

Laura Kankare

”EI IHMISIÄ VOI HOITAA NIINKUN LIUKUHIHNALTA”

Laadullinen tutkimus hoitotyön vaatimus- ja
voimavaratekijöistä

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Pro gradu -tutkielma
Joulukuu 2023

TIIVISTELMÄ

Laura Kankare: "Ei ihmisiä voi hoitaa niinkun liukuhihnalta" – laadullinen tutkimus hoitotyön vaatimus- ja voimavaratekijöistä
Pro gradu -tutkielma
Tampereen yliopisto
Sosiaalipolitiikka
Joulukuu 2023

Tällä hetkellä Suomi, kuten monet muut maat, kohtaa mittavia haasteita sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä ja saatavuudessa. Hoitovelka on kasvanut ja kymmenet tuhannet potilaat ovat joutuneet odottamaan hoitoonpääsyä yli puoli vuotta. Viivästyminen hoitoon pääsemisessä voi johtaa sairauden pahenemiseen, komplikaatioihin ja hoidon kustannusten nousuun. Myös vanhusten hoivapaikkoja on jouduttu sulkemaan ja odotusajat ovat pidentyneet. Hoito- ja hoivakriisin syyt ovat osaltaan väestön ikääntymisessä ja palveluiden riittämättömässä rahoituksessa, mutta pulaa on myös osaavasta henkilökunnasta. Työnhakijoilla ei ole tarvittavaa koulutusta tai työkokemusta, mutta samaan aikaan jo koulutettua henkilöstöä hakeutuu pois alalta.

Tässä tutkielmassa tarkastellaan yhtä hoito- ja hoivakriisin osatekijää eli hoitotyöntekijöiden työhyvinvointia ja siihen liittyviä tekijöitä. Työhyvinvointi on yhteydessä työssä jaksamiseen, motivaatioon ja työhön sitoutumiseen. Hoitotyössä työskennellään lähellä toista ihmistä, potilasta, ja kohdataan päivittäin eettisiä kysymyksiä. Tutkimuskysymys liittyy siihen, minkälaisia työn vaatimus- ja voimavaratekijöitä hoitotyöstä on löydettävissä. Tarkoitus on löytää tekijöitä, joihin puuttumalla hoitotyöntekijöiden työhyvinvointia voidaan parantaa ja näin lisätä alan pito- ja vetovoimaa sekä osaltaan vastata kasvavaan työntekijäpulaan. Tutkielmassa on käytetty sekundaariaineistona *Agency, Care and Social Suffering* -hankkeessa Marita Husson ja Helena Hirvosen vuosina 2007 ja 2009 keräämää laadullista teemahaastattelumateriaalia. Aineiston analyysitapa on teoriaohjaava sisällönanalyysi. Teoreettisena viitekehyksenä hyödynnetään Bakkerin ja Demeroutin (2017) työn vaatimukset ja voimavarat -mallia. Tutkielman aineistona on viidentoista hoitotyöntekijän haastattelut. Haastateltavien yleisin ammattinimike on sairaanhoitaja, ja heistä useimmat työskentelevät joko kuntoutuksen tai vanhustyön parissa.

Tulosten mukaan hoitotyöstä löytyy lukuisia työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Nämä tekijät voidaan jakaa organisaatioon, työn psyykkisiin ja työn sosiaalisiin suhteisiin liittyviin vaatimus- ja voimavaratekijöihin. Kuormitusta aiheuttivat erityisesti liialliseksi koettu työmäärä, henkilökunnan vähäisyys, kiire ja työn fyysinen raskaus. Myös erilaiset ongelmat vuorovaikutustilanteissa niin potilaiden kuin työtovereiden kanssa sekä hoitotyön eettinen kuormitus heikensivät työhyvinvointia. Työn voimavaratekijöiksi eli työhyvinvointia edistäviksi tekijöiksi nousi haastatteluissa työn mielekkyys eli työn tuntuminen arvokkaalta ja merkitykselliseltä. Työssä koetut onnistumiset, positiiviset potilaskohtaamiset, työstä saatu palaute ja hyvä työilmapiiri edistivät työhyvinvointia. Myös hyvä esihenkilötyö, johon liittyi sujuva tiedonkulku ja tuki työhön, edistivät työhyvinvointia.

Tutkielman tulokset vahvistavat sitä, että työhyvinvointi on ilmiönä monimuotoinen. Monet työn vaatimus- ja voimavaratekijät ovat yhteydessä toisiinsa eikä niiden erottaminen toisistaan aina ole mahdollista. Samoin useat työn voimavaratekijät ovat vaatimustekijöiden vastakohtia. Myös yksilöiden välillä on eroa siinä, koetaanko tietty tekijä kuormitusta vähentävänä vai lisäävänä. Tunnistamalla hoitotyön työhyvinvointiin liittyviä tekijöitä, voidaan työhyvinvointiin pyrkiä vaikuttamaan vaatimustekijöitä vähentäen ja voimavaratekijöitä lisäten. Jotta hoitotyöntekijöiden työhyvinvointia saataisiin parannettua ja tällä tavoin osaltaan vastattua hoitotyöntekijöiden vajeeseen, on työhyvinvoinnin kehittämiseen kiinnitettävä huomiota monella eri tasolla. Työterveyshuollolla, työnantajilla kuin hoitotyöntekijöillä itsellään on oma tehtävänsä työhyvinvoinnin parantamiseksi, mutta kuormittavampien työn vaatimustekijöiden vähentämisen ratkaisut eivät välttämättä ole heidän käsissään. Tarvitaan poliittisia päätöksiä sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien ja alan koulutuspaikkojen määrän nostamiseksi. Lainsäädännöllä ja viranomaisvalvonnalla voidaan vaikuttaa työhyvinvointiin, ja myös alojen ammattiliitot voivat olla mukana neuvottelemassa paremmista työehdoista.

Avainsanat: hoitotyö, hoitokriisi, työhyvinvointi, vaatimustekijät, voimavaratekijät

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

SISÄLLYSLUETTELO

1.	JOHDANTO	1
2.	HOITOTYÖ	5
2.1	Terveysthuoltopolitiikan muutokset	7
2.2	Lainsäädäntö ohjaa ammattilaisten työtä	11
2.3	Koulutus ja työnkuva	12
2.4	Arvot ja etiikka asettavat työlle perustehtävän	14
3.	TYÖHYVINVOINTI.....	17
3.1	Työn vaatimusten ja voimavarojen malli	18
3.2	Työhyvinvoinnin vaikutukset.....	20
3.3	Aiempi tutkimus hoitotyön työhyvinvoinnista	23
4.	TUTKIMUSASETELMA	27
4.1	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	27
4.2	Aineisto ja aineistonkeruu	27
4.3	Teoriaohjaavan sisällönanalyysin vaiheet.....	31
4.4	Tutkielman eettisyys.....	33
5.	TULOKSET	35
5.1	Organisaatioon liittyvät kuormitus- ja voimavaratekijät	36
5.1.1	Esihenkilötyö ja johtaminen	36
5.1.2	Työn organisointi.....	38
5.1.3	Vaikuttamismahdollisuudet	42
5.1.4	Palkkaus.....	43
5.1.5	Fyysinen kuormitus	44
5.2	Työn psyykkiset kuormitus- ja voimavaratekijät	46
5.2.1	Työn mielekkyys	46
5.2.2	Työn valuminen vapaa-ajalle	47
5.2.3	Eettinen kuormitus	49
5.3	Sosiaalisiin suhteisiin liittyvät kuormitus- ja voimavaratekijät	50
5.3.1	Vuorovaikutus potilaiden ja omaisten kanssa.....	50
5.3.2	Työyhteisön vuorovaikutus ja yhteistyö	55
5.3.3	Työn arvostus	58
6.	POHDINTA.....	61
6.1	Organisaatioon liittyvät haasteet ja tehokkuusajattelu	61
6.2	Merkityksellisen työn eettinen kuormitus.....	65
6.3	Työpaikan vuorovaikutustilanteet	67
6.4	Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet	70
6.5	Johtopäätökset	72
6.6	Jatkotutkimusaiheet.....	75
LÄHTEET		77
LIITTEET		84

1. JOHDANTO

Suomi monien muiden maiden tapaan joutuu tällä hetkellä kohtaamaan mittavat haasteet, jotka liittyvät sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen ja saatavuuteen. Suomalaisen hyvinvointivaltion perustuslain (731/1999) tulisi taata jokaiselle riittävät ja sosiaali- ja terveyspalvelut. Silti hoitovelka on kasvanut, kun elokuussa 2023 kiireettömään erikoissairaanhoidon pääsyä oli odottanut yli puoli vuotta 30 500 potilasta (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2023a). Samana vuonna hoitoon pääsystä oli suuria alueellisia eroja, ja esimerkiksi Helsingissä ja Kymenlaakson hyvinvointialueilla korostuivat yli puoli vuotta suun terveydenhuollon käyntiä odottaneet ja Pohjois-Pohjanmaalla yli kolme kuukautta lääkärin vastaanottoa odottaneet (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2023b). Uutisissakin on toistuvasti nostettu esiin vanhusten hoitopaikkoja sulkeminen henkilöstöpulan vuoksi ja jonotusaikojen kasvaminen (esim. Kluukeri 2022). Potilaille hoitoonpääsyn pitkittyminen voi aiheuttaa sairauden pahentumista, komplikaatioita ja jopa kuolemia. Pahentuneen tilanteen vuoksi hoidon kustannukset nousevat, kun tarvitaan vaativampia toimenpiteitä. Kärsimystä voi aiheutua niin potilaille kuin heidän läheisilleen.

Suomessa voidaankin sanoa olevan käynnissä hoito- ja hoivakriisi. Ongelmat ovat osittain globaaleja: väestörakenteen ikääntyminen lisää hoivan ja hoidon tarvetta, lääketieteen kehityksen myötä yhä vaikeampia sairauksia pystytään hoitamaan samalla kun terveydenhuoltojärjestelmien riittämätön rahoitus on johtanut resurssipulaan. Yksi hoito- ja hoivakriisiin vaikuttava tekijä on pula osaavasta henkilöstöstä. Suomessa sosiaali- ja terveysalan työvoiman saatavuus on vaikeutunut (Tevameri 2022). Sen on nähty johtuvan osaltaan siitä, että työnhakijoilla ei ole tarpeellista koulutusta tai työkokemusta (Räisänen & Ylikännö 2021, 55) samaan aikaan kun jo koulutettu henkilöstö hakeutuu alalta pois (Tevameri 2022, 60). Tehyn jäsenkyselyn mukaan lähes 90 prosenttia vastaajista on harkinnut alan vaihtoa, nuoremmista ammattilaisista vieläkin useampi (Aula Research 2021). Helpotusta työntekijäpulaan haetaan esimerkiksi työperäisestä maahanmuutosta, mutta sosiaali- ja terveysalojen ammatinharjoittamista varten tarvitaan ammattioikeudet ja riittävä suomen kielen taito (Valvira n.d.), mikä viivästyttää työn aloittamista. Kansainvälistä rekrytointia tekevät myös useat muut hoitajavajeesta kärsivät maat, joten kilpailu osaajista on kovaa. Toisaalta hoitotyöntekijöiden kansainvälinen työllistyminen voi aiheuttaa ongelmia, jos lähtömaassa aletaan kärsiä hoitajavajeesta tai maan

terveydenhuoltojärjestelmä kriisiytyy (esim. Misau, Al-Sadat, & Gerei 2010, Oladeji & Gureje 2016). Hoiva- ja hoitokriisi koskettaa Suomessa erityisesti julkista sosiaali- ja terveydenhuoltoa, jota ovat tulleet paikkaamaan yksityiset voittoa tavoittelevat yritykset.

Tässä tutkielmassa tarkastellaan yhtä hoito- ja hoivakriisin osatekijää eli hoitotyöntekijöiden työhyvinvointia ja siihen liittyviä tekijöitä. Työhyvinvoinnin tiedetään vaikuttavan niin työntekijän omaan hyvinvointiin, työmotivaatioon kuin työn tuloksiinkin (Bakker & Demerouti 2017). Työhyvinvointi vaikuttaa työhön sitoutumiseen ja huono työhyvinvointi voi nostaa pintaan ajatuksia työpaikan tai alan vaihdosta. Kuntatyönantajien (2019) tekemän tilastoanalyysin mukaan Suomessa 21 000–27 000 sosiaali- ja terveysalojen ammattiteissa työskennellyistä on vaihtanut alaa. Kyseessä on myös ilmiö, joka ruokkii itse itseään: hoitotyöstä pois siirtyvien myötä henkilökuntaa on entistä vähemmän, mikä lisää jäljelle jääneiden kuormitusta.

Ilmiönä työhyvinvointi on kaikkiin aloihin liittyvä, mutta hoitotyössä on omia erityispiirteitä, jotka aiheuttavat erilaista kuormitusta verrattuna moneen muuhun työhön. Hoitotyö tapahtuu lähellä toista, usein haavoittuvassa, asemassa olevaa ihmistä. Työ on usein fyysisesti raskasta, mutta myös psyykinen kuormitus korostuu monissa tehtävissä. Hoitotyöntekijät edistävät terveyttä, mutta kohtaavat myös toivottomia tilanteita ja kuolemaa. Hoitotyöntekijät joutuvat pohtimaan työssään jatkuvasti eettisiä kysymyksiä ja usea kokeekin joutuvansa toimimaan resurssien puutteen vuoksi omien arvojen vastaisesti, kun omaan suoritukseen hoidon laadusta ei olla tyytyväisiä (esim. Dahl, Clancy & Andrews 2014). Alana sosiaali- ja terveydenhuolto on merkittävä: vuonna 2018 sosiaali- ja terveydenhuollossa työskenteli noin 410 000 työntekijää, mikä tarkoittaa noin joka kuudetta työllistä (Suomen virallinen tilasto n.d.). Hoitotyön työhyvinvointi koskettaa siis huomattavaa väestönosaa.

