyvin herkästi voi soittaa sit hoitoyksikköön, ja ne hyppää (mukaan potilaan hoitoon).”

Hierarkian vähäisyys sisälsi hoitajien kokeman hierarkian puutteen hoitoyksikössä. Hoitajien mukaan omaa toimintaansa ei tarvinnut myöskään varmistaa osastonhoitajalta tai ylilääkäriltä.

”Hyvin vähän hierarkiaa. Siinä ei tarvi mitään Pegasos-posteja ensin osastonhoitajalle, ja ylilääkärille, et voidaanko nytten tehdä...”

5.4.5 Työpaikkakulttuurin joustavuus

Työpaikkakulttuurin joustavuuteen sisältyivät hoitajien kokema toiminnan joustavuus sekä mahdollisuus nopeaan reagointiin hoitotyössä.

Toiminnan joustavuus käsitti hoitajien kokemuksen siitä, että hoitoyksikössä vallitseva joustavuus vahvisti yhteistyön syntyä ja toteutumista. Hoitajien mukaan myös hoitoyksikön laajat aukioloajat helpottivat yhteistyön toteutumista.

”Me ollaan niin joustavia, et niiden on helppo pyytää meijät mukaan. Et niinku usein ku päästään nopeesti aina, ja voidaan ottaa potilaaks, et varmaan se vaikuttaa ainakin (positiivisesti).”

”Ja sit ihan kaikki semmoset käytännön jutut, kun me ollaan kellonaikojen puitteissa niinku enemmän auki. ... Sit jos on jotain semmosia yksittäisiä asioita potilaan tilanteessa, mihin tarttis apua virka-aikojen ulkopuolella, ni sit voidaan niihinki tulla auttaan.”

Mahdollisuus nopeaan reagointiin potilastyössä sisälsi hoitajien mukaan mahdollisuuden aloittaa yhteistyö yhteistyötä tekevän hoitoyksikön kanssa nopealla aikataululla. Hoitoyksiköllä oli myös mahdollisuus reagoida potilaan tilassa tapahtuneisiin muutoksiin nopeasti.

”... ja nopea reagointi, et ne on selkeästi mahdollistanu sen, et se on näin toimivaa se yhteistyö.”

5.5 Yhteenveto tutkimuksen tuloksista

Taulukossa 1 on esitelty yhteenveto tutkimuksen tuloksista. Tutkimuksen tulokset on esitelty yläluokkatasolla ja ne on eritelty teemoittain.

Taulukko 1. Yhteenveto tutkimuksen tuloksista.

Työpaikkakulttuurin kokemus hoitajien näkökulmasta	Työpaikkakulttuuriin liitetyt positiiviset tekijät hoitajien näkökulmasta	Työpaikkakulttuuriin liitetyt negatiiviset tekijät hoitajien näkökulmasta	Hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä edistävät työpaikkakulttuurin piirteet hoitajien näkökulmasta
- Avoin työpaikkakulttuuri	- Työyhteisön kollegiaalisuus	- Hoitajien toiminnan rajoittavuus	- Työpaikkakulttuurin avoimuus
- Myönteinen työpaikkakulttuuri	- Työyhteisön vuorovaikutteisuus	- Hoitajien huomioimattomuus	- Työpaikkakulttuurin yhtenäisyys
- Autonominen työpaikkakulttuuri	- Hoitajien ammattitaitoisuus	- Johtamisen kommunikoimattomuus	- Työpaikkakulttuurin luottamuksellisuus
- Dynaaminen työpaikkakulttuuri	- Johtamisen ammattitaitoisuus	- Toiminnan epäjohdonmukaisuus	- Työpaikkakulttuurin sallivuus
- Hierarkkinen työpaikkakulttuuri	- Työn autonomisuus	- Kehittämistyön ontuvuus	- Työpaikkakulttuurin joustavuus
- Rajattu työpaikkakulttuuri	- Toiminnan johdonmukaisuus	- Työympäristön muutoksellisuus	
	- Potilaslähtöisyys	- Tilojen epäkäytännöllisyys	

6. POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa hoitajat kokivat oman hoitoyksikkönsä työpaikkakulttuurin avoimeksi, myönteiseksi, autonomiseksi, dynaamiseksi, hierarkkiseksi ja rajatuksi. Hoitajat liittivät työpaikkakulttuuriin positiivisina tekijöinä työyhteisön kollegiaalisuuden ja vuorovaikutteisuuden, hoitajien ammattitaitoisuuden sekä työn autonomisuuden. Hoitajat kokivat lisäksi, että toiminnan johdonmukaisuus, johtamisen ammattitaitoisuus ja potilaslähtöisyys olivat työpaikkakulttuuriin liitettjä positiivisia tekijöitä. Hoitajien mukaan työpaikkakulttuuriin liitettjä negatiivisia tekijöitä olivat hoitajien toiminnan rajoittavuus, hoitajien huomioimattomuus, johtamisen kommunikoiduttomuus sekä toiminnan epäjohdonmukaisuus. Myös kehittämistyön ontuvuus, työympäristön muutoksellisuus ja tilojen epäkäytännöllisyys sisältyivät työpaikkakulttuuriin liittyviin negatiivisiin tekijöihin hoitajien kokemaana.

Psykiatrisen hoitoyksikön ilmapiirin positiivisuus ja työyhteisön tukevuus olivat osa hoitajien kokemaa myönteistä työpaikkakulttuuria. Hoitajien työpaikkakulttuuriin positiiviseksi tekijäksi liittämä potilaslähtöisyys sisälsi hoitotyön toteuttamisen potilasta ajatellen sekä joustavan potilastyön. Kurjenluoman ym. (2007) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat työpaikkakulttuurin psykiatrisessa hoitotyössä melko positiiviseksi. Sairanhoitajat kokivat stressiä vain satunnaisesti ja olivat pääosin tyytyväisiä työhönsä. (Kurjenluoma ym. 2007.) Myönteisellä työpaikkakulttuurilla on todettu olevan yhteys potilaan saamaan yksilökeskeiseen hoitoon, lyhempiin hoitoaikoihin sekä matalampaan osaston käyttöasteeseen (Hahtela 2015). Tässä tutkimuksessa hoitajien kokema luottamus kollegaani, tuttu ja myönteiseen ilmapiiriin tähtäävä työyhteisö, kollegoilta oppiminen sisältyivät työyhteisön kollegiaalisuuden kokemukseen, joka liitettiin työpaikkakulttuuriin positiivisena. Hoitajien mukaan myös oman ammattitaidon kehittäminen oli työpaikkakulttuurissa positiivista. Myönteiseksi koetun työympäristön seuraukset näkyvät tutkitusti henkilökunnan tiimityössä, yhteistyössä, autonomiassa, kliinisessä suoriutumisessa sekä ammatillisessa kehityksessä (McCormack & Slater 2009).

Avoin työpaikkakulttuuri kuvasi hoitajien kokemuksia keskustelelevasta, yhteistyötä tekevästä ja konsultoivasta työyhteisöstä. Toisaalta työpaikkakulttuuri koettiin myös rajatuksi, sillä hoitajien mukaan heidän vaikutusmahdollisuutensa olivat vähentyneet ja heidän toimintaansa rajattiin hoitoyksikön ulkopuolelta. Toimintaa myös koordinoitiin ylhäältä päin, eikä tehtyjä päätöksiä

perusteltu. Hoitajien huomioimattomuus sekä toiminnan liiallinen rajaaminen olivat hoitajien mukaan työpaikkakulttuuriin liittyviä negatiivisia tekijöitä. Tämän tutkimuksen tuloksista on nähtävissä selkeä hierarkian olemassaolo psykiatrisissa hoitoyksiköissä. Hierarkkisuus ja byrokrania ovat keskeinen osa terveydenhuollon organisaatioiden rakenteita (mm. Meier & Hill 2005; Viitanen 2007), vaikka niitä pyritään vähentämään (Meier & Hill 2005). Tämän tutkimuksen tulokset eivät ole täysin yhteneväisiä Kurjenluoman ym. (2007) tutkimuksen kanssa, sillä tämän tutkimuksen tuloksissa raportoitiin myös sairaanhoitajien negatiivisia kokemuksia työpaikkakulttuuriin liittyen.

