

Laadukas hoitotyön toimintaympäristö organisaatioiden vetovoimatekijänä

Hoitohenkilökunnan kokemuksia toimintaympäristöstä

**Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Terveystieteet/Hoitotiede
Pro gradu -tutkielma
Tytti Valli
Huhtikuu 2018**

Tiivistelmä

TAMPEREEN YLIOPISTO
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Terveystieteet/Hoitotiede

VALLI TYTTI: Laadukas hoitotyön toimintaympäristö organisaatioiden vetovoimatekijänä -
Hoitohenkilökunnan kokemuksia toimintaympäristöstä

Pro gradu tutkielma, 50 sivua + liitteet 5 kpl

Ohjaajat: TtT, Professori Eija Paavilainen ja FT, dosentti, yliopistonlehtori Jari Kylmä

Huhtikuu 2018

Hoitotyön toimintaympäristön vaikutus hoitohenkilökuntaan, hoidon laatuun ja organisaation kykyyn kilpailla osaavasta hoitohenkilökunnasta on osoitettu useissa eri tutkimuksissa. Laadukas toimintaympäristö ja sen kehittäminen voidaan nähdä organisaatioiden yhtenä tärkeimmistä vetovoimatekijöistä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia toimintaympäristöstä jossa he työskentelevät. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voivat hyödyntää erityisesti hoitotyön kehittämisestä ja johtamisesta vastaavat henkilöt päätöksenteon tukena kehitettäessä terveydenhuollon organisaatioiden hoitotyötä ja toimintaympäristöä.

Tutkimusaineisto kerättiin kahdessa osassa. Ensimmäinen osa kerättiin keväällä 2017 sähköisellä kyselylomakkeella kahden akuuttihoitotyöhön suuntautuneelta osaston hoitotyötä tekevältä henkilökunnalta. Toinen osa kerättiin tammikuussa 2018 yhdeltä akuuttihoitotyöhön suuntautuneelta osaston ja yhden poliklinikan hoitotyötä tekevältä henkilökunnalta. Kysely lähetettiin yhteensä 158 (N=158) hoitohenkilökuntaan kuuluvalla henkilöllä ja siihen vastasi 74 (n=74) henkilöä, muodostaen vastausprosentiksi 47 %. Aineisto analysoitiin SPSS for Windows 24 -ohjelmalla.

Tutkimukseen osallistuneet hoitotyötä tekevät hoitajat arvioivat hoitotyön toimintaympäristön jossa he työskentelevät keskimäärin hyväksi. Parhaiten toimintaympäristön ulottuvuuksista toteutui hoitajien ja lääkärin välinen kollegiaalisuus. Heikoiten hoitotyön toimintaympäristön ulottuvuuksista koettiin toteutuvan henkilökunnan voimavarojen ja resurssien riittävyys. Tutkimus osoitti, että työkokemuksella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys hoitohenkilökunnan kokemukseen mahdollisuudesta osallistua sairaalan toimintoihin. Mitä vähemmän hoitohenkilökunnalla oli työkokemusta, sen paremmaksi hän arvioivat mahdollisuutensa osallistua sairaalan toimintoihin. Sukupuolella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys hoitohenkilökunnan kokemukseen hoitotyön johtajan kyvykkyydestä, johtamisesta ja hoitajien tukemisesta, sillä miehet kokivat olevansa tyytyväisempiä hoitotyön johtajan toimintaan kuin naiset.

Tämä tutkimus vahvisti käsitystä, että hoitotyön toimintaympäristössä on kehitettävää. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää henkilökunnan voimavarojen ja resurssien riittävyyteen. Aihe on kansainvälisesti paljon tutkittu, mutta kotimaista tutkimusta aiheesta on vielä varsin vähän. Suurin osa tutkimuksista on tehty poikkileikkaus-asetelmasta. Myös pitkittäistutkimusta ja interventiotutkimusta aiheesta tarvittaisiin lisää.

Avainsanat: toimintaympäristö, hoitotyö, hoitohenkilökunta, PES-NWI

Abstract

UNIVERSITY OF TAMPERE

Faculty of Social Sciences/ Health Sciences

VALLI TYTTI: High quality nursing environment as an magnetism factor for organizations-
Nursing staff experience of the practical environment

Master`s thesis, 50 pages + attachments 5 pcs

Supervisors: DHSc, professor Eija Paavilainen and PhD, adjunct professor Jari Kylmä

April 2018

Several studies have shown the effects of health care operating environment in the nursing staff, the quality of care and the organizations' competitiveness for capable staff. Maintaining and developing a high quality operating environment can be seen as one of the most important appealing factors in an organization.

The purpose of this study is to depict the experiences of nursing staff in their work environment. The aim is to produce useful information especially for people who are in charge of developing and managing health care work, and to support their decision-making when developing the quality of care and the operating environments of health care organizations.

The research material was gathered in two parts. The first part was gathered in 2017 with an electronic questionnaire from two staffs working in acute care departments. The second part was gathered in January 2018 from the staffs of an acute care department and an outpatient care department. The questionnaire was sent to 158 (N=158) members of nursing staff of which 74 (n=74) answered, forming a response rate of 47 %. The research material was analyzed with SPSS for Windows 24 software.

The nurses who participated in the survey think the quality of their operating environment is good on average. Of the different aspects of their work environment, the collegiality between nurses and doctors was realized best. The adequacy of personnel resources was considered to be the weakest aspect. The study shows that work experience has a statistically significant connection with how much the nurses feel they can participate in the hospital functions. The less they had work experience, the more they felt they can participate. Sex had a statistically significant connection with how members of the staff feel their nursing management has succeeded in managing, leading and supporting the nurses, as male nurses were more satisfied with their management than females.

This study reinforced the perception that the operating environments in health care have room for development. Special attention should be paid for the adequacy of personnel resources. The subject has been studied a lot internationally, but domestic research on the subject is still scarce. The majority of existing studies are cross-sectional studies. Further longitudinal and interventional studies are needed.

Keywords: practice environment, nursing, nursing staff, PES-NWI

Sisällysluettelo

1. JOHDANTO	1
2. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	3
2.1 Hoitotyön toimintaympäristö	3
2.2 Hoitotyön toimintaympäristön ulottuvuudet	5
2.3 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	12
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	14
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	15
4.1 Aineiston keruu	15
4.2 PES-NWI -mittari	16
4.3 Aineiston analyysi	18
5. TULOKSET	21
5.1 Vastaajien taustatiedot	21
5.2 Hoitohenkilökunnan kokemukset hoitotyön toimintaympäristöstä	22
5.3 Työympäristön ulottuvuuksien väliset yhteydet	27
5.4 Taustamuuttujien yhteys hoitohenkilökunnan kokemaan hoitotyön toimintaympäristöön	27
5.4.1 Mahdollisuus osallistua sairaalan toimintoihin	28
5.4.2 Hoitotyön laadukas perusta	28
5.4.3 Hoitotyön johtajan kyvykkyys, johtaminen ja hoitajien tukeminen	29
5.4.4 Henkilökunnan voimavarojen ja resurssien riittävyys	29
5.4.5 Hoitajan ja lääkärin välinen kollegiaalisuus	29
6. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	33
6.1 Tutkimuksen luotettavuus	33
6.2 Tutkimuksen eettisyys	36
6.3 Tulosten tarkastelu	37
6.4 Johtopäätökset	43
6.5 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet	44
Lähteet:	46

Taulukot:

Taulukko 1. PES-NWI mittarista muodostetut summamuuttujat ja niihin sisältyvät väittämät	17
Taulukko 2. Hoitohenkilökunnan taustatiedot	21
Taulukko 3. Hoitajien kokemus hoitoympäristöstä summamuuttujittain	22
Taulukko 4. Hoitohenkilökunnan kokemus mahdollisuudesta osallistua sairaalan toimintoihin	23
Taulukko 5. Hoitohenkilökunnan kokemus hoitotyön laadukkaista perusteista	24
Taulukko 6. Hoitohenkilökunnan kokemus hoitotyön johtajan kyvykkyydestä, johtamisesta ja hoitajien tukemisesta	25

Taulukko 7. Hoitohenkilökunnan kokemus henkilökunnan ja voimavarojen riittävydestä	26
Taulukko 8. Hoitohenkilökunnan kokemus kollegiaalisuus hoitaja-lääkäri suhteissa	26
Taulukko 9. Taustamuuttujien yhteys hoitohenkilökunnan kokemukseen toimintaympäristöstä	31

Liitteet:

LIITE 1. TIETOKANTAHAKU

LIITE 2. HOITOTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖÖN LIITTYVIÄ TUTKIMUKSIA

LIITE 3. PES-NWI –MITTARI JA TAUSTAMUUTTUJAT

LIITE 4. SAATEKIRJE

LIITE 5. TOIMINTAYMPÄRISTÖN ULOTTUVUUKSIEN VÄLISET YHTEYDET

1. JOHDANTO

Terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Laki edellyttää julkisten sairaaloiden ja terveystieteiden keskusten takaavan potilaille laadukkaan hoidon. (Finlex 1326/2010.) Näyttöön perustuva toiminnan ylläpito ja sen lisääminen hoitotyössä on yksi merkittävä osatekijä korkealaatuisen hoidon kehittämisessä ja ylläpitämisessä (Hotus 2010). Jotta hoidon laatua ja hoitotyön toimintaympäristöä pystytään kehittämään, terveydenhuollon organisaatioiden johtajat tarvitsevat luotettavia ja päteviä arviointivälineitä heikkouksien ja keskeisten vahvuuksien tunnistamiseksi (Lake 2007).

Vuonna 2015 Suomen terveydenhuoltomenot olivat 19,8 miljardia euroa (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016). Terveydenhuoltoa koskevassa arvioinnissa keskitytään usein organisaatiota ja sen rakenteita koskeviin näkökulmiin, enemmän kuin terveydenhuollon tuloksiin (Tervo-Heikkinen, Kiviniemi, Partanen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Korkeatasoinen potilashoito on organisaatioiden ja hoitohenkilökunnan yhteinen tavoite, vaikka monet organisaatioiden sisäiset asiat kuten työkulut, henkilöstö ja sille mitoitettu työmäärä, sekä epäsäännölliset työajat luovat stressiä ja vaikuttavat hoitohenkilökunnan työtyytyttömyyteen, sekä potilaan saamaan hoitoon (Gunnarsdóttir, Clarke, Rafferty & Nutbeam 2009).

Hoitotyön toimintaympäristöä on tutkittu jo kolmen vuosikymmenen ajan. Hoitotyön toimintaympäristö määritellään niiksi ominaisuuksiksi, jotka helpottavat tai rajoittavat ammattilaisten suorittamaa hoitotyötä. Kansainväliseen toimintaympäristötutkimukseen on liitetty myös huoli työvoimapulasta, potilaan saaman hoidon laadusta ja turvallisuudesta. Hyvään ja toimivaan toimintaympäristöön on liitetty keskeisesti Magneettisairaala-malli. (Lake 2002.) Magneettisairaala-malli perustuu joukkoon ominaisuuksia, jotka tunnetaan paremmin vetovoima-tekijöinä (Kutney-Lee, Stimpfel, Sloane, Cimiotti, Quinn, Aiken 2015).

Tässä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita hoitohenkilökunnan kokemuksesta hoitotyön toimintaympäristöstä kolmella eri osastolla ja yhdellä poliklinikalla, joita yhdistävänä tekijänä voidaan pitää niiden luonnetta hoitaa akuutisti sairastuneita potilaita tehostetummassa valvonnassa verrattuna tavalliseen vuodeosastoon. Akuuttihoitotyöllä tarkoitetaan äkillisesti sairastuneen ja

tehostettua hoitoa vaativan potilaan hoitotyötä. Akuuttihoitotyötä voidaan tehdä erilaisissa toimintaympäristöissä, mutta sen keskiössä on potilaan oireiden hoito, vitaalielintoimintojen turvaaminen, sekä mahdollisten komplikaatioiden ehkäiseminen. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2009.) Tutkimuksessa käytettiin 31 tutkimusmuuttujaa sisältävää PES-NWI -mittaria, johon sisältyi viisi ulottuvuutta, jotka mittaavat hoitotyön toimintaympäristöä. Nämä ulottuvuudet ovat: hoitohenkilökunnan mahdollisuus osallistua työpaikan toimintoihin, hoitotyön perusta laadukkaalle hoitotyölle, hoitotyön johtajan kyvykkyys, johtamistaidot ja hoitajien tukeminen, henkilöstön ja voimavarojen riittävyys sekä hoitajien ja lääkärin välinen kollegiaalisuus. (Lake 2002.) Tutkimus on osa sairaanhoitopiirin hanketta, jonka tarkoituksena on kehittää ja arvioida hoitohenkilökunnan ammattipätevyyttä, työhyvinvointia ja työhön sitoutumista kuvaava malli.

2. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Tutkimusta varten tehtiin kirjallisuuskatsaus, jotta pystyttiin määrittämään tutkimuksen kannalta keskeiset käsitteet sekä vertaamaan tutkimustuloksia aiemmin tehtyihin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsausta tehdessä huomattiin, ettei hoitotyön toimintaympäristöä koskevaa tutkimusta ole Suomessa tehty vielä kovinkaan paljoa. Kansainvälisesti aihe on kovinkin tutkittu, joskin suurin osa tutkimuksesta on tehty Magneettisairaala-mallin näkökulmasta.

Kirjallisuushakuja tehtiin sekä kansainvälisistä tietokannoista (Cinahl, Medline, PubMed), että kotimaisesta (Medic) tietokannasta. Haku rajattiin koskemaan tutkimuksia, jotka on julkaistu vuosina 2008–2018. Lisäksi käytettiin manuaalihakua, jonka seurauksena mukaan hyväksyttiin aiheen kannalta oleellisia, hieman vanhempia tutkimuksia. Tiedonhaku on kuvattu tarkemmin liitteessä 1. Tähän tutkimukseen hyväksyttiin yhteensä 29 hoitotyön toimintaympäristöön liittyvää artikkelia, katsausta tai tutkimusta. Mukaan valitut tutkimukset, niiden tekijät, tarkoitus, otos, menetelmä ja keskeiset tulokset on esitelty liitteessä 2.

2.1 Hoitotyön toimintaympäristö

Hyvän ja ammattimaisen toimintaympäristön määritelmää ei ole yleisesti hyväksytty (Prezerakos, Galanis & Moisoglou 2015). Hoitotyön toimintaympäristön teoreettinen perusta on Laken (2002) mukaan sosiologiassa ja siihen katsotaan kuuluvan ne työympäristön organisaatioon liittyvät tekijät, jotka helpottavat tai rajoittavat hoitotyön ammattilaisten toimintaa taitavan ja laadukkaan hoitotyön toteuttamisessa. Mikäli terveydenhuollon organisaatiot haluavat varmistaa tarjoavansa turvallista ja laadukasta terveydenhuoltoa tyytyväisen ja tehokkaan hoitohenkilökunnan avulla, on niiden kiinnitettävä huomiota hoitotyön toimintaympäristön kehittämiseen ja ylläpitoon (Prezerakos ym. 2015). Työympäristöä kehitettäessä on kuitenkin otettava huomioon monet tekijät (Tervo-Heikkinen ym. 2009).

Aikaisempi tutkimus osoittaa, että hoitotyön toimintaympäristön laatu vaikuttaa hoitohenkilökuntaan, potilaiden hoitotuloksiin, sekä organisaatioon (Hinno, Partanen & Vehviläinen-Julkunen 2012, Warshawsky & Havens, 2011, Aiken, Buchan, Ball & Rafferty 2008, Tervo-

Heikkinen 2008). Hyvällä toimintaympäristöllä on todettu olevan vaikutus henkilökunnan näkökulmasta työtyytyväisyyteen, työhön sitoutumiseen (Lake 2002) sekä työssä jaksamiseen (Warshawsky & Havens, 2011). Potilaan näkökulmasta hyvä toimintaympäristö vaikuttaa hoidon parempaan laatuun (Prezerakos, Galanis & Moisoglou 2015, Aiken & Sermeus 2012, Kelly, McHugh & Aiken 2011, Nantsupawat, Srisuphan, Kunaviktikul, Wichaikhum, Aunguroch & Aiken 2011) ja tapaturmien ja hoitovirheiden alempaan määrään (Aiken, Clarke, Sloane, Lake & Cheney 2009, Armstrong, Laschinger & Wong 2009). Potilashoidossa tyypillisimmät heikkoon toimintaympäristöön liitetyt haattatapahtumat ovat väärän lääkkeen tai lääkeannoksen antaminen, painehaavauma, kaatuminen (Cho, Chin, Kim & Hong 2016) tai potilaiden mortaliteetti sairaalahoidon aikana tai sen jälkeen (Aiken ym. 2009). Organisaatioiden näkökulmasta hyvä toimintaympäristö edistää ammattitaitoisen henkilökunnan saatavuutta, sekä työpaikassa ja alalla pysymistä (Kutney-Lee, Wu, Sloane. & Aiken 2013).

Yhdysvalloissa työympäristön kehittämiseen on kiinnitetty huomiota jo parin vuosikymmenen ajan. Toimintaympäristön kehittäminen ja siihen liittyvä tutkimus on ollut erityisesti läsnä niissä sairaaloissa, joissa toiminta luokitellaan akuutiksi. Hyvän ja positiivisen toimintaympäristön on todettu korostavan potilaskeskeisyyttä, sekä tukevan hoitohenkilökuntaa toimimaan työssään täysipainoisesti ja toimimaan tehokkaasti eri ammattiryhmien kanssa (Lake 2002). Kansainvälinen hoitotyön toimintaympäristön tutkimus perustuu pääasiassa magneettisairaalatutkimukseen ja tätä varten kehitettyihin mittareihin. Magneettisairaalatutkimuksen taustalta löytyy Magneettisairaala-termi, jonka keskiössä on korkeatasoinen hoitotyön toimintaympäristö (Partanen, Pitkäaho, Kvist, Turunen, Miettinen & Vehviläinen-Julkunen 2008). Magneettisairaalatutkimuksen taustalta löytyy tilanne, jossa 1980-luvun alussa Yhdysvalloissa tutkijat kiinnittivät huomiota siihen, että eräät sairaalat vetivät ammattitaitoista henkilökuntaa töihin magneetin tavalla, samaan aikaan kun osa sairaaloista taisteli ammattitaitoisen henkilökunnan säilyttämisestä (Tervo-Heikkinen 2008). Tutkijat kiinnostuivat selvittämään, miksi nuo tietyt sairaalat olivat vetovoimaisempia muihin sairaaloihin verrattuna?

Näistä lähtökohdista syntyi hieman myöhemmin Magneettisairaalamalli (Magnet Recognition Program®), joka on hoitotyön laatua edistävä ohjelma. Mallin kehittäjä ja hallinnoija American Nurses Credentialing Center (ANCC) on vuodesta 1994 myöntänyt Magneettisairaala-statusia sairaaloille, jotka ovat osoittavat huippuosaamista hoitotyössä käytyään lävitse vaativan prosessin ja täytettyään vaaditut kriteerit ja standardit. Tällä hetkellä Yhdysvalloissa on noin 400 Magneettisairaala-statusen saanutta sairaalaa, eli noin 7 % sairaaloista, joissa toiminta luokitellaan

akuutiksi. Magneettisairaala-malli perustuu joukkoon ominaisuuksia, jotka tunnetaan paremmin vetovoima-tekijöinä. Tämä American Nurses Credentialing Centerin vuonna 2008 päivittämä viiden kohdan malli sisältää seuraavat vetovoima-tekijät 1) muutosjohtajuus, 2) rakenteellinen vaikutusvalta; eli toimintaa tukeva organisaatio, 3) esimerkillinen ammatillinen toiminta, 4) tutkittuun tietoon perustuvat innovaatiot ja parannukset sekä 5) tutkimustieto toiminnasta ja hoidon empiirisistä tuloksista. (Kutney-Lee ym. 2015.)

Oletetaan, että työhönsä ja työoloihinsa tyytyväinen työntekijä on sitoutunut ja motivoitunut. Lisäksi työn merkityksellisyydellä ja työhyvinvoinnilla turvataan laadukas ja tuloksellinen potilashoito. (Prezerakos ym. 2015, Aiken & Sermeus 2012, Kelly ym. 2011, Partanen ym. 2008.) Hoitotyön toimintaympäristön vetovoimaisuus perustuu myös esimerkiksi päätöksenteon hajauttamiseen sairaanhoitajille sekä vahvaan, tehokkaaseen ja näkyvään hoitotyöhön. Muut vetovoimaisuutta lisäävät tekijät ovat hoitajan itsenäisyyden, vastuullisuuden, riittävän henkilöstön ja joustavan aikataulun tunnustaminen organisaatiossa. (Lake 2002.)

Sosiaalinen monimuotoisuus, erilaiset terveydenhuollon rakenteet ja hoitotyön koulutus vaihtelevat eri kulttuureissa. Tämä saattaa vaikuttaa hoitotyön toimintaympäristöihin, vaikuttaen tätä kautta myös tutkimustuloksiin, mikä tekee aiheen tutkimisesta kansainvälisesti tärkeää. (Papastavrou, Acaroglu, Sendir, Berg, Efstathiou, Idvall, Kalafati, Katajisto, Leino-Kilpi, Lemonidou, Antunes da Luz & Suhonen 2015.) Vaikka Magneettisairaala-malli toimii varmasti eräänlaisena ohjenuorana niille organisaatioille jotka pyrkivät saavuttamaan Magneettisairaala-statusen, se tarjoaa myös käyttökelpoisen kehyksen organisaation toiminnan rakentamiseksi kohti hyvää ja laadukasta toimintaympäristöä ja potilaiden hoitoa (Grant, Colello, Riehle & Dende 2010).

2.2 Hoitotyön toimintaympäristön ulottuvuudet

Hoitotyön toimintaympäristön rakenne on monimuotoinen. Lake (2002) on kuitenkin erottanut toimintaympäristöstä viisi erillistä ulottuvuutta: sairaanhoitajan osallistuminen sairaalan toimintoihin, hoitotyön laadukkaat perusteet, johtajan kyvykkyys, johtaminen ja henkilökunnan tukeminen, henkilökunnan ja voimavarojen riittävyys sekä kollegiaaliset suhteet lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä.