Tässä tutkielmassa tarkastellaan hoitotyöntekijöiden työssään kohtaamia työn vaatimus- ja voimavarakiteijöitä työhyvinvoinnin näkökulmasta. Sekundaariaineistona on käytetty *Agency, Care and Social Suffering* -hankkeessa Marita Husson ja Helena Hirvosen vuosina 2007 ja 2009 keräämää laadullista teemahaastattelumateriaalia. Aineiston analyysitapa on teoriaohjaava sisällönanalyysi. Teoreettisena viitekehyksenä hyödynnetään Bakkerin ja Demeroutin (2017) työn vaatimukset ja voimavarat -mallia. Tutkielmassa käytetty haastattelumateriaali rajattiin 15 hoitotyöntekijään, joiden yleisin ammattinimike oli sairaanhoitaja ja joista useimmat työskentelivät joko kuntoutuksen tai vanhustyön parissa. Suomalaisen hoitotyöntekijöiden työhyvinvointia on tutkittu kohtuullisen kiitettävästi erityisesti määrällisillä tutkimusmenetelmillä lähivuosina. Laadulliselle tutkimukselle aihetta

voidaan kuitenkin tarkastella vielä enemmän työntekijöiden näkökulmasta, kun lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja tutkittavien henkilökohtaisen näkökulman korostaminen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157). Tämän tutkielman tarkoitus ei niinkään ole kuvata hoitotyöntekijöiden työhyvinvoinnin nykytilaa, vaan hahmotella tämänhetkisen hoito- ja hoivakriisin taustaa.

Tutkielman taustoituksessa ja teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään hoitotyötä ja työhyvinvointia. Tutkielmassa esitellään hoitotyössä tapahtuneita muutoksia niin toimintaympäristön kuin henkilöstömuutosten suhteen. Tutkielman aineiston kannalta hoitotyössä tapahtuneiden muutosten kuvaillussa keskitytään 1980-luvun jälkeiseen aikaan, jolloin tapahtui muutoksia niin keskiasteen koulutuksessa kuin sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksissa samaan aikaan kuin uusi julkijohtaminen sai jalansijaa. Viitekehyksessä kuvataan lyhyesti tutkielman kannalta oleellisten terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnkuvia ja niihin liittyvää lainsäädäntöä. Lisäksi käsitellään hoitotyön eettisten ohjeiden kautta hoitotyön erityislaatuisuutta moniin muihin ammatteihin verrattuna. Työhyvinvointiosiossa käydään lävitse yleisesti työhyvinvointia taustoittavaa teoriaa, mutta erityisesti keskitytään tutkielman analyysissä käytettyyn Bakkerin ja Demeroutin (2017) työn vaatimukset ja voimavarat -malliin. Samalla nostetaan esiin aikaisempaa tutkimusta suomalaisten hoitotyön työntekijöiden työhyvinvoinnista. Viitekehysten jälkeen tutkielmassa perehdytään tutkielman tarkoitukseen, tavoitteisiin ja tutkimuskysymyksiin. Aineiston esittelyn jälkeen tarkastellaan haastattelua aineistonkeruumenetelmänä, analyysissä käytettyä teoriaohjaavaa sisällönanalyysia sekä tutkimusetiikkaa. Pohdinta-osiossa tärkeimpiä tuloksia tarkastellaan suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin aiheesta. Tutkielman lopussa pohdinta nivotaan yhteen johtopäätöksiin ja tuodaan esiin aineistosta nousseita mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

Tutkielma on siis laadullinen tutkielma hoitotyön vaatimus- ja voimavaratekijöistä. Tutkielman tulokset kuvaavat työntekijöiden hyvinvointia heikentäviä ja vahvistavia tekijöitä. Koska hoitotyön tiedetään eroavan monista muista työtehtävistä, tulokset voivat auttaa tunnistamaan hoitotyölle tyypillisiä hyvinvointia vahvistavia tai heikentäviä tekijöitä, jotka voivat erota monen muun työn vastaavista tekijöistä. Työhyvinvoinnilla on merkitystä työssä jaksamiseen, työhön kiinnittymiseen ja alan pitovoimiin. Jotta uusia työntekijöitä hakeutuisi työvoimapulasta ja hoito- ja hoivakriisistä kärsiviin sosiaali- ja terveystalouden työtehtäviin ja jo kouluttautuneet työntekijät eivät hakeutuisi pois, on syytä kiinnittää huomiota työn vaatimukseen ja voimavaratekijöihin, ja niiden muovaamisen mahdollisuuksiin. Kun

tunnistetaan tekijät, jotka ovat yhteydessä työhyvinvointiin, voidaan pyrkiä vaikuttamaan niihin esimerkiksi rahoituksen, koulutuksen, esihenkilötyön ja työn muutosten kautta. Panostamalla hoitoalan työhyvinvointiin voidaan vaikuttaa alan veto- ja pitovoimaan, mikä osaltaan on osa ratkaisua henkilöstön määrän riittävyden takaamiseksi. Samalla tutkielman tarkoituksena on kuvailla nykyisen hoito- ja hoivakriisin sekä hoitajien jaksamisongelmien taustoja. Ongelmat hoitotyön työhyvinvoinnissa eivät ole uusia ilmiöitä, mutta aihe on COVID-19-pandemien myötä ollut aiempaa enemmän esillä (esim. Antikainen, Terkamo-Moisio & Häggman-Laitila 2021). Vaikka tutkielmassa käytetyn aineiston keruusta on jo aikaa, on tutkittava ilmiö vieläkin ajankohtainen ja aihetta on syytä tutkia lisää, jotta ymmärrys ilmiöstä kasvaa.

2. HOITOTYÖ

Hoitotyö tarkoittaa hoitotieteeseen perustuvaa ammatillista hoitamista, jonka harjoittaminen on lakiperusteista. (Leino-Kilpi 2015a, 23). Hoitotiede on itsenäinen tieteenalansa omine käsitteistöineen, eetosineen, taustateorioineen ja ideaalimalleineen. Ihmistä, terveyttä, hoitotyötä ja ympäristöä pyritään ymmärtämään ja kehittämään monipuolisesti. Hoitotieteessä keskitytään siihen mitä hoitaminen on, mutta myös millaista se voisi olla. Hoitotieteen tavoitteet ja tarpeet voivat olla ristiriidassa taloudellisten vaatimusten kanssa. (Eriksson ym. 2016, 31–33.) Duodecim Terveysportin (2021) sanakirjan mukaan hoitotyöllä pyritään *”auttamaan, ohjaamaan ja tukemaan ihmisten terveyden edistämässä ja sairauden aiheuttamien rajoitusten kanssa toimeen tulemisessa sekä hoitamaan häntä”*. Hoitotyön ammattilaiset ovat henkilöitä, jotka ovat koulutautuneet erilaisiin hoitotyön tehtäviin ja työskentelevät potilaiden hyvinvoinnin edistämiseksi. He työskentelevät sairaaloissa, terveyskeskuksissa, kuntoutuslaitoksissa ja esimerkiksi laboratorioista. Hoitoalan ammattinimikkeiden ja koulutusten kirjo on laaja, mutta tämä tutkielma keskittyy aineiston ja analyysin kannalta oleellisimpiin toimenkuviin eli sairaan- ja terveydenhoitajiin sekä lähihoitajiin.

Hoitotyön perustehtävänä on ihmisten tukeminen heidän oman terveyshyvänsä ylläpitämisessä ja saavuttamisessa (Leino-Kilpi 2015a, 24). Terveyden määritelmä vaihtelee yksilöiden mukaan: toiset painottavat enemmän fyysistä kuntoa, toiset taas elämänlaadun eri osapuolia. Tämän vuoksi myös hoitotyön sisältö vaihtelee eri ihmisten kohdalla. Hoitotyön ammatillisessa toiminnassa korostuu kaksi peruselementtiä: vastuu ihmisestä ja vastuu tehtävästä. Hoitotyöntekijän on noudatettava ihmis- ja tehtävävastuuseen liittyviä periaatteita. Ammattilaisen täytyy olla tietoinen arvoista ja etiikasta. Hänen täytyy tunnistaa autettava ihminen ainutlaatuisena yksilönä, jolla on oma näkemys terveydestään. Tehtävävastuista toimintaa ohjaa ammatilliset periaatteet toiminnan perusteltavuudesta, luotettavuus ja ammattilaisten keskinäinen arvonanto. (Em. 27–29.) Työtehtävästi riippuen hoitotyö voi olla fyysisesti raskasta, mutta eettistä päätöstentekoa kohtaavat työssään kaikki.

Hoitotyötä on vaikea käsitellä ottamatta esille hoivan käsitettä. Hoiva- ja hoitotyö ovat kaksi keskeistä osa-aluetta terveydenhuollossa ja sosiaalialalla. Ne liittyvät potilaiden tai asiakkaiden hyvinvoinnin tukemiseen ja ylläpitämiseen erilaisissa elämäntilanteissa. Ne

ovat osittain päällekkäisiä ilmiöitä, mutta niillä on myös omia erityispiirteitä. Hoiva voidaan ymmärtää laajana käsitteenä, johon kuuluu fyysisten, psyykkisten ja emotionaalisten tarpeiden huolehtiminen, ja sen kohteena ovat usein lapset, sairaat, vammaiset ja vanhukset. (International Labour Organization ILO 2007, 27). Hoivalla ei ole vakiintunutta tietoteoreettista teoriaa, minkä vuoksi sen määritelmä vaihtelee. Se kattaa niin pienten lasten kuin vanhusten hoivaamisen ja hoivan tarpeen eri laajuuksin. Hoiva voi liittyä vanhemmuuteen tai olla ammatillista, ja se voi olla ruumiillista raskasta työtä tai arjen läsnäoloa. (Anttonen & Zechner 2009, 17.)

Vaikka tämä tutkielma keskittyy ammatilliseen hoitotyöhön, ymmärtääkseen hoitotyön kehitystä on syytä olla tietoinen myös hoivatyön asemasta. Hoivan tutkimus alkoi 1980-luvulla naistutkimuksen alla (em. 19). Siihen liittyi esimerkiksi naisten tekemä koti- ja uusintatyön näkyväksi tekeminen, mutta tutkimuksen alkuaikoina pohjoismaiset hoivatutkijat kiinnostuivat ensisijaisesti palkatusta hoivatyöstä. Hoivan ”yhteiskunnallistuminen” on ollut osa pohjoismaista demokratia- ja tasa-arvoajattelua. Kotona tehtävää palkatonta hoitotyötä on siis siirretty palkalliseksi työksi, jota tarjotaan julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin sosiaali- ja terveystalveluiden kautta. (Em., 19, 25, 27.)

Kuten muukin työelämä, myös hoitotyö on muuttunut ja muutoksessa. Hoitotyö tapahtuu hyvinvointi- tai sosiaalipolitiikan alla, joten se on osa laajaa kokonaisuutta, jolla edistetään terveyttä ja ehkäistään sekä hoidetaan sairauksia (Taipale, Lammi-Taskula & Partti 2011, 35). 1960-luvusta lähtien suomalainen terveydenhuolto alkoi saavuttaa nykyisen muotonsa (Niemelä & Saarinen 2015, 13). 1960–1980-luvulla tapahtui terveydenhuollon mittava laajentuminen, kun taas 1990-luku oli sopeutumisen aikaa, jolloin myös uusi julkisjohtaminen toi mukanaan tehokkuusajattelun. (Em. 16–22). Uusimpana merkittävänä muutoksena on ollut vuoden 2023 alusta tapahtunut sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus, jossa vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä siirtyi kunnilta ja kuntayhtymiltä 21 hyvinvointialueelle (Valtioneuvosto 2022). Näillä poliittisilla ja hallinnollisilla muutoksilla on ollut vaikutusta hoitotyön toimintaympäristöön, samalla kun hoitotiede on kehittynyt eteenpäin ja ihmisten sairastavuus on muuttunut.

Seuraavaksi tutkielmassa käydään tarkemmin lävitse terveydenhuoltopolitiikan muutoksia Suomessa ja niiden vaikutuksia hoitotyöhön. Hoitotyötä ohjaavat lainsäädäntöä ja alan eettiset ohjeistukset, joita myös tarkastellaan. Tutkielmassa kuvataan lyhyesti hoitotyöntekijöiden nykyistä koulutusta ja mahdollisia työnkuvia. Hoitotyö on työtä potilaan

hyväksi, ja työntekijät joutuvatkin usein punnitsemaan arvojen suhdetta tekemiinsä työtehtäviin. Hoitotyön arvoja ja etiikkaan paneudutaan tämän osion loppupuolella.

2.1 Terveysthuolto-politiikan muutokset

Hoitotyö ovat vahvasti sidoksissa terveydenhuolto-politiikan muutoksiin. Muutokset ovat kohdistuneet toimintaympäristöön, mutta myös henkilöstöön. Myös väestön sairastavuudessa on tapahtunut muutoksia. Historiallisesti hoiva on nähty pitkään naisten työnä. Perhe on ollut hoivan tärkein lähde, mutta teollistuminen ja kaupungistuminen muuttivat yhteiskunnan rakenteita, jolloin perheen ja suvun merkitys heikentyivät hoivan takaajina (Anttonen 2009, 61). 1800-luvulla köyhäinhoito oli lähes ainoa sosiaalisen turvan yhteiskunnallinen muoto. Köyhäinhoitoa voidaan pitää tapana hoitaa ja hoivata köyhiä ja sairaita aikana, jolloin muita julkisia hoivainstituutioita ei ollut. (Em. 61–62.) Vuonna 1879 asetettiin koko Suomen kattava asetukset terveydenhoidosta, jonka mukaan jokaiseen kaupunkiin piti asettaa terveydenhoitolautakunta ja laatia terveydenhoitosäännöstä (Niemelä & Saarinen 2015, 14). Tätä ennen hoitotyöntekijöiden maine oli huono eikä työ ollut suosittua. Kulkutaudit olivat riesana ja hoitokeinot vähissä. Hoitotyölle oli tarvetta ja sillä oli tekijänsä, mutta työntekijät olivat kouluttamattomia ja heitä pidettiin epäluotettavina. Kouluttamattomat palvelijattaret työskentelivät sairaaloissa potilaita hoivaten, mutta he myös tekivät taloudenhoitoa. (Sorvettula 1998, 19–21, 24.)