Työyhteisön vuorovaikutteisuuden ja avoimuuden lisäksi työpaikkakulttuuri koettiin myös dynaamisena. Dynaamiseen työpaikkakulttuuriin sisältyivät hoitajien mukaan muutokset henkilökunnassa, muutokset toimintakäytänteissä sekä työn ennakoimattomuus. Työympäristön muutoksellisuus sekä tilojen epäkäytännöllisyys olivat hoitajien työpaikkakulttuuriin liittämiä negatiivisia tekijöitä. Wilsonin ym. (2005) mukaan työpaikkakulttuurin kehittäminen vaatii taustalleen työpaikalla vallitsevien arvojen selvittämisen. Lastenosastolla vallitsevia arvoja sekä uskomuksia selvitettäessä ilmenneet pääkategoriat olivat tiimityö, työssä oppiminen, muutoksen väistämättömyys ja perhekeskeinen hoitotyö. (Wilson ym. 2005.) Tutkimusta ei tehty psykiatrisen sairaanhoidon kontekstissa, mutta sen tulokset ovat osin yhteneviä tämän tutkimuksen tulosten kanssa. Perhekeskeisen hoitotyön sijaan työpaikkakulttuuriin liitetyksi positiiviseksi tekijäksi kuvattiin tässä tutkimuksessa potilaslähtöisyys ja siihen sisältyvä hoitotyön toteuttaminen potilasta ajatellen.

Osallistujien ikä vaihteli tässä tutkimuksessa 27 vuodesta 54 vuoteen, ja osallistujilla oli kokemusta terveydenhuollosta 2 vuodesta 26 vuoteen. Aineiston alkuperäisilmaisuja ei ollut mahdollista yhdistää yksittäisiin osallistujiin. Tutkimuksen ollessa laadullinen ja osallistujamäärän ollessa pieni tutkimuksen tuloksia ei voi myöskään yleistää muihin vastaaviin konteksteihin, joten tämä tutkimus ei tarjoa uutta tietoa sairaanhoitajien iän tai terveydenhuollon työkokemuksen merkityksestä työpaikkakulttuurin kokemuksessa. On todettu, että iältään vanhemmat sekä pidemmän työhistorian hoitotyössä omaavat sairaanhoitajat kokevat työpaikkakulttuurin positiivisemmaksi, kun nuoret sekä vastavalmistuneet sairaanhoitajat, joilla kokemus työpaikkakulttuurin on kielteisempi (Kurjenluoma ym. 2017).

Hoitajat kokivat hoitajien ja johtamisen ammattitaitoisuuden sekä toiminnan johdonmukaisuuden työpaikkakulttuurissa positiivisina tekijöinä. Toisaalta johtamisen kommunikoimattomuus, kehittämistyön ontuvuus ja toiminnan epäjohdonmukaisuus miellettiin negatiiviseksi. Viitanen ym.

(2007) todennut, että eri ammattiryhmillä on terveydenhuollossa pääsääntöisesti omat johtajat. Ristiriitoja syntyy herkästi silloin, kun asiantuntijuus, toiminnan päämäärät tai ammattikäsitteet ovat erilaisia. (Viitanen ym. 2007.) Tässä tapauksessa hoitajat kuvasivat johtamisen yhtenäisen linjan ja tuen saamisen myös lääkärin esimieheltä positiivisena tekijänä työpaikkakulttuurin kokemuksessa. Vastaavasti hoitajia kuuntelematon ja kunnioittamaton johtaminen liitettiin työpaikkakulttuuriin liittyväksi negatiiviseksi tekijäksi.

Työpaikkakulttuurin negatiiviseksi tekijäksi kuvattuun tilojen epäkäytännöllisyyteen liitettiin hoitajien kokemana muun muassa hoitoyksikön huono ilma, joka oli aiheuttanut hoitajilla sairauspoissaoloja ja työpaikan vaihtoja. Myös Hahtelan ym. (2014) mukaan hoitajien käytännön työympäristö ja siihen liittyvät tekijät selittivät sairaanhoitajien sairauksista, ylitöistä ja työtapa-urmuista aiheutuvia sairauspoissaoloja (Hahtela 2014).

Hoitajat kuvasivat työpaikkakulttuurin avoimuuden, yhtenäisyyden, luottamuksellisuuden, sallivuuden ja joustavuuden olevan piirteitä, jotka edistivät hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä. Vuorovaikutteinen työyhteisö, tietoisuus yhteistyötä tekevän hoitoyksiköstä ja myönteiset asenteet sisältyivät työpaikkakulttuurin avoimuuteen, jonka nähtiin edistävän hoitoyksikköjen välistä yhteistyötä. Hoitajat liittivät työyhteisön vuorovaikutteisuuden myös työpaikkakulttuurin positiivisiin tekijöihin. Myös Koskimäki (2015) toteaa, että hoitohenkilökunnan välinen kommunikaatio on välttämätöntä tiimityötä tehdessä. Tiimeissä toteutetun työn on todettu parantavan hoitohenkilökunnan vaikuttamismahdollisuuksia omaa työtään kohtaan, mikä vahvistaa osaltaan työn kehittämistä. (Koskimäki 2015.) Rekolan (2005) mukaan terveydenhuollon moniammatillinen yhteistyön taustalla tulee olla kulttuuri, jossa työskennellään ja keskustellaan yhdessä, jotta potilaan tilanteesta on mahdollista luoda yhteinen kokonaiskuva (Rekola ym. 2005).

Myös työpaikkakulttuurin yhtenäisyys edisti hoitoyksiköiden välisen yhteistyön toteutumista. Se käsitti selkeät säännöt ja määritellyn vastuunjaon yhteistyötä tekevien hoitoyksikköjen välillä. Myös aiempi tutkimustieto tukee tulosta, sillä haasteet vastuun jakautumisessa ja ammatillisten roolien ylittäminen eri toimijoiden kesken hankaloittavat terveydenhuollon organisaatioiden moniammatillista yhteistyötä (Kvarnström 2008). Tutkimuksen tulokset tukevat tässä tapauksessa sitä, että byrokralialla, toiminnan rajaamisella ja hierarkialla on myös positiivisia seurauksia terveydenhuollossa. Perkins ym. (2007) ovat todenneet, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten välisen yhteistyön etuja ovat muun muassa jakautunut osaaminen ja jaetut vastualueet. Roolien ja vastualueiden epäselvyys luovat yhteistyölle haasteita. (Perkins ym. 2007.)

Hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä edistävä työpaikkakulttuurin luottamuksellisuus tarkoitti hoitajien kokemana luottamusta yhteistyötä tekevää hoitoyksikköä kohtaan sekä lääkärien luottamusta hoitajien ammattitaitoa kohtaan. Hoitajien mukaan työpaikkakulttuurin sallivuus ja joustavuus edistivät hoitoyksiköiden välisen yhteistyön toteutumista. Työpaikkakulttuurin sallivuus kuvasi itsenäistä työnkuvaa ja vähäistä hierarkiaa. Hoitajien mukaan vähäinen hierarkia oli myös työpaikkakulttuuriin liitetty positiivinen tekijä. Organisaatiossa vallitsevan hierarkian on todettu hankaloittavan terveydenhuollon toimijoiden välistä yhteistyötä (Kvarnström 2008). Koettu joustavuus työpaikkakulttuurissa edisti hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä, sillä se mahdollisti toiminnan joustavuuden sekä nopean reagoinnin hoitotyössä. Toiminnan joustavuus ja nopea reagointi liitettiin myös toiminnan potilaslähtöisyyteen, mikä oli hoitajien kokemana työpaikkakulttuurin positiivinen tekijä.

Tässä tutkimuksessa hoitajien kokema työn kuormittavuus liittyi stressin kokemuksiin. Lääkäreiden vaihtuvuus liitettiin hoitajien kokeman stressin ja työtaakan lisääntymisen kokemuksiin. Työn kuormittavuuteen liittyivät myös kokemukset raskaasta työtaakasta, ajoittaisesta liiallisesta vastuun ottamisesta työssä, epävarmuudesta työpäivän sujumiseen liittyen töihin tullessa sekä hoitoyksikön ajoittain kaotteisesta tunnelmasta. Työpaikkakulttuuria on mahdollista tarkastella esimerkiksi hoitajien kokeman stressin, työtyytyväisyyden ja käytännön työympäristön näkökulmista (Kurjenluoma ym. 2007; McCormack & Slater 2009). Hoitajien ylitöiden tekemisen ja tapaturmien on todettu olevan yhteydessä työssä koettuun stressiin (Hahtela ym. 2014). Työssä koettuun stressiin ovat yhteydessä myös hoitajien työyksikkö ja siihen sisältyvät tekijät sekä heidän pääasiallinen roolinsa työssään (Eskola ym. 2016). Hoitajien henkinen ja fyysinen terveys ovat puolestaan yhteydessä siihen, kuinka he suhtautuvat asiakkaisiin sekä asiakkaan saamaan hoitoon (Sergeant & Laws-Chapman 2011).

Organisaatioiden eettiset käytänteet ja arvot ehkäisevät työntekijöiden stressiä ja uupumusta. Eettinen työympäristön on todettu lisäävän positiivista työn imun kokemista sekä johtajien sitoutumista organisaatioonsa, mikä on aiempien tutkimusten valossa yhteydessä paremmaksi koettuun työhyvinvointiin. (Huhtala 2013.) Myönteinen työpaikkakulttuuri tuo oman positiivisen merkityksensä myös sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten hallintaan tähdittäessä (Hahtela 2015). Tämän tutkimuksen tulokset eivät käsitelleet sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten hallintaa tai organisaation eettisiä käytänteitä ja arvoja.