Mahdollisuus osallistua sairaalan toimintoihin

Työtyytyväisyyden ja työn vaikuttavuuden kannalta henkilöstön ja johdon yhteistyösuhteet ovat tärkeitä, sillä organisaation kannustaessa yhteistyöhön he edistävät hoitohenkilökunnan ammatillisuutta sekä päätöksentekoon osallistumista. Yhteistyötä tekemällä eri henkilöiden voimavarat, osaaminen, asiantuntemus sekä tieto yhdistyvät, jolloin myös hyvien päämäärien saavuttaminen on todennäköisempää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Organisaatiossa työskenteleville ammattilaisille voidaan delegoida ammatilliseen toimintaan liittyvää päätöksentekovaltaa osallistavan johtamisen avulla, josta kansainvälinen kirjallisuus käyttää käsitettä ”shared governance”. Osallistavassa johtamisessa johdon ja henkilöstön rooleja ei määritellä aseman mukaan organisaatiossa, vaan päätösvaltaa ohjaa esimerkiksi projektin tehtävät ja roolit. Tämä tukee hoitohenkilökunnan oman työn vaikutusmahdollisuuksia. Luottamuksellinen työilmapiiri sekä johtamistavan muutokseen sitoutuminen myös ylimmän johdon osalta, ovat osallistavan johtamisen perustana. Tämän on todettu parantavan henkilöstön ja johtajien välistä vuorovaikutusta sekä tiedottamista, työolosuhteita sekä ilmapiiriä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Myös henkilökunnan osallistuminen sairaalan toimintoihin yhdessä hyvän työympäristön kanssa vaikuttaa potilasturvallisuuteen (Armstrong ym. 2009).

Johtajien näkyvyys ja saatavilla oleminen edistivät suhteita, synnyttivät luottamusta ja avointa kommunikaatiota, joilla todettiin olevan vaikutus myös organisaation suorituskykyyn. Vuorovaikutus ja johdon saatavilla olo /näkyvyys lisää palautteenantoa ja vaikuttaa tätä kautta myös työntekijän tyytyväisyyteen, koska hän saa ilmaista huolensa helpommin. Johtajat osoittavat kunnioitusta työntekijöiden mielipiteille ryhtymällä toimiin tai antamalla asianmukaisen vastauksen niissä tilanteissa, joissa toimiin ei ole tarpeellista ryhtyä. Alaisille tulisi viestittää, että palaute johdolle ei ole vain tervetullutta, vaan sitä myös toivotaan. (Adelman 2012.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kehittämä sairaanhoitajan ammattiuramalli (AURA) korostaa työntekijöiden yksilöllisyyttä, ja sen tarkoituksena on tukea itseohjautuvaa oppimista. Sen avulla on mahdollista tarkastella omaa ammatillista kasvua ja kannustaa henkilöstöä oman osaamisen kehittämiseen. Työuran alkuvaiheessa hoitohenkilö on perehtyjä, joka etenee suoriutuvan, pätevän ja taitavan työntekijän kautta jopa asiantuntijaksi. Asiantuntijatasen saavuttaminen vaatii ammatillisen perustutkinnon ja työkokemuksen kautta hankittua laajaa asiantuntijuutta, mutta myös akateemista loppututkintoa. (Meretoja ym. 2007, Ritmala-Castrén & Meretoja 2004.)

Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunnan mahdollisuus osallistua työpaikan toimintoihin ulottuvuus piti sisällään seuraavat yhdeksän tutkimusmuuttujaa: hoitajilla mahdollisuus kehittyä urallaan, hoitajilla on mahdollisuus osallistua menettelytapoja koskevaan päätöksentekoon, hallintoylihoitaja on erittäin näkyvä ja henkilöstön lähestyttävissä, hallintoylihoitaja on toimivallassaan tasavertainen muun johtoryhmän kanssa, hoitajilla on mahdollisuus edetä uralla, hallinto kuuntelee ja puuttuu hoitajien huolenaiheisiin, hoitajat ovat mukana työpaikan hallinnossa (esim. kliinisissä ja hallinnollisissa työryhmissä), hoitajilla on mahdollisuus osallistua työpaikan ja hoitotyön yhteistyöryhmiin sekä hoitotyön johtajat konsultoivat hoitajia päivittäisissä ongelmissa ja toiminnoissa (Warshawsky & Havens, 2011). (Taulukko 1)

Hoitotyön laadukas perusta

Terveydenhuoltolain mukaan väestölle on annettava laadukkaita terveydenhuollon palveluja ja, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Johto tukee hoitotyön tekijöitä laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuuden toteuttamiseen, eri ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön, sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämiseen. Toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. (Finlex 1326/2010.) Hoitotyön laatua ja laadukkuutta arvioidaan usein hoitotyön eri osa-alueiden kautta (Kvist 2004). Hoitotyön ja erilaisten toimintamallien tulisi olla tehokkaita ja perustua näyttöön perustuvaan tietoon. Näyttöön perustuvassa toimintamallissa kuvataan myös parhaaseen mahdolliseen näyttöön perustuvan hoitosuosituksen käyttöönotto ja toteutumisen seuranta. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä voidaan kuvata kahdella eri tasolla: hoidon yhtenäistämisen- ja yksittäisen työntekijän päätöksenteon -tasolla. Hoidon yhtenäistämässä potilasryhmien hoitokäytäntöjä yhtenäistetään parhaaseen mahdolliseen tutkimusnäyttöön perustuen. Tämä takaa sen, että potilailla on yhtäläiset mahdollisuudet saada parasta mahdollista hoitoa asuin- tai hoitopaikastaan riippumatta. (Hotus)

Terveydenhuoltolaki velvoittaa toimintayksiköt laatimaan suunnitelman laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta (Finlex 1326/2010). Turvallisuus- ja laadunvarmistuskulttuurin kehittämisen on todettu vaikuttavan myönteisesti hoitotyön toimintaympäristöön ja lisäävän työtyytyväisyyttä (Brewer, Kovner, Greene, Tukov-Shuser Djukic 2012).

Suomessa sairaanhoitajan ammattia voi harjoittaa vain sairaanhoitajatutkinnon suorittanut henkilö. Ammatinharjoittamisoikeutta säätelee Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559), asetus

terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994) (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Suomessa sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto Valvira myöntää oikeuden harjoittaa ammattia laillistettuna ammattihenkilönä, oikeuden käyttää nimikesuojattua ammattinimikettä ja myöntää rajoitettuja ammatinharjoittamislupia. Ammatillinen tutkinto yhdessä tutkinnon jälkeisen työkokemuksen kanssa mahdollistaa hoitajan kliinisen pätevyyden. Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä on velvollisuus huolehtia myös siitä, että terveydenhuollon henkilöstö osallistuu riittävästi terveydenhuollon täydennyskoulutukseen. (Finlex 1326/2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoista antaman asetuksen mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot, joiden tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä käyttäen vain hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä (Finlex 298/2009). Potilaalla tulee olla asianmukainen ja ajantasainen hoitosuunnitelma, jotta hoito olisi kokonaisvaltaista, yksilöllistä ja laadukasta (Valvira 2008). Hoitosuunnitelman rakenne on laadittu THL:ssä yhteistyössä käytännön toimijoiden kanssa. Suunnitelmaan kirjataan hoidon tarve ja tavoite, hoidon toteutus ja keinot, työnjako, seuranta ja arviointi sekä diagnoosi- ja lääkityslista. (Kuntaliitto 2011.)

Potilashoidon keskeisimmät prosessit täytyy olla kuvattuna. Prosessien tavoite on yhdenmukaistaa ja tehostaa toimintaa tavoitteellisesti ja läpinäkyvästi. Toimintokohtaisten prosessien kuvaaminen yhtenäistää menettelyjä ja selkiyttää henkilökunnan työnjakoa ja vastuuta, ja siten parantaa sujuvuutta sekä myötävaikuttaa poikkeamien ja virheiden vähenemiseen. Protokollat tukevat myös hoidon oikeanlaista toteuttamista oikea-aikaisesti ja parantavat hoidon tuloksellisuutta ja potilasturvallisuutta. Laadunhallinnan ja laadun parantamiseen liittyy olennaisena osana laadun seuranta ja arviointi, joiden perusteella suunnitellaan tarvittaessa korjaavia toimenpiteitä. (Kuntaliitto 2011.)

Uuden työntekijän hyvällä ja suunnitelmallisesti toteutetulla perehdyttämisellä annetaan uudelle työntekijälle kuva, että hän on tervetullut työyhteisöön. Perehdytyksen varsinaisena tarkoituksena on kuitenkin vaikuttaa työntekijän osaamiseen ja työn laatuun. Tätä kautta pystytään vaikuttamaan myös työntekijän kokemaan työn kuormittavuuteen ja työhyvinvointiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Uuden työntekijän perehdytyksellä parannetaan myös työsuorituksia, työasenteita, sosiaalisia suhteita, hoitajan itsetuntemusta, motivaatiota ja kompetenssia, reflektiokykyä, yhteistyökykyä, luottamusta, työilmapiiriä, uralla etenemistä, sekä vähennetään erilaisia hankaluuksia ja hoidossa tapahtuvia virheitä (Nikki, Koivunen & Suominen 2010).

Teemat ja elementit, joilla hoitotyön laadukkuutta pyritään kuvaamaan, eivät ole välttämättä sellaisia, jotka ovat hoitohenkilökunnalle merkityksellisiä ja he ovat harvoin kehittämässä tai määrittelemässä toimintoja, joilla pyritään kehittämään hoitotyön laadukkuutta. Hoitotyön johdon vastuulla olisi kehittää toimintamalleja, jotka auttavat hoitohenkilökuntaa tunnistamaan hoitotyön laatuun liittyviä toimintatapoja ja toimimaan niiden mukaisesti. Mikäli hoitotyön laadun kehittämiseksi halutaan tehdä merkittäviä parannuksia, ne ovat yleensä hitaasti eteneviä ja asteittain tapahtuvia. Hoitotyöntekijät voivat kuitenkin helpottaa näiden toimintamuutosten käyttöönottoa parantamalla laadunvarmistusta ja tätä kautta myös potilastuloksia. (Burhans & Alligood 2010.)

Hoitotyön perusta laadukkaalle hoitotyölle ulottuvuus piti tässä tutkimuksessa sisällään seuraavat muuttujat: henkilöstön kehittäminen ja täydennyskoulutus on aktiivista, hallinto edellyttää hoitotyön korkeaa laatua, selkeä hoitotyön filosofia ohjaa hoitoa, työskentely tapahtuu kliinisesti pätevien hoitajien kanssa, käytössä on aktiivinen laadun varmistuksen ohjelma, uusille hoitajille on perehdytysohjelma, hoitaminen perustuu hoitotyön malliin ennemmin kuin lääketieteelliseen malliin, kaikilla potilailla on kirjalliset, ajan tasalla olevat hoitosuunnitelmat, työnjaossa hoidon jatkuvuus on turvattu sekä työssä käytetään hoitotyön diagnooseja (Warshawsky & Havens, 2011). (Taulukko 1)

Hoitotyön johtajan kyvykkyys, johtaminen ja hoitajien tukeminen

Hoitotyön johtaja on terveydenhuollon ammattihenkilö, joka toimii johtamis- ja esimiestehtävässä, ja jolla on terveydenhuollon ammattitutkinnon lisäksi johtamiskoulutusta sisältävä ylempi korkeakoulututkinto. Hoitotyön johtajien tärkeimpänä voimavara voidaan pitää hoitohenkilöstöä. Tästä syystä esimiehen johtamistyyllillä on oma vaikutuksensa hoitotyön tuloksiin ja hoitotyötä kehittämiseen. (Vesterinen 2013.)

Hoitotyön johtajien kyvykkyys on ratkaisevassa asemassa luotaessa turvallista, tuottavaa ja toimivaa hoitotyön toimintaympäristöä (Aiken, Sloane, Clarke, Poghosyan, Cho, You, Finlayson, Kanai-Pak & Aunguroch 2011). Hoitotyön johtajia julkisessa terveydenhuollossa ovat apulaisosastonhoitajat, osastonhoitajat, ylihoitajat, johtavat hoitajat ja hallintoylihoitajat. Hoitotyön johtamisen keskiössä on luoda edellytykset hoitotyölle, jotta se olisi mahdollisimman tuloksellista, laadukasta sekä vaikuttavaa. Hoitotyön ja johtamisen asiantuntijuus, alan tutkimuksen tunteminen, käytännön kokemus sekä palvelujärjestelmän ja toimintaympäristön tuntemus, sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön tunteminen ovat hoitotyön johtamisen perusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Koska organisaatioiden johdolla on velvollisuus huolehtia hoitotyön toimintaympäristöstä tukemalla rakenteellisia voimavaroja ja toteuttamalla esimerkillisiä ammatillisia käytäntöjä, heidän täytyy tuoda käytäntöön myös uusin ja tutkittu tieto. Tämän lisäksi tarvitaan erilaisia innovaatioita ja parannuksia sekä empiiristen tulosten huolellista raportointia. (Grant ym. 2010.) Johtamisella on tärkeä rooli positiivisten toimintaympäristöjen luomisessa ja hoitotyön johtamisen yhtenä tavoitteena voidaankin pitää hoitotyön johtajien, hoitohenkilöstön ja lääkäreiden välisten yhteistyösuhteiden ylläpitoa ja parantamista (Gunnarsdóttir ym. 2009).

Armstrongin ym. (2009) mukaan johdon täytyisi osata kuunnella hoitohenkilökunnan huolet ja ehdotukset, sekä osoittaa tukensa hoitajille, sillä johdon roolia pidettiin tärkeänä tekijänä hoitajien arvioidessa hoitotyön toimintaympäristöä. Hyvin toimivan johdon todettiin olevan positiivisessa yhteydessä myös hoitajan arvioimaan hoidon laatuun ja työssä pysymiseen (Hinno ym. 2012). Tämän voidaan katsoa korostavan johtamisen tärkeää roolia positiivisten ympäristöjen luomisessa (Gunnarsdóttir ym. 2009, Tervo-Heikkinen 2008).

Terveydenhuoltojärjestelmien jatkuva kehittyminen ja erilaiset organisaatiomuutokset haastavat hoitohenkilökunnan kyvyn tarjota laadukasta hoitoa. Tämä myös vaikuttaa hoitajien työn tuloksiin ja työssä viihtymiseen. Jatkuva kehittyminen on haaste myös organisaatioille, jotta heillä on kyky ja hyvät mahdollisuudet rekrytoida osaavaa henkilökuntaa. (Al-Maaitah, AbuAlRub & Al Blooshi 2018.) Onkin tärkeää, että hoitotyön johtajat ovat hoitohenkilökunnan saatavilla (Armstrong, Laschinger & Wong 2009).

Hoitotyön johtajan kyvykkyys, johtamistaidot ja hoitajien tukeminen ulottuvuus piti sisällään seuraavat viisi tutkimusmuuttujaa: esimiehet tukevat hoitajia, esimiehet hyödyntävät virheitä oppimismahdollisuuksina; ei kritisointina, hoitotyön esimiehenä osastonhoitaja on hyvä esimies ja johtaja, hyvin tehdystä työstä saa kiitosta ja tunnustusta sekä hoitotyön esimies tukee hoitohenkilökuntaa päätöksenteossa, vaikka se olisi ristiriidassa lääkärin mielipiteen kanssa (Warshawsky & Havens, 2011). (Taulukko 1)

Henkilökunnan voimavarojen ja resurssien riittävyys

Henkilöstön voimavarojen riittävyys, henkilöstön ammattitaito ja työhyvinvointi ovat menestymisen ehto ja samalla organisaatioiden kilpailutekijä. Riittäväillä henkilöstöresursseilla sekä henkilöstön ammattitaidon ja osaamisen oikealla hyödyntämisellä, on merkitystä henkilökunnan

työhyvinvoinnille. Erilaiset muutostilanteet ovat asioita, joihin johdolla täytyy olla kyky ennakoida ja varmistaa näin tarvittava osaaminen yksiköissä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Huonon toimintaympäristön todettu vaikuttavan myös ammattitaitoisen hoitohenkilöstön saatavuuden ongelmina, joka näkyy negatiivisesti myös hoitotyön laadussa (Roche, Duffield, Friedman, Twigg, Dimitrelis & Rowbotham 2016). Saatavuuden ongelma saattaa näkyä myös potilaiden suurempana lukumääränä yhtä hoitajaa kohtaan, jolla on todettu olevan merkittävä vaikutus tuloksiin ja haittatapaturmien esiintyvyyteen (Cho, Chin, Kim & Hong 2016) ja jopa kuolleisuuteen (Aiken ym. 2009). Tervo-Heikkisen (2008) mukaan erikoissairaanhoidossa tapahtui työtapaturmia vähemmän, ylitöitä tehtiin vähemmän ja potilastyytyväisyys oli korkeampi. Hoitohenkilökunnan kokemukset toimintaympäristöstä ja sen yhteys hoidon laatuun ja tuloksiin on riippumaton siitä, missä maassa tutkimus on tehty (Aiken ym. 2008).

Lukuisten tutkimustulosten mukaan hyvällä toimintaympäristöllä on vaikutusta hoitohenkilökunnan työtyytyväisyyteen, työssä pysymiseen (Gabriel, Erickson, Moran, Diefendorff & Bromley 2013, Kutney-Lee ym. 2013) ja henkilökunnan välisiin suhteisiin (Aiken ym. 2009). Erityisesti henkilöstömitoitus ja muut resurssit ennustavat työtyytyväisyyttä (Choi, Cheung & Pang 2013). Euroopan maissa on tehty tutkimuksia hoitotyöympäristön vaikutuksista hoitohenkilökuntaan, ja tulosten on todettu olevan vastaavia, kuin muualla maailmassa. Myös Euroopassa riittävillä resursseilla ja organisaation tuella yhdessä muiden toimintaympäristön osatekijöiden kanssa on ollut positiivinen yhteys hoitohenkilökunnan hyvinvoinnille. (Tervo-Heikkinen, Partanen, Aalto, & Vehviläinen-Julkunen 2008.)

Henkilöstön ja voimavarojen riittävyyteen liittyvä ulottuvuus piti sisällään neljä alla olevaa tutkimusmuuttujaa: riittävät tukitoiminnot mahdollistavat ajankäytön kohdentamisen potilashoittoon, käytettävissä on riittävästi aikaa ja mahdollisuuksia keskustella potilaiden hoitamisen ongelmista muiden hoitajien kanssa, käytettävissä on riittävästi sairaanhoitajia laadukkaan potilashoidon turvaamiseksi sekä käytettävissä on riittävästi henkilökuntaa, että työt saadaan tehdyksi (Warshawsky & Havens, 2011). (Taulukko 1)

Hoitajan ja lääkärin välinen kollegiaalisuus

Potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden vuorovaikutus ja kollegiaalisuus ovat ratkaisevassa asemassa luotaessa turvallista, tuottavaa ja toimivaa hoitotyön toimintaympäristöä (Aiken ym. 2009).

Kollegiaaliset suhteet voivat edistää positiivisia toimintaympäristöjä (Gabriel ym. 2013) ja hoitohenkilökunnan kokemusta potilaiden hoidon laadusta (Gunnarsdóttir ym. 2009). Aiemmin tehdyissä tutkimuksissa on myös löydetty tilastollinen yhteys positiivisten kollegiaalisten suhteiden ja työtyytyväisyyden väliltä (Gunnarsdóttir ym. 2009, Tervo-Heikkinen ym. 2008). Laken & Friesen (2006) mukaan hyvät kokemukset hoitajien ja lääkärien välisestä yhteistyöstä viittaa mahdollisesti myös siihen, että hierarkia kyseisten ammattien välillä on vähentynyt, mikä on parantanut samalla myös hoitajien asemaa.

Hoitajien ja lääkärin välinen kollegiaalisuuteen liittyvä ulottuvuus piti sisällään seuraavat muuttujat: lääkäreillä ja hoitajilla on hyvät yhteistyösuhteet, hoitajien ja lääkäreiden välinen yhteistyö toimii sekä hoitajat ja lääkärit tekevät paljon yhteistyötä (Warshawsky & Havens, 2011). (Taulukko 1)

2.3 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Työympäristöllä käsitetään ne organisaatioon liittyvät tekijät, jotka helpottavat tai rajoittavat hoitotyön ammattilaisten toimintaa taitavan ja laadukkaan hoitotyön toteuttamisessa (Lake 2002). Tutkimuskirjallisuus korostaa hoitotyön käytännön ympäristön merkityksen tärkeyttä, sillä hyvällä toimintaympäristöllä on todettu olevan vaikutusta niin henkilökunnan työviihtyvyyteen, työssä jaksamiseen ja työssä pysymiseen. Potilaan näkökulmasta hyvä toimintaympäristö näyttäytyy hoidon parempana laatuna ja hoidon parempina tuloksina. Lisäksi erilaisia haitta- ja vaaratapahtumia on todettu esiintyvän hyvissä toimintaympäristöissä vähemmän. Organisaatio on vetovoimainen ja he onnistuvat rekrytoimaan uusia työntekijöitä, sekä säilyttää jo rekrytoidut työntekijät organisaatiossa ja alalla.

Hoitotyön toimintaympäristö on jakaantunut viiteen eri ulottuvuuteen, jonka kautta toimintaympäristöä arvioidaan. Nämä ulottuvuudet ovat: hoitohenkilökunnan mahdollisuus osallistua sairaalan toimintoihin, hoitotyön laadukas perusta, hoitotyön johtajan kyvykkyys, johtaminen ja hoitajien tukeminen, henkilökunnan ja voimavarojen riittävyys sekä hoitajan ja lääkärin välinen kollegiaalisuus. (Lake 2002.) Suomessa hoitotyön toimintaympäristön ulottuvuuksia on pyritty takaamaan lailla ja asetuksilla, mutta aivan kaikkea hoitotyön toimintaympäristöstä ne eivät siltikään kata.

Magneettisairaaloiden ominaisuuksia on tutkittu kansainvälisesti laajasti. Magneetti-statusen omaavissa sairaaloissa on todettu olevan huomattavasti parempi hoitotyön toimintaympäristö, kuin niissä sairaaloissa, joissa Magneetti-statusta ei ole. Magneettisairaaloissa potilaiden hoitotulokset ovat parempia ja hyvä toimintaympäristö vaikuttaa myös siihen, että hoitohenkilökunnan on todettu kokevan vähemmän työtytymättömyyttä, korkeaa työnkuormitusta ja psyykkistä uupumusta. Magneettisairaaloiden sairaanhoitajilla on myös korkeampi koulutus ja he suunnittelevat työpaikan tai alan vaihdosta huomattavasti harvemmin kuin he, jotka eivät työskentele Magneetti-sairaaloissa. Tutkimustulokset ovat pysyneet vastaavina jo kolmen vuosikymmenen ajan. Tähän useita kertoja todennettuun tulokseen kannattaa myös organisaatioiden johdon, hoitohenkilökunnan ja potilaiden kiinnittää huomiota. (Kelly ym. 2011.)