Vuonna 1880 Suomen yhdistys haavoitettujen ja sairasten sotilasten hoitoa varten aloitti jatkuvan sairaanhoitajien kouluttamisen Helsingissä. Lääketiede kehittyi ja sairaanhoitajan työ kytkeytyi siihen, hoitajantyössä korostui kuitenkin lääkärin apulaisen rooli. Pikkuhiljaa kolmikuinen koulutus laajeni lääninsairaaloihin ympäri maata. Pian kurssi vakiintui kuuden kuukauden mittaiseksi ja niissä annettiin opetusta anatomiasta, fysiologiasta ja kirurgisesta. Sairanhoitajan muodollinen koulutus mahdollisti sairasten hoitajan irrottamisen palvelijattarien ryhmästä, mikä lisäsi alan vetovoimaa. (Sorvettula 1998, 63–67, 80.) Koulutus siirtyi valtiollisiin sairaanhoitajakouluihin vuonna 1929 (Kokkinen & Saarinen 2015, 101). Sotien aikana sairaanhoitajat toimivat monissa tehtävissä, mutta pelkästään heidän työpanoksensa ei riittänyt. Suomen Punaisen Ristin (SPR) Apusisarjärjestö koulutti vapaaehtoisia apuhoitohenkilökuntaa sotasairaaloihin. Apusisaret suorittivat huoltotehtäviä ja potilaan perushoitoon liittyviä toimenpiteitä. Sodan jälkeen apuhoitohenkilökunnan tarve ei poistunut, joten valtio aloitti ammatillisen kahdeksan kuukauden pituisen

apuhoitajakoulutuksen vuonna 1946 ja SPR jatkoi apusisarkoulutustaan vuoteen 1951 asti. (HUS museotoimikunta n.d.) 1940-luvulla säädettiin laki siitä, että kunnissa tuli olla kunnanlääkäri tai aluelääkäri ja terveysisäri, jotka muodostivat kunnallisen terveydenhuollon kivijalan. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta oli laajentunut jo ennen sotia. Erikoissairaanhoidon ja sairaalaverkoston kehittäminen ajoittuivat 1950- ja 1960-luvuille. (Niemelä & Saarinen 2015, 13–15.)

Suomalainen terveydenhuolto alkoi 1960-luvulta lähtien saavuttaa nykyisen muotonsa jakautumalla perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. (Niemelä & Saarinen 2015, 13–15). Vuodesta 2023 lähtien julkisen terveydenhuollon järjestämisestä vastaavat hyvinvointialueet, kun taas sitä ennen järjestämisvastuu oli kunnilla (Valtioneuvosto 2022). Sairaanhoidajan koulutus säilyi kansakoulupohjaisena 1960-luvun loppuun saakka. Varsinainen hoitotieteen korkeakouluopetus alkoi 1970-luvun lopussa. (Sorvettula 1998, 270–272.) Vuonna 1965 apuhoitajakoulutus siirtyi sairaanhoito-oppilaitoksiin ja piteni vuoden pituiseksi (HUS museotoimikunta n.d.).

1960-luvulta 1980-luvun loppuun oli ajanjakso, jolloin suomalaista hyvinvointivaltiota rakennettiin. Vuonna 1963 luotiin sairausvakuutusjärjestelmä, terveystalouden tavoitteeksi tuli selvemmin sairauksien ehkäisy ja kokonaisvaltainen terveystaloudellinen. (Niemelä & Saarinen 2015, 16–17.) 1960-luvulta alkaen hoitotieteen teoriaa alettiin kehittää, mutta vasta 1980-luvulla hoitotieteen teorian kehittämisen lähtökohdat alkoivat selkiintyä (Lauri & Kyngäs 2005, 40, 45). 1972 säädetyin kansanterveystalouden tavoite oli taata kaikille suomalaisille yhtäläiset terveydenhuoltopalvelut samalla kun kansanterveystaloudellinen siirtyi kuntien vastuulle. Jokaiseen kuntaan perustettiin terveyskeskus, mutta kunnallisten palveluiden lisäksi kansalaiset pystyivät käyttämään myös yksityisiä terveyspalveluita. (Niemelä & Saarinen 2015, 16–17.) Sairausvakuutusjärjestelmä, kunnallisen perusterveydenhuollon sekä työterveyshuollon kehitys nostivat terveydenhuollon työntekijämääriä (Kokkinen & Saarinen 2015, 102). 1990-luvun aikana työntekijämäärät jatkoivat kasvuaan ja terveydenhuoltotyön sisällöt sekä vaatimustasot muuttuivat (em.). 1990-luvulla terveydenhuollon ja ylipäätään koko hyvinvointivaltion laajentumisen aikakausi oli suurelta osin päättynyt. 1990-luvun alussa suunta muuttui ja voidaan puhua hyvinvointivaltion sopeuttamisen ajasta, jolloin myös terveydenhuolto koki kovia muutoksia. (Kokkinen & Saarinen 2015, 102, Niemelä & Saarinen 2015, 20.)

Vuonna 1986 Suomessa toteutettiin keskiasteen koulutusuudistus, jonka seurauksena apuhoitajakoulutuksen korvasi uusi perushoitajakoulutus. 1990-luvun alussa koulutus koki

taas muutoksia, kun perushoitajan ja yhdeksän muun sosiaali- ja terveysalan ammatin koulutus lopetettiin ja ne korvattiin lähihoitajakoulutuksella. Vuonna 1993 alkoi varsinainen koulutus nimellä sosiaali- ja terveysalan perustutkinto. (HUS museotoimikunta n.d.) Samalla kun keskiastetta uudistettiin, myös korkea-aste koki muutoksia. Vuonna 1991 Suomessa aloitettuun 1999 asti kestänyt ammattikorkeakoulukokeilu, jonka tavoitteena oli nostaa opistoasteen ja ammatillisen korkea-asteen koulutusten tasoa kohottamalla ne ammattikorkeakoulututkinnoksi, joka on korkeakoulututkinto (HE 319/1994). Ammattikorkeakoululain vaatimukset, yhteiskunnalliset tarpeet, sairaanhoitajien ammattikunnan paradigma ja arvoperusta muodostivat sairaanhoitajakoulutuksen opetussuunnitelman perusteet. Hoitotieteen yliopistotutkinnot painottivat moniammatillisuutta. Sairaanhoitajien korkeakoulutuksen tehtävä oli tuottaa hoitotyöhön ammatillisia normeja. (Aholaakko 2020.)

Vuonna 1993 tapahtui lakiuudistus sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelussa ja valtionosuuksissa. Aiemmin valtionosuudet perustuivat tehtäväkohtaisiin korvauksiin, mutta uudistuksen myötä valtionosuudet olivat laskennallisia maksatuksia. Kunnille palvelutuotannosta annettu ohjaus väheni, koska valtion ohjaus nähtiin yliorganisoituna, raskaana ja tehottomana. Samalla uudet laskennalliset valtionosuudet kannustivat kuntia taloudellisuuteen. Lamavuodet pakottivat julkisen sektorin säästötalkoisiin, joihin myös terveydenhuollon piti osallistua. Asiakasmaksulaki mahdollisti sen, että kunnat voivat periä asiakkailta maksuja terveyspalveluiden käytöstä ja valtionosuuksia vähennettiin valtiontalouden tasapainottamisen nimissä. (Niemelä & Saarinen 2015, 19–21.)

Jos 1990-luvun lama kuritti terveyspalveluiden käyttäjiä, oli sopeuttamiskeinoilla vaikutuksia myös hoitotyöntekijöihin. Muutosten taustalla voidaan nähdä vaikuttaneen 1980-luvulta alkanut kritiikki julkista sektoria kohtaan, jonka pohjalta syntyi käsite *New Public Management (NPM)* eli uusi julkisjohtaminen (Niemelä & Saarinen 2015, 21). Pollitt & Bouckaert (2011, 10) kuvaavat uutta julkisjohtamista teoriaksi tai doktriiniksi siitä, miten julkista sektoria voidaan parantaa tuomalla siihen erilaisia käsitteitä, mielikuvia, tekniikoita ja arvoja liike-elämästä. Uutta julkisjohtamista ohjaavina arvoina ovat niin sanotut kolme E:tä: eli *economy*, *efficiency*, *effectiveness* eli suomeksi taloudellisuus, tehokkuus ja vaikuttavuus (Lähdesmäki 2003, 66). Taloudellisuus voi tarkoittaa esimerkiksi pienimmän mahdollisen panoksen käyttämistä suoritteen saamiseksi, tehokkuus on panoksen ja tuotoksen välinen suhde, ja vaikuttavuus liittyy siihen, että saavutetut suoritteet vastaisivat niille asetettuja odotuksia (em. 66).

NPM:n käytänteitä ovat esimerkiksi tehokkuuden tai suorituskyvyn korostaminen erityisesti tulosten mittaamisen kautta. Suurten ja monitasoisten organisaatioiden sijaan suositaan pieniä ja erikoistuneita yksiköitä, ja hierarkian sijaan pääpaino on erilaisissa sopimuksissa. Työkaluina ovat markkinatyypiset mekanismit, kuten tarjouskilpailut ja suoritusperusteiset palkat. Palveluiden käyttäjät eli kansalaiset nähdään asiakkaina ja käytössä on erilaisia laadunparannustekniikoita. (Pollitt & Bouckaert (2011, 10.) 1990-luvulla NPM alkoi puolustaa asiakasnäkökulman lisäksi yksityisen sektorin toimintamalleja ja palveluiden laatua. Näkökulma, jossa asiakkaat nähtiin kuluttajani ja palvelut kauppatavarana, sai jalansijaa myös terveydenhuollon järjestämisessä. Palveluseteli-järjestelmällä pyrittiin tehostamaan ja monipuolistamaan palvelutuotantoa ja vuokralääkäriyrityksiltä alettiin ostaa palveluita paikkaamaan työvoimapulaa. Kunnat liikelaitostivat osia terveydenhuollostaan ja tilaaja-tuottajamallit lisääntyivät. (Niemelä & Saarinen 2015, 21–22.) Palvelujen tuli vastata asiakkaiden toiveisiin ja tarpeisiin, joten tärkeänä nähtiin myös asiakkaiden osallistuminen palvelujen suunnitteluun ja arviointiin (Salin & Juujärvi 2019, 416). Toisaalta palvelujärjestelmä ei saanut passivoida asiakasta, vaan tavoitteena oli, että asiakas aktivoituu huolehtimaan itse itsestään (Kork 2016, 30).

Työntekijöinä suomalaista terveydenhuoltohenkilöstöä voidaan luonnehtia ikääntyväksi naisvaltaiseksi joukoksi. 2000-luvun alussa yli 50-vuotiaiden osuus työvoimasta kasvoi muita ikäryhmiä enemmän. 2000-luvulla työssäkäyvien sairaanhoitajien ja lähi- sekä perushoitajien määrä kasvoi erityisen paljon muihin ammattiryhmiin verrattuna. Vuodesta 2000 vuoteen 2012 terveydenhuoltohenkilöstön kokonaismäärä kasvoi huomattavasti, mutta suhteessa suurempaa kasvu oli yksityisissä yrityksissä. Tämä johtuu kuntien ostopalveluiden lisääntymisestä, kuntien työterveyspalveluiden siirtämisestä yksityiselle sektorilla ja yksityisten vakuutusten lisääntymisestä. Hoitajavastaanotot ja hoitajalääkäriparien työskentely ovat yleistyneet, ja esimerkiksi vuonna 2010 sairaanhoitajat saivat rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden. Etniseltä taustaltaan hoitotyöntekijät ovat monimuotoisia: 2010-luvun alkuun mennessä 8 prosenttia terveydenhuollon ydinammattiryhmien henkilöstömäärästä oli ei-syntyperäisiä suomalaisia tai ulkomaan kansalaisuutta edustavia. (Kokkinen & Saarinen 2015, 103–106, 112.)

Terveydenhuollon henkilöstön määrien muutokset eivät kuitenkaan ole jatkuneet samalla tavalla ammattiryhmittäin pidempää aikaväliä katsomalla. Sairanhoitajien lukumäärä on miltei kaksinkertaistunut vuodesta 2000 vuoteen 2018 ja terveydenhoitajien määrä lisääntynyt noin puolella, kun taas lähihoitajina työskenteleviä oli vuonna 2018 10 000

vähemmän kuin vuonna 2000. Sairaala- ja laitosapulaisten ja kotipalvelutyöntekijöiden määrä on myös vähentynyt. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2021, 5.) Terveydenhuoltohenkilökunta onkin siis entistä koulutetumpaa, kun sairaanhoitajia ja lääkäreitä on koulutettu entistä enemmän. (Kokkinen & Saarinen 2015, 112.) Terveyspalvelujen henkilöstön keski-ikä oli 44,2 vuotta ja sosiaalipalvelujen 42,7 vuotta vuonna 2018, samalla kun miesten osuus oli 13 prosenttia henkilöstöstä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2021, 5–6.)

Siitä huolimatta, että sairaanhoitajien määrä on kasvanut, on terveysalalla suuri pula työntekijöistä. Peltosen (2020, 7) raportin mukaan vuonna 2020 eniten rekrytointiongelmia oli juuri terveys- ja sosiaalipalveluiden aloilla, joissa 54 % työvoimaa hakeneista toimipaikoista oli ollut ongelmia saada tarvitsemaansa henkilöstöä. COVID-19-pandemian aiheuttama kriisi ei tilastojen mukaan näyttänyt vaikuttaneen alojen rekrytointiongelmaan merkittävästi ainakaan vielä vuonna 2020 (em. 7). Työvoiman tarve sosiaali- ja terveysalan työvoiman tarve tulee vain kasvamaan. Tulevaisuudessa sote-alan työvoiman saanti näyttäytyy haastavalta eikä tavoitteisiin päästä pelkästään laskennallisesti työvoiman määrää lisäämällä. Tulevaisuudessa työntekijät tarvitsevat myös erilaista osaamista digitalisaation ja teknologian kehittymisen myötä. (Tevameri 2021, 22–23, 90, 101.)

2.2 Lainsäädäntö ohjaa ammattilaisten työtä

Hoitotyötä ohjaavat erilaiset lait ja asetukset, minkä vuoksi se eroaa monista muista työnkuvista. Suomessa on laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) ja terveydenhuollon palveluista säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Lakien tarkoitus on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä ja hyvinvointia määrittelemällä esimerkiksi palveluiden järjestämisvastuut, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen keinot ja yhteistyö eri toimijoiden välillä. Myös terveydenhuollon henkilöstöstä on säädetty laeilla. Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) tarkoitus on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Terveydenhuollon ammattihenkilönä voi toimia vain laillistettu, luvan saanut tai nimikesuojattu ammattihenkilö. Valvira eli Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto myöntää luvan harjoittaa esimerkiksi sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan ammattia. Laki kuvailee myös terveydenhuollon ammattihenkilön yleisiä velvollisuuksia, joiden päämääränä on *”terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen”*.