Tässä tutkimuksessa yhteistyötä tekevät hoitoyksiköt sijaitsivat saman organisaation alla, mutta ne olivat maantieteellisesti erillään. Hoitajat eivät kokeneet järjestäjätahojen olevan sitoutumattomia, vastuualueiden olevan epäselviä tai resurssien olevan puutteellisia. Sen sijaan hoitajat kuvasivat selkeästi määriteltyjen vastuualueiden edesauttavan hoitoyksiköiden välisen yhteistyön toteutumista. Eri terveydenhuollon toimijoiden välisen yhteistyön eduksi on kuvattu jakautunut osaaminen, parantunut potilaan hoidon järjestäminen ja jaetut vastuualueet. Toiminnan haasteita ovat järjestäjätahojen sitoutumattomuus, roolien ja vastuualueiden epäselvyys sekä pula resursseista. (Perkins ym. 2007.) Lisäksi on todettu, että mikäli yhteistyö ylittää organisaation rajat, hoitoa on haasteellista tarjota kaikille asiakkaille tasapuolisesti suuren asiakasmäärän vuoksi (Challis ym. 2006).

Hoitajat asennoituivat myönteisesti yhteistyötä tekevää hoitoyksikköä kohtaan, mikä edisti heidän mukaansa hoitoyksiköiden välisen yhteistyön toteutumista. Lisäksi hoitoyksiköiden väliset selkeät säännöt sekä määritelty potilaan hoitovastuu edesauttoivat hoitajien mukaan yhteistyön toteutumista. Hoitajat eivät kokeneet kärsivänsä ajanpuutteesta tai kommunikaatiovaikeuksista. O’Learyn ym. (2010) mukaan eri ammattiryhmien olemassa olevien odotusten on todettu olevan yhteydessä siihen, kuinka tyytyväisiä ammattiryhmät olivat toistensa kanssa toteutuneeseen yhteistyöhön. Mikäli olemassa olevat odotukset yhteistyötä kohtaan olivat erilaisia, kommunikaatiovaikeudet ja ajanpuute muodostuivat suurimmiksi yhteistyön haasteiksi. Toisaalta ajanpuute oli yhtenä syynä kommunikaatiovaikeuksille. (O’Leary ym. 2010.) Organisaatioiden asennoituminen yhteistyötä kohtaan on merkittävässä asemassa yhteistyön kehittämisessä terveydenhuollossa, sillä yhteistyö- ja kehitysvastaiset organisaatiot vaikeuttavat yhteistyön toteutumista merkittävästi (Bronstein ym. 2006).

Hoitajien työpaikkakulttuurin kokemus keräsi tässä tutkimuksessa osin ristiriitaisiakin näkemyksiä. Työpaikkakulttuuri koettiin niin avoimena, myönteisenä ja autonomisena kuin dynaamisena, hierarkkisena ja rajattunakin. Hoitajien kokemusten moninaisuudesta on mahdollista havaita hoitajien työpaikkakulttuurin kokemusten variaatiot. Etenkään suurissa organisaatioissa kaikkien ryhmien jäsenten näkemykset asioista eivät ole samanlaisia, vaan ne voivat myös erota toisistaan (Kauppi 2001). Yhteistyö on hyvin kontekstisidonnainen ilmiö (Keyton ym. 2008). Tässä tutkimuksessa työpaikkakulttuurin merkitys hoitoyksiköiden välisen yhteistyöhön toteutumisessa oli osin ristiriitainen aiempien tutkimuksien kanssa (mm. Perkins ym. 2007; O’Leary ym. 2010; Isoherranen 2012), sillä tutkimuksen osallistujat kokivat hoitoyksiköiden välisen yhteistyön olevan onnistunutta. Tämä johti siihen, että hoitajien pohdinta työpaikkakulttuurin merkityksestä hoitoyksiköiden välisen

yhteistyön toteutumisessa keskittyi työpaikkakulttuurin positiivisiin ja hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä vahvistaviin tekijöihin.

Hoitajat kuvasivat kokemuksiaan hoitoyksikkönsä työpaikkakulttuurista monipuolisesti. Tutkimuksen tuloksista on nähtävissä, että hoitajat peilasivat työpaikkakulttuuriin liitettyjä positiivisia ja negatiivisia tekijöitä työpaikkakulttuurin kokemukseen sekä siihen, miten ne vahvistavat hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä. Esimerkiksi potilaslähtöisyys voitiin liittää niin toiminnan joustavuuteen kuin asiantuntevaan ja motivoituneeseen työyhteisöön. Potilaslähtöisyyden vähentyminen sisältyi puolestaan rajattuun työpaikkakulttuuriin. Hoitohenkilökunnan toiminnan rajaaminen liitettiin työpaikkakulttuuriin liittyviin negatiivisiin tekijöihin, mutta toisaalta määritelty vastuunjako ja selkeät säännöt koettiin positiivisena.

Työpaikkakulttuuriin liitetyt tekijät ja niiden merkitys hoitoyksiköiden välisen yhteistyön toteutumisessa on ilmiönä moninainen. Se asettaa haasteita myös onnistuneelle johtamiselle, jotta olemassa olevat resurssit osataan kohdentaa oikein ja henkilökunnan mahdollisuudet työskennellä miellyttävässä työpaikkakulttuurissa turvataan. On todettu, että Suomen mielenterveys- ja päihdepalveluiden resurssit ovat riittäviä, kun ne kohdennetaan oikein (Ala-Nikkola 2017).

6.2 Luotettavuus

Tämän tutkimuksen luotettavuuden arviointi perustui Lincolnin & Guban (1985) luotettavuuden kriteereihin. Lincoln ja Guba määrittelevät laadullisen tutkimuksen luotettavuuden neljää eri kriteeriä käyttäen. Tutkimuksen uskottavuus (credibility) viittaa yhtenevyyteen tutkimuksen aineiston ja tutkijan luomien tulkintojen välillä. Tutkimuksen toistettavuus (dependability) edellyttää tutkimusprosessin kuvaamista selkeästi niin, että tutkimuksesta välittyy se, että siinä on tutkittu sitä, mitä oli tarkoituskin. (Bashir ym. 2008; Polit & Beck 2012.) Tämä tutkimus tehtiin laadullisena tutkimuksena laadullisen tutkimuksen periaatteita kunnioittaen. Tutkimuskysymykset ohjasivat tutkimusprosessia ja siinä tehtyjä valintoja. Tutkija kuvasi tutkimusprosessin eri vaiheineen läpinäkyvästi ja tutkimuksen tulkinnat esitettiin aineiston pohjalta. On todettu, että laadullista tutkimusta tehdessä aineiston analyysivaihetta ja luotettavuuden arviointia ei voida erottaa yhtä selkeästi kuin määrällisen tutkimuksen kohdalla. Laadullisen tutkimuksen aineiston analyysin, tulkintojen ja tutkimustekstin välillä liikutaan joustavasti, ja tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan käytettyjen menetelmien ja niiden eri vaiheiden arvioinnin kautta. (Eskola & Suoranta 2008; Flick 2014.)