Vaikka hoitotyön toimintaympäristöä koskevien tutkimustulosten on todettu olevan yhtenäisiä maasta riippumatta (Tervo-Heikkinen ym. 2008), sosiaalinen monimuotoisuus, erilaiset terveydenhuollon rakenteet ja hoitotyön koulutus vaihtelevat eri kulttuureissa. Tämä saattaa vaikuttaa hoitotyön toimintaympäristöihin, vaikuttaen tätä kautta myös tutkimustuloksiin, mikä tekee aiheen tutkimisesta kansainvälisesti tärkeää. (Papastavrou ym. 2015.)

Myös Joanna Briggs instituutti (2010) on antanut hoitotyön toimintaympäristöä koskevia, vahvan tuen suosituksia koskien näyttöön Magneettisairaala-mallin vaikutuksista hoitaja- ja potilastuloksiin. Suositusten mukaan hoitotyön johtajien ja hallinnon pitäisi käyttää näyttöön perustuvia interventioita ammatillisen hoitotyön toimintaympäristön parantamiseksi. Näitä kehityskohteita ovat: hoitajien ja lääkäreiden yhteistyön edistäminen, hoitajien autonomian kehittäminen, jaetun johtajuuden mallien käyttöönotto ja hoitotyön johtamisen jatkuva kehittäminen. Suosituksen mukaan hoitotyön johdon pitäisi harkita yhtenä keinona ANCC:n Magneettisairaalamallia ammatillisen hoitotyön toimintaympäristön parantamiseksi organisaatiossaan, sekä kehittää prosesseja hoitajien työtyytyväisyyden ja potilastulosten mittaamiseksi. Lisäksi olisi arvioitava hoitotyön toimintaympäristön kehittämistulosten kustannusvaikutuksia organisaatioon. (JBI-instituutti 2010.)

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitotyön toimintaympäristöä hoitohenkilökunnan näkökulmasta erään suomalaisen keskussairaalan akuuttihoitotyöhön keskittyneillä kolmella osastolla ja yhdellä poliklinikalla sekä kuvata taustamuuttujien yhteyttä hoitohenkilökunnan näkemyksiin hoitotyön toimintaympäristöstä.

Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voivat hyödyntää erityisesti hoitotyön kehittämisestä ja johtamisesta vastaavat henkilöt päätöksenteon tukena kehitettäessä terveydenhuollon organisaatioiden hoitotyötä ja toimintaympäristöä, mutta myös hoitohenkilökunta itse omien toimintatapojen ja yhteistyön kehittämiseen työpaikoilla.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Minkälaisena hoitohenkilöstö kokee hoitotyön toimintaympäristön, jossa he työskentelevät?
2. Miten taustamuuttajat ovat yhteydessä hoitohenkilöstön kokemaan hoitotyön toimintaympäristöön?

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Aineiston keruu

Tämän kvantitatiivisen poikkileikkaustutkimuksen aineistona on yhden suomalaisen keskussairaalan kolmelta akuuttihoitotyöhön suuntautuneen osaston ja yhden poliklinikan (N=4) hoitohenkilökunnalta kerätty aineisto. Aineiston keruussa käytettiin strukturoitua kyselyä. Aineisto on kerätty kahdessa osassa; ensimmäinen aineisto on kerätty vuoden 2017 helmi-huhtikuussa kahdella osastolla laajemman hankkeen osana ja toinen aineisto vuoden 2018 tammikuussa yhdellä osastolla ja yhdellä poliklinikalla. Jälkimmäinen aineisto kerättiin tätä tutkimusta varten.

Kysely toteutettiin molemmissa vaiheissa sähköpostikyselynä. Linkki Webropoliin tallennettuun, 31 tutkimusmuuttujaa ja kahdeksan taustamuuttujaa (ikä, sukupuoli, työkokemus, toiminta-alue, toimintayksikkö, vastuuyksikkö, koulutus ja työtehtävä) sisältävään kansainvälisesti paljon käytettyyn hoitotyön toimintaympäristöä koskevaan PES-NWI -kyselyyn (Liite 3) lähetettiin osastoilla ja poliklinikalla työskenteleville hoitajille (vakituiset, sijaiset, kiinnitetyt varahenkilöt) sähköpostitse yhdessä saatekirjeen (liite 4) kanssa. PES-NWI on osoittautunut aiemmissä tutkimuksissa validiksi ja reliaabeliksi mittariksi (Swiger, Patrician, Miltner, Raju, Breckenridge-Sproat & Loan 2017, Lake 2007, Lake 2002). Lisäaineistoa kerätessä kysely oli auki kolme viikkoa 8.1.2018–28.1.2018. Muistutusviestejä lähetettiin kyselyn aukioloaikana kaksi: 22.1. ja 26.1. pienen vastaajamäärän vuoksi. Kysely lähetettiin hoitotyöntekijöille, jotka työskentelivät akuuttihoitotyöhön suuntautuneella osastolla tai poliklinikalla (N=158). Heistä 74 (n=74) vastasi muodostaen vastausprosentiksi 47 %.

Aineiston keruussa käytetyn Webropol-ohjelman pääkäyttäjä-oikeudet olivat sairaanhoitopiirin kehittämissyksikössä, joka vastasi myös kyselyn viennistä Webropoliin, sekä aineiston tallennuksesta excel-muotoon. Tutkijalle toimitettiin sähköinen linkki kyselyyn, jonka hän ilmoitti saatekirjeen yhteydessä valitulle otokselle. Mittausten jälkeen kehittämissyksikkö toimitti aineiston tutkijalle kahtena Excel-tiedostona.

4.2 PES-NWI -mittari

The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) mittaa hoitotyön toimintaympäristöä. Mittari sisältää muuttujia, jotka parantavat tai heikentävät hoitajan mahdollisuutta tehdä hoitotyötä taitavasti ja tuottaa samaan aikaan korkealaatuista hoitoa. Mittari sisälsi 31 tutkimusmuuttujaa, joita arvioidaan Likert-asteikolla (1= vahvasti eri mieltä, 2= eri mieltä, 3= samaa mieltä, 4= vahvasti samaa mieltä). (Swiger ym. 2017, Lake 2002.)

Mittari koostuu viidestä hoitotyön toimintaympäristöön kuuluvasta summamuuttujasta, jotka ovat muodostuneet 1980-luvulla magneettisairaaloista kerätystä aineistosta faktorianalyysin avulla. Nämä osa-alueet ovat 1) hoitohenkilökunnan mahdollisuus osallistua työpaikan toimintoihin, 2) hoitotyön perusta laadukkaalle hoitotyölle, 3) hoitotyön johtajan kyvykkyys, johtamistaidot ja hoitajien tukeminen, 4) henkilöstön ja voimavarojen riittävyys sekä 5) hoitajien ja lääkärin välinen kollegiaalisuus. Summamuuttujat 1–2 kuvaavat työympäristöä sairaalatasolla, kun taas summamuuttujat 3–5 heijastavat työympäristöä hoitohenkilökunnan tasolla (Taulukko 1). PES-NWI:n pätevyys ja luotettavuus on osoitettu useissa tutkimuksissa, sillä Cronbachin alfa-arvot ovat olleet välillä 0.71–0.89. (Lake 2002.)

Hoitotyön toimintaympäristön mittaamiseen on olemassa myös muita mittareita, mutta PES-NWI:n etuna voidaan pitää sen vastaaja-ystävällisyyttä, psykometrisiä ominaisuuksia, mahdollisuutta vertailla tutkimustuloksiaan aiemmin, samalla mittarilla mitattuihin tutkimuksiin, sekä sen tarkkaa erottelukykä. PES-NWI-mittarin validiteetti ja reliabiliteetti on todettu jo aiemmin hyväksi, ja sitä on käytetty erilaisissa kliinisissä ympäristöissä ja lukuisissa eri maissa. (Warshawsky & Havens, 2011, Lake 2002.)

PES-NWI -mittarin käyttöoikeus kysyttiin mittarin kehittäjältä, mutta saadun vastauksen mukaan lupaa mittarin käyttöön ei tarvita, sillä mittari on julkinen ja sen on National Quality Forum hyväksynyt vuonna 2004. Numminen, Ruoppa, Leino-Kilpi, Isoaho, Hupli ja Meretoja (2016) olivat kääntäneet PES-NWI -mittarin englannista suomeksi omaa tutkimustaan varten käyttäen niin sanottua kaksoiskäännöstä. Tämän tutkimuksen aineiston keruussa käytettiin tuota samaa, heidän kääntämänsä suomenkielistä versiota. Mittari on julkinen, eikä sen käyttöön vaadittu erillistä lupaa.

Tutkimusmuuttujiin tehtiin pieniä tarkennuksia, etenkin hoitotyön johdon nimityksiin, jotta ne saatiin vastaamaan sairaanhoitopiirissä käytössä olevia nimityksiä. Myös Warshawskyn ja Havens:n (2011) tekemän katsauksen mukaan PES-NWI -mittariin tehdyt yleisimmät muutokset olivat muuttujien

sanamuodon tarkistaminen ja niiden muokkaaminen tutkimuskohteessa käytössä oleviin nimikkeisiin.

Taulukko 1. PES-NWI mittarista muodostetut summamuuttujat ja niihin sisältyvät väittämät

SUMMAMUUTTUJA	VÄITTÄMÄ
Hoitajien osallistuminen sairaalan toimintoihin	5. Hoitajilla on mahdollisuuksia kehittyä uralla 6. Hoitajien on mahdollista osallistua menettelytapoja koskevaan päätöksentekoon 11. Hallintoylihoitaja on erittäin näkyvä ja henkilöstön lähestyttävissä 15. Hallintoylihoitaja on toimivallassaan tasavertainen muun johtoryhmän kanssa 17. Hoitajilla on mahdollisuuksia edetä urallaan 21. Hallinto kuuntelee ja puuttuu hoitajien huolenaiheisiin 23. Hoitajat ovat mukana työpaikan hallinnossa (esim. kliinisissä ja hallinnollisissa työryhmissä) 27. Hoitajilla on mahdollisuus osallistua työpaikan ja hoitotyön yhteistyöryhmiin 28. Hoitotyön johtajat konsultoivat hoitajia päivittäin ongelmissa ja toiminnoissa
Laadukkaan hoitotyön perusteet	4. Henkilöstön kehittäminen ja täydennyskoulutus on aktiivista 14. Hallinto edellyttää korkeaa hoitotyön laatua 18. Selkeä hoitotyön filosofia ohjaa hoitoa 19. Työskentely tapahtuu kliinisesti pätevien hoitajien kanssa 22. Käytössä on aktiivinen laadun varmistuksen ohjelma 25. Uusille hoitajille on perehdytysohjelma 26. Hoitaminen perustuu hoitotyön malliin enemmän kuin lääketieteelliseen malliin 29. Kaikilla potilailla on kirjalliset, ajan tasalla olevat hoitosuunnitelmat 30. Työnjaossa hoidon jatkuvuus on turvattu 31. Työssä käytetään hoitotyön diagnooseja
Hoitotyön johtajan kyvykkyys, johtaminen ja hoitajien tukeminen	3. Esimiehet tukevat hoitajia 7. Esimiehet hyödyntävät virheitä oppimismahdollisuuksina, ei kritisointina 10. Hoitotyön esimiehenä osastonhoitaja on hyvä esimies ja johtaja 13. Hyvin tehdystä työstä saa kiitosta ja tunnustusta 20. Hoitotyön esimies tukee hoitohenkilökuntaa päätöksenteossa, vaikka se olisi ristiriidassa lääkärin mielipiteen kanssa.
Henkilökunnan ja voimavarojen riittävyys	1. Riittävät tukitoiminnot mahdollistavat ajankäytön kohdentamisen potilashoittoon 8. Käytettävissä on riittävästi aikaa ja mahdollisuuksia keskustella potilaiden hoitamisen ongelmista muiden hoitajien kanssa 9. Käytettävissä on riittävästi sairaanhoitajia laadukkaan potilashoidon turvaamiseksi 12. Käytettävissä on riittävästi henkilökuntaa, että työt saadaan tehdyksi
Kollegiaalisuus hoitaja-lääkäri suhteissa	2. Lääkäreillä ja hoitajilla on hyvät yhteistyösuhteet 16. Hoitajien ja lääkäreiden välinen yhteistyö toimii 24. Hoitajat ja lääkärit tekevät paljon yhteistyötä

4.3 Aineiston analyysi

Aineiston analysoinnissa käytettiin tilastotieteelliseen analyysiin suunniteltua IBM SPSS (Statistical Package for Social Science) Statistics 24 ohjelmistoa. Aineisto tarkastettiin ohjelmaan tallentamisen jälkeen, jotta pystyttiin havaitsemaan mahdolliset tallennusvirheet ja eräkatot. Vastauksissa oli yksittäisiä puutteita naisten vastausten osalta (0-3 vastausta/ kysymys). Tutkimusmuuttujien osalta nämä puuttuvat vastaukset korvattiin kyseisen väittämän osalta naisten ryhmäkeskiarvolla (KvantiMOTV, Menetelmäopetuksen tietovaranto 2003). Jotkut puuttuvat/virheelliset vastaukset taustamuuttujissa (toiminta-alue, toiminta-yksikkö, vastuuyksikkö) olivat pääteltävissä muista vastauksista. Myös näitä lisättiin tai korjattiin jonkin verran tutkijan toimesta.

Taustamuuttujina tutkimuksessa kysyttiin vastaajien ikää, sukupuolta, työkokemusta, toiminta-alueetta, toimintayksikkö, vastuuyksikkö, koulutusta ja työtehtäviä. Taustamuuttujista ikä ja työkokemus oli luokiteltu valmiiksi jo mittausvaiheessa aiemmin kerättyyn aineistoon. Tästä syystä ne pidettiin luokiteltuna myös jälkimmäisessä mittauksessa. Ikä oli luokiteltu valmiiksi kuuteen luokkaan: ”alle 20-vuotias”, ”20–29-vuotias”, ”30–39-vuotias”, ”40–49-vuotias”, ”50–59-vuotias” ja ”60-vuotias tai yli”. Työkokemus oli luokiteltu valmiiksi viiteen luokkaan: ”alle 2 vuotta”, ”2–5 vuotta”, ”yli 5–10 vuotta”, ”10–20 vuotta” ja ”yli 20 vuotta”.

Toiminta-alue, toimintayksikkö ja vastuuyksikkö muuttujien vastaukset muodostuivat käytännössä sen mukaan, millä osastolla henkilö työskenteli. Toiminta-alue (”kuntayhtymähallinto”, ”sairaanhoitolliset palvelut”, ”tukipalvelut”, ”konservatiivinen”, ”operatiivinen”, ”psykiatrinen”, ”päivystyskeskus”) ja toimintayksikkö (82 vaihtoehtoa) oli valittavissa valmiista vaihtoehdoista, kun taas vastuuyksikön numero oli avoin kysymys. Tästä kysymyksestä puuttui jonkin verran vastauksia, mutta oikea vastaus pystyttiin pääättelemään toiminta-alueen, toiminta-yksikön tai henkilön kuvaaman työtehtävän avulla. Koulutus-taustamuuttujan kohdassa vaihtoehtoina olivat ”lähi- tai perushoitaja”, ”sairaanhoitaja” tai ”ylempi korkeakoulututkinto”. Työtehtävä oli avoin kysymys, johon suurin osa oli kuvannut tehtävänsä ammattinimikkeensä mukaan esimerkiksi: ”sairaanhoitajan työtehtävät päivystyspoliklinikalla”. Tässä tutkimuksessa vastaajien taustamuuttujia kuvailtiin käyttämällä frekvenssejä ja prosenttiosuuksia viiden taustamuuttujan osalta (sukupuoli, ikä, toiminta-alue, työkokemus ja koulutus). Kolme muuta taustamuuttujaa olivat tämän tutkimuksen kannalta päällekkäisiä kuvailtujen taustamuuttujien kanssa. (Taulukko 2)

Tutkimuskysymyksiin vastaava aineiston analysointi aloitettiin käyttämällä kuvailevia menetelmiä kuten prosentteja, frekvenssejä, keskiarvoja/mediaaneja, keskihajontaa min/max -arvoja. Tutkimuskysymykseen, joka koski hoitohenkilöstö kokemusta hoitotyön toimintaympäristöstä, jossa he työskentelevät saatiin vastaus tarkastelemalla vastausten jakautumista vastausvaihtoehtojen välillä prosenttiosuusin summamuuttujien sisällä yksittäisten väittämien kautta.

Tutkimuksen tuloksia arvioitaessa käytettiin Laken (2002) määrittelemää pisterajaa, jonka mukaan toimintaympäristöä voidaan pitää suotuisana, mikäli sen pistemäärä ylittää 2,5 pisteen keskiarvon. Alapuolelle jäävät arvot voidaan katsoa olevan merkkejä epäsuotuisasta toimintaympäristöstä.

Tutkimusmuuttujista muodostettiin aiemmin tehdyn faktorianalyysin avulla hyväksi todetut viisi summamuuttujaa (Lake 2002). Summamuuttujien reliabiliteettia tutkittiin Cronbachin alfa - kertoimen avulla. Cronbachin alfa -kerroin vaihteli välillä 0.672–0.810. Summamuuttujien normaalijakautuneisuutta tarkasteltiin Kolmogorov-Smirnovin testillä, jotta pystyttiin valitsemaan oikeat tilastollista merkitsevyyttä tutkivat testit. Kolmogorov-Smirnovin testi osoitti, että neljä viidestä summamuuttujasta oli vinosti jakautuneita. Tämän lisäksi kokonaissumma eli kaikki tutkimusmuuttujat yhdessä, oli normaalisti jakautunut. (Taulukko 3) Yhteyksien merkitsevyyden selvittämisessä käytettiin sekä parametrisiä, että ei-parametrisiä testejä. (Heikkilä 2014.)

Korrelaation avulla tarkasteltiin mittarin eri osien (summamuuttujien) keskinäistä korrelaatiota. Korrelaatiokerrointa tulkittiin seuraavalla tavalla: $r < 0.30$ heikko korrelaatio, $r = 0.30-0.50$ kohtalainen korrelaatio ja $r > 0.50$ voimakas korrelaatio. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin 5 %:n merkitsevyytstasoa, eli $p < 0.05$. (Heikkilä 2014.)

Yhteyksien tarkasteluun käytettiin vinosti jakautuneiden muuttujien osalta (mahdollisuus osallistua sairaalan toimintoihin, hoitotyön laadukas perusta, henkilökunnan voimavarojen ja resurssien riittävyys, hoitajan ja lääkärin välinen kollegiaalisuus) Mann-Whitney U-testiä ja useampiluokkaisten taustamuuttujien osalta Kruskal-Wallis H-testiä. Normaalisti jakautuneiden muuttujien osalta (hoitotyön johtajan kyvykkyys, johtaminen ja hoitajien tukeminen ja kaikki summamuuttujat yhdessä) käytettiin T-testiä ja yksisuuntaista varianssianalyysiä (ANOVA). Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin 5 %:n merkitsevyytstasoa, eli $p < 0,05$. (Heikkilä 2014.) Aineiston tilastollisen tulkinnan ja analyysin helpottamiseksi taustamuuttujista valmiiksi luokitellut ikä ja työkokemus luokiteltiin muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltaessa uudelleen. Ikä luokiteltiin

kahteen luokkaan: 39 vuotta tai alle ja 40 vuotta tai yli ja työkokemus luokiteltiin kolmeen luokkaan: alle viisi vuotta, 5-20 vuotta ja yli 20.

5. TULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajista 42 % (n=31) ilmoitti työskentelevänsä operatiivisella toiminta-alueella, 35 % päivystyskeskuksen toiminta-alueella (n=26) ja 23 % (n=17) konservatiivisella vastuualueella. Vastaajista suurin osa (85 %) oli naisia. Kolmannes (31 %) vastaajista ilmoitti olevansa 30–39-vuotias, noin joka neljäs (23 %) 40–49 vuotta ja joka viides vastaaja 20–29 vuotta (22 %) tai 50–59 vuotta (19 %). Loput vastaajista (4 %) ilmoitti iäkseen 60 vuotta tai yli. (Taulukko 2)

Vastaajista suurimmalla osalla (90 %) oli sairaanhoitajan koulutus. Lopuilla vastaajista oli lähi- tai perushoitajan tutkinto (7 %) tai ylempi korkeakoulututkinto (3 %). Vastaajat työskentelivät koulutusta vastaavassa työtehtävässä. Vastaajien työkokemus jakautui tasaisesti, sillä vastaajista kolmannes (34 %) ilmoitti omaavansa 10–20 vuoden työkokemuksen, kolmannes (32 %) yli 20 vuoden työkokemuksen, hieman enemmän kuin joka kymmenes (14 %) yli 5–10 vuoden työkokemuksen, noin joka kymmenes (12 %) alle kahden vuoden työkokemuksen 12 % ja 2–5 vuoden työkokemuksen hieman alle joka kymmenes (8 %) vastaajista. (Taulukko 2)

Taulukko 2. Hoitohenkilökunnan taustatiedot

Taustamuuttuja	n	
	F	%
Toiminta-alue (n=74)		
Operatiivinen	31	42
Konservatiivinen	17	23
Päivystyskeskus	26	35
Sukupuoli (n=74)		
Nainen	63	85
Mies	11	15
Ikä (n=73)		
20–29 vuotta	16	22
30–39 vuotta	23	31
40–49 vuotta	17	23
50–59 vuotta	14	19
60.vuotta tai yli	3	4
Koulutus (n=74)		
Ylempi korkeakoulututkinto	2	3
Sairaanhoitajan tutkinto	67	90
Perus/lähihoitajan tutkinto	5	7
Työkokemus (n=74)		
Alle 2 vuotta	9	12
2–5 vuotta	6	8
yli 5–10 vuotta	10	14
10–20 vuotta	25	34
yli 20 vuotta	24	33

5.2 Hoitohenkilökunnan kokemukset hoitotyön toimintaympäristöstä

Hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitotyön toimintaympäristöstä tarkastellaan PES-NWI -mittarin 31 tutkimusmuuttujan, sekä näistä muodostettujen viiden summamuuttujan kautta. Summamuuttajat ovat: Hoitajien osallistuminen sairaalan toimintoihin (Cronbachin $\alpha = 0.810$), Laadukkaan hoitotyön perusteet ($\alpha = 0.738$), Hoitotyön johtajan kyvykkyys ($\alpha = 0.780$), johtaminen ja sairaanhoitajien tukeminen, Henkilökunnan ja voimavarojen riittävyys ($\alpha = 0.780$) ja Kollegiaalisuus sairaanhoitaja-lääkäri suhteissa ($\alpha = 0.672$) Hoitohenkilökunnan vastausten jakautuminen vastausvaihtoehtojen: ”vahvasti eri mieltä–vahvasti samaa mieltä” välillä on esitelty hajontalukujen avulla alla olevassa taulukossa (Taulukko 3).