Ammattihenkilön on sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä menettelytapoja työssään ja punnittava potilaalle koituvia hyötyjä ja haittoja. Heitä koskettaa salassapitovelvollisuus. Velvollisuuksiin kuuluu myös potilasasiakirjojen laatiminen ja säilyttäminen sekä täydennyskouluttautuminen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Koska terveyden -ja sairaanhoidossa työskennellään potilaiden kanssa, ohjaa terveysalan ammattilaisten työtä myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Lain tarkoitus on nimensäkin mukaan turvata terveystalveluiden käyttäjän oikeudet potilaana haavoittuvassa tilanteessa. Potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Potilaan ihmisarvo ei saa loukata, hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään on kunnioitettava. Mahdollisuuksien mukaan potilaan yksilölliset tarpeet on otettava hoidossa ja kohtelussa huomioon. Laki takaa potilaalle myös itsemääräämisoikeuden ja sen, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, pois lukien erityiset syyt kuten kehitysvammaisuus. Hoitoon tulee saada potilaan itsensä tai hänen laillisen edustajansa tai lähiomaisen suostumus. Jos potilas on tyytymätön saamaansa kohteluun, on hänellä oikeus tehdä muistutus terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle, mikä voi johtaa vahingonkorvausvastuuseen tai jopa ammatinharjoittamisoikeuksien poistamiseen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

2.3 Koulutus ja työnkuva

Sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia koulutetaan nykyään ammattikorkeakouluissa. Sairaanhoitajan koulutus on 210 opintopisteen ammattikorkeakoulutus ja terveydenhoitajan koulutus 240 opintopistettä (Suomen sairaanhoitajat n.d.). Osastonhoitajana ja apulaisosastonhoitajana voi toimia henkilö, jolla on terveystieteen tai terveydenhuollon maisterin tutkinto tai alansa erikoistutkinto sekä riittävä työkokemus (Ruontimo 2013). Lähihoitaja on nimikesuojattu ammatti ja sen tutkinto on 180 osaamispisteen ammatillinen sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, jossa voi erikoistua esimerkiksi mielenterveys- ja päihdetyöhön, ikääntyvien hoitoon ja kuntoutukseen, vammaistyöhön, perustason ensihoitoon tai sairaanhoitoon ja huolenpitoon (Opintopolku n.d.).

Sairaanhoitajien tehtäväkenttä on laaja ja koulutus mahdollistaa hyvin erilaisia työnkuvia. Sairaanhoitajia työskentelee niin sairaaloissa kuin terveysasemilla, kotisairaanhoidossa,

vanhainkoodissa ja kuntoutuslaitoksissa yksityisellä ja julkisella sektorilla (KEHA-keskus 2022). Sairaanhoidaja toimii hoitotyön asiantuntijana, jonka tehtävä on potilaiden hoitaminen. Sairaanhoidajat työskentelevät yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen terveyden ja hyvinvoinnin hyväksi. Hoitotyö on terveyttä edistävää ja ylläpitää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa, mutta myös kuntouttavaa. Sairaanhoidaja toimii itsenäisesti hoitaessaan potilaita ja toteuttaessaan lääkärin ohjeistuksen mukaan lääketieteellistä hoitoa. Ammatissa toimiminen vaatii vahvaa eettistä ja ammatillista päätöksentekotaitoa ja työn lähtökohtana on näyttöön perustuva tutkittu tieto. (Terveysalan ammattikorkeakoulutus 2005 -työryhmä 2006, 63.) Työtehtäviin kuuluu hoitotyötä, lääkehoitoa ja tutkimusten tekemistä, mutta myös potilaiden neuvontaa, ohjaamista ja tukemista. (KEHA-keskus 2022.)

Terveydenhoitajan työ painottuu sairaanhoidajaa enemmän ennaltaehkäisyyn. Hänkin on hoitotyön, mutta myös kansanterveystyön ja perusterveydenhuollon asiantuntija, joka voi työskennellä oppilaitoksissa, neuvoloissa, kodeissa, vastaanotolla tai työpaikoilla. Työ on itsenäistä, mutta sisältää usein toimimista erilaisissa työryhmissä. Keskeistä on asiakkaan osallistaminen ja tukeminen terveyden ylläpitämisessä ja edistämässä. (Terveydenhoitajaliitto n.d..) Esimerkkejä työtehtävistä ovat erilaiset määräaikaiset terveystarkastukset, seulontatutkimukset, rokotukset, terveysneuvonta ja omahoidon opastaminen. Osastonhoitaja tai apulaisosastonhoitaja työn keskeinen osa-alue on taas lähijohtaminen (Laaksonen & Ollila 2017, 10). Se sisältää henkilöstö- ja taloushallintoa, työnjohtotehtäviä, yhteistyö ja kehittämistehtäviä ja mahdollisesti myös rekrytointia (Narinen 2000, 148). Kliinisen työn määrä vaihtelee työpaikkakohtaisesti, mutta hoitotyön tekemisen osuus on joka tapauksessa vähentynyt (Surakka 2006, 178).

Kuten muutkin terveydenhuollon ammattilaiset, myös lähihoitajat voivat suuntautua työssään hyvin erilaisiin tehtäviin. Terveydenhuollon puolella lähihoitaja voi työskennellä mielenterveys- ja päihdetyössä, ikäihmisten palveluasumisyksiköissä, vammaispalveluissa, erikoissaanhoidossa ja esimerkiksi kotihoidossa. Lähihoitaja on mukana kuntoutuksessa avustaan esimerkiksi hygieniassa, siisteydessä, ruoanlaitossa ja lääkehoidossa. Lähihoitajat huolehtivat potilaiden perushoidosta. Yksittäisiä työtehtäviä voi olla esimerkiksi haavahoito, katetrointi, virtsanäytteiden otto ja kirjaaminen, mutta työtehtävät vaihtelevat paljon yksiköittäin. (SuPer ry n.d.)

2.4 Arvot ja etiikka asettavat työlle perustehtävän

Terveydenhuollossa käsitellään jatkuvasti ihmisen elämän peruskysymyksiä, kuten terveyttä, sairautta, elämänlaatua, kärsimystä ja kuolemaa. Tämä tekee terveydenhuollosta eettisesti haasteellisen alueen, jossa on otettava huomioon monimutkaiset näkökohdat päätöksiä tehdessä. Terveydenhuollon etiikkaa eli moraalifilosofiaa voidaan tarkastella monella eri tasolla (Leino-Kilpi 2015a, 31). Meta-taso on käsitteellinen, mutta perustavanlaatuisen taso, jossa tarkastellaan mitä terveys, hyvä elämä ja hoito ovat. Se on perustana käytännön ratkaisuille. Makrotason tarkasteluun liittyy taas se, miten sairauksien ja muiden terveysongelmien hoito tulisi järjestää yhteiskunnassa ja missä järjestyksessä potilaat hoidetaan. Siihen liittyvät terveystalouden linjaukset, terveystaloudellisten järjestelmien arvot sekä terveyden rooli yleisesti osana yhteiskuntaa. Mesotasolla keskitytään terveydenhuollon ja siellä tehtävän työn eettiseen laatuun, resurssien käyttöön, työvoiman käyttöön ja hallintoon. Etiikkaa voi tarkastella myös ammattikunnan sisällä, jolloin puhutaan machotasosta. Mikrotasolla etiikkaa tarkastellaan tietyissä kliinisissä tilanteissa potilaan tai potilasryhmän osalta. Siihen liittyy ammattihenkilön ja potilaan välinen hoitosuhde ja potilaiden oikeuksien toteutuminen. (Em. 31–32.)

Lainsäädännön lisäksi hoitotyötä ohjaavatkin alojen omat eettiset ohjeistukset. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan ETENEn (2002) mukaan kaikilla terveydenhuollon keskeisillä ryhmillä ei ole virallisia eettisiä ohjeita. Heidän odotetaan kuitenkin noudattavan samoja eettisiä periaatteita kuin muutkin, joille tällaiset ohjeet on määritelty. Eettiset ohjeet perustuvat yhteisiin arvoihin, vaikka ne korostuvat hieman eri tavoin eri ohjeistoissa. Keskeisintä terveydenhuollon eettisissä ohjeistuksissa on potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, elämän suojeleminen sekä terveyden edistäminen. Hoidon tulee perustua tieteellisesti tutkittuun tietoon tai vahvaan kliiniseen kokemukseen. Muita ammattiryhmiä tulee kunnioittaa, luottamuksellisia tietoja tulee käsitellä asiallisesti ja potilaan edun vaatiessa on konsultoitava kollegaa tai muun ammattiryhmän edustajaa. Osittain samansuuntaisia eettisiä velvoitteita kuin ammattieettisissä ohjeissa on kirjattu myös lakiin ja asetuksiin. Usein eettinen velvollisuus ulottuu pidemmälle kuin se, mitä laki vaatii. (ETENE 2002.)

ETENEn (2011) eettiset suositukset sosiaali- ja terveysalalla on jaettu viiteen eri osa-alueeseen. Ensimmäinen on asiakkaiden ja potilaiden ihmisarvon ja perusoikeuksien kunnioitus, minkä tulee olla toiminnan perusta. Hoidettavalla on autonomia tehdä itsenäisiä päätöksiä omasta elämästään ja hyvinvoinnistaan. Hoidettavan tulee osallistua hoitoonsa ja

antaa suostumuksensa, itsemääräämisoikeutta rajoitetaan vain vaaratilanteissa. Yhdenvertaisuus, tasapuolisuus, tasa-arvo, syrjimättömyys ja yksityisyyden kunnioittaminen kuuluvat myös olennaisina ihmisarvon ja perusoikeuksien periaatteisiin ja arvoihin. Toisena suosituksena on se, että sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohtana on oltavana asiakkaan tai potilaan etu. Jokaisella on oikeus hoitoon, hoitamalla pyritään tekemään hyvää ja välttämään vahinkoa. Toiminnan tulee pohjata perusteltuun tietoon ja ammattitaitoon ja sen tulee tukea asiakkaan tai potilaan tarpeita. Hoito pitää järjestää oikeudenmukaisesti ja sen on oltava laadultaan hyvää. (ETENE 2011, 5–6.)

ETENEn (2011) kolmas sosiaali- ja terveysalan suositus liittyy vuorovaikutukseen. Vuorovaikutus asiakkaiden ja potilaiden ja ammattihenkilöiden välillä kuten myös ammattilaisten kesken tulee olla inhimillistä ja toista arvostavaa. Tarvitaan keskinäistä luottamusta ja molemmin puoleista toimintaan sitoutumista. Asiakas tai potilas osallistuu hoitosuunnitelman laadintaan yhdessä ammattilaisen kanssa. Neljäntenä suosituksena on se, että ammattihenkilö on vastuussa työnsä laadusta. Siihen sisältyy myös vastuu palvelukokonaisuuden oikeudenmukaisesta tarjonnasta ja jatkuvuudesta. Erityishuomiota täytyy kiinnittää haavoittavassa asemassa oleviin asiakkaisiin ja potilaisiin. Ammattilainen on vastuussa myös oman osaamisensa ylläpidosta ja työn kehittämisestä. Eettinen osaaminen on yksi ammattitaidon osa-alue, jota tulee vaalia. ETENEn viimeisenä suosituksena ovat vastuullinen päätöksenteko ja toimintakulttuuri, jotka ovat hyvän hoidon ja palvelun edellytyksiä. Eettisyyden on toteuduttava kaikilla tasoilla päätöksenteossa. Erityishuomiota pitää antaa etiikan ja talouden välisiin konflikteihin. Vaatimusten tulee olla oikea suhteisia suhteessa osoitettuihin voimavaroihin. Työnantajan linjausten tulee olla sovussa henkilöstökunnan eettisten periaatteiden kanssa. (ETENE 2011, 6–7.)

Eettisten ohjeistusten on tarkoitus toimia apuna ammattihenkilön joutuessa ratkaisemaan työssään kohtaamia eettisiä ongelmia. Niiden peruskysymys kiteytyy siihen, mikä on oikein ja väärin tietyssä tilanteessa (Leino-Kilpi 2015b, 61). Eettinen ongelma muodostuu, kun kaksi tai useampi arvo ovat ristiriidassa keskenään. Eettinen ongelma voi myös liittyä siihen, miten tietty arvo ilmenee käytännössä toiminnassa. Eettiseen ongelmaan on harvoin yhtä oikeaa ratkaisuvaihtoehtoa, joka poistaisi kyseessä olevan ongelman kokonaan. Ongelmat usein ovat myös pitkäaikaisia ja niiden seuraukset kauaskantoisia. Eettisen ongelmanratkaisun ratkaiseminen vaatii usein ymmärryksen, ennakoinnin, toiminnan ja kokemuksen vaiheet. Ammattihenkilön täytyy ymmärtää minkä ongelman kanssa ollaan tekemisissä ja mihin aiotaan ryhtyä. Konteksti säätelee toimintaa, ja tekojen tulokset sekä

niiden järkevyyttä täytyy arvioida. Vasta tämän jälkeen tapahtuu ongelmanratkaisusta oppiminen, mikä auttaa seuraavien eettisten ongelmien ratkaisemista. (Em. 61, 69–70, 75.)

3. TYÖHYVINVOINTI

Maailman terveysjärjestön WHO:n (1946) mukaan ”*terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, ei vain sairauden tai vamman puuttumista*”. Vaikka terveyden määritelmää on aikojen saatossa laajennettu, Virolainen (2012, 11) kuvaa työhyvinvoinnin käsitteessä olevan samankaltaisia piirteitä kuin WHO:n terveyden määritelmässä. Työhyvinvointi on kokonaisvaltainen ilmiö, joka ei voi perustua pelkästään työpahoinvoinnin osa-alueiden puuttumiseen (em. 11). Työterveyslaitoksen julkaisun mukaan työhyvinvointiin liittyy se, että työ on mielekästä ja sujuvaa. Työhyvinvoinnin kannalta työtä tulee tehdä turvallisessa, terveyttä edistävässä sekä työuraa tukevassa työympäristössä ja työyhteisössä. (Puttonen, Hase & Pahkin 2016, 6.) Kansainvälisen työn järjestön ILO:nk (n.d.) mukaan työhyvinvointi liittyy kaikkiin työelämän osa-alueisiin aina fyysisestä ja psyykkisestä työympäristöstä, työntekijöiden työn kokemisen kautta aina työpaikkaorganisaatioon asti.