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on luoda käsitteitä, jotka auttavat luomaan ymmärrystä sosiaalisille ilmiöille niiden luonnollisessa ympäristössä. Laadullinen tutkimus painottaa osallistujien kokemuksia ja näkemyksiä sekä heidän asioille antamia merkityksiä. (Al-Busaidi 2008; Sargeant 2012.) Tutkijan tavoitteena on ymmärtää ja kuvata tavoittelemansa kokemuksellinen ilmiö niin, että sen merkitysyhteys säilyy. Kokemuksia tutkittaessa esiymmärryksen taso on aina olemassa, sillä tutkijalla on jo olemassa jonkinasteinen ymmärrys asiasta. Kokemuksia tutkittaessa toivottavaa on, että tulkintaa vältetään ja ilmiöstä esitetään kuvauksia. (Lehtomaa 2011.) Lincoln ja Guba (1985) määrittelevät kolmanneksi tutkimuksen luotettavuuden kriteeriksi vahvistettavuuden (confirmability), joka tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tulokset ovat lähtöisin osallistujista eikä tutkija ole vaikuttanut niihin omalla toiminnallaan (Bashir ym. 2008; Polit & Beck 2012). Tämän tutkimuksen tulokset olivat lähtöisin osallistujista. Haastatteluissa teemat olivat väljiä ja tutkija pyrki vaikuttamaan haastattelutilanteiden kulkuun mahdollisimman vähän. Tulosten tukena esitettiin osallistujien alkuperäisilmaisuja, minkä voidaan nähdä lisäävän tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkijan puolueellisuus on suurena metodologisena huolenaiheena laadullisten tutkimusten kohdalla (Creswell & Poth 2017). On tärkeää, että tutkija jakaa itsestään tietoja, jotka voivat vaikuttaa hänen asennoitumiseensa tutkittavaa ilmiötä tai tutkimukseen osallistuvia henkilöitä kohtaan. Mikäli tutkija on esimerkiksi sairaanhoitaja, joka tekee tutkimusta omalle työpaikalleen, asetelma muodostuu osaksi tutkimuksen kontekstia. Se ei kuitenkaan tarkoita, että tutkimuksen tuottama tieto olisi huonolaatuista. (Dogson 2017.) Tutkija pyrki toimimaan tutkimusprosessissa objektiivisesti ja välttämään liiallisten ennakkokäsitysten luomista tutkittavasta ilmiöstä. Hän minimoi jo olemassa olevien käsitysten vaikutuksen tutkimusprosessiin. Tutkija oli työskennellyt aiemmin psykiatrian puolella, mutta hänellä ei ollut työkokemusta tutkimuksen kohteena olevista hoitoyksiköistä. Hänellä ei ollut entuudestaan tietoa tutkimuksen kohteena olevista hoitoyksiköistä tai niiden toiminnasta. Tämä vähensi ennakkokäsityksiä ja helpotti niiden minimoimista. Tutkija tunnisti olemassa olevat ennakkokäsitykset ennen tutkimusprosessin alkua ja pyrki siirtämään ne sivuun tietoisesti.

Yksilön käsitys todellisuudesta syntyy sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Tämä tarkoittaa sitä, että samasta ilmiöstä voi olla useita, ristiriitaisiakin näkemyksiä eri konteksteissa ja eri aikoina. Tästä huolimatta tutkimuksen lähtökohtana tulisi pitää intersubjektiivisuuden oletusta, sillä vaikka todellisuus on subjektiivisesti tutkittu käsitys, tutkijalla täytyy olla mahdollisuus olettaa ymmärtävänsä sitä edes jollain tasolla samoin kuin muut ihmiset. Tulkitsijoita ja tulkintatasoja on siis useita, mikä tulee huomioida etenkin laadullista tutkimusta arvioitaessa. Tutkijalla ei ole

mahdollisuutta välittää tutkittavien ajatuksia sellaisenaan, vaan hän tulkitsee heidän esittämiään ajatuksia tai havainnoi heidän käytöstään. Tutkijan tekemän tulkinnan tulee olla tutkittavien itsensä hyväksyttävissä, mitä edesauttaa tutkijan perehtyneisyys aiheeseen sekä valitsemansa metodin käyttöön. On myös tärkeää, että tutkija keskittyy haastattelutilanteessa kysymysten lisäksi aidosti kuuntelemaan ja luottamuksellisen ilmapiirin luomiseen. Tutkijan tehtävänä on myös motivoida haastateltavia osallistumaan haastatteluun täysipainoisesti. (Puusa & Juuti 2011.) Haastattelujen alkuun oli varattu aikaa tutustumiselle sekä tutkimuksen ja haastatteluteemojen läpi käymiselle. Tutkija oli käynyt informoimassa tutkimuksesta hoitoyksiköissä henkilökohtaisesti etukäteen, joten tutkija ja tutkimus olivat jollain tasolla tuttuja osallistujille. Haastattelutilanteissa tutkija pyrki ottamaan kaikki osallistujat huomioon tasapuolisesti. Haastattelu eteni osallistujien ehdoilla ja ilmapiiri oli keskustelevalta. Tutkija vältti liiallisten tulkintojen tekemistä pyytämällä osallistujia tarkentamaan vastauksiaan tarvittaessa.

Neljäs luotettavuuskriteeri, siirrettävyys (transferability), viittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyteen muihin vastaaviin tilanteisiin (Bashir ym. 2008; Polit & Beck 2012). Tutkimuksessa ääni oli tutkimuksen osallistujilla, ja tutkija oli kiinnostunut osallistujien kokemuksista. Toisaalta tämä tarkoittaa, että tutkimuksen aineistosta tehty synteesi on muodostunut melko pienen joukon (n=11) subjektiivisista kokemuksista. Tämä voidaan nähdä myös tutkimuksen rajoitteena. Mikäli tutkimuksen osallistujiksi olisivat valikoituneet hoitoyksiköistä eri hoitajat, myös tutkimuksen tulokset olisivat saattaneet olla erilaisia. Pienen ja tiettyyn kontekstiin sidonnaisen otannan vuoksi tutkimusta ei voi yleistää toisiin vastaaviin konteksteihin (Polit & Beck 2006) kansallisella tai kansainvälisellä tasolla, mutta se syventää tietämystä tutkimuksen kohteena olevissa psykiatrisissa hoitoyksiköissä vallitsevasta työpaikkakulttuurista ja sen merkityksestä hoitoyksiköiden välisessä yhteistyössä.

Tutkija oli syventänyt tietämystään työpaikkakulttuurin ja kulttuurin käsitteistä ennen tutkimushaastatteluja työ- ja organisaatiopsykologiaan sekä aihetta koskevaan tutkimuskirjallisuuteen perehtymällä. Molemmissa haastatteluissa osallistujina oli sekä sairaanhoitajia että lähihoitajia. Osallistujilla oli omakohtaista kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä, minkä voidaan nähdä lisäävän tutkimuksen luotettavuutta (Bashir ym. 2008). Laadullista tutkimusta tehtäessä tiedonkeruumenetelmän tulee olla sellainen, joka auttaa vastaamaan tutkimuskysymykseen (Al-Busaidi 2008; Flick 2014; Jamshed 2014; Leung 2015). Puolistrukturoitu teemahaastattelu on tiedonkeruumenetelmä, joka soveltuu laadulliseen tutkimukseen. Teemahaastattelua tulee ohjata mahdollisimman vähän, jotta osallistujien ääni tulee kuuluviin.

Toisaalta tutkijan tulee myös huolehtia, että keskustelu pysyy annetun aihealueen sisällä. (Stuckey 2013; Jamshed 2014.) Haastattelutilanteissa tutkija oli kuuntelijan roolissa antaen äänen haastateltaville. Tutkija ohjasi tilanteita mahdollisimman vähän ja pyrki luomaan tilaan avoimen ja rehellisen tunnelman vastausten luotettavuuden takaamiseksi. Tutkija oli käynyt informoimassa osallistujia tutkimuksesta etukäteen, joten hän ei ollut osallistujille täysin vieras haastattelutilanteessa. Tämä lisäsi avoimen ja luottamuksellisen ilmapiirin syntyä. Laadullinen tutkimus perustuu tutkimukseen osallistujien subjektiivisille kokemuksille (Al-Busaidi 2008; Flick 2014). Haastatteluteemat olivat väljiä, jotta ne jättivät tilaa osallistujien omakohtaisille kokemuksille. Haastatteluteemojen toimivuus testattiin esihaastattelun avulla ensimmäisellä haastattelukerralla. Näin voitiin varmistaa, että valittujen teemojen avulla on mahdollista saada riittävästi tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä.

Tutkija analysoi ja raportoi tutkimusaineiston niin, ettei tutkimukseen osallistuvia hoitoyksiköitä tai yksittäistä henkilöä ollut mahdollista tunnistaa aineistosta. Tutkija analysoi aineiston induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Tutkija eteni analyysissa aineiston ehdoilla varoen informaation katoamista ja aineiston abstraktiotason liiallista kohoamista. Aineistoa analysoidessaan tutkija palasi aineistoon useaan kertaan ja pyrki ilmaisemaan luokitteluperusteensa mahdollisimman tarkasti. Prosessia kuvattiin tutkimuksessa myös esimerkein. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä tutkimusprosessin muotoutuminen koko tutkimuksen keston ajan aina siihen saakka, kunnes tutkijalla on mahdollisuus rakentaa aineiston pohjalta johtopäätöksensä samalla omaa työtään kriittisesti arvioiden (Puusa & Juuti 2011). Tutkijan tulee varoa, ettei analyysi etäänny aineistosta liikaa, sillä se voi heikentää tutkimuksen luotettavuutta. (Kygäs ym. 2011.) Tutkija raportoi tutkimusprosessin eri vaiheet läpinäkyvästi ja perusteli siinä tehdyt valinnat. Tulosten raportointivaiheessa tutkija esitti tulosten tueksi osallistujien alkuperäisilmaisuja tutkimuksen aineistosta. Luotettavuuden kannalta autenttisten lainauksien käyttöä tulosten raportoinnissa pidetään keskeisenä (Harwood & Garry 2003; Elo & Kyngäs 2008). Niiden tulisi osoittaa tulosten yhteys alkuperäisaineistoon sisällöllisesti sekä tunnistetiedoin. Tutkijan tulee kuitenkin huomioida, että ulkopuoliset eivät saa tunnistaa osallistujia niiden perusteella. (Kaiser 2009; Kyngäs ym. 2011). Tutkija esitti osallistujien alkuperäisilmaisuja tässä tutkimuksessa analyysia ja tuloksia kuvatessaan.