Hoitohenkilökunta arvioi hoitotyön toimintaympäristön keskimäärin hyväksi (ka=2.58, kh=0.36). Hoitohenkilökunnan kokemusten mukaan heikoiten toteutuva piirre toimintaympäristössä jossa he työskentelevät on hoitohenkilökunnan ja voimavarojen riittävyys (ka=2.19, kh=0.58). Parhaiten he kokivat toteutuvan kollegiaalisuuden hoitajan ja lääkärin välisissä suhteissa (ka=3.06, kh=0.41). (Taulukko 3)

Taulukko 3. Hoitajien kokemus hoitoympäristöstä summamuuttujittain

Summamuuttuja	ka	kh	min	max	Md	p*
Kokemus hoitajien osallistumisesta sairaalan toimintoihin	2.33	0.44	1.11	3.78	2.33	.004
Kokemus laadukkaan hoitotyön perusteista	2.76	0.34	1.70	3.60	2.80	.014
Kokemus hoitotyön johtajan kyvykkydestä, johtamisesta ja hoitajien tukemisesta	2.58	0.50	1.40	3.80	2.58	.002
Kokemus hoitohenkilökunnan voimavarojen ja henkilökunnan riittävydestä	2.19	0.58	1.00	4.00	2.25	.069
Kokemus kollegiaalisuudesta hoitaja-lääkäri suhteissa	3.06	0.41	2.00	4.00	3.00	.000
Hoitotyön toimintaympäristö, summamuuttajat yhdessä	2.58	0.36	1.55	3.60	2.56	.094

ka=keskiarvo

kh=keskihajonta

Md=Mediaani

p*= Kolmogorov Smirnov -testin p-arvo

Asteikko 1-4 Vahvasti eri mieltä–Vahvasti samaa mieltä

Mahdollisuus osallistua sairaalan toimintoihin

Kolme viidestä vastaajasta (64 %) oli samaa mieltä siitä, että hoitajilla on mahdollisuus osallistua työpaikan ja hoitotyön yhteistyöryhmiin. Yli puolet (54 %) oli myös samaa mieltä siitä, että hoitajien on mahdollista osallistua menettelytapoja koskevaan päätöksentekoon (54 %). Sen sijaan suurin osa vastaajista (89 %) oli eri mieltä tai vahvasti eri mieltä siitä, että hallintoylihoitaja olisi erittäin näkyvä ja henkilöstön lähestyttävissä. Myös hallintoylihoitajan toimivallan tasavertaisuus muun johtoryhmän kanssa nähtiin ongelmaisena, sillä yli puolet (58 %) oli tasavertaisuudesta eri mieltä tai vahvasti eri mieltä. Hallinnon kuuntelusta ja puuttumisesta hoitajien huolenaiheisiin oltiin myös eri mieltä, sillä kolme neljästä vastaajasta (76 %) oli eri mieltä tai vahvasti eri mieltä väittämän kanssa. Kolme neljästä (74 %) vastaajasta oli myös eri mieltä tai vahvasti eri mieltä siitä, että hoitotyön johtajat konsultoivat hoitohenkilökuntaa päivittäin ongelmissa ja toiminnoissa. Yli puolet (60 %) hoitajista kuitenkin koki olevansa samaa tai vahvasti samaa mieltä siitä, että heidän on mahdollisuus kehittyä urallaan. (Taulukko 4)

Taulukko 4. Hoitohenkilökunnan kokemus mahdollisuudesta osallistua sairaalan toimintoihin

Hoitajien osallistuminen sairaalan toimintoihin	Vahvasti eri mieltä % (n)	Eri mieltä % (n)	Samaa mieltä % (n)	Vahvasti samaa mieltä % (n)
Hoitajilla on mahdollisuuksia kehittyä uralla	3 (2)	38 (28)	53 (39)	7 (5)
Hoitajien on mahdollista osallistua menettelytapoja koskevaan päätöksentekoon	4 (3)	37 (27)	54 (40)	5 (4)
Hallintoylihoitaja on erittäin näkyvä ja henkilöstön lähestyttävissä	43 (32)	46 (34)	8 (6)	3 (2)
Hallintoylihoitaja on toimivallassaan tasavertainen muun johtoryhmän kanssa	12 (9)	46 (34)	41 (30)	1 (1)
Hoitajilla on mahdollisuuksia edetä urallaan	7 (5)	51 (38)	35 (26)	7 (5)
Hallinto kuuntelee ja puuttuu hoitajien huolenaiheisiin	30 (22)	46 (34)	22 (16)	3 (2)
Hoitajat ovat mukana työpaikan hallinnossa	5 (4)	37 (27)	54 (40)	4 (3)
Hoitajilla on mahdollisuus osallistua työpaikan ja hoitotyön yhteistyöryhmiin	4 (3)	26 (19)	64 (47)	7 (5)
Hoitotyön johtajat konsultoivat hoitajia päivittäin ongelmissa ja toiminnoissa	23 (17)	51 (38)	24 (18)	1 (1)

Hoitotyön laadukas perusta

Henkilöstön kehittäminen ja täydennyskoulutus on henkilökunnan mielestä aktiivista, sillä hoitohenkilökunnasta neljä viidestä (80 %) ilmoitti olevansa samaa tai vahvasti samaa mieltä väittämän kanssa. Neljä viidestä ilmoitti myös olevansa samaa tai vahvasti samaa mieltä siitä, että uusille hoitajille on perehdytysohjelma (79 %). Suurin osa vastaajista (85 %) oli sitä samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että työskentely tapahtuu kliinisesti pätevien hoitajien kanssa. Hoitajat myös kokivat, että työnjaossa jatkuvuus on turvattu, sillä yli puolet (58 %) ilmoitti olevansa samaa mieltä. Lähes kolme neljästä (69 %) vastaajasta oli samaa tai vahvasti samaa mieltä siitä, että hoitotyötä ohjaa selkeä filosofia. Sen sijaan yli puolet vastaajista (57 %) ilmoitti olevansa eri mieltä tai vahvasti eri mieltä siitä, että käytössä olisi aktiivinen laadun varmistuksen ohjelma. (Taulukko 5)

Taulukko 5. Hoitohenkilökunnan kokemus hoitotyön laadukkaista perusteista

Laadukkaan hoitotyön perusteet	Vahvasti eri mieltä % (n)	Eri mieltä % (n)	Samaa mieltä % (n)	Vahvasti samaa mieltä % (n)
Henkilöstön kehittäminen ja täydennyskoulutus on aktiivista	3 (2)	18 (13)	69 (51)	11 (8)
Hallinto edellyttää korkeaa hoitotyön laatua	1 (1)	12 (9)	78 (58)	8 (6)
Selkeä hoitotyön filosofia ohjaa hoitoa	3 (2)	28 (21)	62 (46)	7 (5)
Työskentely tapahtuu kliinisesti pätevien hoitajien kanssa	0 (0)	15 (11)	74 (55)	11 (8)
Käytössä on aktiivinen laadun varmistuksen ohjelma	7 (5)	50 (37)	42 (31)	1 (1)
Uusille hoitajille on perehdytysohjelma	1 (1)	20 (15)	53 (39)	26 (19)
Hoitaminen perustuu hoitotyön malliin ennemmin kuin lääketieteelliseen malliin	1 (1)	31 (23)	65 (48)	3 (2)
Kaikilla potilailla on kirjalliset, ajan tasalla olevat hoitosuunnitelmat	7 (5)	40 (30)	46 (34)	7 (5)
Työnjaossa hoidon jatkuvuus on turvattu	4 (3)	23 (17)	58 (43)	15 (11)
Työssä käytetään hoitotyön diagnooseja	4 (3)	30 (22)	64 (47)	3 (2)

Hoitotyön johtajan kyvykkyys, johtaminen ja hoitajien tukeminen

Henkilökunta koki, että hyvin tehdystä työstä ei saa kiitosta sillä lähes kolme neljästä (69 %) ilmoitti olevansa vahvasti eri mieltä tai eri mieltä väittämän kanssa. Kuitenkin kolme viidestä (61 %) vastaajasta oli samaa tai vahvasti samaa mieltä siitä, että esimiehet tukevat hoitajia. Kaksi kolmasosaa (65 %) vastaajista oli samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että hoitotyön esimiehenä osastonhoitaja on hyvä esimies ja johtaja. Kuitenkin yli puolet vastaajista (57 %) oli eri mieltä tai vahvasti eri mieltä, että hoitotyön esimies tukisi hoitohenkilökuntaa päätöksenteossa. (Taulukko 6)

Taulukko 6. Hoitohenkilökunnan kokemus hoitotyön johtajan kyvykkyydestä, johtamisesta ja hoitajien tukemisesta

Hoitotyön johtajan kyvykkyys, johtaminen ja hoitajien tukeminen	Vahvasti eri mieltä % (n)	Eri mieltä % (n)	Samaa mieltä % (n)	Vahvasti samaa mieltä % (n)
Esimiehet tukevat hoitajia	4 (3)	35 (26)	49 (36)	12 (9)
Esimiehet hyödyntävät virheitä oppimismahdollisuuksina, ei kritisointina	1 (1)	31 (23)	64 (47)	4 (3)
Hoitotyön esimiehenä osastonhoitaja on hyvä esimies ja johtaja	1 (1)	34 (25)	46 (34)	19 (14)
Hyvin tehdystä työstä saa kiitosta ja tunnustusta	11 (8)	58 (43)	27 (20)	4 (3)
Hoitotyön esimies tukee hoitohenkilökuntaa päätöksenteossa, vaikka se olisi ristiriidassa lääkärin mielipiteen kanssa	4 (3)	53 (39)	37 (27)	7 (5)

Henkilökunnan voimavarojen ja resurssien riittävyys

Neljä viidestä vastaajasta (82 %) oli eri mieltä tai vahvasti eri mieltä siitä, että käytettävissä on riittävästi hoitajia laadukkaan potilashoidon turvaamiseksi. Yli puolet vastaajista (53 %) oli myös eri mieltä siitä, että tukitoimet olisivat riittävät, että ajankäyttö pystyttäisiin kohdentamaan potilashoittoon. Vastaajista neljä viidestä (80 %) oli myös eri mieltä tai vahvasti eri mieltä siitä, että käytettävissä olisi riittävästi henkilökuntaa, että työt saadaan tehdyksi. Lähes puolet (46 %) kuitenkin koki olevansa samaa mieltä, että käytettävissä on riittävästi aikaa ja mahdollisuuksia keskustella potilaiden hoitoon liittyvistä ongelmista muiden hoitajien kanssa. (Taulukko 7)

Taulukko 7. Hoitohenkilökunnan kokemus henkilökunnan ja voimavarojen riittävyydestä

Henkilökunnan ja voimavarojen riittävyys	Vahvasti eri mieltä % (n)	Eri mieltä % (n)	Samaa mieltä % (n)	Vahvasti samaa mieltä % (n)
Riittävät tukitoiminnot mahdollis- tavat ajankäytön kohdentamisen potilashoitoon	5 (4)	53 (39)	37 (27)	5 (4)
Käytettävissä on riittävästi aikaa ja mahdollisuuksia keskustella potilaiden hoitamisen ongelmista muiden hoitajien kanssa	15 (11)	37 (27)	46 (34)	3 (2)
Käytettävissä on riittävästi hoitajia laadukkaan potilashoidon turvaamiseksi	28 (21)	54 (40)	14 (10)	4 (3)
Käytettävissä on riittävästi henkilökuntaa, että työt saadaan tehdyksi	23 (17)	57 (42)	15 (11)	5 (4)

Hoitajan ja lääkärin välinen kollegiaalisuus

Lähes kaikki (92 %) vastaajista ilmoitti olevansa samaa tai vahvasti samaa mieltä siitä, että hoitajilla ja lääkäreillä on hyvät yhteistyösuhteet. Lähes saman verran (90 %) ilmoitti olevansa samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä siitä, että hoitajien ja lääkäreiden välinen yhteistyö toimii. Vain noin joka kymmenes (13 %) vastaaja ilmoitti olevansa eri mieltä tai vahvasti eri mieltä siitä, että hoitajat lääkäreit tekisivät paljon yhteistyötä. (Taulukko 8)

Taulukko 8. Hoitohenkilökunnan kokemus kollegiaalisuus hoitaja-lääkäri suhteissa

Kollegiaalisuus hoitaja-lääkäri suhteissa	Vahvasti eri mieltä % (n)	Eri mieltä % (n)	Samaa mieltä % (n)	Vahvasti samaa mieltä % (n)
Lääkäreillä ja hoitajilla on hyvät yhteistyösuhteet	0 (0)	8 (6)	77 (57)	15 (11)
Hoitajien ja lääkäreiden välinen yhteistyö toimii	0 (0)	10 (7)	76 (56)	15 (11)
Hoitajat ja lääkärit tekevät paljon yhteistyötä	1 (1)	12 (9)	66 (49)	20 (15)

5.3 Työympäristön ulottuvuuksien väliset yhteydet

Hoitohenkilökunnan kokemuksella osallistua sairaalan toimintoihin oli voimakas, tilastollisesti merkitsevät korrelaatio hoitotyön laadukkaalle perustalle ($r=0.663$, $p=0.00$). Hoitohenkilökunnan kokemus osallistumisesta sairaalan toimintoihin korreloi voimakkaasti ja tilastollisesti merkitsevästi myös kokemuksen hoitotyön johtajan kyvykkyydestä, johtamisesta ja hoitajien tukemisesta ($r=0.599$, $p=0.00$) ja henkilökunnan voimavarojen ja resurssien riittävyyden ($r=0.530$, $p=0.000$) kanssa. Myös kokemus hoitajien ja lääkärien välisestä kollegiaalisuudesta korreloi kohtalaisesti ja tilastollisesti merkitsevästi sairaalan toimintoihin osallistumisen kanssa ($r=0.328$, $p=0.004$). (Liite 5)

Kokemuksella hoitotyön laadukkaasta perustasta oli tilastollisesti merkitsevä yhteys kokemukseen hoitotyön johtajan kyvykkyydestä, johtamisesta ja hoitajien tukemisesta ($r=0.489$, $p=0.00$) sekä henkilökunnan voimavarojen ja resurssien riittävyyteen ($r=0.644$, $p=0.00$). Mutta myös kohtalainen, tilastollisesti merkitsevä korrelaatio hoitajien ja lääkäreiden väliseen kollegiaalisuuteen ($r=0.491$, $p=0.00$). (Liite 5)

Hoitohenkilökunnan kokemus hoitotyön johtajan kyvykkyydestä muodosti kohtalaisen, tilastollisesti merkitsevän yhteyden voimavarojen ja resurssien riittävyyden ($r=0.305$, $p=0.008$) kanssa. Myös henkilökunnan voimavarojen ja resurssien riittävyys muodosti kohtalaisen, tilastollisesti merkitsevän yhteyden kokemukseen hoitajien ja lääkärien väliseen kollegiaalisuuteen ($r=0.367$, $p=0.001$). (Liite 5)

5.4 Taustamuuttujien yhteys hoitohenkilökunnan kokemaan hoitotyön toimintaympäristöön

Kokemus hoitotyön toimintaympäristöstä sukupuolen, iän, työkokemuksen ja toiminta-alueiden välillä olivat tasaisesti jakautuneet. Miehet ($Md=2.67$; $Q_1=2.56$; $Q_3=2.76$) olivat hieman tyytyväisempiä kuin naiset ($Md=2.55$; $Q_1=2.35$; $Q_3=2.75$) kokonaisuudessaan toimintaympäristöön. Alle viisi vuotta työskennelleet ($Md=2.67$; $Q_1=2.54$; $Q_3=2.73$) olivat hieman tyytyväisempiä kokonaisuudessaan toimintaympäristöön kuin 5-20 vuotta ($Md=2.56$; $Q_1=2.40$; $Q_3=2.75$) tai yli 20 vuotta ($Md=2.54$; $Q_1=2.25$; $Q_3=2.89$) työskennelleet. Alle 40-vuotiaiden ($ka=2.58$; $kh=0.32$) ja 40 tai yli -vuotiaiden ($ka=2.57$; $kh=0.39$) kokemuksilla ei käytännössä ollut minkäänlaista eroa. Myöskin toiminta-alueiden välillä oltiin hyvin yksimielisiä, sillä operatiivisella alueella ($ka=2.62$; $kh=0.28$)

oltiin vain hieman tyytyväisempiä, kuin konservatiivisella ($k_a=2.55$; $k_h=0.46$) ja päivystyskeskuksen ($k_a=2.56$; $k_h=0.37$) alueella. Erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 9)

5.4.1 Mahdollisuus osallistua sairaalan toimintoihin

Työkokemuksella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p=0.031$) hoitohenkilökunnan kokemukseen mahdollisuudesta osallistua sairaalan toimintoihin. Alle viisi vuotta työkokemusta omaavat hoitajat ($M_d=2.56$; $Q_1=2.31$; $Q_3=2.56$) kokivat, että heillä on mahdollisuus osallistua sairaalan toimintoihin tilastollisesti merkitsevästi enemmän, kuin 5-20 vuotta työskennelleet ($M_d=2.33$; $Q_1=2.11$; $Q_3=2.61$) tai yli 20 vuotta työskennelleet ($M_d=2.11$; $Q_1=1.92$; $Q_3=2.33$). (Taulukko 9)

Tämän tutkimuksen mukaan miehet ($M_d=2.56$; $Q_1=2.22$; $Q_3=2.52$) kokivat hieman enemmän, kuin naiset ($M_d=2.33$; $Q_1=2.11$; $Q_3=2.56$), että heillä on mahdollisuus osallistua sairaalan toimintoihin. Samoin alle 40-vuotiaat ($M_d=2.44$; $Q_1=2.11$; $Q_3=2.56$) kokivat, että heidän on mahdollisuus osallistua sairaalan toimintoihin enemmän, kuin hoitajien joiden ikä oli 40 tai yli ($M_d=2.26$; $Q_1=2.08$; $Q_3=2.47$). Myös hoitajat, jotka työskentelivät operatiivisella ($M_d=2.44$; $Q_1=2.11$; $Q_3=2.56$) toiminta-alueella kokivat että heillä on hieman enemmän mahdollisuuksia osallistua sairaalan toimintoihin verrattuna päivystyskeskuksessa ($M_d=2.33$; $Q_1=2.06$; $Q_3=2.50$) konservatiivisella puolella työskenteleviin hoitajiin ($M_d=2.22$; $Q_1=1.94$; $Q_3=2.89$). Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 9)

5.4.2 Hoitotyön laadukas perusta

Miehet ($M_d=2.80$; $Q_1=2.70$; $Q_3=2.90$) ja naiset ($M_d=2.80$; $Q_1=2.60$; $Q_3=3.00$) olivat lähes yhtä mieltä hoitotyön laadukkaasta perustasta, kuten myös alle viisi vuotta työkokemusta omaavat ($M_d=2.80$; $Q_1=2.60$; $Q_3=3.00$), 5-20 vuotta ($M_d=2.80$; $Q_1=2.60$; $Q_3=3.00$) työskennelleet ja yli 20 vuotta työskennelleet ($M_d=2.75$; $Q_1=2.43$; $Q_3=3.00$). Pieni ero sen sijaan oli toiminta-alueiden välillä, jossa operatiivisella alueella työskentelevät ($M_d=2.80$; $Q_1=2.70$; $Q_3=3.00$), kokivat hoitotyön olevan hieman laadukkaammalla perustalla kuin konservatiivisella ($M_d=2.70$; $Q_1=2.50$; $Q_3=3.05$) tai päivystyskeskuksen ($M_d=2.48$; $Q_1=2.75$; $Q_3=2.90$) alueella työskentelevät. Alle 40-vuotiaat kokivat ($M_d=2.80$; $Q_1=2.60$; $Q_3=3.00$) hoitotyön olevan aavistuksen laadukkaammalla perustalla kuin henkilöillä, jotka ilmoittivat iäkseen 40 tai yli ($M_d=2.75$; $Q_1=2.50$; $Q_3=2.93$). Erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 9)

5.4.3 Hoitotyön johtajan kyvykkyys, johtaminen ja hoitajien tukeminen

Sukupuolella (Mann-Whitney $U=217.0$, $p=0.047$) oli tilastollisesti merkitsevä yhteys hoitohenkilökunnan kokemukseen hoitotyön johtajan kyvykkyydestä, johtamisesta ja hoitajien tukemisesta. Miehet ($Md=2.80$; $Q_1=2.60$; $Q_3=3.00$) kokivat olevansa tyytyväisempiä hoitotyön johtajan toimintaan, kuin naiset ($Md=2.40$; $Q_1=2.20$; $Q_3=2.80$). (Taulukko 9)

Vaikka tutkimuksen mukaan toiminta-alueella, työkokemuksella ja iällä ei ollut tilastollista merkitsevyyttä, niin päivystyskeskuksen alueella työskentelevät ($Md=2.70$; $Q_1=2.35$; $Q_3=3.00$) kokivat hoitotyön johtajan kyvykkyuden, johtamisen ja hoitajien tukemisen hieman paremmaksi, kuin operatiivisella ($Md=2.40$; $Q_1=2.20$; $Q_3=2.80$) tai konservatiivisella ($Md=2.40$; $Q_1=2.20$; $Q_3=2.80$) alueella työskentelevät. Alle 40-vuotiaat ($Md=2.60$; $Q_1=2.20$; $Q_3=3.00$) olivat hieman tyytyväisempiä, kuin 40-vuotiaat tai yli ($Md=2.40$; $Q_1=2.20$; $Q_3=3.00$). (Taulukko 9)

5.4.4 Henkilökunnan voimavarojen ja resurssien riittävyys

Alle 40-vuotiaat ($ka=2.10$, $kh=0.57$) olivat hieman tyytyväisempiä henkilökunnan ja voimavarojen riittävyyteen kuin 40-vuotiaat tai yli ($ka=2.26$, $kh=0.59$). Sen sijaan naiset ($ka=2.19$, $kh=0.34$) ja miehet ($ka=2.16$, $kh=0.62$) olivat hyvin samaa mieltä. Myöskään työkokemuksen ei tuonut suuria eroja mielipiteisiin sillä vain 5-20 vuotta työskennelleet ($Md=2.00$; $Q_1=1.75$; $Q_3=2.80$) olivat vain hieman tyytymättömämpiä kuin alle viisi vuotta ($Md=2.25$; $Q_1=1.75$; $Q_3=3.00$) tai yli 20 vuotta ($Md=2.25$; $Q_1=1.81$; $Q_3=2.75$) työskennelleet. Myös toiminta-alueiden välillä oltiin hyvin yksimielisiä, sillä vain operatiivisella alueella ($ka=2.31$, $kh=0.54$) oltiin hieman tyytyväisempiä kuin konservatiivisella ($ka=2.12$, $kh=0.66$) ja päivystyskeskuksen ($ka=2.08$, $kh=0.57$) toiminta-alueilla. Tulosten välillä ei ollut tilastollista merkitsevyyttä. (Taulukko 9)