Työhyvinvoinnin tutkimuksen lähtökohdat ovat sadan vuoden takaa lääketieteellisessä stressitutkimuksessa. Sen jälkeen työhyvinvoinnin painopisteet ovat muuttuneet, ja yksilön käyttäytymisen sijaan huomio kiinnitetään ensin entistä useammin ympäristöön – työhön ja työolosuhteisiin. Niin sanotun tasapainomallin aikaan työssä nähtiin olevan tekijöitä, jotka ovat kuormittavia, kun työn vaatimukset ylittivät työntekijän työssä pärjäämisen edellytykset. Malliin liitettiin myöhemmin sosiaalinen tuki kolmanneksi ulottuvuudeksi. Vähitellen työntekijän yksilölliset ominaisuudet ja niiden suhde työn vaatimuksiin otettiin myös työhyvinvoinnissa tarkasteluun. (Manka & Manka 2016, 64–65.) Positiivinen psykologia näkee työntekijän ja työyhteisön aktiivisena toimijana ja työn aiheuttaman kuormituksen ja pahoinvoinnin sijaan huomiota kiinnitetään työn iloon ja työn tuomiin positiivisiin puoliin ja vaikutuksiin. Sairauden puuttumisen sijaan työhyvinvointia voidaan tarkastella siis myös sen hyötyjen kautta. (Em. 68.)

Ajan saatossa työhyvinvointia onkin tutkittu monesta näkökulmasta ja monen teorian kautta. Tässä tutkielmassa tarkastellaan tarkemmin ja sovelletaan Bakkerin ja Demeroutin (2017) työn vaatimusten ja voimavarojen mallia, sillä se on osoittautunut monissa tutkimuksissa soveltuvaksi pohjaksi työhyvinvointia tarkasteltaessa. Mallin mukaan jokaisesta työstä on löydettävissä vaatimuksia, jotka voivat aiheuttaa työuupumusta, sekä työn voimavaroja, jotka lisäävät työntekijän motivaatiota (Bakker & Demerouti 2017). Työn vaatimusten ja

voimavara -mallin esittelyn jälkeen tutkielmassa paneudutaan työhyvinvoinnin vaikutuksiin ja tarkastellaan erityisesti stressiä, työuupumusta, leipääntymistä, flow-tilaa, työn imua sekä työtyytyväisyyttä. Osion lopussa nostetaan vielä huomion kohteeksi muutamia aikaisempia tutkimuksia suomalaisten hoitotyöntekijöiden työhyvinvoinnissa nostamalla esiin näiden tutkimusten tärkeimpiä tuloksia.

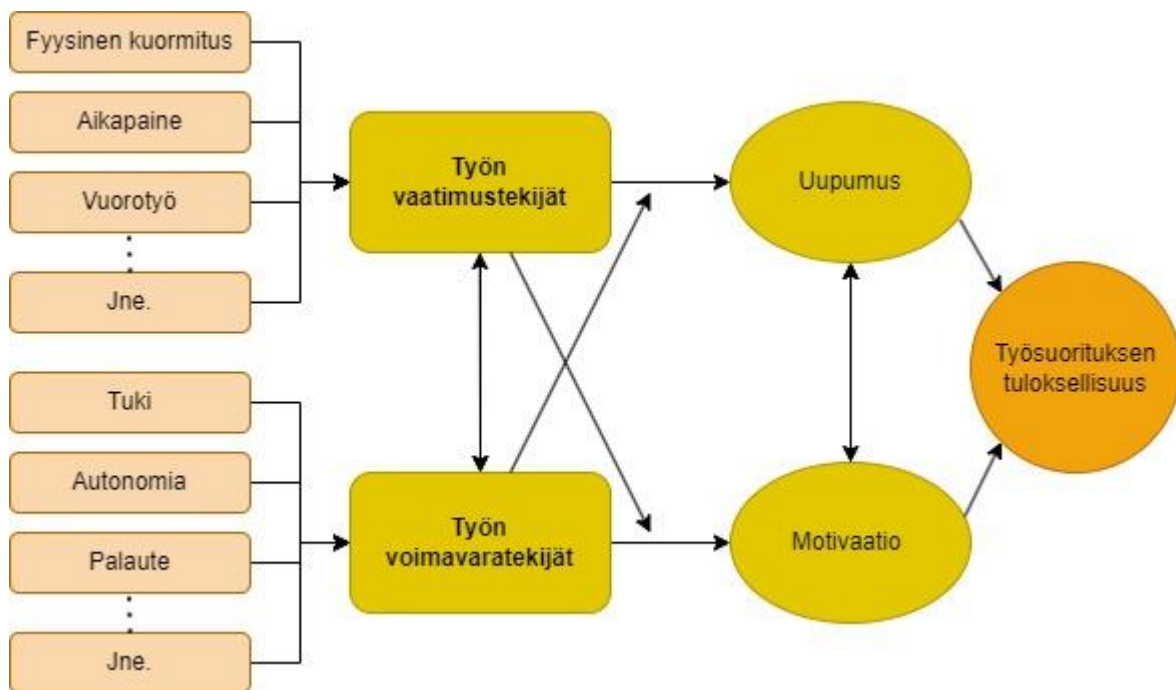
3.1 Työn vaatimusten ja voimavarojen malli

Työn vaatimusten ja voimavarojen malli (*The job demands-resources model, JD-R*) on Demeroutin, Bakkerin, Nachreinerin ja Schaufelin (2001) kehittämä teoria, joka jäsentää työhön liittyvien tekijöiden ja hyvinvoinnin yhteyttä. Mallin ensimmäinen versio esiteltiin alun perin vuonna 2001. Sen jälkeen sitä on kehitelty eteenpäin, sovellettu tuhansissa organisaatioissa ja käytetty useissa empiirisissä tutkimuksissa. Se on ollut käytössä monilla työterveys- ja työturvallisuusviranomaisilla ympäri maailmaa. (Bakker & Demerouti 2017, 273.) Myös Suomen Työterveyslaitos on vahvistanut mallin oletukset pitkittäistutkimuksessaan (Hakanen 2011, 104).

JD-R-mallin tarve nousi työhyvinvointia koskevan tutkimuksen kiinnostuksesta työuupumusta (burnout) kohtaan vuosituhannen vaihteessa, jolloin työuupumuksesta oli tullut vakava ongelma suuressa osassa länsimaita. Vaikka tuolloin oli olemassa erilaisia teorioita työuupumuksesta, ne olivat vielä varsin hajanaisia eikä yhtenäistä teoreettista näkemystä työuupumuksen kehittymisestä ollut. Demerouti ja Nachreiner tunnistivat tutkimuksessaan työhön liittyviä vaatimuksia ja voimavaroja, joista työn vaatimukset osoittautuivat uupumuksen (exhaustion) tärkeimmiksi korrelaatioiksi ja voimavarat korreloivat taas kyynisyyden kanssa. Uupumus ja kyynisyys taas nousivat tutkimuksessa työuupumuksen kahdeksi keskeiseksi ulottuvuudeksi. (Bakker & Demerouti 2017, 273–274.)

Alkuperäisen JD-R-mallin, eli noin kymmenen ensimmäistä vuotta mallin lanseeraamisesta, keskiössä on nimensäkin mukaan työn vaatimukset (kuormitustekijät) ja voimavarat (resurssit) sekä niiden keskinäinen suhde (kuvio 1). JD-R-mallissa *työn vaatimuksiksi* määritellään työn fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset tai organisaatioon liittyvät tekijät, jotka vaativat jatkuvaa fyysistä ja/tai psyykkistä ponnistelua, joka aiheuttaa taas fysiologisia tai psyykkisiä seuraamuksia. Esimerkkejä tällaisista tilanteista ovat henkinen tai fyysinen kuormitus, vuorotyö tai aikapaineessa työskentely. *Työn voimavarat* taas tarkoittavat työn

fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja tai organisaation liittyviä tekijöitä, jotka auttavat työn tavoitteiden saavuttamisessa, vähentävät työn vaatimuksia ja niihin liittyviä fyysisiä tai psyykkisiä seuraamuksia. Voimavaroja voivat olla esimerkiksi työn autonomia, työstä saatu palaute tai työtovereilta saatu tuki työntekoon. Voimavarat voivat edistää työntekijän henkilökohtaista kasvua, oppimista tai kehitystä. JD-R mallin mukaan työn korkeat vaatimukset liittyvät työuupumukseen eli ongelmiin työhyvinvoinnissa ja terveydessä, kun taas työn voimavarat edistävät työhyvinvointia ollessaan yhteydessä työmotivaatioon. Työn voimavarat ennustavat työn imua ja työn vaatimukset taas työuupumusta, mikä vaikuttaa työntekijän työkykyyn ja sitä kautta työn tuloksellisuuteen. (Bakker & Demerouti 2017, 274.)



KUVIO 1. Työn vaatimukset ja voimavarat (mukailleen Demerouti ym. 2001 ja Bakker & Demerouti 2017)

Työn vaatimusten ja voimavarojen yhteys ei kuitenkaan ole näin suoraviivainen. Työn voimavarat voivat vähentää työn vaatimusten vaikutusta lievittäen työuupumusta. Työn voimavarojen, kuten arvostuksen ja innovatiivisuuden, vaikutus motivaatioon on korkeampi silloin, kun työn vaatimukset ovat korkeat. Korkeat vaatimukset voivat haastaa työntekijän oppimaan työssään uusia asioita ja motivoida käyttämään uusia käyttäytymismalleja työssä. JD-R-malliin on tuotu myöhemmin myös työntekijän henkilökohtaiset voimavarat, kuten esimerkiksi optimismi, jolla voi olla samanlainen vaikutus kuin työn voimavaratekijöillä.

(Bakker & Demerouti 2017, 274–275.) Bakkerin ja Demeroutin (2017, 275) mukaan henkilökohtaisilla voimavaroilla on suoraa positiivista vaikutusta työhön sitoutumiseen, ja ne vähentävät työn vaatimusten ei-toivottuja vaikutuksia lisäten voimavarojen vaikutusta motivaatioon. JD-R-mallin mukaan motivaatiolla on positiivinen vaikutus työsuoritukseen, koska motivaatio auttaa esimerkiksi keskittymään työtehtäviin ja sitoutuneilla työntekijöillä on energiaa ja intoa menestyä työssään hyvin. Työn kuormitustekijöillä on taas negatiivinen vaikutus työn suorittamiseen, koska kuormittuneilla tai terveysongelmista kärsivillä työntekijöillä ei ole riittäviä resursseja saavuttaa työnsä tavoitteita. (Bakker & Demerouti 2017, 274–275.)

JD-R-mallia on kehitelty vielä eteenpäin noin vuodesta 2011 alkaen, koska pitkittäistutkimuksissa on löydetty tuloksia, jotka viittaavat siihen, että työn vaatimusten, voimavarojen ja hyvinvoinnin välillä on syy-seuraussuhteita sekä myös käänteisiä syy-seuraussuhteita. Esimerkiksi oma-aloitteisuus voi vaikuttaa positiivisesti työhön sitoutumiseen, ja työhön sitoutumisella on positiivinen vaikutus tulevaisuuden työn voimavaratekijöihin. Työn voimavarat voivat myös ennakoida henkilökohtaisia voimavaratekijöitä ja työhön sitoutumista. Nykyään JD-R-mallin teoriassa esitetään, että työssään motivoituneet työntekijät todennäköisesti hyödyntävät työn muokkaamisen käyttäytymistä (job crafting behaviors), mikä voi johtaa korkeampiin työn ja henkilökohtaisten voimavarojen tasoihin ja jopa korkeampaan motivaatioon. Lisäksi teoria esittää, että työssään kuormittuneet työntekijät ovat muita alttiimpia käyttäytymiselle, joka heikentää omia ponnisteluja, mikä taas johtaa korkeampiin työn vaatimuksiin ja suurempaan työkuormitukseen. Vaikka JD-R-mallia on kehitetty vuosien saatossa eteenpäin, on teoriaa kuitenkin kehitettävä jatkossakin, sillä esimerkiksi työn vaatimusten ja voimavarojen välisen yhteyden suunta näyttäisi eroavan eri ammattiteissa. (Bakker & Demerouti 2017, 276–277.)

3.2 Työhyvinvoinnin vaikutukset

Heikkilä-Tammi (2021) on luonut tutkimusryhmänsä kanssa työhyvinvoinnin kokonaisvaltaisen mallin, joka perustuu Mankan voimavarakeskeiseen malliin (2016) sekä Robertsonin & Cooperin (2011) ja Nielsenin ym. (2018) tutkimuksiin. Mallin mukaan työhyvinvoinnin ilmentymät voidaan jakaa pahoinvointiin ja hyvinvointiin. Pahoinvointi ilmenee stressinä tai uupumuksena, mutta myös leipääntymisenä. Hyvinvoinnin ilmentymiä

ovat flow-tila, työn imu sekä työtyytyväisyys. Työhyvinvoinnin seuraukset ja vaikutukset näkyvät ei tavoin yksilö- sekä organisaatiotasolla. (Heikkilä-Tammi 2021.)

Stressi on tilanne, jossa yksilöön kohdistuu haasteita tai vaatimuksia niin paljon, että hänen voimavaransa ovat tiukoilla tai jopa ylittyvät. Stressiä voi aiheuttaa niin positiivinen kuin negatiivinen muutos. Stressireaktio on riippuvainen henkilön vastustus- ja sietokyvystä, mutta siihen vaikuttaa myös yksilön näkökulma sekä asenteet. Stressi ei aina ole haitallista, mutta pitkittyessään se voi olla vaarallista. (Mattila 2022.) Virolaisen (2012, 30) mukaan työstressi ilmentää ratkaisematonta ristiriitaa työntekijän ja työn välisessä suhteessa. Akuutti stressi aiheuttaa ”taistelu tai pakene” -reaktion, joka auttaa nopeuden päätösten teossa (em.). Vaikka stressi on psykologinen kokemus, aiheuttaa se fyysisiä oireita kuten huimausta, päänsärkyä, pahoinvointia, sydämentykytyksiä. Myös vatsavaivat, hikoilu ja selkävaivat ovat yleisiä. Psykkisiä oireita ovat ärtymys, jännittyneisyys, levottomuus, ahdistuneisuus, masentuneisuus ja muistiongelmät. Stressi voi vaikuttaa unta heikentäen. (Mattila 2022.) Tyypillisiä stressitekijöitä työpaikalla ovat esimerkiksi kuormittava työympäristö, roolikonfliktit, työn jatkuvuuden epävarmuus ja henkilösuhteet työpaikalla niin esihenkilöön kuin kollegoihin. Työpaikan ilmapiiri ja vähäiset vaikutusmahdollisuudet voivat myös olla työstressin taustalla. (Virolainen 2012, 32–34.)