Aineiston ehdoilla etenevä huolellinen analyysi, prosessin läpinäkyvä kuvaaminen ja valintojen perustelu ovat tutkimuksen luotettavuutta lisääviä tekijöitä (Bashir ym. 2008; Leung 2015). Tutkija säilytti tutkimusaineistoa henkilökohtaisella tietokoneellaan salasanan takana, joten siihen eivät päässeet käsiksi muut kuin tutkija. Tutkimusluvan antajalle toimitettiin valmis työ kirjallisena.

6.3 Eettisyys

Tutkimukselle myönnettiin tutkimuslupa keväällä 2017 osallistuvalta organisaatiolta. Tutkimusluvan saatuaan tutkija kävi tutkimukseen osallistuvissa hoitoyksiköissä informoimassa sairaanhoitajia ja lähihoitajia tutkimuksesta suullisesti ja kirjallisesti. Hoitajilla oli tuolloin mahdollisuus tutustua tutkimuksen kulkuun ja esittää tarvittaessa kysymyksiä suoraan tutkijalle. Tutkija jätti hoitoyksiköihin tiedotteita (liite 1) ja saatekirjeitä (liite 2), jotta hoitajat saivat tutustua tutkimukseen myös tilaisuuden jälkeen ja pohtia päätöstään osallistua tutkimukseen rauhassa. Myös tutkijan yhteystiedot olivat lomakkeissa, jolloin hoitajilla oli mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä tutkimuksen kulusta missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Kaiser (2009) ja Kuula (2011) toteavat, että tutkimuksen osallistujille tulee antaa riittävästi tietoa tutkimuksesta sekä siitä, mitä tutkimukseen osallistuminen konkreettisesti tarkoittaa. Näin haastateltava voi tehdä vapaaehtoisen päätöksen tutkimukseen osallistumisesta. Osallistujilla on oikeus päättää, mitä tietoja he antavat itsestään. (Kaiser 2009; Kuula 2011.) Tutkijan tulee noudattaa lainsäädäntöä, jonka tarkoituksena on suojella ja kunnioittaa tutkimukseen osallistujien yksityisyyttä (Kuula 2011).

Työpaikkakulttuuri käsitteenä saattaa sisältää arkaluontoisten asioiden pohtimista, minkä tutkija huomioi tutkimukseen osallistujien yksilöllisyyden suojelemisen näkökulmasta. Haastattelut toteutettiin osallistujien toivomissa paikoissa heille sopivina ajankohtina. Haastatteluissa paikalla ei ollut ulkopuolisia henkilöitä. Haastattelutilat olivat rauhallisia, eikä haastattelutilanteisiin tullut keskeytyksiä. Näin tutkija varmisti turvallisen ja eettisen tutkimusasetelman syntymisen. Osallistujat allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 4) ennen haastattelun alkua. Terveystieteellistä tutkimusta tehdessä on myös tärkeää pohtia aiheen sensitiivisyyttä. Sensitiivisiä aiheita voivat olla arkaluontoiset aiheet sekä tutkimukseen osallistujien henkilökohtaiset kokemukset. (Dickson-Swift ym. 2008.)

Aineisto analysoitiin ja raportoitiin siten, että yksittäisiä osallistujia ei ollut mahdollista tunnistaa aineistosta. Osallistujien tietoja ja tutkimukseen liittyvää muuta aineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Mitä pienempi tutkimuksen kohteena oleva yhteisö on, sitä tärkeämpää on pohtia tutkijan roolia sekä olennaisen tiedon raportoimista (Kaiser 2009). Koska tutkimukseen osallistujamäärä oli verrattain pieni ja osallistujat olivat kahdesta eri työyhteisöstä, tutkija noudatti erityistä huolellisuutta tutkittavan ilmiön kannalta olennaisten asioiden raportoinnissa. Tutkija raportoi tulokset yleisellä tasolla ja pyrki valitsemaan tutkimuksessa käytetyt alkuperäisilmaisut niin, etteivät ne paljastaisi tutkimukseen osallistujien henkilöllisyyksiä. Tunnistetiedot, kuten nimet, poistettiin alkuperäisilmaisista.

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistumisesta ei arvioitu olevan osallistujille välitöntä hyötyä, mutta se auttoi antamaan tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tutkimukseen osallistumisesta ei arvioitu olevan osallistujille haittaa. Osallistujilla oli mahdollisuus keskeyttää osallistuminen missä tahansa vaiheessa ennen tutkimuksen päättymistä ja he saivat myös perua suostumuksensa tutkimukseen. Mikäli näin olisi tapahtunut, siihen mennessä kerättyjä tietoja olisi käytetty osana tutkimusaineistoa. Yksi tutkimukseen ilmoittautunut osallistuja ei päässyt osallistumaan haastatteluun. Haastatteluihin osallistujista kenenkään tarvinnut poistua kesken haastattelun. Tutkija nauhoitti haastattelut kahdella äänentallentimella ja hävitti äänitiedostot tutkimuksen päätyttyä. Osallistujien tietoja ja tutkimuksen muuta aineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Tutkimukseen liittyvää materiaalia ei luovutettu ulkopuolisille henkilöille ja materiaali hävitettiin tutkimuksen valmistuttua. Edellä mainittuja voidaan luonnehtia tutkimuksen eettisyyttä lisääviksi tekijöiksi (WMA Declaration of Helsinki 2017).

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemaa työpaikkakulttuuria ja yhteistyötä kahdessa säännöllistä yhteistyötä tekevässä psykiatrisessa hoitoyksikössä. Tutkimuksen tavoitteena oli syventää tietämystä psykiatrisissa hoitoyksiköissä vallitsevasta työpaikkakulttuurista ja sen merkityksestä hoitoyksiköiden välisessä yhteistyössä.

Tutkimus tuottaa uutta tietoa hoitajien kokemasta työpaikkakulttuurista ja sen hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä edistävästä piirteistä. Lisäksi tulokset antavat psykiatristen hoitoyksiköiden työpaikkakulttuurin kehitystarpeista lisää tietoa ja auttavat kehittämään tutkimuksen kohteena olevien psykiatristen hoitoyksiköiden työpaikkakulttuuria myönteiseen suuntaan. Ilmiötä on tutkittu hoitotieteessä vain vähän, joten tutkimus täydentää osaltaan aikaisempaa tutkimuksen aihealueeseen liittyvää tietoa.

Tutkimuksen tuloksista voidaan havaita, että työpaikkakulttuurin kokemus on käsitteenä ja ilmiönä laaja. Se myös koetaan subjektiivisesti. Tuloksista on nähtävissä, että osallistujien kokemukset työpaikkakulttuurista eroavat toisistaan. Hoitajat liittivät koettuun avoimeen, myönteiseen ja autonomiseen työpaikkakulttuuriin pääosin positiivisia sisältöjä. Työpaikkakulttuurin dynaamisuus, hierarkkisuus ja rajautuneisuus koettiin negatiivisena. Työpaikkakulttuurin kokemus pitää sisällään

useita erilaisia sisältöjä, jotka heijastuvat osaltaan myös hoitoyksiköiden välisen yhteistyön toteutumiseen. Vaikka tämän tutkimuksen tulokset kuvasivat tutkimuksen kohteena olevien hoitoyksiköiden välisen yhteistyön toteutumista onnistuneena, näin ei ole todettu kaikissa aihealuetta koskevissa tutkimuksissa (mm. Perkins ym. 2007; O’Leary ym. 2010; Isoherranen 2012).

Tässä tutkimuksessa selvitettiin, millainen työpaikkakulttuuri yhteistyötä tekevissä psykiatrisissa hoitoyksiköissä oli hoitajien näkökulmasta, ja millainen merkitys työpaikkakulttuurilla on psykiatristen hoitoyksiköiden välisessä yhteistyössä hoitajien näkökulmasta. Ilmiötä lähestyttiin tässä tutkimuksessa avoimesti, minkä voidaan nähdä rikastuttavan ilmiöstä saatua tietoa. Tutkimuksen tulokset ja sen rajoitteet herättävät kuitenkin useita mielenkiintoisia jatkotutkimusaiheita. Koska tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää muihin hoitoyksiköihin tai Suomen ulkopuolelle, aihealuetta olisi otollista tutkia jatkossa myös määrällisin menetelmin. Määrällinen tutkimusote mahdollistaisi taustamuuttujien välisten yhteyksien selvittämisen ja sen tuloksia voisi myös yleistää kansallisella tasolla. Lisäksi ilmiötä olisi otollista tutkia myös muissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Muissa organisaatioissa toteutettu tutkimus voisi antaa ilmiöön uusia näkökulmia sekä syventää tietämystä työpaikkakulttuurista ja sen merkityksestä hoitoyksiköiden välisessä yhteistyössä.