5.4.5 Hoitajan ja lääkärin välinen kollegiaalisuus

Hoitohenkilökunnan mielipiteet hoitajan ja lääkärin välisestä kollegiaalisuudesta olivat jakautuneet todella tasaisesti sukupuolen, iän, työkokemuksen ja toiminta-alueen välillä. Tästä syystä eroa ei ollut naisten ($Md=3.00$; $Q_1=3.00$; $Q_3=3.33$) ja miesten ($Md=3.00$; $Q_1=3.00$; $Q_3=3.00$) välillä, alle 40-vuotiaiden ($Md=3.00$; $Q_1=3.00$; $Q_3=3.33$) tai 40-vuotiaiden tai yli ($Md=3.00$; $Q_1=2.67$; $Q_3=3.08$)

välillä. Myöskään työkokemuksen välille ei eroja muodostunut, sillä; alle viisi vuotta ($Md=3.00$; $Q_1=3.00$; $Q_3=3.00$), 5-20 vuotta ($Md=3.00$; $Q_1=2.67$; $Q_3=3.33$) tai yli 20 vuotta työskennelleet ($Md=3.00$ $Q_1=3.00$; $Q_3=3.33$) olivat yhtä mieltä hoitajien ja lääkäreiden välisestä kollegiaalisuudesta. Tilanne oli sama myös toiminta-alueilla, joissa operatiivisella työskentelevä henkilökunta ($Md=3.00$; $Q_1=3.00$; $Q_3=3.33$), konservatiivisella ($Md=3.00$; $Q_1=3.00$; $Q_3=3.17$) ja päivystyskeskuksessa ($Md=3.00$; $Q_1=3.00$; $Q_3=3.33$) oli yhtä mieltä. Tulosten välille ei syntynyt tilastollista merkitsevyyttä. (Taulukko 9)

Taulukko 9. Taustamuuttujien yhteys hoitohenkilökunnan kokemukseen toimintaympäristöstä

Summamuuttuja/ Taustamuuttujat (n)	Md/ Ka	Kh	Q1	Q3	Testin tulos	df	p-arvo
Kokemus hoitajien osallistumisesta sairaalan toimintoihin							
<i>Sukupuoli</i>							
Nainen (63)	2.33		2.11	2.56	277.00 ^u		0.289
Mies (11)	2.56		2.22	2.55			
<i>Ikä</i>							
Alle 40 (39)	2.44		2.11	2.56	527.00 ^u		0.131
40 tai yli (34)	2.26		2.08	2.47			
<i>Työkokemus</i>							
Alle 5 vuotta (15)	2.56		2.31	2.56	K-W		0.031
5-20 vuotta (35)	2.33		2.11	2.61			
yli 20 vuotta (24)	2.11		1.92	2.33			
<i>Toiminta-alue</i>							
Operatiivinen (31)	2.44		2.11	2.56	K-W		0.271
Konservatiivinen (17)	2.22		1.94	2.89			
Päivystyskeskus (26)	2.33		2.06	2.50			
Kokemus laadukkaan hoitotyön perusteista							
<i>Sukupuoli</i>							
Nainen (63)	2.80		2.60	3.00	307.5 ^u		0.551
Mies (11)	2.80		2.70	2.90			
<i>Ikä</i>							
Alle 40 (39)	2.80		2.60	3.00	625.5 ^u		0.676
40 tai yli (34)	2.75		2.50	2.93			
<i>Työkokemus</i>							
Alle 5 vuotta (15)	2.80		2.60	3.00	K-W		0.789
5-20 vuotta (35)	2.80		2.60	2.90			
yli 20 vuotta (24)	2.75		2.43	3.00			
<i>Toiminta-alue</i>							
Operatiivinen (31)	2.80		2.70	3.00	K-W		0.249
Konservatiivinen (17)	2.70		2.50	3.05			
Päivystyskeskus (26)	2.48		2.75	2.90			
Kokemus hoitotyön johtajan kyvykkyydestä, johtamisesta ja hoitajien tukemisesta							
<i>Sukupuoli</i>							
Nainen (63)	2.40		2.20	2.80	217.0 ^u		0.047
Mies (11)	2.80		2.60	3.00			
<i>Ikä</i>							
Alle 40 (39)	2.60		2.20	3.00	619.0 ^u		0.624
40 tai yli (34)	2.40		2.20	3.00			
<i>Työkokemus</i>							
Alle 5 vuotta (15)	2.60		2.20	3.00	K-W		0.794
5-20 vuotta (35)	2.40		2.20	2.80			
yli 20 vuotta (24)	2.40		2.20	2.95			
<i>Toiminta-alue</i>							
Operatiivinen (31)	2.40		2.20	2.80	K-W		0.348
Konservatiivinen (17)	2.40		2.20	2.80			
Päivystyskeskus (26)	2.70		2.35	3.00			

Taulukko 9 jatkuu

Summamuuttuja/ Taustamuuttujat (n)	Md/ Ka	Kh	Q1	Q3	Testin tulos	df	p-arvo
Kokemus hoitohenkilökunnan ja voimavarojen riittävydestä							
<i>Sukupuoli</i>							
Nainen (63)	2.19 ^a	0.34			-0.254 ^t	23.4	0.802
Mies (11)	2.16 ^a	0.62					
<i>Ikä</i>							
Alle 40 (39)	2.10 ^a	0.57			-1.117 ^t	71	0.243
40 tai yli (34)	2.26 ^a	0.59					
<i>Työkokemus</i>							
Alle 5 vuotta (15)	2.25		1.75	3.00	K-W		0.568
5-20 vuotta (35)	2.00		1.75	2.80			
yli 20 vuotta (24)	2.25		1.81	2.75			
<i>Toiminta-alue</i>							
Operatiivinen (31)	2.31 ^a	0.54			1.321 ^v	2	0.273
Konservatiivinen (17)	2.12 ^a	0.66					
Päivystyskeskus (26)	2.08 ^a	0.57					
Kokemus kollegiaalisuudesta hoitaja-lääkäri suhteissa							
<i>Sukupuoli</i>							
Nainen (63)	3.00		3.00	3.33	329.5 ^u		0.779
Mies (11)	3.00		3.00	3.00			
<i>Ikä</i>							
Alle 40 (39)	3.00		3.00	3.33	561.5 ^u		0.221
40 tai yli (34)	3.00		2.67	3.08			
<i>Työkokemus</i>							
Alle 5 vuotta (15)	3.00		3.00	3.00	K-W		0.973
5-20 vuotta (35)	3.00		2.67	3.33			
yli 20 vuotta (24)	3.00		3.00	3.33			
<i>Toiminta-alue</i>							
Operatiivinen (31)	3.00		3.00	3.33	K-W		0.825
Konservatiivinen (17)	3.00		3.00	3.17			
Päivystyskeskus (26)	3.00		3.00	3.33			
Muuttujat yhdessä							
<i>Sukupuoli</i>							
Nainen (63)	2.55		2.35	2.75	270.5 ^u		0.248
Mies (11)	2.67		2.56	2.76			
<i>Ikä</i>							
Alle 40 (39)	2.58 ^a	0.32			0.143 ^t	71	0.887
40 tai yli (34)	2.57 ^a	0.39					
<i>Työkokemus</i>							
Alle 5 vuotta (15)	2.67		2.54	2.73	K-W		0.582
5-20 vuotta (35)	2.56		2.40	2.75			
yli 20 vuotta (24)	2.54		2.25	2.89			
<i>Toiminta-alue</i>							
Operatiivinen (31)	2.62 ^a	0.28			0.327 ^v	2	0.273
Konservatiivinen (17)	2.55 ^a	0.46					
Päivystyskeskus (26)	2.56 ^a	0.37					

Asteikko 1-4 vahvasti eri mieltä – vahvasti samaa mieltä

^a = keskiarvo^t = Riippumattomien otosten t-testi^u = Mann-Whitneyn -testin U-arvo^v = Yksisuuntainen varianssianalyysi (Anova)

K-W = Kruskal-Wallis H-test

6. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden keskeisinä käsitteinä voidaan pitää validiteettia ja reliabiliteettia. Näiden käsitteiden kautta arvioidaan tutkimuksen aineiston keräämisen, aineiston analyysin ja tulosten raportointiin liittyvistä näkökulmista. Tutkimus aloitettiin tutkimussuunnitelman teolla. Tutkimussuunnitelman hyväksymisen ja tutkimusluvan myöntämisen jälkeen aloitettiin lisäaineiston keruu, joka tapahtui kolmen viikon aikana. Tuona aikana tehtiin vielä uusi kirjallisuuskatsaus eri tietokannoista, jotta tutkimukseen saatiin laadukkaampi ja laajempi teoreettinen viitekehys. Hyväksytyjen tutkimusten valintaa ohjasivat sisäänottokriteerit ja tutkimuskysymykset. Mukaan valitut tutkimukset taulukoitiin tekijöiden, tarkoituksen, otoksen, tutkimusmenetelmän ja keskeisten tulosten osalta. (Grove, Burns & Grey 2013, Metsämuuronen 2006.) (Liite 1)

Mittarin reliabiliteetti kuvaa mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumalla saavutettuja (Heikkilä 2014). Tässä tutkimuksessa mittarin reliabiliteettia arvioitiin mittarin sisäisen johdonmukaisuuden näkökulmasta. Tutkimusmuuttujista muodostettiin aiemmin tehdyn faktorianalyysin avulla muodostetut summamuuttujat (Lake 2002). Jokaiselle summamuuttujalle laskettiin tilasto-ohjelmalla Cronbachin alfa -kerroin, jonka arvo voi vaihdella 0.00–1.00 välillä. Tässä tutkimuksessa Cronbachin alfa - kertoimet vaihtelivat 0.672–0.810 välillä. Kirjallisuuden mukaan Cronbachin alfa-kerroin tulisi ylittää 0.70, että summamuuttuja voidaan katsoa olevan sisäisesti homogeeninen. Kuitenkin tuo alhaisin 0.672 -arvo voidaan kirjallisuuden mukaan perustellusti hyväksyä mukaan, koska kyseessä on summamuuttuja, jonka Cronbachin alfa -kerroin ylittää arvon 0.60 ja on sellainen, jossa mukana on vain kolme tutkimusmuuttujaa. Lisäksi koko mittarin yhteenlaskettu Cronbachin alpha -arvo 0.915 kertoo siitä, että mittari on johdonmukainen (Grove ym. 2013, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Metsämuuronen 2006.)

Tässä tutkimuksessa tutkimukseen valitulla PES-NWI -mittarilla saatiin vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Näin voidaan sanoa, että mittari oli myös tässä tutkimuksessa validi parantaen näin luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Mittariin kuuluvasta validiteetista voidaan kuitenkin erotetaan kaksi osaa; sisällön validiteetti ja käsitevaliditeetti. Sisällön validiteettia voidaan tarkastella koko mittarin tai eri osioiden tasolla ja se kertoo siitä, vastaavatko mittaukset tutkimuksen teoriaosassa esitetyjä käsitteitä. (Heikkilä 2014.) Itsearviointiin perustava mittari on

saattanut kuitenkin vaikuttaa tutkittavien vastauksiin, mikäli he ovat halunneet antaa sosiaalisesti toivottavia vastauksia aiheuttaen näin harhaa myös tutkimustuloksiin. Käsitemvaliditeetilla ilmaistaan miten laajasti mittari mittaa tutkittavia käsitteitä ja onko mittarilla yhteyksiä teoreettiseen viitekehukseen. (Burns & Grove 2005.) Tutkimuksen keskeinen käsite on hoitotyön toimintaympäristö, joka muodostui kirjallisuuskatsauksen perusteella. Tämän voidaan katsoa tukevan mittarin käsitemvaliditeettia.

Hoitotyön toimintaympäristön mittaamiseen on olemassa useita mittareita, mutta tässä tutkimuksessa käytetyn PES-NWI:n etuna voitiin pitää sen vastaaja-ystävällisyyttä, psykometrisiä ominaisuuksia, mahdollisuutta vertailla tutkimustuloksiaan aiemmin, samalla mittarilla mitattuihin tutkimuksiin, sekä sen tarkkaa erottelukykä. PES-NWI-mittarin validiteetti ja reliabiliteetti oli todettu jo aiemmin hyväksi, ja sitä on käytetty erilaisissa kliinisissä ympäristöissä ja lukuisissa eri maissa. Keskeiset yhdysvaltalaiset organisaatiot, jotka edistävät laadukasta hoitotyötä, ovat suositelleet PES-NWI-mittaria hoitotyön käytännön ympäristön mittaukseen. National Quality Forum (NQF) on hyväksynyt PES-NWI -mittarin vuonna 2004. PES-NWI -mittari on lisäksi eniten raportoitu mittari kansainvälisesti, jolla on mitattu hoitotyön toimintaympäristöä. (Warshawsky & Havens, 2011). PES-NWI-mittarin ajantasaisuutta voidaan miettiä jatkuvasti kehittyvässä maailmassa. Mittari on kehitetty jo vuonna 2002 perustuen 1980-luvun Magneettisairaala tutkimukseen. PES-NWI on kuitenkin testattu vuonna 2006, jolloin se todettiin validiksi ja muita mittareita paremmaksi mittaamaan hoitotyön toimintaympäristöä. (Lake & Friese 2006.) Mittarin jonkinasteisena heikkoutena voidaan kuitenkin pitää sitä, että viimeisen vuosikymmenen aikana työympäristöön on tullut vahvasti mukaan myös tietotekniikka ja erilaiset tietojärjestelmät. Nämä puuttuvat PES-NWI -mittarista täysin. (Mainz ym. 2015).

Mittarin alkuperäinen kieli on siis englanti, mutta Numminen ym. (2016) ovat kaksoiskäännättäneet mittarin suomenkielille. Tässä tutkimuksessa käytettiin tuota heidän tekemää käännöstään, jonka voidaan kaksoiskäännöksen ansiosta lisäävän mittarin käyttöön liittyvää luotettavuutta.

Ulkoisella validiteetilla arvioidaan esimerkiksi tutkimuksen otosta ja yleistettävyyttä. Yleistettävyyden kannalta on tärkeää, että otos on edustava ja vastausprosentti on korkea. (Heikkilä 2014, Burns & Grove 2013). Tämän tutkimuksen otos oli yhden keskussairaalan kolme vuode-osastoa ja yksi poliklinikka (N=4). Kyselyyn vastasi yhteensä 74 (n=74) akuuttihoitotyöhön suuntautuneen osaston tai poliklinikan hoitotyöhön osallistuvaa hoitajaa ja vastausprosentiksi muodostui näin 47 %:a. Vaikka vastausprosenttia voidaan pitää kohtalaisena, ei otosta voida pitää yleistettävyyden

kannalta tarpeeksi suurena. Huomioitavaa on kuitenkin se, että tämä tutkimus on osa sairaanhoitopiirin sisäistä hanketta ja sen tarkoituksena oli selvittää juuri tämän kyseisen sairaanhoitopiirin henkilökunnan kokemuksia hoitotyön toimintaympäristöstä. Tämän vuoksi otosta ei tässä tutkimuksessa ollut mahdollisuus kasvattaa. Tutkimuksen ulkoista validiteettia kuitenkin lisää se, että sen tuloksista löytyi yhteneväisyyttä aiemmin tehtyjen tutkimusten kanssa. Tulosten ulkoista validiteettia arvioitaessa voidaan siis todeta, että saadut tuloksia ei voida yleistää kuin niille osastoille, joissa tutkimus on suoritettu. Edustettavuutta heikentävät kuitenkin myös pieni otoskoko (n=74) ja vastausprosentti (47 %).

Tutkimusta tehdessä pyrittiin koko ajan kriittisyyteen ja tarkkaavaisuuteen, koska virheitä voi sattua missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Erityisesti tietojen keräämisvaiheessa, tietojen siirtämisenvaiheessa tilasto-ohjelmaan, tietoja käsiteltäessä ja tuloksia tulkittaessa noudatettiin erityistä tarkkuutta. Tutkimustulosten analysointivaiheessa käytettiin vain sellaisia analysointimenetelmiä, jotka tutkija hallitsi. Systemaattiset virheet missä tahansa tutkimuksen vaiheessa johtavat tuloksia harhaan. Nämä virheet heikentävät tutkimuksen reliabiliteettia sekä validiteettia. Systemaattinen virhe voi liittyä myös katoon tai siihen, että vastaajat valehtelevat, kaunisteleovat tai vähättelevät asioiden tilaa tai siihen että, tutkimukseen ovat saattaneet vastata vain ne, jotka kokevat työympäristön ja sen kehittämisen tärkeäksi. (Vilka 2007.)

Tämän tutkimuksen kohdalla luotettavuuden haasteena oli myös se, että käytettiin sekä aiemmin kerättyä valmis-aineistoa, sekä vuotta myöhemmin kerättyä lisäaineistoa. Tänä aikana myös organisaatio-tasolla ehti tapahtua muutoksia. Luotettavuutta pyrittiin kuitenkin parantamaan sillä, että Webropol-lomakkeella olevat kysymykset esitettiin molemmissa mittauksissa täysin yhdenmukaisesti, jotta vastaajille tilanne olisi mahdollisimman tasapuolinen.

Mittariin lisätyt taustamuuttujat olivat tämän tutkimuksen näkökulmasta osittain päällekkäisiä; toiminta-alue/toimintayksikkö/ vastuuyksikkö sekä työtehtävä/koulutus. Lisäksi taustamuuttujat ikä ja työkokemus oli luokiteltu valmiiksi, mikä vaikutti myöhemmässä vaiheessa valittuihin tilastollisiin testeihin. Tämä vastausten valmiiksi luokittelu ei ollut hyvä ratkaisu, sillä tilalla olisi voitu käyttää kvantitatiivista, avointa kysymystä. Lisäksi taustamuuttujia olisi voinut olla enemmän ja päällekkäisyyksiä karsia. Esimerkiksi työsuhteen (vakituinen/ määräaikainen) vaikutusta tai vastaajan tekemään työaikaan (täysipäiväinen / osittainen työaika) olisi saattanut tuoda tutkimukseen erilaista näkökulmaa. Näillä edellä mainituilla asioilla saattoi olla vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen jonkin verran.

Ensimmäisen aineiston mittausten aikaan osastoilla (n=2) oli käynnissä valmistautuminen organisaatiomuutokseen; näiden kahden osaston yhdistymiseen. Nämä muutosvalmistelut ovat saattaneet vaikuttaa tutkittavien vastauksiin. Tutkimuksessa mukana olevalla poliklinikalla oli osastonhoitaja vaihtunut noin vuotta aiemmin ja hieman tämän jälkeen myös ylihoitaja oli vaihtunut. Nämä muutokset ovat saattaneet näkyä osittain tutkittavien vastauksissa. Toisen aineiston keruu ajoittui vuoden alkuun (tammikuu), jolloin yksiköissä oli kiire ja erilaisia poissaoloja. Tämä saattoi heikentää vastausprosenttia. Katoa pyrittiin vähentämään lähettämällä muistutusviesti kahteen kertaan mittausjaksolla. Ensimmäisen aineiston mittausjaksoa oli lisäksi pidennetty.

Tutkimuksen vaiheet, käytetyt menetelmät tulostaulukoineen on dokumentoitu tähän pro gradu - tutkimusraporttiin. Tutkimus on siis toistettavissa toisen tutkijan tekemänä. Tämän voidaan katsoa lisäävän tutkimustulosten sisäistä luotettavuutta. (Vilka 2007, Metsämuuronen, 2006.) Tutkijalle tämä oli ensimmäinen tilastollisin menetelmin toteutettu opinnäyte, johon pyrittiin valmistautumaan mahdollisimman hyvin. Lisäksi tutkija on kyseisen keskussairaalan työntekijä ja lisämittausten kohdalla osa työntekijöistä oli myös tutkijan vanhoja työkavereita. Näiden asioiden vaikutusta tutkimuksen vastausprosenttiin ja tutkimuksen tuloksiin ei voi täysin pois sulkea, vaikkakin tutkimuksen tulokset on esitetty juuri sellaisina, kuin ne aineiston analysoinnin perusteella olivat.

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Hoitotieteellinen tutkimus noudattaa Helsingin julistuksen kansainvälisesti hyväksyttyä tutkimusetiikan ohjeistusta vuodelta 1964. Eettiset kysymykset liittyvät tutkimusprosessin kaikkiin vaiheisiin ja ovat tieteellisen toiminnan ydin aina aiheen valinnasta johtopäätöksiin asti. Tutkijan on huolehdittava siitä, että hänen hankkimansa tieto olisi mahdollisimman luotettavaa. Vältettävä on sellaisen tutkimuksen tekemistä, josta aiheutuu vaaraa tai haittaa. Ihmisarvon kunnioittaminen on tärkeää eikä tutkija saa loukata ihmisarvoa yleisesti. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013.)

Tähän tutkimukseen haettiin ja saatiin tutkimusluvut sairaanhoitopiirin hallintoylihoitajalta, johon tutkimukseen osallistuneet osastot kuuluivat. Tutkimusaineisto kerättiin sähköisen kyselylomakkeen avulla. Linkki kyselyyn toimitettiin suoraan tutkimuskohteina olevien hoitajien sähköpostiin. Sähköpostiosoitteet lisämittauksen osalta saatiin osastonhoitajilta, joille oli edeltävästi kerrottu otokseen kohdistuvat kriteerit. Saatekirjeessä korostettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta.

Saatekirjeessä tutkittaville selvitettiin myös tutkimuksen tarkoitus ja mihin tuloksilla voidaan vaikuttaa. Vastaaminen tapahtui nimettömänä. Myös tutkijan yhteystiedot oli mainittu saatekirjeessä mahdollisia lisäkysymyksiä varten. (Metsämuuronen 2006.)