Vaikka stressi voi toimia eteenpäin työntävänä tekijänä, sen pitkittyessä on uhka, että stressi johtaa työuupumukseen. Työuupumus tai loppuun palaminen (burnout) on häiriötila, johon liittyy uupumusasteinen väsymys, kognitiivisia vaikeuksia, kyynistynyt asenna työtä kohtaan ja heikentynyt ammatillinen itsetunto. Työuupumuksella ei ole sairauden statusta, mutta se voi johtaa masennukseen ja unihäiriöihin. Uupumusasteinen väsymys ei hellitä normaalilla levolla eikä se liity työn yksittäisiin kuormitushuippuihin. Oma työ voi tuntua merkityksettömältä ja epämielekkäältä. Yksilö voi kokea, ettei pysty enää tekemään työtään eikä saa mitään aikaan. Työuupumuksessa, kuten työstressissäkin, on kyse ristiriidasta työn ja työntekijän välillä. Siihen vaikuttaa epäedulliset työolosuhteet, mutta myös työntekijästä johtuvat tekijät ovat usein keskiössä. Työolosuhteita voi kuvata esimerkiksi ristiriitaiset tavoitteet tai jatkuvat aikapaineet, jotka yhdistyvät vähäisiin työn voimavaroihin. Liiallinen työmäärä, epäselvyydet työroolista, rajalliset vaikutusmahdollisuudet, sosiaalisen tuen puute, tunne epäoikeudenmukaisuudesta sekä työssä koettu epävarmuus ja toisaalta työn ennakoimattomuus voivat liittyä työuupumuksen kehittymiseen. (Uusitalo-Arola, Tuisku & Rossi 2022.)

Leipääntyminen eli loppuun palaminen ikävystymisen seurauksena (*job boredom, boreout*) on työstressistä ja työuupumuksesta poikkeava työpahoinvoinnin ilmentymä. Stock (2015, 574) määrittelee leipääntymisen alhaisena työhön liittyvänä vireystilana ilmeneväksi negatiiviseksi psyykkiseksi tilaksi. Siihen liittyy työn merkityksen epäileminen, työhön kyllästyminen sekä henkilökohtaisen kasvun kriisi (em.). Reijseger ym. (2013) ovat tutkimuksessaan tulkinneet leipääntymisen liittyvän ensisijaisesti tietyn ympäristön, eli työn, erityisiin ominaisuuksiin. Alun perin tylsistyminen nähtiin liittyvän yksitoikkoisiin ja samana toistuviin työtehtäviin. Leipääntymistä on lähestytty tutkimuksissa kahdesta eri näkökulmasta: joka työhön kyllästyminen on mitattu työn toistuvuudella tai sitten sitä on pidetty työntekijän henkilökohtaisena ominaisuutena, jolloin toiset ihmiset ovat sille alttiimpia kuin toiset. (Em.) Vaikka työhön leipääntyminen on erityyppinen ilmiö kuin työstressi, on sillä kuitenkin samoja seurauksia. Sen on tutkittu olevan yhteydessä matalampaan elämänlaatuun, masennukseen, työtyytymättömyyteen ja päihteiden väärinkäyttöön. Se lisää riskiä myös työpoissaoloihin, työtapaturmiin ja huonompaan suorituskykyyn. (Loukidou, Loan-Clarke & Daniels 2009.)

Työhyvinvoinnin positiivisia puolia tarkasteltaessa, Heikkilä-Tammin (2021) mukaan flow-tila viittaa optimaaliseen tilaan, jossa toiminnan vaativuustaso ja tekijän taidot ovat tasapainossa. Flow:n sijaan suomeksi puhutaan myös toisinaan *virtauksesta*, johon liittyy syventyminen, ajan tajun menetys, keskittyminen ja tunne asioiden sujuvuudesta. (Em.) Mihály Csikszentmihalyi oli flow-tutkimuksen merkittävimpiä tutkijoita. Hänen alkuperäisessä vuoden 1975 flow-määritelmässä on kuusi eri osa-aluetta. Siihen liittyy toiminnan ja tietoisuuden yhdistäminen, jolloin ihminen on tietoinen teoistaan, mutta ei itse tietoisuudesta. Flow-tilassa huomio kiinnittyy rajoitettuun ärsykkeeseen samalla kun itseä koskevat ajatukset muuttuvat merkityksettömiksi. Flow:hun kuuluu tunne oman toiminnan sekä ympäristön vaatimusten hallinnasta. Toiminta ja reaktiot ovat automaattisia. Flow-tilassa toiminta ei vaadi ulkoisia tavoitteita tai palkkioita, koska se on itsessään palkitsevaa. Myöhemmin flow-tilan osatekijöiksi on lisätty muun muassa ajallisen kokemuksen vääristyminen eli se, että aika tuntuu kuluvan normaalia nopeammin. (Engeser & Schiepe-Tiska, 2021.)

Flow-tila voi olla hyvin lyhytkestoinen ja se voi lopahtaa yksittäiseen ärsykkeeseen. Työn imu (*work engagement*) sen sijaan on kokonaisvaltaisempi mieliala. Käsite on tullut suomalaiseseen tutkimuskenttään vasta vuosituhannen vaihteessa positiivisen psykologian rantautuessa Suomeen. (Hakanen 2014, 307.) Maslach & Leiter (2008) kuvailevat työn imua

työuupumuksen vastakohtana, johon liittyy työntekijän energisyys, työhön sitoutuminen sekä kokemus pystyvyydestä. Schaufeli (2002) tutkimusryhmineen näkee taas työn imun työuupumuksesta irrallisena ilmiönä. Se on positiivinen, työhön liittyvä mielentila, jolle on ominaista tarmokkuus, omistautuminen ja työhön uppoutuminen. (Schaufeli ym. 2002, 74.) Heikkilä-Tammin (2021) mukaan työn imua voidaan kokea, kun yksilö on täynnä energiaa ja positiivisessa mielentilassa.

Työtyytyväisyys on työelämän tutkimuksen vanhimpia työhyvinvoinnin kuvaajista. Sillä kuvataan missä määrin työntekijät pitävät työstään tai eivät pidä siitä. Varhaisessa tieteellisessä määritelmässä työtyytyväisyys nähtiin miellyttävänä myönteisenä tunnetilana, joka syntyy yksilön arvioidessa työtään, mutta nykyisin työtyytyväisyys määritellään usein moniulotteiseksi työhön liittyväksi positiiviseksi asenteeksi tunneperäisiä elementtejä korostaen. (Mäkikangas & Hakanen 2017, 113.) Heikkilä-Tammin (2021) mukaan työtyytyväisyys kuvaa kokemusta siitä, miten hyvin työntekijä sopeutuu työtehtäviin. Siihen liittyy myönteinen tunnetila, joka syntyy työn tekemisestä. Työtyytyväisyyteen vaikuttaa erilaiset motivaatiotekijät sekä ympäristöön liittyvät tekijät. Näitä ovat muun muassa tunnuksen saaminen, työn mielenkiintoisuus, palkitseminen, työpaikan sosiaaliset suhteet ja työn organisointi. (Em.)

Edellä on kuvattu työhyvinvoinnin ja pahoinvoinnin vaikutuksia työntekijään yksilötasolla. Stressi ja uupumus ilmenevät työntekijässä fyysisinä ja psyykkisinä oireiluina, mikä heikentää työssä jaksamista ja motivaatiota (Mattila 2022, Uusitalo-Arola, Tuisku & Rossi 2022). Työn imu on yhteydessä parempaan terveyteen, työssä suoriutumiseen sekä sitoutumiseen. Samoin tyytyväisyys työhön nostaa työssä suoriutumisen tasoa (esim. Mäkikangas & Hakanen 2017, 119). Kun työhyvinvointi parantaa työntekijän tuottavuutta ja tehokkuutta työssään, on sillä vaikutuksia myös organisaatiotason tuottavuuteen ja tuloksellisuuteen. Työhyvinvointi vähentää sairauspoissaoloja ja henkilöstön vaihtuvuutta ja sillä on positiivisia vaikutuksia myös asiakastyytyväisyyteen (Heikkilä-Tammi 2021). Useat työhyvinvointiin ja -pahoinvointiin liittyvät tekijät ovat työhön liittyviä asioita, joihin vaikuttamalla työnantaja voi parantaa organisaation tulosta.

3.3 Aiempi tutkimus hoitotyön työhyvinvoinnista

Suomessa hoitotyöntekijöiden työhyvinvointia on tutkittu useista eri näkökulmista ja erilaisilla tutkimusmenetelmillä. Työterveyslaitos on sosiaali- ja terveysministeriön

hallinnanalainen yhteisö, joka on keskittynyt työhyvinvoinnin tutkimiseen. Kauppisen ym. (2010) Työterveyslaitokselle tekemä Työ ja terveys Suomessa 2009 -katsaus kuvaa työoloja ja työterveystilannetta Suomessa. Se perustuu laajaan puhelinhaastattelututkimukseen, johon osallistui 3 400 20–64-vuotiasta palkansaajaa ja yrittäjä eri toimialoilta. Katsauksessa käsitellään muun muassa työympäristötekijöitä, työyhteisöjä ja työn psykososiaalisia tekijöitä sekä niihin liittyviä työntekijöiden terveys- ja työhyvinvointitilannetta. Terveystilannetta ja sosiaalipalveluja käsitellään katsauksessa yhteisesti. Toimialan nähdään käyvän lävitse suuria rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia, jonka seurauksena johtamisosaamisella on aikaisempaa suurempi merkitys työelämän laadulle. Haastattelututkimuksen mukaan yhdeksän kymmenestä koki olevansa erittäin tai melko tyytyväinen nykyiseen työhönsä, mikä oli asiakastyön palkitsevuuden ja antoisuuden tulosta. Työ koetaan silti kuormittavaksi, sillä työssä on kiire, työ on henkisesti raskasta ja työntekijät ovat tyytymättömiä johtamiseen. Myös vaikutusmahdollisuudet oman työhön koettiin heikkoina, työ oli fyysisesti usein raskasta ja vajaa neljäsosa oli kohdannut fyysistä väkivaltaa tai uhkailua. (Kauppinen ym. 2010, 3, 228–233.)

Toinen Työterveyslaitoksen sosiaali- ja terveysalan työhyvinvointia koskeva julkaisu on nimeltään *Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010 - Kahden vuosikymmenen kehityskulku* (Kokkinen ym. 2011). Kyseessä on valtakunnallinen kvantitatiivinen kyselytutkimus, joka suoritettiin vuonna 2010 neljännen kerran. Vastaajia oli 2 693 ja sosiaali- ja terveysala jaettiin yhteentoista toimialaan ja tuloksia tarkasteltiin myös työtehtävien mukaan. Tutkimuksen teemoja olivat muun muassa osaaminen ja kehittyminen, sitoutuneisuus työhön, johtaminen ja työyhteisön toimivuus, eettisyys ja tunteet työssä sekä työn kuormittavuus. (Kokkinen ym. 2011.) Tulosten mukaan työntekijät sosiaali- ja terveysalalla kokivat runsaasti myönteisiä piirteitä työssään, kuten onnistumisen kokemuksia ja tyytyväisyyttä omaan työpanokseensa. Työn kuormitustekijät vaihtelivat toimintasektoreittain ja tehtävien välillä, mutta erityisesti asiakkaiden moniongelmaisuuksien, asiakkaista tunnetun vastuun ja väkivallan uhan koettiin kasvaneen. Vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa työ koettiin fyysisesti kuormittavimmaksi ja erityisesti vanhustenhuollossa ja vammaishuollossa vastaajat kokivat joutuvansa toimimaan eettisiä periaatteitaan vastaan. Vastaajat kertoivat saavansa esihenkilöiltään tukea aikaisempaan paremmin, ja johtamisen kokikin oikeudenmukaiseksi noin puolet. Työyhteisön toimivuuteen oltiin pääasiassa tyytyväisiä, mutta omat vaikutusmahdollisuudet olivat puutteellisia eikä etenemismahdollisuuksia pidetty hyvänä. Stressiä koettiin muista aloista hieman yleisemmin,

mutta työn merkityksellisyys ja hyvä työilmapiiri toimivat työhön sitoutuneisuutta edistäen. (Kokkinen ym. 2011, 5–6.)

Suomalaisessa tutkimuskentällä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työhyvinvointia on tutkittu myös aivan lähiaikoina. Selander ym. (2021) ovat käyttäneet tutkimuksessaan vuoden 2020 laajaa sosiaali- ja terveysalan työntekijöistä koostuva kyselyaineistoa (n=22 528). Heidän tutkimuksensa mukaan kolmasosa sosiaali- ja terveysalan työntekijöistä koki työmääränsä kasvaneen. Erityisesti COVID-19-viruksesta aiheutunut kuormitus näyttäisi kasaantuneen nuorille, työntekijäasemassa olevilla ja tietyille työntekijäryhmille. (Selander ym. 2021, 30.) Samaa aineistoa käyttäen Selander, Nikunlaakso ja Laitinen (2023) ovat tarkastelleet kvantitatiivisessa tutkimuksessaan työn kuormitus- ja voimavaratekijöitä vanhushpalveluissa ja niiden suhdetta huonoon työkykyyn. Logistisen regressioanalyysin tulosten mukaan vanhushpalveluissa heikkoon työkykyyn yhteydessä olevat kuormitus- ja voimavaratekijät olivat samoja kuin muualla sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tulosten mukaan kuitenkin kotihoidossa, palveluasumisessa ja poliklinikka- ja osastohoidossa työhön liittyi enemmän kuormitustekijöitä kuin muussa sosiaali- ja terveysalan työtehtävissä. Vanhushpalveluissa työaika-autonomiaa ja omien kykyjen käyttömahdollisuuksien oli muita aloja vähemmän. Voimakkain yhteys huonoon työkykyyn oli huonoksi koettu terveys. Tutkijat ehdottivat, että työhyvinvoinnin parantamiseksi tulisi tehdä parannuksia työyhteisön yhteistyön sujuvuudessa, lisätä päätöstenteeon oikeudenmukaisuutta ja vahvistaa valmentavaa johtajuutta. (Selander ym. 2023, 239, 253–255.)