Tutkimuksessa hoitajat kokivat yhteistyön toteutuvan hoitoyksiköiden välillä hyvin, joten tulokset kuvasivat yhteistyön toteutumista edistäviä tekijöitä. Jatkotutkimusta tarvitaan siitä, mitkä työpaikkakulttuurin piirteet heikentävät tai estävät psykiatristen hoitoyksiköiden välisen yhteistyön toteutumista hoitajien kokemana. Tässä tutkimuksessa työpaikkakulttuurin kokemusta tutkittiin hoitajien näkökulmasta. Tulevaisuudessa olisi mielekästä tutkia ilmiötä laajemmin moniammatillisesta näkökulmasta esimerkiksi hoitajien, lääkärien ja sosiaalityöntekijöiden kokemana.

LÄHTEET

- Aalto, P. 2014. Muutos sosiaali- ja terveydenhuollon organisoinnissa ja hoitotyön johtajuus. *Hoitotiede*. 26 (3), 231-232.
- Ahonen, J. & Pohjanheimo, E. 2000. Asian ytimessä. Työkulttuurin kehittäminen oppivassa organisaatiossa. Palmenia. Helsinki.
- Al-Busaidi, Z. 2008. Qualitative Research and its Uses in Health Care. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 8 (1), 11-19.
- Ala-Nikkola, T. 2017. Mielenterveyspalveluiden rakenne ja siihen vaikuttavat tekijät Etelä-Suomen sairaanhoitopiirien alueella. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.
- Andersson, M. 2004. Yhdistävä ja erottava kulttuuri. Teoksessa Kantola, I., Koskinen, K. & Räsänen, P. (toim.) *Sosiologisia karttalehtiä*. Vastapaino. Tampere. 181-200.
- Bashir, M., Tanveer, A.M. & Azeem, M. 2008. Reliability and Validity of Qualitative and Operational Research Paradigm. *Pakistan Journal of Statistics and Operation Research*. 4 (1), 35-45.
- Borgman, M. & Packalen, E. 2002. Parhaat käytännöt työyhteisön kehittämiseen. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Bronstein, L., McCallion, P. & Kramer, E. 2006. Developing an aging prepared community: Collaboration among counties, consumers, professionals and organizations. *Journal of Gerontological Social Work*. 48 (1-2), 193-202.
- Bäckmand, H. & Lönnqvist, J. 2009. Johdanto. Teoksessa Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Opas 5. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. 7-10.
- Challis, D., Stewart, K., Donnelly, M., Weiner, K. & Hughes, J. 2006. Care management for older people: Does integration make a difference? *Journal of Interprofessional Care*. 20, 335-348.
- Connelly, L & Yoder, L. 2000. Improving Qualitative Proposals: Common Problem Areas. *Clinical Nurse Specialist*. 14 (2), 69-74.
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. 2017. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. SAGE Publications Ltd. Thousand Oaks.
- Dickson-Swift, V., James, J. & Liamputtong, P. 2008. *Undertaking Sensitive Research in the Health and Social Sciences: Managing Boundaries, Emotions and Risks*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Dogson, J. 2017. About Research: Qualitative Methodologies. *Journal of Human Lactation*. 33 (2), 355-358.
- Dunn, K. 2012. A qualitative investigation into the online counselling relationship: to meet or not to meet, that is the question. *Counselling and Psychotherapy Research*. 12 (4), 316-326.

- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Liden, E., Öhlen, J., Olsson, L-E., Rosen, H., Rydmark, M. & Sunnerhagen, K. 2011. Person-centered care – ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 10 (4), 248-251.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 62 (1), 107-115.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino. Tampere.
- Eskola, S., Roos, M., McCormack, B., Slater, P., Hahtela, N. & Suominen, T. 2016. Workplace Culture Among Operating Room Nurses. *Journal of Nursing Management*. 24 (6), 725-734.
- Feudtner, C. 2007. Collaborative communication in pediatric palliative care: Foundation for problem-solving and decision-making. *Pediatric Clinics of North America*. 54, 583.
- Flick, U. 2014. *An Introduction to Qualitative Research*. SAGE Publications Ltd. London.
- Hahtela, N., Paavilainen, E., McCormack B., Slater, P., Helminen, M. & Suominen, T. 2014. Influence of workplace culture on nursing-sensitive nurse outcomes in municipal primary health care. *Journal of Nursing Management*. 23 (7), 931-939.
- Hahtela, N. 2015. *Workplace Culture in Primary Health Care. The connection to nursing-sensitive outcomes*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Harwood, T. & Garry, T. 2003. An Overview of Content Analysis. *The Marketing Review*. 3 (4), 479-498.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS. 2017. Psykiatria. Viitattu 19.1.2017. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/psykiatria/Sivut/default.aspx>
- Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden virasto. 2017. Mielenterveys- ja päihdepalvelut. Viitattu 19.1.2017. <http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/>
- Huhtala, M. 2013. *Virtues that work: Ethical organisational culture as a context for occupational well-being and personal work goals*. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Hoebel, E.A. 1965. *Primitiivinen kulttuuri*. WSOY. Helsinki.
- Isoherranen, K. 2012. *Uhka vai mahdollisuus – Moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Jamshed, S. 2014. Qualitative research method-interviewing and observation. *Journal of Basic and Clinical Pharmacy*. 5 (4), 87-88.
- Julkunen, R., Nätti, J. & Anttila, T. 2004. *Aikanyrjähdys. Keskiluokka työn puristuksessa*. Vastapaino. Tampere.
- Juuti, P. 1992. *Yrityskulttuurin murros*. Aavaranta. Oitinmäki.

- Kaiser, K. 2009. Protecting Respondent Confidentiality in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*. 19 (11), 1632-1641.
- Kauppi, U. 2001. Organisaatiokulttuurin ulottuvuudet sosiaalialan organisaatioissa. Vaasan yliopisto. Vaasa.
- Keyton, J., Ford, D. J. & Smith, F. I. 2008. A mesolevel communicative model of collaboration. *Communication Theory*. 18, 376-406.
- King, G., Odonnel, C., Boddy, D., Smith, F., Heaney, D. & Mair, F. 2012. Boundaries and e-health implementation in health and social care. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 12, 100.
- Koskimäki, A. 2015. Terveyskeskuksen pitkäaikaisosaston työpaikkakulttuuri hoitohenkilökunnan kokemana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Kurjenluoma, K., Rantanen, A., McCormack, B., Slater, P., Hahtela, N. & Suominen, T. 2017. Workplace culture in psychiatric nursing described by nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikkaa – Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere.
- Kvarnström, S. 2008. Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care*. 22, 191-203.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*. 1 (11), 3-12.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, M., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede*. 23 (2), 138-148.
- Lankila, T., Kotavaara, O., Antikainen, H., Hakkarainen, T. & Rusanen, J. 2016. Sosiaali- ja terveyspalveluverkon kehityskuva 2025 – Paikkatieto- ja saavutettavuusperusteinen tarkastelu. Oulun yliopisto. Oulu.
- Lehtomaa, M. 2011. Fenomenologinen kokemuksen tutkimus: Haastattelu, analyysi ja ymmärtäminen. Teoksessa: Perttula, J. & Latomaa, T. (toim.) *Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen*. Juvenes Print. Tampere. 163-193.
- Leung, L. 2015. Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 4 (3), 324-327.
- Lewis, L. 2006. Collaborative interaction: Review of communication scholarship and a research agenda. *Communication Yearbook*. 30, 197-247.
- McCormack, B. 2003. A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*. 9 (3), 202-209.
- McCormack, B. & Slater, P. 2009. Happy in their work. *Nursing Standard*. 24 (7), 80.