Tutkimusta tehdessä, tutkimustulosten tallentamisessa sekä niiden esittämisessä oltiin rehellisiä ja noudatettiin kaikissa vaiheissa huolellisuutta ja tarkkuutta. Tiedonhankinnassa noudatettiin eettisesti kestäviä menetelmiä. Asianmukaisilla lähdeviitteillä kunnioitettiin alkuperäisiä julkaisijoita ja heidän saavutuksiaan. Toissijaisia lähteitä pyrittiin tutkimuksessa välttämään. Tutkimus suunniteltiin, toteutettiin ja raportoitiin mahdollisimman yksityiskohtaisesti.

Tutkimus ei saa aiheuttaa kenellekään otokseen kuuluvalla vaaraa tai haittaa. Tutkimuksessa kunnioitetaan kaikkien osallistujien vastauksia. Tutkija huolehti tutkimuksen aikana myös ihmisarvon kunnioittamisesta ja piti huolen, etteivät tutkimukseen osallistujat ja heidän vastaukset ole yhdistettävissä. Tutkija on sitoutunut aineiston osalta myös salassapito - ja vaitiolovelvollisuuteen niiltä osin miltä tuloksia ei julkaistu.

Aineisto toimitettiin tutkijalle Excel-muodossa sairaanhoitopiirin kehittämissyksiköstä. Tutkimuksen tekijä säilytti tutkimusaineistoa henkilökohtaisella tietokoneellaan, sekä muistitikulla tutkimuksen tekemisen ajan. Raportin hyväksymisen jälkeen aineisto tuhottiin. Aineiston säilyttämisestä 10 vuoden ajan vastaa sairaanhoitopiirin kehittämissyksikkö.

6.3 Tulosten tarkastelu

Hoitohenkilökunnan kokemus toimintaympäristöstä

Tämän tutkimuksen mukaan **hoitohenkilökunta kuvasi toimintaympäristön jossa he työskentelevät keskimäärin hyväksi**. Tämän tutkimuksen tulos tukeutuu myös Swiger ym. (2017) tekemään kirjallisuuskatsaukseen, jonka mukaan tämän tutkimuksen toimintaympäristölle annettujen pisteiden keskiarvo osoitti, että kyseessä ei ole Magneettisairaala. Toimintaympäristön ja sen ulottuvuuksien saamien keskiarvopisteitä tutkittaessa huomio kiinnittyi Choin ja Boylen (2014) tekemään tutkimukseen, jonka mukaan kriittisesti sairaiden potilaiden hoitoon keskittyneissä yksiköissä kokonaispistemäärä oli muita yksiköjä pienempi. Vaikka yksikkötyyppi on katsottu

vaikuttavan hoitotyön toimintaympäristön kokonaispistemäärään (Al-Hamdan, Manojlovich & Tanima 2017) Liou ja Cheng (2009) ovat todenneet, että yksikkö ja sen tyyppi liittyi merkittävästi hoitohenkilökunnan työtyytyväisyyteen, mutta ei aikomukseen jäädä työskentelemään kyseiseen yksikköön.

Useat aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että sairaalat joissa toimintaympäristö on hyvä ja toimiva on pienempi todennäköisyys hoidon huonosta laadusta ja sen heikkenemisestä (Numminen ym. 2016, Nantsupawat ym. 2011). Hyvässä ja toimivassa toimintaympäristössä työskentelevällä henkilökunnalla tyytymättömyys työhön oli vähäisempää (Al-Hamdan ym. 2017, Gabriel ym. 2013, Aiken ym. 2011, Aiken ym. 2008, Tervo-Heikkinen 2008), pienempi mahdollisuus loppuun palamiselle (Aiken ym. 2008) lähtöaiheet työpaikasta pienemmät (Al-Hamdan ym. 2017, Numminen ym. 2016 Aiken ym. 2008, Tervo-Heikkinen 2008) sekä alan vaihto aiheet pienemmät (Lin, Chiang & Chen 2011, Aiken ym. 2008). Toimintaympäristön keskimääräiset pisteet on todettu olevan korkeammat niillä hoitajilla, jotka aikovat jäädä työyhteisöön ja hoitotyöhön, kuin niillä, jotka aikovat jättää hoitotyön tai työyhteisön. (Lin ym. 2011)

Tässä tutkimuksessa vastaajista suurimmalla osalla oli sairaanhoitajan tutkinto. Tämän vuoksi vertailua muihin koulutustaustoihin ei ollut mielekästä tehdä. Tämä olisi kuitenkin ollut mielenkiintoista, sillä Nummisen ym. (2016) tutkimus osoittaa, että korkeakoulututkinnon suorittaneilla sairaanhoitajilla oli positiivisempi käsitys hoitotyön toimintaympäristöstä, kuin alemman koulutustaustan omaavilla. Aikenin ym. (2011) mukaan paremmin koulutetuilla hoitajilla ei ole merkitystä huonossa työympäristössä, mutta hyvässä ja toimivassa työympäristössä heillä on katsottu olevan huomattava vaikutus työn lopputulokseen.

Keskimääräinen vaihtelu oli keskihajonnan mukaan korkein tässä tutkimuksessa kokemuksesta hoitotyön johtajan kyvykkyydestä, johtamisesta ja hoitajien tukemisesta, sekä hoitohenkilökunnan voimavarojen ja henkilökunnan riittävydestä. Tulos poikkeaa muun muassa Nummisen ym. (2016) tutkimuksen tulosten kanssa, jossa tutkimuskohteena olleet vastavalmistuneet, suomalaiset sairaanhoitajat arvioivat keskimääräisen vaihtelun korkeimmaksi ”mahdollisuus osallistua sairaalan toimintoihin” -ulottuvuudessa.

Merkittävä havainto aikaisempien tutkimusten tuloksista oli myös se, että vaikka Yhdysvallat ovat hoitotyön toimintaympäristö -tutkimuksen ja kehittämisen edelläkävijöitä, muutamissa muualla tehdyissä tutkimuksissa hoitotyön toimintaympäristö oli arvioitu niin sanotuissa ”tavallisissa

sairaaloissa” paremmaksi tai vastaavaksi kuin Yhdysvalloissa olevissa Magneettisairaaloissa. Esimerkiksi Walkerin ym. (2014) tekemän tutkimuksen mukaan Australiassa toimivan sairaalan hoitajat arvioivat toimintaympäristön paremmaksi jo ennen Magneetti-statusen saamista, kuin Yhdysvalloissa Magneettisairaala-statusen omaavassa sairaalassa työskentelevät hoitajat. Myös Trinkoff ym. (2010) tutkimustulosten mukaan Magneettisairaaloiden ja ei-Magneettisairaaloiden toimintaympäristö poikkesivat hoitajien kuvaamana vain vähän. Myös Tanskassa hoitajat arvioivat hoitotyön toimintaympäristön samalle tasolle, kuin Yhdysvalloissa olevan Magneettisairaalan hoitajat (Mainz ym. 2015).

On tärkeää huomata, että hyvien hoitotulosten saavuttaminen perustuu ammattikäytänteitä tukevaan toimintaympäristöön. Organisaatioiden johdossa tulisivin laatia integroituja suunnitelmia hoitotyöympäristön kehittämiseksi, jotta voidaan varmistaa laadukas hoito ja osaava, ammattitaitoinen henkilökunta. (Choi, Cheung & Pang 2013.) Kiinnittämällä huomiota hoitotyön toimintaympäristöön pystytään parantamaan hoitohenkilöstön työtyytyväisyyttä, estämään hoitohenkilöstön loppuun palaminen sekä ammatin- tai työpaikan vaihtoaikomuksia. Työympäristöjen kehittäminen ei ole kallista, mutta edellyttää ammattikulttuurin muuttamista ja tutkittuun tietoon perustuvan päätöksenteon lisäämistä. (Aiken ym. 2011.)

Hoitotyön toimintaympäristön ulottuvuuksista **mahdollisuus osallistumistua sairaalan toimintoihin** arvioitiin suhteellisen huonoksi. Hieman vastaavaan tulokseen ovat päätyneet myös Armstrong ym. (2009) tutkiessaan hoitajia Kandalaisessa sairaalassa. Verrattuna muihin toimintaympäristön ulottuvuuksiin myös Maizin ym. (2015) ja Gabrielin ym. (2013) tekemissä tutkimuksissa henkilökunta oli arvioinut ulottuvuuden heikoiten tai toiseksi heikoiten toteutuvaksi.

Erityisen heikoksi henkilökunta koki tässä tutkimuksessa hallintoylihoitajan näkyvyyden ja lähestyttävyyden sekä hallinnon kuuntelemisen ja puuttumisen mahdollisiin ongelmiin. Tähän tulokseen saattaa osittain vaikuttaa kysymyksenasettelu. Hallintoylihoitajan työtehtävä ei varsinaisesti ole olla erittäin näkyvä hoitohenkilökunnalle, eikä se käytännössä ole edes mahdollista. Hoitotyöntekijän näkökulmasta oleellisempaa olisi se, että osastonhoitajan ja ylihoitaja olisivat näkyviä ja helposti lähestyttäviä. Vaikkakin Choi & Boyle (2014) pitää näkyvää ja tehokas hoitotyön johtoa tärkeänä, sillä heillä katsotaan olevan vaikutus hoitotyön tekijöiden työtyytyväisyydelle ja työssä pysymiselle.

Positiivista oli kuitenkin se, että henkilökunta koki, että heillä on mahdollisuus osallistua työpaikan ja hoitotyön yhteistyöryhmiin ja kehittyä urallaan. Hieman erilaiseen tulokseen tämän tutkimuksen kanssa olivat päätyneet esimerkiksi Al-Maaitah ym. (2018) tutkiessaan hoitohenkilökunnan käsityksiä toimintaympäristöstä Sarjahissa ja Pohjois-Emirateissa. Heidän tutkimustuloksensa mukaan hoitajat näkivät mahdollisuutensa osallistua hyvin sairaalan toimintoihin.

Anzai ym. (2014) tekemän tutkimuksen mukaan laadukkaamman hoitotyön perusteet olivat merkittäviä ennustajia hoidon laadulle. **Hoitotyön laadukkaat perusteet** arvioitiin tässä tutkimuksessa toteutuvan toiseksi parhaiten. Henkilökunta oli samaa mieltä siitä, että uusille työntekijöille on käytössä perehdytysohjelma. Hieman eri mieltä oltiin kuitenkin siitä, että käytössä olisi aktiivinen laadunhallinnan hallinnan ohjelma. Tähän yksi syy voisi olla se, että akuuttiyksiköille on ominaista korkea potilasvaihto ja pidempiaikaisten potilas-suhteiden puuttuminen, sekä useat käytössä olevat protokollat (Choi & Boyle 2014)

Organisaatiot voivat parantaa hoidon laatua yhteinäistämällä toimintakäytännöt, jotka peruvat tutkittuun tietoon. Näyttöön perustuvat yhtenäiset käytännöt helpottavat yksittäisen työntekijän päätöksentekoa eri tilanteissa. (Hotus) Näyttöön perustuva toiminta ei itsessään ole vaikeaa, mutta organisaatiossa vallitsevan kulttuurin ja prosessien muuttaminen on yleensä haastavaa (Sedrlin 2008). Saundersin ja Vehviläinen-Julkusen (2016) mukaan myös hoitohenkilökunta luottaa tutkitun tiedon arvoon, mutta heiltä puuttuu kuitenkin osaaminen, jolla tutkittu tieto ja integroidaan hoitotyöhön. Tämän suuntaiseen kehittämiseen tarvitaan hoitotyön klinisiä asiantuntijoita, joiden avulla hoitotyötä voidaan kehittää ja ylläpitää.

Hoitotyön johtajan kyvykkyys, johtaminen ja henkilöstön tukeminen arvioitiin kohtalaisen hyväksi. Samaa mieltä oltiin pääsääntöisesti siitä, että esimiehet hyödyntävät virheet oppimismahdollisuuksina kritisoinnin sijaan. Eri mieltä sen sijaan oltiin kiitoksen ja tunnustuksen saamisesta hyvin tehdystä työstä. Tämä olisi kuitenkin tärkeää, sillä Gunnarsdóttir ym. (2009) mukaan työtyytyväisyys on yhteydessä yksikkötason esimiehen antamaan tukeen, mutta myös sairaanhoitajien aikomukseen pysyä organisaatiossa ja ammatissa korreloi positiivisesti johdolta saadun tuen kanssa (Hinno ym. 2012)

Numminen ym. (2016) tutkivat omassa tutkimuksessaan vastavalmistuneita suomalaisia sairaanhoitajia. Vastavalmistuneet arvioivat hoitotyön johtajuuden aavistuksen verran paremmaksi kuin hoitohenkilökunta tässä tutkimuksessa, mutta olivat yhtä mieltä siitä, että parhaiten esimiehet

hyödyntävät virheet oppimismahdollisuuksina kritisoinnin sijaan. Esimerkiksi Gabriel (2013) ym. tekemässä tutkimuksessa hoitotyön johtajan kyvykkyys, johtaminen ja henkilöstön tukeminen arvioitiin hiukan tämän tutkimuksen tuloksia paremmaksi.

Mielenkiintoinen oli myös Choin ja Boylen (2014) tutkimuksen tulos, jossa kriittisesti sairaan potilaan hoitoon keskittyneet yksiköt saivat huomattavasti pienemmät pisteet arvioidessaan hoitotyön johtajaa, kuin muut osastot. Boevn (2012) tekemässä tutkimuksessa hoitotyön johtajan kyvykkyys oli yllättäen arvioitu parhaiten toteutuvaksi luokaksi toimintaympäristössä. Samassa tutkimuksessa myös hoitotyön johtajan kyvykkyuden ja potilastyytyväisyyden väliltä oli löydetty myös merkittävä yhteys (Boev 2012).

Parhaiten toimintaympäristön ulottuvuuksista tässä tutkimuksessa toteutui **kollegiaalisuus hoitaja-lääkäri suhteissa**. Tämä tulos on samansuuntainen myös muiden tutkimustulosten kanssa, sillä useiden tutkimusten mukaan hoitajien ja lääkärien välinen vuorovaikutus koettiin toteutuvan parhaiten hoitotyön toimintaympäristöissä (Numminen ym. 2016, Anzai, Douglas & Bonner 2014, Gabriel ym. 2013, Havens, Warshawsky & Vasey 2012, Aiken ym. 2009, Armstrong ym. 2009). Tulosta tukee myös Choin ja Boylen (2014) sekä Havens ym. (2012) tekemät tutkimukset, joissa kriittisesti sairaiden potilaiden hoitoon keskittyneissä yksiköissä hoitajien ja lääkäreiden väliset suhteet arvioitiin toteutuvan paremmin, kuin muissa yksiköissä. Korkeampaa pistemäärää perusteltiin sillä, että lääkärit ovat jatkuvasti yksiköissä läsnä. (Choi & Boyle 2014)

Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat lukuisten aiempien tutkimusten (mm. Al-Maaitah ym. 2018, Numminen ym. 2016, Choi & Boyle 2014, Walker ym. 2014, Gabriel ym. 2013, Nantsupawat ym. 2011, Warshawsky & Havens 2011, Middleton ym. 2008) tulosta siitä, että heikoiten toimintaympäristöstä toteutuu hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan **henkilökunnan ja voimavarojen riittävyys**. Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunta koki, ettei käytettävissä ole riittävästi hoitohenkilökuntaa laadukkaan potilashoidon turvaamiseksi ja siihen, että työt saadaan tehdyksi. Samanlaiseen tulokseen ovat päätyneet muun muassa Al-Maaitah ym. (2018) ja Numminen ym. (2016). Tällä on vaikutusta myös potilaiden kokemuksiin, sillä Kvistin, Mäntysen, Turusen, Partasen, Miettisen, Wolfin ja Vehviläinen-Julkusen (2013) tekemän tutkimuksen mukaan potilaat olivat esittäneet tyytymättömyyttä hoitajien liian vähäiseen määrään ja aikaan, jonka he pystyivät käyttämään potilaiden kanssa. Tämä on potilasturvallisuuteen liittyvä iso riski sillä potilaiden suurempi lukumäärän yhtä hoitajaa kohti on todettu lisäävän kuoleman riskiä. (Aiken ym. 2011.)

Anzai ym. (2014) tekemän tutkimuksen mukaan henkilöstön ja resurssien riittävyys liittyi merkittävästi hoidon laatuun. Hoitotyön laatu liittyi myös merkittävästi sairaaloiden hoitotyön toimintaympäristöihin ja henkilöstön tyytyväisyyden tasoon. (Nantsupawat ym. 2011) Henkilöstön pienemmän määrän on nähty olevan myös tärkeä henkilökunnan uupumuksen ennustaja (Gunnarsdóttir ym. 2009.) Myös muut tutkijat (Choi ym. 2013, Gabriel ym. 2013, Aiken ym. 2011, Nantsupawat ym. 2011, Tervo-Heikkinen 2008) korostavat riittävän henkilöstön merkitystä hoitohenkilökunnan hyvinvoinnin kannalta, vaikkakin toimintaympäristön on todettu ennustavan voimakkaammin työtyytyväisyyttä kuin henkilöstömitoitus (Kutney-Lee ym. 2013).

Ulottuvuuksien väliset yhteydet

Tässä tutkimuksessa havaittiin ulottuvuuksien välillä tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä. Tilastollisesti merkitsevät yhteydet olivat: hoitohenkilökunnan kokemuksella osallistua sairaalan toimintoihin ja hoitotyön laadukkaan perustan välillä, kokemus hoitotyön johtajan kyvykkyydestä, johtamisesta ja hoitajien tukemisesta ja henkilökunnan voimavarojen ja resurssien riittävyyden välillä, hoitajien sekä lääkäreiden välisen kollegiaalisuuden ja sairaalan toimintoihin osallistumisen välillä.

Myös kokemuksella hoitotyön laadukkaasta perustasta ja hoitotyön johtajan kyvykkyydestä, johtamisesta ja hoitajien tukemisesta välillä, sekä henkilökunnan voimavarojen ja resurssien riittävyyden ja hoitajien ja lääkäreiden välisen kollegiaalisuuden välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys. Hoitohenkilökunnan kokemus hoitotyön johtajan kyvykkyydestä sen sijaan muodosti tilastollisesti merkitsevän yhteyden voimavarojen ja resurssien riittävyyden ja kokemukseen hoitajien ja lääkäreiden väliseen kollegiaalisuuden kanssa.

Taustamuuttujien yhteys tutkimustuloksiin

Johtuen varmaan otoksen pienestä koosta (n=74) ja huomioon otettujen taustamuuttujien määrästä (n=5) tutkimuksessa saatiin verrattain vähän tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä hoitotyön toimintaympäristön luokkien ja taustamuuttujien välille.

Tämän tutkimuksen tuloksena voidaan kuitenkin todeta, että työkokemuksella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys hoitohenkilökunnan kokemukseen mahdollisuudesta osallistua sairaalan toimintoihin, sillä alle viisi vuotta työkokemusta omaavat kokivat, että heillä on mahdollisuus

osallistua sairaalan toimintoihin tilastollisesti merkitsevästi enemmän, kuin 5-20 vuotta työskennelleet tai yli 20 vuotta työskennelleet. Myös Lake ja Friese (2006) ovat päätyneet samankaltaiseen tulokseen, että vähemmän työkokemusta omaavat hoitajat kokevat, että heillä on mahdollisuus ammatilliseen kehittymiseen ja osallistua kliiniseen päätöksentekoon. (Lake & Friese 2006). Kuten myös Numminen ym.(2016) joidenka tulosten mukaan vastavalmistuneet hoitajat kokevat, että heillä on mahdollisuus ammatilliseen kehittymiseen ja päätöksentekoon.

Tässä tutkimuksessa työkokemuksella ei havaittu olevan vaikutusta kokemukseen hoitotyön laadukkaasta perustasta, mutta Anzain ym. (2014) mukaan alle viiden vuoden kokemus hoitotyöstä ennusti parempaa arviota.

Vaikka aiemmista tutkimuksista ei vastaavaa tulosta kyetty löytämään, tässä tutkimuksessa sukupuolella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys hoitohenkilökunnan kokemukseen hoitotyön johtajan kyvykkyydestä, johtamisesta ja hoitajien tukemisesta. Miehet kokivat olevansa tyytyväisempiä hoitotyön johtajan toimintaan kuin naiset. Tämä on tuloksena hieman yllättävä, sillä tutkimuksen kohteena organisaatiossa hoitotyön johto on pääasiassa naisia. Syitä miksi nimenomaan miehet pitivät johtajia merkittävästi kyvykkäimpinä, olisi mielenkiintoista selvittää.

6.4 Johtopäätökset

Tutkimuksen tulosten perusteella esitetään seuraavat johtopäätökset

1. **Hoitohenkilökunta kokee toimintaympäristön jossa he työskentelevät keskimäärin hyväksi.** Parhaiten toimintaympäristön ulottuvuuksista toteutui hoitajien ja lääkäreiden välinen kollegiaalisuus. Potilaan hoidon laadun kannalta on erittäin tärkeää, että hänen hoidosta vastaavat henkilöt ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Vaikka tämän tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta kokee, että yhteistyö lääkäreiden kanssa on hyvää, niin edelleen vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoja tulee harjoitella erilaisin keinoin, esimerkiksi moniammatillisten simulaatio-tilanteiden kautta.
2. **Hoitohenkilökunta kokee, että toimintaympäristössä jossa he työskentelevät, henkilökunnan voimavarojen ja resurssien riittävyys on kohtalaisen huono.** Henkilökunta kokee erityisesti, ettei käytettävissä ole riittävästi henkilökuntaa laadukkaasti

potilashoidon turvaamiseksi ja siihen, että työt saadaan tehdyksi. Ongelma koskee varmasti erityisesti yksiköjä, joissa potilaiden määrä ei ole ennustettavissa, jolloin myös henkilökunnan määrän arvioiminen etukäteen ei ole mahdollista. Tästä syystä henkilökunnan valmiuksien lisääminen työskennellä eri yksiköissä, ja hyvin organisoitu työvoiman siirtely sinne missä resurssit ovat heikoimmillaan, on tärkeää.