Hoitoalaa on tutkittu yleisesti, mutta myös yksittäisempiin toimenkuviin on paneuduttu eri tutkimuksissa kuten äskeisessä Selanderin ym. (2023) tutkimuksessa tuli ilmi. Myös Rytkösen (2018) väitöskirja käsittelee hoivatyöntekijöiden työn kuormittavuutta ja teknologian käyttöä vanhustyössä. Rytkösen aineistona oli vuonna 2012 tehty postikysely, johon vastasi 357 Superin eli Suomen lähi- ja perushoitajaliiton jäsentä. Työ koettiin fyysisesti sekä henkisesti kuormittavaksi. Asiakkaiden kritiikki, haukkumiset, väkivallan uhka ja työpaikkakiusaaminen aiheuttivat henkistä kuormitusta. Henkilöstöä koettiin olevan liian vähän ja esihenkilötyö oli koettu epäoikeudenmukaiseksi. Hoitajat arvostivat itse työtään, mutta kokivat yhteiskunnallisen arvostuksen vähäiseksi. Työn voimavarana oli asiakkaat ja heidän auttamisensa. Hyvä asiakassuhteet ja asiakkaiden kiitollisuus olivat merkityksellisiä kuten myös työn sisältö, työyhteisö ja turvattu toimeentulo. (Rytkönen 2018.)

Superin lisäksi Tehyn eli sosiaali-, terveys- ja kasvatustalan ammattijärjestön jäsenille on suunnattu työhyvinvointitutkimuksia. Coco (2019) on esimerkiksi tutkinut

erikoissairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoitajien työn vetovoimatekijöitä, ja yhdessä Roosin kanssa hän on kartoittanut myös lähihoitajien näkemyksiä työn vetovoimaan vaikuttavista tekijöistä (Coco & Roos 2020). Yli puolet sairaanhoitajista arvioi alansa vetovoiman vähäiseksi, ja lähihoitajatkin arvioivat vetovoiman heikoksi. Paremman palkan ja riittävien henkilöstöressurssien nähtiin lisäävän kummankin alan vetovoimaa. Työ nähtiin pääasiassa tärkeänä ja merkityksellisenä. Sairaanhoitajat tunsivat työhyvinvointinsa pääosin hyväksi, mutta monia huolestutti mahdolliset virheet hoitotyössä ja se, etteivät voineet tehdä työtä niin hyvin haluaisivat. Kuormitusta niin sairaan- kuin lähihoitajilla aiheutti työtehtävien keskeytykset ja kiire. (Coco 2019, 5, Coco & Roos 2020, 5.)

Myös Aula Research (2021) on tehnyt Tehylle toimeksiannosta kyselytutkimuksia. Vuoden 2021 kysely kohdennettiin yliopistollisessa sairaalassa tai keskussairaalassa työskenteleviin. Yli puolet vastaajista kokivat työhyvinvointinsa erittäin tai jokseenkin hyvänä. Kuitenkin kuormitusta aiheuttivat monelle esimerkiksi liian vähäinen henkilökunnanmäärä, sijaisten puutteellinen osaaminen, puutteellinen tuki esihenkilöiltä sekä liian laajaksi koettu tehtäväkenttä. Reilu viidesosa uskoi jaksavansa alalla työuransa loppuun asti ja suurimmat syyt jaksamisen loppumiseen liittyivät palkkaukseen, henkilöstömääriin, työn arvostukseen ja työn henkiseen kuormittavuuteen. Osa oli harkinnut alan vaihtoa ja yleisimmät syyt siihenkin liittyivät palkkaan ja psyykkiseen kuormitukseen, mutta myös työaikoihin ja ammatilliseen kehittymiseen. (Aula Research 2021.)

4. TUTKIMUSASETELMA

4.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on tutkia kuormitus- ja voimavaratekijöitä hoitotyössä. Hoitotyö eroaa työnkuvaltaan monesta muusta työstä. Siinä työskennellään lähellä toista ihmistä, mikä asettaa työntekijän toistuvasti eettisten pohdintojen ääreen. Työ on usein henkisesti ja fyysisesti raskasta. Ala on naisvaltainen ja palkkaus monessa työtehtävässä matala. Sosiaali- ja terveysalaa vaivaa työvoimapula, joten alan veto- ja pitovoimat tekijöihin on kiinnitettävä huomiota, jotta alalla hakeutuisi uusia työntekijöitä ja jo kouluttautuneet ja kokeneet työntekijät eivät hakeudu alalta pois.

Erilaisten työn kuormitus- ja voimavaratekijöiden tiedetään olevan yhteydessä työuupumukseen ja toisaalta motivaatioon, ja sitä kautta työhyvinvointiin ja työtyytyväisyyteen. Työhyvinvointi on merkittävä tekijä alalla pysymisessä, joten on tärkeää saada tietoa alan työtehtävistä ja niiden ominaisuuksista työntekijän näkökulmasta. Tutkielman tavoitteena on kuvailla erilaisia nimenomaan hoitotyöhön liittyviä yhteisiä vaatimus- ja voimavaratekijöitä. Tunnistamalla nämä työhyvinvointiin vaikuttavat tekijät, voidaan näihin tekijöihin yrittää vaikuttaa esimerkiksi rahoituksen, koulutuksen, esihenkilötyön ja työn muutosten kautta.

Tutkimuskysymys on seuraava:

Millaisia työhyvinvointiin liittyviä vaatimus- ja voimavaratekijöitä on tunnistettavissa hoitotyöntekijöiden haastatteluissa?

4.2 Aineisto ja aineistonkeruu

Pro gradu -tutkielman aineistona on *Agency, Care and Social Suffering* -hankkeessa Marita Husson ja Helena Hirvosen keräämä laadullinen teemahaastattelumateriaali. Kyseinen aineisto valikoitui tutkielman aineistoksi sen hyvän saatavuuden vuoksi sekä sen takia, että aineiston teemat olivat yhteensopivia tutkimusintressieni kanssa, jotka kumpuavat hoitoalan tämänhetkisestä jännitteisestä tilanteesta. Hoitotyöntekijöiden työhyvinvoinnista on paljon kvantitatiivista dataa, mutta laadullinen aineisto on vähäisempää. Aineiston

kokonaismateriaali koostui 26 eri sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden sekä omaishoitajien haastatteluista. Haastatteluista viisi on omaishoitajien haastatteluja ja loput 21 ovat sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten haastatteluja. Haastatteluiden teemat liittyvät muun muassa hoitotyön käytänteisiin, kiireen kokemiseen ja konflikteihin. Tämä tutkielma keskittyy hoitotyön ammattilaisten haastatteluihin. Haastattelut olivat valmiiksi litteroituja. Käytetyssä haastattelumateriaalissa haastatteluja oli puhtaaksi kirjoitettuna yhteensä noin 280–290 sivua.

Haastattelututkimus on yksi yhteiskuntatieteissä eniten käytetyimpiä tiedonhankintamenetelmiä eikä vähiten sen joustavuuden vuoksi. Haastattelussa haastattelijä pääsee suoraan kielelliseen vuorovaikutukseen tutkittavan kanssa, mikä mahdollistaa saada esiin vastausten taustalla olevia motiiveja. Haastattelussa ei-kielelliset eleet ja vihjeet auttavat tulkitsemaan vastauksia. Tutkimushaastattelua käytetään usein, kun tutkimuksen aiheena on vähän kartoitettu, tuntematon alue, jolloin tutkijalla ei välttämättä ole etukäteistietoa vastausten suunnasta. Haastattelu antaa mahdollisuuden selventää ja syventää vastauksia ja kysyä tarvittaessa lisäkysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 11, 34–35.)

Hyvien puolien lisäksi haastattelututkimuksessa voi esiintyä useita haasteita. Haastattelututkimukset ovat usein aikaa vieviä ja ne vaativat haastattelijalta kokemusta ja taitoa kuljettaa tilannetta eteenpäin. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 35.) Haastattelu voi sisältää monia virhelähteitä, jotka voivat johtua niin haastattelijasta kuin osallistujasta. Osallistuja voi kokea tilanteen uhkaavaksi tai painostavaksi. Hän voi olla haluton kertomaan totuudenmukaista tietoa ja antaa sen sijaan sosiaalisesti suotavia vastauksia näyttäytyäkseen itse paremmassa valossa. Haastateltava voi vaieta omista vajavaisuuksistaan ja kielteisistä ominaisuuksistaan. Haastattelijä voi auttaa osallistujaa avautumaan, mutta toisaalta osallistuja voi pelätä, että kielteiset ilmaukset vaikuttavat haastattelijan mielipiteisiin. Haastattelijalla itselläänkin voi olla ennakko-odotuksia, jotka vaikuttavat haastattelun kulkuun ja tulkintaan. Haastattelututkimusten tuloksia pystytään harvoin myös yleistää laajemmalle väestölle ja tulosten tulkinta voi olla monimutkaista. (Hirsjärvi ym. 2007, 201–202.)

Tutkimushaastattelun tarkoituksena on hankkia tietoa ja kerätä aineistoa, jotta voidaan vastata tutkimuskysymykseen (Hyvärinen, Suoninen & Vuori nd.). Koska aineistoa ei ole kerätty juuri tätä tutkielmaa varten, on kyseessä sekundaariaineisto. Käsiteltävä aineisto on jäänyt vähälle huomiolle, ja uskonkin, että aineistossa on aineksia useampaan analyysiin.

Hirsjärvi ym. (2007, 181) korostavat, että tutkimusaineistojen keräämisessä tulisi pyrkiä taloudelliseen ja tarkoituksenmukaiseen lähestymistapaan: kaikkia ongelmia ei tarvitse ratkaista keräämällä uutta aineistoa alusta asti. Valmista aineistoa käytettäessä on kuitenkin otettava huomioon se, että se harvoin soveltuu sellaisenaan käytettäväksi toisissa tutkimuksissa (em. 181). Tämänkin tutkielman kohdalla aineistosta on rajattu pois materiaalia, joka ei kohdistu tämän tutkielman tutkimuksen mielenkiinnonkohteisiin. Haastatteluiden rajaukset, muotoilut ja tyyli ovat haastattelijoiden päätösten tuloksia, joihin en ole voinut vaikuttaa. Haastattelutilanne on aina myös vuorovaikutustilanne, jossa haastattelijat ja haastateltavat ovat yhteydessä. Sekundaariaineistoa käytettäessä ei välttämättä tule tietoiseksi pelkän tekstin välityksellä esimerkiksi vuorovaikutuksen ongelmatilanteista, jotka ovat voineet vaikuttaa keskustelujen kulkuun. Tämän vuoksi sekundaariaineistoa käsiteltäessä oltiin erityisen huolellinen aineistoon paneutuessa ja arvioitaessa tutkimukseen soveltuvuutta. Toisaalta sekundaariaineistoa käytettäessä alkuperäisen tutkimusasetelman näkökulmat eivät ohjanneet vahvasti analyysia, vaan aineistoa pystyi lähestymään ikään kuin ulkopuolisin silmin tarkastelemalla aineistoa uudesta perspektiivistä.

Tässä tutkielmassa käytetyt haastattelut on tehty Keski- ja Etelä-Suomessa vuosien 2007 ja 2009 aikana ja niiden keräämisessä on käytetty lumipallomenetelmää henkilökohtaisia kontakteja käyttäen sekä hoivatyöyksiköihin lähetetyillä haastattelupyynnöillä (Hirvonen & Husso 2012, 122). Haastattelut kuvaavat Hirvosen ja Husson (2012) mukaan aikaa, jolloin uusi julkisjohtaminen oli johtanut hoiva- ja hoitopalveluiden tehostamiseen. Vaikka haastatteluilla on jo ikää, monet haastattelu-teemat ovat vieläkin ajankohtaisia. Lähivuosina esimerkiksi COVID-19-pandemia on tuonut lisähaasteita hoitotyöntekijöiden työhön, mutta haastatteluissa tulleet teemat vaikuttavat pandemian tuoman lisäkuormituksen taustalla.

Haastatteluissa on käytetty yhteistä puolistrukturoitua haastattelurunkoa (Liite 1), mutta kaikilta haastateltavilta ei kuitenkaan ole kysytty kaikkia samoja asioista, joten haastattelut vaihtelevat sisällöltään. Haastattelurunkoa on käytetty apuna tarkistettaessa, että alkuperäisen tutkimuksen kannalta kiinnostavat osa-alueet käsiteltiin jokaisessa haastattelussa, mutta haastateltavilla haluttiin jättää tilaa pohdiskeluilla ja kuvailulle antamalla heille mahdollisuus käyttää omia termejään ja määritelmiään (Hirvonen 2014, 46). Käytetyn haastatteluaineiston avulla on haluttu tutkia alkuperäisessä tutkimuksessa erityisesti työntekijöiden toimijuutta sekä rakenteellisia elementtejä, jotka toistavat ja muuttavat hoitokäytäntöjä (Hirvonen 2014, 47). Haastatteluissa on käsitelty haastateltavien

alalle hakeutumista, työpäivien kulkua, työssä tapahtuneita muutoksia sekä potilaan kohtaamista. Myös muun muassa hoivatyön erityislaatuista, siinä tarvittavia valmiuksia ja työssä kohdattua väkivaltaa on käsitelty monessa haastattelussa. Haastattelut kestivät keskimäärin noin puolitoista tuntia.