- McCormack, B. & McCance, T. 2017. *Person-Centered Practice in Nursing and Health Care. Theory and Practice*. Wiley Blackwell. Hoboken.
- Meads, G. & Ashcroft, J. 2005. *The Care for Interprofessional Collaboration*. In *Health and Social Care*. Blackwell Publishing. Caipé.
- Meier, K. & Hill, G. 2005. *Bureaucracy in the twenty-first century*. Teoksessa Ferlie, E., Lynn, L. Laurence, E. & Pollit, C. (toim.) *The Oxford Handbook of Public Management*. Oxford University Press, New York.
- Morgan, S. & Yoder, L. 2011. *A Concept-Analysis of Person-Centered Care*. *Journal of Holistic Nursing*. 30 (1), 6-15.
- Mäenpää, T., Asikainen, P. & Suominen, T. 2012. *The importance of regional health information systems in regional collaboration, changes in working practice, organizational culture as experienced by different healthcare professionals and administrative staff*. *Hoitotiede*. 24 (2), 125-137.
- Mäkinen, O. 2007. *Tutkimusetiikan ABC*. Tammi Oy. Helsinki.
- Mönkkönen, K. 2002. *Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa*. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- O'Leary, K.J., Ritter, C.D., Wheeler, H., Szekendi, M.K., Brinton, T.S. & Williams, M.V. 2010. *Teamwork on inpatient medical units: assessing attitudes and barriers*. *Quality Safety Health Care*. 19, 117-121.
- Parahoo, K. 2014. *Nursing Research: Principles, Process and Issues*. 3. painos. Palgrave Macmillan. London.
- Patton, M. 2002. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. SAGE Publications Ltd. London.
- Paukkunen, L., Turunen, H., Taskinen, H., Sinkkonen, S. & Tossavainen, K. 2001. *Koulutuksen vaikutukset sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden ja työntekijöiden yhteistyövalmiuksiin*. *Hoitotiede*. 13, 132-145.
- Perkins, N., Penhale, B., Reid, D., Pinkney, L., Hussein, S. & Manthorpe, J. 2007. *Partnership means protection? Perceptions of the effectiveness of multi-agency working and the regulatory framework within adult protection in England and Wales*. *Journal of Adult Protection*. 9 (2), 9-23.
- Pirkola, S., Sund, R., Sailas, E. & Wahlbeck, K. 2009. *Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis*. *Lancet*. 373 (9658), 147-153.
- Pitkänen, V. 2009. *Terveysthuollon johtamis- ja organisaatiokulttuurit*. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Polit, D. & Beck, C. 2012. *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Pope, C., Ziebland, S. & Mays, N. 2000. *Analysing qualitative data*. *BMJ*. 320 (7227), 114-116.

Puusa, A. & Juuti P. 2011. Menetelmäviidakon raivaajat – perusteita laadullisen tutkimusmenetelmän valintaan. JTO. Vantaa.

Pötsönen, R. & Pennanen, P. 1998. Ryhmähaastattelun esittely. Teoksessa Pötsönen, R. & Välimaa, R. (toim.) Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. 1998. Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9/1998. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos. Jyväskylän yliopistopaino ja ER-Paino Oy. Jyväskylä. 75-83.

Rantanen, H., Koivisto, A.M., Salokangas, R.K., Helminen, M., Oja, H., Pirkola, S., Wahlbeck, K. ja Joukamaa, M. 2009. Five-year mortality of Finnish schizophrenia patients in the era of deinstitutionalization. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 44 (2), 135-142.

Rekola, L., Isoherranen, K. & Koponen, L. 2005. Moniammatillinen yhteistyö päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva hoitotyö*. 3 (1), 16-21.

Ruuska, A. & Haukkapää-Haara, P. 2004. Saumattomien palveluketjujen edellytyksiä – teknologia, muuttuvat toimintamallit ja alueellinen yhteistyö. Teoksessa Sinervo, L. (toim.) Saumattomien toimintojen juurruttaminen. Juuria-hankkeen loppuraportti. Aiheita 26/2004. Stakes. Helsinki. 26-31.

Schein, E.H. 1987. Organisaatiokulttuuri ja johtaminen. Weilin & Göös. Espoo.

Sergeant, J. & Laws-Chapman, C. 2011. Creating a positive workplace culture. *Journal of Nursing Management*. 18 (9), 14-19.

Sargeant, J. 2012. Qualitative Research Part II: Participants, Analysis, and Quality Assurance. *Journal of Graduate Medical Education*. 4 (1), 1-3.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011 Julkaisuja (STM): 2009:18.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Suomen sosiaali- ja terveystieteiden strategia. Julkaisuja (STM): 2011:1.

Sosiaali- ja terveysministeriö a. 2012. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Raportteja ja muistioita (STM). 2012:7.

Sosiaali- ja terveysministeriö b. 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma - Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Julkaisuja (STM): 2012: 24.2.

Sosiaali- ja terveysministeriö a. 2016. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset 3. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö b. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Raportteja ja muistioita (STM): 2016: 8.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Hoitopaikan valinta. Viitattu 15.9.2017. <http://stm.fi/hoitopaikan-valinta>

Stuckey, H. 2013. Three types of interviews: Qualitative research methods in social health. *Journal of Social Health and Diabetes*. 1 (2), 56-59.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Sote-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi. Raportti 14/2014.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 1.2.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>

Tibaldi, G., Munizza, C., Pasian, S., Johnson, S., Salvador-Carulla, L., Zucchi, S., Cesano, S. Tiesta, C. Scala, E. & Pinciaroli, L. 2005. Indicators predicting use of mental health services in Piedmont, Italy. *The journal of mental health policy and economics*. 8 (2), 95-106.

Tiirinki, H. 2014. Näkyvien ja piilotettujen merkitysten rajapinnoilla – terveyskeskukseen liittyvät kulttuurimallit asiakkaan näkökulmasta. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Oulu.

Viitanen, E. & Lehto, J. 2005. Lähijohtaminen ja –johtajuus: uusi johtamisympäristö kulttuuriperinteen muokkaajana. Teoksessa Vuori, J. (toim.) 2006. *Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti*. Sanoma Pro. Helsinki.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. *Tekesin katsaus* 281/2011. Helsinki. Viitattu 16.1.2017.

Vuori, J. 2006. *Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti*. Sanoma Pro. Helsinki.

Whiteford, H., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A., Ferrari, A., Erskine, H., Charlson, F., Norman, R., Flaxman, A., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. & Vos, T. 2013. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 382 (9904), 1575-1586.

Wilson, V., McCormack, B. & Ives, G. 2005. Understanding the workplace culture of a special care nursery. *Journal of Advanced Nursing*. 50 (1), 27-38.

WMA Declaration of Helsinki. 2017. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Viitattu 16.2.2017. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

LIITTEET

Liite 1. Tiedote tutkimuksesta tutkimuksen osallistujille.

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

(1.10.2017)

Tutkimus – Työpaikkakulttuuri ja yhteistyö psykiatrisessa hoitoyksikössä

Pyydämme teitä osallistumaan tähän tutkimukseen, jossa tutkitaan kahden psykiatrista hoitoa toteuttavan hoitoyksikön työpaikkakulttuuria ja sen yhteyttä hoitoyksiköiden väliseen yhteistyöhön. Perehdyttyänne tähän tiedotteeseen teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Jos päätätte osallistua tutkimukseen, pyydämme teitä ilmoittamaan osallistumisestanne tutkija Anna Wallinille sähköpostitse (yhteystiedot alla). Teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta ennen haastattelun alkua.

Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata työpaikkakulttuuria ja yhteistyötä psykiatrisessa hoitotyössä. Tarkastelu kohdistuu kahteen yhteistyötä tekevään hoitoyksikköön. Tutkimuksen tavoitteena on syventää tietämystä psykiatrisissa hoitoyksiköissä vallitsevasta työpaikkakulttuurista ja sen merkityksestä hoitoyksiköiden välisessä yhteistyössä.

Tutkimuksen kulku

Aineiston keruu toteutuu teemahaastatteluin 4-6 henkilön ryhmissä syksyllä 2017. Tutkija käy hoitoyksiköissä tiedottamassa tutkimuksesta ja halukkaat osallistujat ovat yhteydessä tutkijaan sähköpostitse. Haastattelussa hoitoyksiköiden työntekijöitä haastatellaan molemmista yksiköistä erikseen. Haastattelukertoja saman hoitoyksikön työntekijöille on yksi. Ensimmäinen haastattelu litteroidaan ja mikäli tarvetta teemojen muutokselle tulee, haastattelu järjestetään uudelleen samassa hoitoyksikössä niin, että paikalla olisivat tuolloin eri osallistujat. Haastattelu on kestoltaan arviolta 1-2 tuntia ja se nauhoitetaan.

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota eikä mahdollisia aiheutuvia kustannuksia, kuten matkakustannuksia, korvata osallistujille.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole teille välitöntä hyötyä, mutta osallistumisenne auttaa antamaan tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tutkimukseen osallistumisesta ei arvioida olevan teille haittaa. Mikäli kuitenkin koette tutkimukseen osallistumisen haitalliseksi, voitte vetäytyä tutkimuksesta koska tahansa.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa tutkimuksesta eikä tietoja anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimusaineistoa säilytetään tutkija Anna Wallinin hallussa tietokoneella salanasuojatussa tiedostossa, ja se hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voitte keskeyttää tutkimukseen osallistumisenne missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu teille mitään haittaa. Voitte myös peruuttaa tämän suostumuksen. Jos päätätte peruuttaa suostumuksenne tai osallistumisenne tutkimukseen keskeytyy jostain muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Kyseessä on TtM-opiskelija Anna Wallinin pro gradu -tutkielma. Valmis tutkielma on luettavissa Tampereen yliopiston TamPub-julkaisuarkistossa ja se toimitetaan paperiversiona luvan antaneille tahoille.