3. **Työkokemuksella oli vaikutus koettuun mahdollisuuteen osallistua sairaalan toimintoihin.** Mitä vähemmän työntekijällä oli työkokemusta, sitä paremmin hän koki, että hänellä on mahdollisuus osallistua sairaalan toimintoihin. Hoitotyön hallinto voisi hyödyntää hoitohenkilökuntaa ja heidän kokemustaan erilaisissa työryhmissä ja päivittäisissä hoitotyön tilanteissa. Myös hoitohenkilökunnan kannustamista jatko-opintoihin ja näiden opintojen hyödyntämisen tehostamista työyhteisössä kannattaisi kokeilla, jotta henkilökunta kokisi, että heillä on mahdollisuus kehittyä ja edetä urallaan sekä osallistua työryhmiin ja tätä kautta myös menettelytapoja koskevaan päätöksentekoon.
4. **Hoitotyön toimintaympäristössä on kehitettävää.** Työympäristön kehittäminen ja tutkiminen tulisi olla jatkuvaa, että organisaatiot olisivat vetovoimaisempia henkilökunnan näkökulmasta, tuottaisivat laadukasta hoitoa ja hoitohenkilökunta voisi paremmin.
5. **Hoitotyön toimintaympäristöä on tutkittu paljon viimeisien vuosikymmenten aikana.** Pääasiassa hoitotyön toimintaympäristöä koskeva tutkimus on kansainvälistä, jossa on käytetty poikkileikkaustutkimus-asetelmaa. Kotimaista toimintaympäristötutkimusta on tehty varsin vähän, joka olisi kuitenkin tärkeää kehitettäessä Suomen terveydenhuoltoa ja hoitotyötä, jotta alan kehitys ja ammattitaitoinen työvoima pystytään turvaamaan myös jatkossa.

6.5 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Organisaatio, johon tämä tutkimus on tehty, sekä muut terveydenhuollon organisaatiot voivat hyödyntää tämän tutkimuksen tuloksia kehitettäessä hoitotyön toimintaympäristöä. Hyvän ja toimivan työympäristön kautta voidaan lisätä hoitohenkilökunnan sitoutumista ammattiinsa ja organisaatioon, sekä parantaa potilaiden hoidon laatua. Tämän tutkimuksen tuloksia on mahdollisuus

hyödyntää myös organisaatioiden toiminnan suunnittelussa tutkittua tietoa hyödyntäen, jotta voidaan kiinnittää erityisesti huomiota niihin seikkoihin, jotka hoitohenkilökunta kokee ongelmaiseksi työyksiköissä.

Jatkotutkimus-aiheina voisi hankkeen tiimoilta selvittää kokemuksia hoitotyön toimintaympäristöstä myös muilla osastoilla ja verrata tuloksia tämän tutkimuksen tuloksiin. Myös koetun ammattipätevyyden ja hoitotyön toimintaympäristö kokemusten välillä olevia yhteyksiä olisi mielenkiintoista selvittää. Lisäksi kokemukset hoitotyön toimintaympäristön ja työtyytyväisyyden välillä olisi mielenkiintoista selvittää tähän hankkeeseen liittyen.

Tämän lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia pitkittäistutkimuksen avulla hoitohenkilökunnan kokemuksia toimintaympäristöstä ja potilashoidon tuloksista yhdessä hoitotyön toimintaympäristön systemaattisten kehittämis-interventioiden kanssa. Tällöin toimintaympäristön kehittämisen vaikuttavuus hoitohenkilökunnan kokemuksiin ja hoitotyön tuloksiin voitaisiin todistaa.

Lähteet:

- Adelman K. (2012) Promoting employee voice and upward communication in healthcare: The CEO influence. *Journal of Healthcare Management* **57** (2), 133–147.
- Aiken L. & Sermeus W. (2012) Patient safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal* **344** (7851), 20–20.
- Aiken L.H, Sloane D.M, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, Finlayson M, Kanai-Pak M, Aunguroch Y. (2011) Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal Quality Health Care* **23** (4), 357–364.
- Aiken L.H., Clarke S.P. Sloane D.M., Lake E.T. & Cheney T. (2009) Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal Of Nursing Administration* **38** (5), 223–229.
- Aiken L., Buchan J., Ball J. & Rafferty A. (2008) Transformative impact of Magnet designation: England case study. *Journal of Clinical Nursing* **17** (24), 3330–3337.
- Al-Hamdan Z., Manojlovich M. & Tanima, B. (2017) Jordanian Nursing Work Environments, Intent to Stay and Job Satisfaction. *Journal of Nursing Scholarship* **49** (1), 103–110.
- Al-Maaitah R. , AbuAlRub R.F. & Al Blooshi, S. (2018) Practice environment as perceived by nurses in acute care hospitals in Sharjah and North Emirates. *Nursing Forum*.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nuf.12245> (15.2.2018)
- Anzai E., Douglas C. & Bonner A. (2014) Nursing practice environment, quality of care, and morale of hospital nurses in Japan. *Nursing and Health Sciences* **16** (2), 171–178.
- Armstrong K, Laschinger H. & Wong C. (2009) Workplace empowerment and Magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. *Journal of Nursing Care Quality* **24** (1), 55–62.
- Boev C. (2012) The relationship between nurses' perception of work environment and patient satisfaction in adult critical care. *Journal of nursing scholarship* **44** (4), 368–375.
- Brewer CS, Kovner CT, Greene W, Tukov-Shuser M, Djukic M. (2012) Predictors of actual turnover in a national sample of newly licensed registered nurses employed in hospitals. *Journal of Advanced Nursing* **68** (3), 521–538.
- Burhans L.M & Alligood M.R (2010) Quality nursing care in the words of nurses. *Journal of advanced nursing* **66** (8), 1689–1697.
- Burns N. & Grove G. (2005) Students' perspectives of effective on ineffective nursing instructor. *Journal of Nursing Education* **43** (12), 565–568.
- Cho E. , Chin D.L. , Kim S. & Hong O. (2016) The Relationships of Nurse Staffing Level and Work Environment With Patient Adverse Events. *Journal of nursing scholarship* **48** (1), 74–82.

Choi J. & Boyle D.K. (2014) Differences in nursing practice environment among US acute care unit types: a descriptive study. *International journal of nursing studies* **51** (11), 1441–1449.

Choi S.P, Cheung K & Pang S.M. (2013) Attributes of nursing work environment as predictors of registered nurses' job satisfaction and intention to leave. *Journal of Nursing Management* **21** (3), 429–439.

Finlex. Oikeusministeriön oikeudellinen aineisto. <https://www.finlex.fi> (15.2.2018)

Gabriel A.S., Erickson R.J., Moran C.M., Diefendorff J.M. & Bromley G.E. (2013) A multilevel analysis of the effects of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index on nurse outcomes. *Research in nursing & health* **36** (6), 567–581.

Grant B., Colello S., Riehle M., Dende D. (2010) An evaluation of the nursing practice environment and successful change management using the new generation Magnet Model. *Journal of Nursing Management* **18** (3), 326–331.

Grove SK., Burns N. & Gray J. (2013) *The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 7th edition. Saunders Elsevier. St.Louis.

Gunnarsdóttir S., Clarke SP., Rafferty AM. & Nutbeam D. (2009) Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. a survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursig studies* **46** (7), 920–927.

Havens D.S, Warshawsky N & Vasey J. (2012) The nursing practice environment in rural hospitals: Practice Environment Scale of the Nursing Work Index assessment. *The Journal of Nursing Administration* **42** (11), 519–525.

Heikkilä, T. (2014) *Tilastollinen tutkimus*. Edita Publishing Oy. Helsinki.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. *Hoitotyön ammatillinen toimintamalli*. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/hoitotyö/Documents/Hoitoty%C3%B6t%C3%A4%20potilaan%20parhaaksi%20netti.pdf> (25.2.2018)

Hinno S., Partanen P. & Vehviläinen-Julkunen K. (2012) The professional nursing practice environment and nurse-reported job outcomes in two European countries: a survey of nurses in Finland and the Netherlands. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **26** (1), 133–143.

Holmia S., Murtonen I., Myllymäki H. & Valtonen K. (2009) *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. WSOY. Helsinki.

Hotus, Hoitotyön tutkimussäätiö (2010) Yhteinäisten käytäntöjen kehittämisen malli. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/yhtenaisten-kaytantojen-kehittamisen-malli> (18.4.2018)

JBI-instituutti (2010) Näyttöä Magneettisairaala-mallin vaikutuksista hoitaja- ja potilastuloksiin. http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-11_0.pdf (15.3.2018)

- Kankkunen P. & Vehviläinen - Julkunen K. (2013) *Tutkimus hoitotieteessä*. 3.painos Sanoma Pro. Helsinki.
- Kelly L.A., McHugh M.D. & Aiken L.H. (2011) Nurse Outcomes in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *The Journal of Nursing Administration* **41** (10), 428–433.
- Kuntaliitto (2011) *Terveydenhuollon laatuopas*.
file:///D:/Uusi%20kansio/Uusi%20kansio/Uusi%20kansio/terveydenhuollon_laatuopas.pdf
(11.3.2018)
- Kutney-Lee A., Stimpfel A.W, Sloane D.M., Cimiotti J.P. Quinn L.W., Aiken L.H. (2015) Changes in Patient and Nurse Outcomes Associated with Magnet Hospital Recognition. *Medical Care* **53** (6), 550–557.
- Kutney-Lee A., Wu E.S., Sloane, D.M. & Aiken, L.H. (2013) Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: an analysis of panel data. *International journal of nursing studies* **50** (2), 195–201.
- KvantiMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja].
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/puuttuvat/puuttuvat_2003-artikkeli.html (20.02.2018.)
- Kvist T, Mäntynen R, Turunen H, Partanen P, Miettinen M, Wolf G.A & Vehviläinen-Julkunen K. (2013) How magnetic are Finnish hospitals measured by transformational leadership and empirical quality outcomes? *Journal of Nursing Management* **21** (1), 152–164.
- Kvist T. (2004) *Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia?* Väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- Lake E.T (2007) The nursing practice environment: measurement and evidence. *Medical Care Research and Review* **64** (2), 104–122.
- Lake E.T & Frice C.R. (2006) Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research* **55** (1), 1–9.
- Lake E.T (2002) Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health* **25** (3), 176–188.
- Liou S. & Cheng C. (2009) Using the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index on Asian nurses. *Nursing Research* **58** (3), 218–225.
- Lin S.Y., Chiang H.Y. & Chen L. (2011) Comparing nurses' intent to leave or stay: differences of practice environment perceptions. *Nursing & Health Sciences* **13** (4), 463–467.
- Mainz H., Baernholdt M, Ramlau-Hansen C.H & Brink O. (2015) Comparison of nurse practice environments in Denmark and the USA. *International Nursing Review* **62** (4), 479–488.
- Meretoja R., Kaira A-M., Ritmala-Castrén M., Santala I. & Vuorinen R. (2007) *AURA. Ammattiura sairaanhoitajana*. Helsingin ja Uudenmaansairaanhoitopiiri. Yliopistopaino. Helsinki.

- Metsämuuronen J. (2006) *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Methelp. Helsinki.
- Middleton S., Griffiths R., Fernandez R. & Smith B. (2008) Nursing practice environment: how does one Australian hospital compare with magnet hospitals? *International Journal of Nursing Practice* **14** (5), 366–372.
- Nantsupawat A., Srisuphan W., Kunaviktikul W., Wichaikhum O.A., Aunguroch Y & Aiken L.H. (2011) Impact of nurse work environment and staffing on hospital nurse and quality of care in Thailand. *Journal of nursing scholarship* **43** (4), 426–432.
- Nikki L., Koivunen M. & Suominen T. (2010) Uuden työntekijän mentorointi. *Tutkiva Hoitotyö* **8** (3), 20–26.
- Numminen O., Ruoppa E., Leino-Kilpi H., Isoaho H., Hupli M. & Meretoja R. (2016) Practice environment and its association with professional competence and work-related factors: perception of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management* **24** (1), E1-E11.
- Papastavrou E., Acaroglu, R., Sendir M., Berg A., Efsrathiou G., Idvall E., Kalafati M., Katajisto J., Leino-Kilpi H., Lemonidou M., Luz D.A. & Suhonen R. (2015) The relationship between individualized care and the practice environment: An international study. *International Journal of Nursing Studies* **52** (1), 121–133.
- Partanen P., Pitkäaho T., Kvist T., Turunen H., Miettinen M., Vehviläinen-Julkunen K. (2008) *Magneettisairaalamalli erinomaisen hoitotyön mahdollistajana*. Teoksessa: Vetovoimainen terveydenhuolto (toim. Koponen, L., Hopia, H.). Hoitotyön vuosikirja 2008. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Prezerakos P., Galanis P. & Moisoglou I. (2015) The work environment of haemodialysis nurses and its impact on patients' outcomes. *International Journal of Nursing Practice* **21** (2), 132–140.
- Ritmala-Castrén M. & Meretoja R. (2004) Hoitotyön asiantuntijuus ja tehohoito. *Tehohoito* **22** (1), 28–32.
- Roche M. A., Duffield C., Friedman S., Twigg D., Dimitrelis S. & Rowbotham S. (2016) Changes to nurses' practice environment over time. *Journal of Nursing Management* **24** (5), 666–675.
- Saunders H. (2016) Nurses' readiness for evidence-based practice: implementing the paradigm shift of transforming evidence for clinical practice. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.
- Saunders H. & Vehviläinen-Julkunen K. (2016) Evidence-Based Practice and Job-Related Nurse Outcomes at MagnetA -Aspiring, Magnet-Conforming, and Non-Magnet University Hospitals in Finland. *The Journal of Nursing Administration* **45** (10), 513–520.
- Sedrl D. (2008) Evidence-Based nursing practise: What US nurse executives really think. *Nurse Researcher* **15** (4), 51–67.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2009) *Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön*. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226780.pdf?sequence=1> (10.3.2018)

Swiger P., Patrician P., Miltner R.S., Raju D., Breckenridge-Sproat S., Loan L. (2017) The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index; An update review and recommendations for use. *International Journal of Nursing Studies* **74**, 76–84.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). www.thl.fi (24.2.2018)

Tervo-Heikkinen T., Kiviniemi V., Partanen P. & Vehviläinen-Julkunen K. (2009) Nurse staffing levels and nursing outcomes: a Bayesian analysis of Finnish-registered nurse survey data. *Journal of Nursing Management* **17** (8), 986–993.

Tervo-Heikkinen T., Partanen P., Aalto P. & Vehviläinen-Julkunen K. (2008) Nurses' work environment and nursing outcomes: a survey study among Finnish university hospital registered nurses. *International Journal of Nursing Practice* **14** (5), 357–365.

Tervo-Heikkinen T. (2008) *Hoitotyön vaikuttavuus erikoissairaanhoidossa*. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Trinkoff A.M., Johantgen M., Storr C.L., Han K., Liang Y., Gurses A.P. & Hopkinson S. (2010) A comparison of working conditions among nurses in Magnet and non-Magnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration* **40** (7–8), 309–315.

Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (2008). <https://www.valvira.fi> (15.2.2018)

Vesterinen S. (2013). *Osastonhoitajien johtamistyylit osana johtamiskulttuuria*. Väitöskirja. Oulun yliopisto. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526201245.pdf> (10.3.2018)

Vilkka, H. (2007) Tutki ja mittaa. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/98723> (15.2.2018)

Walker K., Fitzgerald K. & Duff J. (2014) Supporting a Healthy Culture. Results of the Practice Environment Scale, Australia in a Magnet A Designated Hospital. *The Journal of nursing Administration* **44** (12), 653–658.

Warshawsky N.E. & Havens N.E. (2011) Global use of the practice environment scale of the nursing work index. *Nursing Research* **60** (1), 17–3.

LIITE 1. TIETOKANTAHAKU

Tietokantahaku 2.2.2017

Valintakriteerit ja rajaukset: 1) tutkimusartikkeli tai alkuperäistutkimus 2) vertaisarvioitu
3) käsittelee hoitotyön toimintaympäristöä 4) kieli: Englanti tai Suomi 5) aikarajaus: 2008–2018

Tutkimuskysymykset: Minkälaisena hoitohenkilöstö kokee hoitotyön toimintaympäristön, jossa he työskentelevät? Miten taustamuuttujat ovat yhteydessä hoitohenkilöstön kokemaan hoitotyön toimintaympäristöön?

Tietokannat: Cinahl (n=16), Pubmed (n=4), Medic (n=1) ja Medline (n=5)
Manuaalihakua (n=3)

Poissulkukriteerit:

Otsikko: ei käsittele aihetta

Abstrakti: ei käsittele aihetta, abstrakti ei saatavissa, käsittelee psykiatria/pitkäaikaishoitoa, päällekkäisyydet

Koko teksti: ei käsittele aihetta, koko teksti ei saatavissa

Tietokanta/ Hakusanat N=	Otsikon perusteella hyväksytyt	Abstraktin perusteella hyväksytyt	Koko tekstin perusteella hyväksytyt	Laadun arvioinnin jälkeen
CIHNAL (N=158) ”Nursing practice environment” AND ”hospital” AND “Nurs*”	52	27	14	14
MEDIC (N=101) “Nursing practice environment” AND “hospital” AND “Nurs*”	18	2	1	1
PUBMED (N=28) ”Nursing practice environment” AND ”hospital” AND “nurs*”	11	9	4	4
CIHNAL (N=21) “Nursing practice environment” AND “hospital” AND “PES-NWI”	12	4	2	2
MEDLINE (N=49) “Nursing practice environment” AND “hospital” AND “Nurs*”	35	12	5	5

LIITE 2. HOITOTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖÖN LIITTYVIÄ TUTKIMUKSIA

Tekijä (t), vuosi tutkimuksen nimi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/ otos	Menetelmä ja käytetty mittari	Keskeiset tulokset
Numminen O., Ruoppa E., Leino-Kilpi H. Isoaho H., Hupli, M. & Meretoja R. 2016. Practice environment and it's association with professional competence and work-related factors: perception of newly graduated nurses. Suomi.	Tutkia vastavalmistuneiden sairaanhoitajien käsityksiä käytännön ympäristöstä sekä sen vaikutuksia osaamiseen, työtyytyväisyyteen ja työhön sitoutumiseen.	318 suomalaista vastavalmis- tunutta sairaanhoitajaa.	Poikkileikkaustutkimus PES-NWI ja NCS-mittarit Tilastolliset menetelmät.	Uusien hoitajien käsitys toimintaympäris- töstä on positiivinen. Parhaiten he kokivat toteutuvan kollegiaalisuuden hoitaja-lääkäri suhteissa ja heikoiten henkilöstön voimavarat ja resurssit. Paremmat kokemukset liittyvät korke- ampaan ammatilliseen pätevyyteen.
Anzai E., Douclas C. & Bonner A. 2014. Nursing practice environment, quality of care, and morale of hospital nurses in Japan. Japani.	Kuvata japanilaisten hoitajien käsityksiä hoitotyön ympäris- töstä ja sen vaikutuksista laadukkaaseen hoitoon ja työ- yhteisön moraaliiin.	223 japanilaista hoitajaa, jotka työskentelivät 12 osastolla suuressa Japanilaisessa opetussairaa- lassa.	Poikkileikkaustutkimus PES-NWI -mittari Tilastolliset menetelmät	Parhain kokemus hoitajien ja lääkärin välisestä kollegiaalisuudesta. Heikoin henkilöstön voimavaroista ja resurssista. Käytännön ympäristö on ennuste hoidon laadusta. Alle 5 vuoden työkokemuksen omaavat kokivat hoidon laadukkaimmaksi.
Havens D.S, Warshawsky N. & Vasey J. 2012. The Nursing practice environment in rural hospitals: Practice environment scale of the Nursing Work Index assessment. Yhdysvallat.	Esittää havaintoja Yhdysvalloissa työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia toimintaympäristöstä	1128 yhdysvaltalaisista hoitajaa, jotka työskentelivät maaseudun kuudessa eri sairaalassa.	Poikkileikkaustutkimus PES-NWI -mittari Tilastolliset menetelmät	Akuuttihoitotyön yksiköissä parhaiten koettiin toteutuvan kollegiaalisuus hoitaja-lääkäri suh- teissa.
Boev C. 2012. The relationship between nurse's perception of work environment and patient sa- tisfaction in adult critical care. Yhdysvallat.	Kuvailla akuuttihoitotyön yksiköissä työskentelevien hoi- tajien käsityksiä työympäristöstä sekä vartailla tuloksia potilaiden kokemaan tyytyväisyyteen.	671 hoitajaa 532 potilasta	Poikkileikkaustutkimus PES-NWI -mittari (hoitajat) Ingersolin mittari (potilaat) Tilastolliset menetelmät	Parhain kokemus hoitotyön johtajan toiminnasta, joka vaikutti merkittävästi myös potilaan kokemaan tyytyväisyyteen. Heikoiten arvioitiin henkilöstön voimavarat ja resurssit.
Nantsupawat A., Srisuphan W., Kunaviktikul W., Wichaikhum O.A., Aunguroch Y. & Aiken L.H. 2011. Thaimaa.	Selvitää toimintaympäristön ja henkilöstö-mitoituksen vaikutus hoitotyön tuloksiin (työtyytyväi- syys, loppuun palaminen ja hoito- työn laatu)	5247 hoitajaa 39 eri sairaalaa Thaimaassa.	Poikkileikkaustutkimus Sekundääritutkimus PES-NWI -mittari Tilastolliset menetelmät	Parhaiten koettiin toteutuvan kollegiaalisuus hoitaja-lääkäri suhteissa ja heikoiten henkilöstön voimavarat ja resurssit. Toimintaympäristöllä ja henkilöstömitoituksella on yhteys hoidon tulok- siin ja työssä jaksamiseen.

LIITE 2 Hoitotyön toimintaympäristöön liittyviä tutkimuksia

Tekijä (t), vuosi tutkimuksen nimi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/ otos	Menetelmä ja käytetty mittari	Keskeiset tulokset
Lin S.Y., Chiang H.Y & Chen L. 2011. Comparing nurses` intent to leave or stay: differences of practice environment perceptions. Taiwan.	Vertailla kahden eri ryhmän (alan vaihtoa suunnittelevien ja niiden, jotka aikovat pysyä alalla) välisiä käsityksiä hoitotyön käytännön ympäristöstä	535 hoitajaa	Poikkileikkaustutkimus C-N-PES (tehty PES-NWI - mittaria hyödyntäen) Erilliset kysymykset aikomuksesta jättää hoitotyö Tilastolliset menetelmät	Hoitajat, joilla on aikomus pysyä alalla arvioivat käytännön ympäristön paremmaksi, kuin he, jotka olivat jättämässä työn/ hoitotyön. Toimintaympäristö on keskeisessä roolissa hoitohenkilökunnan säilyttämiseksi organisaati- ossa/ alalla.
Mainz H., Baernholdt M., Ramlau-Hansen C.H & Brink O. 2015. Comparison of nurse practice environments in Denmark and USA. Tanska.	Kääntää ja testate PES-NWI - mittari Tanskassa, sekä vertailla saatuja tuloksia USA:n Magneetti- sairaalan ja ei-Magneettisairaalan tuloksiin.	127 hoitajaa 4 osastolta, yhdestä sairaalasta	Poikkileikkaustutkimus PES-NWI Tilastolliset menetelmät	Parhaiten arvioitiin johtajan kyvykyys ja huo- noiten osallistuminen sairaalan toimintoihin. Tulokset parempia kuin ei-Magneettisairaalassa ja samaa tasoa kuin Magneettisairaalassa.
Choi J. & Boyle D.K. 2014. Differences in nursing practice environment among US acute care unit types: a descriptive study. Yhdysvallat.	Vertailla eri yksikkötyyppien (kirurgia, akuuttihoito, lapset ym.) kokemuksia hoitotyön toiminta- ympäristöstä.	123584 hoitajaa 519 eri sairaalaa	Poikkileikkaustutkimus Sekundääritutkimus PES-NWI -mittari	Akuuttihoitossa parhaiten arvioitiin hoitotyön laadukas perusta, heikoiten henkilökunta ja resurssit. Akuuttihoitossa tarve kehittää eri- tyisesti johtamista. Kokonaiskokemus pienempi kuin muissa yksikkötyypeissä.
Aiken L.H., Clarke S.P, Sloane D.M., Lake E.T & Cheney T. 2009. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. Yhdysvallat.	Tavoitteena analysoida työ- ympäristön vaikutuksia hoitajiin ja potilaisiin.	10184 hoitajaa 168 eri sairaalaa	Poikkileikkaustutkimus PES-NWI -mittari	Kokemus, että parhaiten toteutuu kollegiaalisuus hoitaja-lääkäri suhteissa, heikoiten hoitotyön laadukas perusta. Huonossa hoitoympäristössä: tyytymättömyyttä, loppuunpalamista, potilaiden mortaliteetti korkeampi, selkeä vaikutus hoidon laatuun ja tuloksiin.
Armstrong K, Laschinger H. & Wong C. 2009. Workplace empowerment and Magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. Kanada.	Aiemman tutkimustuloksen testaus Kanadalaisessa sairaalassa, jossa toimintaympäristön oli todettu olevan yhteydessä potilasturvalli- suuteen.	153 hoitajaa	Poikkileikkaustutkimus PES-NWI -mittari Tilastolliset menetelmät	Parhaiten arvioitiin toteutuvan kollegiaalisuus hoitaja-lääkäri suhteissa. Heikoiten mahdollisuus osallistua sairaalan toimintoihin. Hyvä toimintaympäristö parantaa potilasturvallisuutta.

LIITE 2 Hoitotyön toimintaympäristöön liittyviä tutkimuksia

Tekijä (t), vuosi tutkimuksen nimi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/ otos	Menetelmä ja käytetty mittari	Keskeiset tulokset
Walker, K., Fitzgerald, K. & Duff, J. 2014. Supporting a Healthy Culture. Results of the Practice Environment Scale, Australia in a MagnetA Designated Hospital. Australia.	Vertailla tuloksia jotka saatu ennen Magneetti-statusta ja Magneetti-statuksen jälkeen. Sekä vertailla tuloksia muihin Magneettisairaaloihin.	2009 N=384 hoitajaa 2014 N=492 hoitajaa	Pitkittäistutkimus PES-NWI:stä muodostettu PES-AUS Tilastolliset menetelmät	Parhaiten toteutui hoitotyön laadukas perusta ja heikoiten henkilöstön voimavarat ja resurssit. Tulokset merkittävästi paremmat, kuin Yhdysvalloissa olevissa Magneetti-sairaaloissa.
Tervo-Heikkinen T. 2008. Nursing effectiveness in specialized care hospital. Suomi.	Kuvata sairaanhoitajien toimintaympäristöä ja hoitotyön henkilöstömitoitusta, sekä näiden vaikutusta hoitotyö tuloksiin erikoissairanhoidossa.	Kysely: 1192 hoitajaa Jäsenkysely: 1730 hoitajaa strukturoitukysely 24, rekisteriluku = 542 ja 41 osastonhoitajaa	NWI-R -mittari Tilastolliset menetelmät	Henkilökunnan riittävyys, työn kuormittavuus ja hoitajan arvioima työn laatu vaikutti henkilökunnan työtyytyväisyyteen.
Cho,E. , Chin D.L. , Kim, S. & Hong, O. 2016. The Relationships of Nurse Staffing Level and Work Environment With Patient Adverse Events.	Tarkoituksena selvittää hoitajan ja työympäristön välisiä suhteita potilaille syntyviin haittavaikutuksiin	4864 hoitajaa 58 sairaalaa	Poikkileikkaustutkimus PES-NWI -mittari + kyselylomake joka koski hoidettujen potilaiden lukumäärää. Tilastolliset menetelmät	Huonot resurssit ja huono toimintaympäristö lisää haittatapahtumien esiintyvyyttä; esim. väärä lääke/ väärä annos, painehaava. Riittävät resurssit ehkäisevät haittatapahtumia.
Al-Hamdan Z., Manojlovich, M. & Tanima, B 2017. Jordanian Nursing Work Environments, Intent to Stay, and Job Satisfaction. Jordania.	Tarkoituksena selvittää hoitotyön toimintaympäristön, työtyytyväisyyden ja alalle jäämisen välisiä yhteyksiä.	582 hoitajaa 3 sairaalaa	Poikkileikkaustutkimus 3 mittaria (PES-NWI, McCain ja Global Job Satisfaction -mittari) Tilastolliset menetelmät	Positiivisen hoitoympäristön ja työtyytyväisyyden, työssäpysymisen välillä oli merkittäviä yhteyksiä.
Liou S. & Cheng C. 2009. Using the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index on Asian nurses. Yhdysvallat.	Tarkoituksena testata PES-NWI:n luotettavuus, kun sitä käytetään Yhdysvalloissa työskenteleville Aasialaisille hoitajille.	230 hoitajaa	Poikkileikkaustutkimus PES-NWI -mittari Tilastolliset menetelmät	Aasialaiset sairaanhoitajat kokivat työympäristön eri tavalla, kuin amerikkalaiset sairaanhoitajat Yhdysvalloissa.
Al-Maaitah R. , AbuAlRub R.F. & Al Blooshi S.2018. Practice environment as perceived by nurses in acute care hospitals in Sharjah and North Emirates. Yhdistyneet arabiemiriittikunnat.	Tutkia hoitohenkilökunnan käsityksiä toimintaympäristöstä.	450 hoitajaa	Poikkileikkaustutkimus PES-NWI + haastattelut	Heikoiten arvioitiin henkilöstön voimavarat ja resurssit. Tietotekniikka vaikuttaa työntekoon, koska vie paljon aikaa potilastyötä.

LIITE 2 Hoitotyön toimintaympäristöön liittyviä tutkimuksia

Tekijä (t), vuosi tutkimuksen nimi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/ otos	Menetelmä ja käytetty mittari	Keskeiset tulokset
Choi S.P., Cheung K. & Pang S.M. 2013. Attributes of nursing work environment as predictors of registered nurses' job satisfaction and intention to leave. HongKong.	Tutkia ovatko hoitohenkilökunnan käsitykset toimintaympäristöstä yhteydessä työtyytyväisyyteen ja mahdollisesti alanvaihtoon.	1271 hoitajaa	Strukturoitu kyselylomake Tilastolliset menetelmät	Henkilöstön mitoitus ja resurssit ennustivat henkilökunnan kokemaa työtyytyväisyyttä.
Trinkoff A.M., Johantgen M., Storr C.L., Han K., Liang Y., Gurses A.P. & Hopkinson S. 2010 A comparison of working conditions among nurses in Magnet and non-Magnet hospitals. Yhdysvallat.	Selvittää onko Magneettisairaaloissa paremmat työolot, kuin ei-Magneettisairaaloissa.	837 hoitajaa 171 sairaalaa (17 Magneettia, 157 ei-Magneettia)	NWI-R –mittari Sekundääritutkimus Tilastolliset menetelmät	Magneettisairaaloissa ja ei-Magneettisairaaloissa työskentelevien hoitajien raportoimat työolot vaihtelivat vain vähän.
Hinno S., Partanen P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2012 The professional nursing practice environment and nurse- reported job outcomes in two European countries: a survey of nurses in Finland and the Netherlands. Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää toimintaympäristön ominaisuuksien suhdetta Suomessa ja Alankomaissa.	869 hoitajaa (535 Suomesta ja 334 Alankomaista)	Poikkileikkaustutkimus NWI-R -mittari Tilastolliset menetelmät	Arviot resurssien riittävydestä ja johdon tuesta vaikuttivat hoidon laadun arviointiin ja hoitajan arvioimaan hoidon laatuun. Suomalaiset arvioivat hoidon laadun ja yhteistyösuhteet paremmiksi kuin Alankomaissa työskentelevät hoitajat.
Kelly L.A., McHugh M.D. & Aiken L.H. 2011 Nurse outcomes in Magnet® and non-magnet hospitals. Yhdysvallat.	Selvittää, onko hoitotyön toimintaympäristön, henkilöstö-mitoituksen ja hoitotyön tulosten välillä eroja Magneetti- ja ei-Magneettisairaaloiden välillä.	4562 Magneetti-sairaalan hoitajaa 21714 ei-Magneetti-sairaalan hoitajaa 567 sairaalaa	Poikkileikkaustutkimus PES-NWI, MBI-HSS Sekundääritutkimus Tilastolliset menetelmät	Magneettisairaaloissa toimintaympäristöt parempia. Hoitajat raportoivat 18 % vähemmän tyytymättömyyttä työhön, 13 % vähemmän uupumusta.
Gunnarsdóttir S., Clarke S.P., Rafferty A.M. & Nutbeam D. 2009. Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. a survey of Icelandic hospital nurses. Islanti	Selvittää toimintaympäristön tekijöitä, jotka ovat yhteydessä hoidon tuloksiin.	695 hoitajaa	Poikkileikkaustutkimus NWI-R -mittari Tilastolliset menetelmät	Työtyytyväisyys oli yhteydessä esimiehen antamaan tukeen, henkilöstömitoitukseen ja hoitaja-lääkäri yhteistyöhön.

LIITE 2 Hoitotyön toimintaympäristöön liittyviä tutkimuksia

Tekijä (t), vuosi tutkimuksen nimi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/ otos	Menetelmä ja käytetty mittari	Keskeiset tulokset
Gabriel A.S., Erickson R.J., Moran C.M., Diefendorff J.M. & Bromley G.E. 2013. A multilevel analysis of the effects of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index on nurse outcomes. Yhdysvallat.	Selvittää työympäristön vaikutuksia hoitohenkilökunnan työtyytyväisyyteen, uupumukseen ja aikomukseen lähteä työstä .	699 hoitajaa 79 eri osastolta	Poikkileikkaustutkimus PES-NWI -mittari Tilastolliset menetelmät	Työympäristötekijöillä on vaikutus työssä viihtymiseen ja työssä pysymiseen. Parhaiten arvioitiin kollegiaalisuus hoitajalääkäri suhteissa ja heikoiten henkilöstön ja voimavarojen riittävyys.
Middleton S, Griffiths R, Fernandez R & Smith B. 2008. Nursing practice environment: How does one Australian hospital compare with magnet. Australia.	Selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia toimintaympäristöstä testaten samalla PES-NWI mittari. Tulosten vertailu Magneetti-sairaaloiden tuloksiin.	67 hoitajaa 1 sairaala, 4 eri osastoa	Poikkileikkaustutkimus PES-NWI -mittari Tilastolliset menetelmät	Parhaiten arvioitiin hoitotyön laadukas perusta, heikoiten henkilöstön voimavarat ja resurssit. Tulokset eivät eronneet merkittävästi Magneetti-sairaaloiden tuloksista kahden ryhmän osalta (johtajan kyvykkyys ja hoitotyön laadukas perusta).
Warshawsky N.E .& Havens D.S. 2011. Global Use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. Yhdysvallat.	PES-NWI -mittarin käytöstä eri tilanteissa ja maissa, sekä selvittää erilaisia muutoksia, mitä mittariin on tehty.	37 tutkimusraporttia	Kirjallisuuskatsaus Tietokantahaku vuosille 2002-2010.	Modifioitu 10 erilaiseksi, viidessä eri maassa, kolmelle eri kielelle. Resurssit ja voimavarat arvioitu yleensä heikoimmaksi. Mittarin käyttö pitkittäis- ja interventiotutkimuksissa tulevaisuudessa.
Lake E.T 2002. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index.	Hoitotyön toimintaympäristön mittarin kehittäminen.	11366 Hoitajaa	PES-NWI -mittari	Toimintaympäristöä voidaan pitää suotuisana, mikäli keski-arvo ylittää 2.5 ja epäsuotuisana mikäli jää sen alle.
Swiger P.A., Patrician P.A., Miltner R.S., Raju D., Breckenridge-Sproat S. & Laina L.A. 2017. The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. Yhdysvallat.	Katsauksen tarkoituksena on tarkastetut tiedot toimintaympäristöstä mittaavasta mittarista ja antaa suosituksia tutkijoille, jotka suunnittelevat mittarin käyttöä.	46 tutkimusartikkelia, jossa käytetty PES-NWI -mittaria	Kirjallisuuskatsaus Tietokantahaku vuosille 2010-2016	Henkilökunnan voimavarat ja resurssit arvioidaan usein heikoimmaksi. Mittari käytössä 48 eri maassa. Keskiarvo toimintaympäristölle ei-Magneettisairaalassa 2.51-2.92, kehittyvälle Magneettisairaalalle 2.62-3.07 ja Magneetti-sairaalalle 2.92-.3.00-
Kutney-Lee A., Wu E.S., Sloane D.M. & Aiken L.H.2013. Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: an analysis of panel	Selvittää, onko työympäristöön tehdyillä muutoksilla vaikutusta hoitajien loppuun palamiseen, lähtöaikomuksiin ja koettuun tyytymättömyyteen.	1999= 9345 hoitajaa 2006= 5957 hoitajaa	Pitkittäistutkimus PES-NWI –mittari Tilastolliset menetelmät	Työtyytyväisyydellä ja toimintaympäristöllä on selkeä yhteys. Toimintaympäristöllä on suurempi merkitys työtyytyväisyyteen, kuin henkilöstön resursseilla. Työympäristön parantamisella oli kielteinen yhteys loppuun palamiseen ja työstä

LIITE 2 Hoitotyön toimintaympäristöön liittyviä tutkimuksia

data. Yhdysvallat.

lähtemiseen.

Tekijä (t), vuosi tutkimuksen nimi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/ otos	Menetelmä ja käytetty mittari	Keskeiset tulokset
Aiken L., Cimiotti J.P.Sloane D.M. Smith H.L. Flynn L. & Neff D.F. 2011. The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments. Yhdysvallat.	Selvitää olosuhteiden vaikutusta jolloin sairaanhoitajan, koulutuk- sen ja työympäristön vaikutukset liittyvät potilaan hoidon tuloksiin.	39038 hoitajaa 1262120 potilasta	PES-NWI –mittari	Paremmiin koulutetuilla hoitajilla ei ole merkitystä huonossa työympäristössä, mutta hyvässä työympäristössä koulutuksessa oli vaikutus työn tuloksellisuuteen. Heikot resurssit suurensivat potilaan mortaliteetin riskiä.
Tervo-Heikkinen T., Partanen P., Aalto P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2008. Nurses' work environment and nursing outcomes: a survey study among Finnish university Hospital. Suomi.	Selvittää hoitotyön toimintaympä- ristön ja hoidon tulosten välisiä yhteyksiä.	664 hoitajaa 4045 potilastiedot	Poikkileikkaustutkimus NWI-R -mittari	Henkilöstön riittävyys ja kollegiaalisuus olivat tärkeimpiä tekijöitä, jotka vaikuttivat työhön liittyvään stressiin., työtyytyväisyyteen, potilai- den tyytyväisyyteen ja haittatapahtumiin.

LIITE 3. PES-NWI –MITTARI JA TAUSTAMUUTTUJAT

TUTKIMUKSESSA KÄYTETTY MITTARI (PES-NWI) JA TAUSTAMUUTTUJAT

Taustamuuttajat:

Ikä (luokiteltu), sukupuoli (nainen/mies), työkokemus (luokiteltu), toiminta-alue, toimintayksikkö, vastuuyksikkö, koulutus ja työtehtävä

Varsinaiset tutkimusmuuttajat:

HOITOTYÖN TOIMINTAYMÄRISTÖ - mittari (Käännetty: The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, PES-NWI)

Likert-asteikolliset muuttajat 1= Vahvasti eri mieltä, 2= Eri mieltä, 3= Samaa mieltä, 4= Vahvasti samaa mieltä

1. Riittävät tukitoiminnot mahdollistavat ajankäytön kohdentamisen potilashoittoon
2. Lääkäreillä ja hoitajilla on hyvät yhteistyösuhteet
3. Esimiehet tukevat hoitajia
4. Henkilöstön kehittäminen ja täydennyskoulutus on aktiivista
5. Hoitajilla on mahdollisuuksia kehittyä uralla
6. Hoitajien on mahdollista osallistua menettelytapoja koskevaan päätöksentekoon
7. Esimiehet hyödyntävät virheitä oppimismahdollisuuksina, ei kritisointina
8. Käytettävissä on riittävästi aikaa ja mahdollisuuksia keskustella potilaiden hoitamisen ongelmista muiden hoitajien kanssa
9. Käytettävissä on riittävästi sairaanhoitajia laadukkaaseen potilashoidon turvaamiseksi
- 10A. Hoitotyön esimiehenä osastonhoitaja on hyvä esimies ja johtaja
- (10B. Hoitotyön esimiehenä ylihoitaja on hyvä esimies ja johtaja → ei otettu huomioon tässä tutkimuksessa)
11. Hallintoylihoitaja on erittäin näkyvä ja henkilöstön lähestyttävissä
12. Käytettävissä on riittävästi henkilökuntaa että työt saadaan tehdyksi
13. Hyvin tehdystä työstä saa kiitosta ja tunnustusta
14. Hallinto edellyttää hoitotyön korkeaa laatua
15. Hallintoylihoitaja on toimivallassaan tasavertainen muun johtoryhmän kanssa
16. Hoitajien ja lääkäreiden välinen yhteistyö toimii
17. Hoitajilla on mahdollisuuksia edetä uralla
18. Selkeä hoitotyön filosofia ohjaa hoitoa
19. Työskentely tapahtuu kliinisesti pätevien hoitajien kanssa

LIITE 3. PES-NWI -mittari ja taustamuuttajat

20. Hoitotyön esimies tukee hoitohenkilökuntaa päätöksenteossa, vaikka se olisi ristiriidassa lääkärin mielipiteen kanssa
21. Hallinto kuuntelee ja puuttuu hoitajien huolenaiheisiin
22. Käytössä on aktiivinen laadun varmistuksen ohjelma
23. Hoitajat ovat mukana työpaikan hallinnossa (esim. kliinisissä ja hallinnollisissa työryhmissä)
24. Hoitajat ja lääkärit tekevät paljon yhteistyötä
25. Uusille hoitajille on perehdytysohjelma
26. Hoitaminen perustuu hoitotyön malliin enemmän kuin lääketieteelliseen malliin
27. Hoitajilla on mahdollisuus osallistua työpaikan ja hoitotyön yhteistyöryhmiin
28. Hoitotyön johtajat konsultoivat hoitajia päivittäisissä ongelmissa ja toiminnoissa
29. Kaikilla potilailla on kirjalliset, ajan tasalla olevat hoitosuunnitelmat
30. Työjaossa hoidon jatkuvuus on turvattu
31. Työssä käytetään hoitotyön diagnooseja

LIITE 4. SAATEKIRJE

Hyvä kyselyn vastaanottaja!

Teen terveystieteiden maisterin opintoihin kuuluvaa pro gradu -tutkimusta, jonka tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoitotyön toimintaympäristöstä, jossa he työskentelevät.

Mittari on Hoitotyön toimintaympäristön mittari, PES-NWI (englanniksi The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index), joka koostuu viidestä hoitotyön toimintaympäristöön kuuluvasta osa-alueesta, jotka ovat hoitohenkilökunnan mahdollisuus osallistua työpaikan toimintoihin, hoitotyön perusta laadukkaalle hoitotyölle, hoitotyön johtajan kyvykkyys, johtamistaidot ja hoitajien tukeminen, henkilöstön ja voimavarojen riittävyys sekä hoitajien ja lääkärin välinen kollegiaalisuus.

Kyselylomake koostuu taustatiedoistasi ja väittämistä koskien työympäristöäsi. Osallistumalla kyselyyn voit tuoda esiin tärkeää tietoa toimintaympäristöstä, jossa työskentelet sekä vaikutat entistä paremman toimintaympäristön kehittämiseen. Rastita omaa mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto. Vastaukset käsitellään nimettömänä. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Kysely on auki kolme viikkoa 28.1.2018 saakka.

Jos sinulla on tutkimukseen liittyviä kysymyksiä, vastaan niihin mielelläni. Yhteystietoni löydät viestin alaosasta. Pro gradu -tutkimusta ohjaavat Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan professori Eija Paavilainen ja yliopistonlehtori Jari Kylmä.

Kiitos osallistumisestasi!

Linkki kyselyyn: xxxxx

Yhteistyöterveisin

Tytti Valli

TtM-opiskelija, TtK, Sh (AMK)

valli.tytti.x@student.uta.fi

LIITE 5. TOIMINTAYMPÄRISTÖN ULOTTUVUUKSIEN VÄLISET YHTEYDET

Ulottuvuus

Ulottuvuus

	Osallistuminen sairaalan toimintoihin		Kokemus laadukkaana hoitotyön perusteista		Kokemus hoitotyön johtajan kyvykkyydestä, johtamisesta ja hoitajien tukemisesta		Kokemus henkilökunnan ja voimavarojen riittävydestä		Kokemus kollegiaalisuudesta hoitaja-lääkäri suhteissa	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Kokemus hoitajien osallistumisesta 1 sairaalan toimintoihin			.663	.000	.599	.000	.530	.000	.328	.004
Kokemus laadukkaana hoitotyön perusteista			1		.489	.000	.644	.000	.491	.000
Kokemus hoitotyön johtajan kyvykkyydestä, johtamisesta ja hoitajien tukemisesta					1		.305	.008	.271	.020
Kokemus hoitohenkilökunnan ja voimavarojen riittävydestä							1		.367	.001
Kokemus kollegiaalisuudesta hoitaja-lääkäri suhteissa									1	

r=korrelaatiokerroin

p= tilastollinen merkitsevyys (5 % merkitsevyystaso)

Testissä käytetty Spearmannin korrelaatiokerrointa.

Korrelaatiokertoimen tulkinta: r= <0,3 heikko korrelaatio, r=0,3-0,5 kohtalainen korrelaatio ja r= > 0,5 voimakas korrelaatio