Lisätiedot

Pyydämme teitä esittämään kysymyksiä tutkimuksesta tutkija Anna Wallinille.

Yhteystiedot

Tutkija
Anna Wallin
terveydenhoitaja, TtK, TtM-opiskelija
Wallin.Anna.Ka@student.uta.fi
p. 050 – 327 6042

Ohjaajat
Marja Kaunonen
Professori (hoitotiede)
Marja.Kaunonen@uta.fi

Anna Liisa Aho
Dosentti, yliopisto-opettaja
Anna.L.Aho@uta.fi

Liite 2. Saatekirje.

Hei!

Opiskelen Tampereen yliopistossa hoitotiedettä ja teen pro gradu -tutkielmani aiheesta Työpaikkakulttuuri ja yhteistyö psykiatrisessa hoitoyksikössä. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata työpaikkakulttuuria ja yhteistyötä psykiatrisessa hoitotyössä. Tarkastelu kohdistuu kahteen yhteistyötä tekevään hoitoyksikköön. Tutkimuksen tavoitteena on syventää tietämystä psykiatrisissa hoitoyksiköissä vallitsevasta työpaikkakulttuurista ja sen merkityksestä hoitoyksiköiden välisessä yhteistyössä. Tutkimuksen on tarkoitus valmistua tämän vuoden loppuun mennessä.

Pyydän teitä osallistumaan tutkimukseen. Osallistumisenne auttaa antamaan tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Haastatteluaineistoa käsitellään luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyyttenne ei paljastu tutkijaa lukuun ottamatta muille missään tutkimusprosessin vaiheessa. Tutkimusaineisto hävitetään tutkijan toimesta analyysin valmistuttua.

Mikäli toivotte saavanne lisää tietoa tutkimukseen liittyvistä asioista, voitte olla minuun yhteydessä sähköpostitse tai puhelimitse (yhteystiedot ovat alla). Mikäli olette kiinnostuneita osallistumaan tutkimukseen, voitte ilmoittaa siitä minulle sähköpostitse xxx mennessä.

Ystävällisin terveisin,

Anna Wallin

Wallin.Ann.Ka@student.uta.fi

p. 050 – 327 6042

terveydenhoitaja, TtK, TtM-opiskelija

Tampereen yliopisto

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Liite 3. Muistutuskirje.

Hei!

Olen toimittanut teille tiedotteen sekä saatekirjeen kahden hoitoyksikön työpaikkakulttuuria ja yhteistyötä käsittelevään pro gradu -tutkielmaani liittyen. Mikäli olette jo ilmoittautuneet tutkimukseen, paljon kiitoksia.

Tarvitsisin tutkimukseeni vielä osallistujia. Tutkimukseen osallistumisenne auttaa antamaan tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tutkimukseen osallistumisesta ei arvioida olevan teille haittaa. Mikäli kuitenkin koette tutkimukseen osallistumisen haitalliseksi, voitte vetäytyä tutkimuksesta koska tahansa.

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa tutkimuksesta eikä tietoja anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimusaineistoa säilytetään henkilökohtaisella tietokoneellani salasanasuojatussa tiedostossa, ja se hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Toivoisin, että ilmoittaisitte halukkuudestanne osallistua tutkimukseen alla olevaan sähköpostiosoitteeseen xxx mennessä.

Etukäteen suuresti kiittäen,

Anna Wallin

Wallin.Anna.Ka@student.uta.fi

terveydenhoitaja, TtK, TtM-opiskelija

Tampereen yliopisto

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Liite 4. Suostumuslomake.

Työpaikkakulttuuri ja yhteistyö psykiatrisessa hoitoyksikössä

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Voin keskeyttää tutkimukseen osallistumiseni missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Mikäli näin tapahtuu, siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa. Tutkimustietokantaan tallennettuja tietojani ei voida poistaa tutkimuksesta vetäytymiseni jälkeen, jos tiedot on jo ehditty analysoida. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Helsingissä _____.____.2017

Helsingissä _____.____.2017

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

tutkittavan allekirjoitus

tutkijan allekirjoitus

nimenselvennys

nimenselvennys

Liite 5. Taustamuuttujalomake.

Tutkimukseen osallistujien taustamuuttujat:

- Ikä _____ v.
- Sukupuoli _____
- Korkein suoritettu tutkinto _____
- Työkokemus vuosina sosiaali- ja terveysalalta _____, jos alle, _____ kk
- Työkokemus vuosina nykyisestä hoitoyksiköstä _____, jos alle, _____ kk

Liite 6. Teemahaastattelurunko.

Työpaikkakulttuurin kokemus hoitohenkilökunnan näkökulmasta

- Millaiseksi koette hoitoyksikkönne työpaikkakulttuurin?
- Mitkä ovat mielestänne hoitoyksikkönne työpaikkakulttuuriin liittyviä positiivisia tekijöitä?
- Mitkä ovat mielestänne hoitoyksikkönne työpaikkakulttuuriin liittyviä negatiivisia tekijöitä?

Työpaikkakulttuurin yhteys hoitoyksiköiden väliseen yhteistyöhön

- Miten koette työpaikkanne työpaikkakulttuurin olevan yhteydessä yhteistyöhön teidän ja *hoitoyksikön A/B* välillä?

Liite 7. Esimerkki analyysitaulukosta.

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
<p><i>”Sit ehkä se semmonen potilaskeskeisyys, et me ollaan töissä täällä niitä varten. Et ne on niin kuin fokuksessa.”</i></p>	<p>Potilaskeskeinen toiminta; Työn tekeminen potilaita varten; Keskittyminen potilaisiin hoitotyössä</p>	<p>Hoitotyön toteuttaminen potilasta ajatellen</p>	<p>Potilaslähtöisyys</p>
<p><i>”Et se ei oo pelkästään vaan just sitä keskustelua, et nyt keskustellaan psykoedukatiivisesti potilaiden kanssa, vaan et voi oikeesti miettiä muita hoitomuotoja.”</i></p>	<p>Potilaan hoidon toteuttaminen eri hoitomuotoja hyödyntäen</p>		
<p><i>”Et vaikka jos ollaan aateltu että se otetaan tämmöinen terapeutinen, supportatiivinen lähestymistapa ja annetaan aikaa ja kuunnellaan, ja sit et ei helkkari... Ei kun aktivoivat, lyhyet tapaamiset ja ei mitään vellomista. Et se on sitä just et me niin kuin yritetään miettiä et mikä sille potilaalle on parasta.”</i></p>	<p>Potilaan hoidon toteuttaminen hänen parastaan ajatellen; Henkilökunta yrittää miettiä, mikä on potilaalle parasta</p>		
<p><i>”Meidän keskinäinen joustavuus, mikä se näkyy niin kuin kaikessa ... Et jos tulee joku äkillinen et pitää lähteä potilaan kans johonkin, niin muut sit hoitaa ja jos tarvii vuoroa vaihtaa, niin nekin hoituu.”</i></p>	<p>Henkilökunnan keskinäinen joustavuus; Kollegat joustavat tarvittaessa yllättävissä potilastyöhön liittyvissä tilanteissa; Vuorojen vaihtaminen kollegan kanssa onnistuu tarvittaessa</p>	<p>Potilastyön joustavuus</p>	

<p><i>”Ei oo niin hierarkkista (hoitoyksikössä).”</i></p>	<p>Mahdollisuus reagoida nopeasti potilaan voinnissa tapahtuneisiin muutoksiin</p>		
<p><i>”Et sitä hoitosuunnitelmaa voi niin kuin muokata nopeasti ja joustavasti potilaan kohdalla.”</i></p>	<p>Potilaan hoitosuunnitelmaa on mahdollista muokata nopeasti; Potilaan hoitosuunnitelmaa on mahdollista muokata joustavasti</p>		
<p><i>”Potilaiden kohdalla, jotka on siellä avohoidossa kirjoilla, jotka ei oo sairaalassa, niin niiden kans pystyy tekemään aikamoisia muutoksiakin välillä.”</i></p>	<p>Avohoidossa kirjoilla olevien potilaiden hoidossa on mahdollisuus tehdä suuria muutoksia tarvittaessa</p>		
<p><i>”Voidaan saman päivän aikana mennä potilaan luo sit kattomaan, et mikä se on se vointi. Et sillein, et se on meidän vahvuuskin kyllä.”</i></p>	<p>Potilaan luona on mahdollista käydä lyhyellä varoitussajalla</p>		