Tämän tutkielman lopullinen tutkittavien joukko koostui 15 hoitotyössä työskentelevistä työntekijöistä. Tutkielman ulkopuolella tutkimuskysymysten kohdennuksen perusteella jäivät aineistosta omaishoitajat sekä varhaiskasvatuksessa työskentelevät. Myös kaksi terveyspalveluissa yrittäjänä toimivaa haastattelijaa jätettiin pois tutkielman analyysistä, sillä heidän haastatteluidensa näkökulma poikkesi merkittävästi muista haastatteluista. Taulukossa 1 on kuvattu tutkittavien joukon ammattinimekkeet, työpaikat, iät ja sukupuoli. Haastatteluista kaksi oli miestä ja loput 13 naisia. Yleisin ammattinimike oli sairaanhoitaja, mutta myös lisäkoulutuksia mielenterveyspuolelta ja terveydenhoitajaksi löytyi. Joukossa oli yksi osastonhoitajasairanhoitaja, yksi osastonhoitajan apulainen, yksi sosionomi ja kaksi lähihoitajaa. Vaikka sosionomi on sosiaalialan tutkinto, oli haastateltavan työtehtävät hyvin samankaltaisia kuin kotipalveluyksikössä työskentelevällä lähihoitajalla, minkä vuoksi haastattelu otettiin mukaan tutkielman aineistoon. Suuri osa haastatteluista työskentelikin vanhustalossa: kotipalveluyksiköissä, vanhusten palvelutalossa tai vanhusten hoivaosastolla. Kuntoutusyksiköissä työskenteli kolme ja psykiatrian puolella kaksi työntekijää. Yksi haastateltava työskenteli sairaankuljetuksessa ja yksi pediatrialla teho-osastolla. Yksi vastaaja toimi haastatteluhetkellä tutkimus- ja kehittämistoiminnassa, mutta hänellä oli vuosien kokemus myös varsinaisesta hoitotyöstä, jota hän käsitteli haastattelussaan. Haastateltavat olivat 25- ja 58-ikävuoden välillä, keski-ikä ollessa 37 vuotta. Osalla oli pitkä kokemus hoitotyöstä, osa oli vasta työuransa alussa. Työkokemusvuodet vaihtelivat yhdestä vuodesta 30 vuoteen keskiarvon ollessa 15 vuotta.

Taulukko 1: Taulukko haastateltavista (mukaillen Hirvonen & Husso 2012, 133)

	Ammatti	Työpaikka	Ikä ja sukupuoli	Työkokemus (v)
H1	mielenterveyshoitaja	psykiatrinen avo-osasto	51, nainen	30
H2	psykiatrinen sairaanhoitaja	psykiatrinen klinikka	52, nainen	30
H3	lähi- ja ensihoitaja	sairaankuljetus	27, mies	2,5
H4	lähihoitaja	kotipalveluyksikkö	50, nainen	1
H5	osastonhoitaja (sh)	vanhusten palvelutalo	38, nainen	10
H6	sairaanhoitaja	neurologinen kuntoutusosasto	37, mies	12
H7	sairaanhoitaja	vanhusten hoivaosasto	27, nainen	5
H8	sairaanhoitaja	akuutti kuntoutusosasto	29, nainen	7
H9	sairaanhoitaja	tutkimus- ja kehittämistoiminta	43, nainen	20
H10	terveydenhoitaja	vanhusten palvelutalo	58, nainen	30
H11	sairaanhoitaja	pediatrinen teho-osasto	45, nainen	25
H12	osastonhoitajan apulainen (sh)	akuutti kuntoutusosasto	53, nainen	30
H13	sosionomi	kotipalveluyksikkö	36, nainen	8
H14	sairaanhoitaja	kotipalveluyksikkö	25, nainen	2
H15	sairaanhoitaja	vanhusten palvelutalo	30, nainen	8

4.3 Teoriaohjaavan sisällönanalyysin vaiheet

Tämä tutkielma on laadullinen tutkimus, jonka analyysissä on käytetty teoriaohjaavaa sisällönanalyysia. Laadullisella tutkimuksella on useita erilaisia toisistaan poikkeavia lähestymis- ja analyysitapoja, mutta sillä voidaan nähdä olevan tiettyjä ominaispiirteitä. Laadullisessa tutkimuksessa on usein epäily itsestään selvästi tiedettyä kohtaan. Siinä suositetaan kvalitatiivista aineistoa, arvostetaan tutkittavan henkilökohtaista näkökulmaa korostaen asianosaisten omia merkityksiä ja tulkintoja. Tutkijan paikkaa usein reflektoidaan, tutkijan pitää sietää monimutkaisuutta ja tutkimus on usein analyysivetoista. (Juhila nd.a.) Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen moninaisessa todellisuudessa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157).

Teorialähtöinen analyysi hyödyntää teoreettisia näkökulmia, mutta ei ole suoraan sidoksissa yhteen tiettyyn teoriaan, vaan sen sijaan teoria toimii tukena analyysin edetessä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 96). Tässä tutkielmassa viitekehyksessä kuvattu Bakker & Demerouti (2017) työn vaatimusten ja voimavarojen malli (JD-R) toimii analyysia ohjaavana teoriana. Aineistolähtöisen analyysin tapaan myös teoriaohjaavassa analyysissä analyysiyksiköt valitaan aineistosta, mutta aikaisempi tietoa ohjaa tai auttaa analyysia (Tuomi & Sarajärvi 2018, 96). Aineistolähtöisen analyysin pyrkimys ei ole teoriaa testaava, vaan paremminkin

luoda uusia ajatusuria, vaikka aikaisempi tieto vaikuttaakin taustalla. Teoriaohjaava analyysi onkin abduktiivista eli havaintojen tekeminen edellyttää jonkinlaista ohjaavaa ajatusta tai periaatetta. Aineistolähtöisyys ja valmiit mallit vuorottelevat tutkijan analyysiprosessissa. (Em. 96–97.)

Teoriaohjaava sisällönanalyysi etenee hyvin samalla tavalla kuin aineistolähtöinen sisällönanalyysiprosessikin. Siksi tämän tutkielman analyysin prosessissa on noudatettu Tuomen ja Sarajärven (2009, 109) aineistolähtöisen sisällönanalyysin etenemisen mallia. Ero piilee siinä, miten empiirinen aineisto abstrahoidaan ja yhdistetään teoreettisiin käsitteisiin (em. 117). Tässä tutkielmassa analyysi on aloitettu aineiston pelkistämällä eli redusoinnilla, jonka jälkeen aineisto on ryhmitelty eli klusteroitu. Abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen on ollut analyysin kolmas vaihe. Sisällönanalyysin voidaan redusoinnin, klusteroinnin ja abstrahoinnin sijaan puhua koodauksesta, mikä tarkoittaa myös aineiston osien yhdistelyä ja luokittelua. (Juhila n.d.b.)

Aineiston pelkistäminen aloitettiin lukemalla haastatteluaineisto ja perehtymällä sen sisältöön hyvin. Tämän jälkeen haastattelumateriaalista etsittiin teoriaohjaavasti alkuperäisilmauksia, jotka liittyivät asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Litteroidusta haastatteluaineistosta etsittiin siis tutkimuskysymyksen avulla sitä kuvaavia ilmaisuja. Nämä alkuperäisilmaisut merkittiin tekstinkäsittelyohjelmassa erivärisillä alleviivauskorostusväreillä ja tämän jälkeen alleviivatut ilmaiset listattiin peräkkäin taulukko-ohjelmaan. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja pelkistykset myös taulukoitiin.

Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä käydään läpi tarkasti aineisosta koodatut alkuperäisilmaukset. Ryhmittelyssä pyritään löytämään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 110.) Analyysissa ilmaiset, jotka tarkoittivat samaa asiaa, ryhmiteltiin ja yhdistettiin luokaksi, joka sai nimen, joka kuvasti kyseisen luokan sisältöä. Luokitteluyksikkö voi olla tutkittavan asian tai ilmiön omaisuus, piirre tai käsite (em. 110). Klusteroinnin on tarkoitus tiivistää aineistoa niin, että yksittäiset käsitteet sisällytetään yleisempiin käsitteisiin ja se toimii alustavana kuvauksena ilmiöstä. Klusterointia jatketaan alaluokkien jälkeen yläluokkiin, yläluokat yhdistetään pääluokkiin. Klusterointi on osa abstrahointiprosessia. Siinä vaiheessa eritellään tutkimuksen kannalta merkityksellinen tieto, jonka pohjalta muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Aineiston abstrahoinnissa pyritään yhdistämään luokituksia niin pitkälle kuin se on mahdollista aineiston sisällön kannalta. Teoriaohjaavassa analyysissa teoreettiset käsitteet tuodaan valmiina sen sijaan, että ne luotaisiin aineistosta (Em. 110–111, 117).

Taulukko 2 on esimerkkinä aineiston ryhmittelystä. Alkuperäisilmaukset kuvaavat suoria sitaatteja, jotka on poimittu haastatteluista. Sitaatin ydinajatus on pelkistetty lyhyemmäksi ja muodostettu ilmausta kuvaava alaluokka. Alaluokkia on ryhmitelty niin, että samantyyppiset ilmaukset muodostivat yläluokan. Pääluokan avulla yläluokista on vielä koottu omat ryhmänsä.

Taulukko 2: Esimerkkejä aineiston ryhmittelystä ja luokittelusta.

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<i>Mut et se on niin et yksikin niinkun sellanen huono persoona siinä yhteisössä ni riittää niinkun pilaamaan kyllä sen. [...] hirvittävän raskaaksi voi tulla se työ. Ihan ei niinkään potilaitten takia, vaan sen takia että siinä samassa työtiimissä on joku ihminen, joka on mielettömän negatiivinen esimerkiks. (H9)</i>	työtovereiden negatiivinen asenne myrkyttää ilmapiiriä	työtovereiden epäasiallinen käytös	Työyhteisön vuorovaikutus ja yhteistyö	Sosiaaliin suhteisiin liittyvät kuormitus- ja voimavaratekijät
<i>Ja sitten se semmonen jotenkin, että jos se ilmapiiri on koko ajan semmonen kauheen jotenkin raskas, et tuntuu et se on semmosta kivireen vetämistä se koko päivä. Ja se vaikuttaa, että ketä seillä on töissä ja millä tuulella sitä ollaan, jotenkin. (H7)</i>	työyhteisön rakas ilmapiiri vaikuttaa työpäiviin	työyhteisön ilmapiiri	Työyhteisön vuorovaikutus ja yhteistyö	Sosiaaliin suhteisiin liittyvät kuormitus- ja voimavaratekijät
<i>Mut täs meillä on se hyvä puoli meidän ylin esimieskään ei pidä mitään tilastoja eikä kyttää miten tehdään ja sanonu että työllä ei kenenkään tarvitse itseään tappaa eikä edes sairastuttaa. (H2)</i>	esihenkilö ei tilastoi työsuorituksia ja hänelle on tärkeää työntekijöiden hyvinvointi	esihenkilön tuki	esihenkilötyö ja johtaminen	organisaatioon liittyvät kuormitus- ja voimavaratekijät

4.4 Tutkielman eettisyys

Pro gradu -tutkielmassa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä kaikissa tutkimuksen eri vaiheissa. Opetus- ja kulttuuriministeriön asettaman tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) (2012) mukaan hyvä tieteellinen käytäntö on olennainen osa eettisesti

hyväksyttävää ja luotettavaa tieteellistä tutkimusta. Rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus ovat keskeisiä tekijöitä sekä itse tutkimuksen tekemisessä että tulosten arvioinnissa ja esittelyssä. Lisäksi muiden tutkijoiden työn ja tulosten asianmukainen esille tuominen, esimerkiksi asianmukaisilla viittauksilla aiempiin julkaisuihin, on tärkeää. (TENK 2012, 6.)

Analysoitavan aineiston alkuperäisen tutkielman haastatteluja tehdessä haastatteluissa noudatettiin asianmukaisia eettisiä ohjeistuksia. Tutkittavilta oli saatu lupa haastattelujen nauhoittamiseen ja tallennetun materiaalin anonymisointiin (Hirvonen 2014, 47.). Tutkijan on suojeltava tutkittavien henkilötietoja sekä tietoja, joiden avulla tutkimuskohteen jäsenet voivat tulla tunnistetuiksi (Vilkka 2018, 144). Anonymisointi merkitsee henkilötietojen käsittelyä siten, että yksittäistä henkilöä ei enää voida tunnistaa näistä tiedoista (Tietosuojavaltuutetun toimisto n.d.). Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkittavilla oli mahdollisuus keskeyttää haastattelu milloin tahansa tai kieltäytyä haastatteluaineiston käyttämisestä haastattelun jälkeen (Hirvonen 2014, 47). Haastatteluaineiston käyttöön saamiseksi tutkielmaa varten on kirjoitettu vaitiolosopimus, jolla on sitouduttu vaitioloon tieteellisessä tutkimuksessa, jossa käytetään aineistona *Agency, Care and Social Suffering* -hankkeessa kerättyä materiaalia. Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianosaisten suostumus. Materiaalia saa hyödyntää vain hankkeeseen liittyvissä julkaisuissa, esitelmissä sekä muussa tieteellisessä toiminnassa.

Tutkijan kykyä havaita ja tehdä tulkintoja ohjaa tutkimusperinne, aiempi tutkimustieto ja esimerkiksi auktoriteetit. Tutkijan oma mielenkiinto, tarpeet ja esitiedot ohjaavat myös havaintojen tekoa. (Vilkka 2018, 134.) Sekundaariaineistoa käyttäessä tutkielman tulkinnat eivät perustu haastattelutilanteessa havaittuihin seikkoihin, kuten osallistujien ilmeisiin ja äänensävyihin, mikä vaikuttaa tuloksiin. Tutkielman tulokset on pyritty kuitenkin esittämään totuudenmukaisesti. Tutkielmaa tehdessä on pyritty huomioimaan olemassa olevat ennako-odotukset tutkittavasti ilmiöstä, mikä tarkoittaa myös omien tulkintojen ja pohdintojen kriittistä tarkastelua. Tutkimusaineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti, ja se säilytettiin Tampereen yliopiston verkkolevykotihakemistossa, johon vain tutkielman tekijällä oli pääsy omilla käyttäjätunnuksilla. Tutkielman valmistuttua käytetty aineisto hävitettiin asianmukaisesti. Muihin aiempiin tutkimuksiin viitattiin asianmukaisesti.

5. TULOKSET

Tämän tutkielman tarkoituksena on selvittää, mitkä asiat hoitotyössä kuormittavat ja mitkä asiat tukevat työntekijöiden työssä jaksamista. Tässä luvussa esitellään laadullisen teoriaohjaavan sisällönanalyysin tulokset. Aineiston käsittelyn jälkeen tutkimuksen analyysia varten saatiin havaituista kuormitus- ja voimavaratekijöistä muodostettua kolme teoreettista käsitettä. Aineiston käsittelyssä käsitteiden muodostamisessa käytettiin apuna erityisesti Bakker & Demerouti (2017) työn vaatimusten ja voimavarojen mallia. Tämän tutkielman teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla kuormitus- ja voimavaratekijät jaettiin kuvion 2 mukaisesti **työn organisaatioon liittyviin, psyykkisiin ja sosiaalisiin suhteisiin kytkeytyviin tekijöihin**, jotka kukin jaoteltiin vielä 3–5 alaluokkaan.

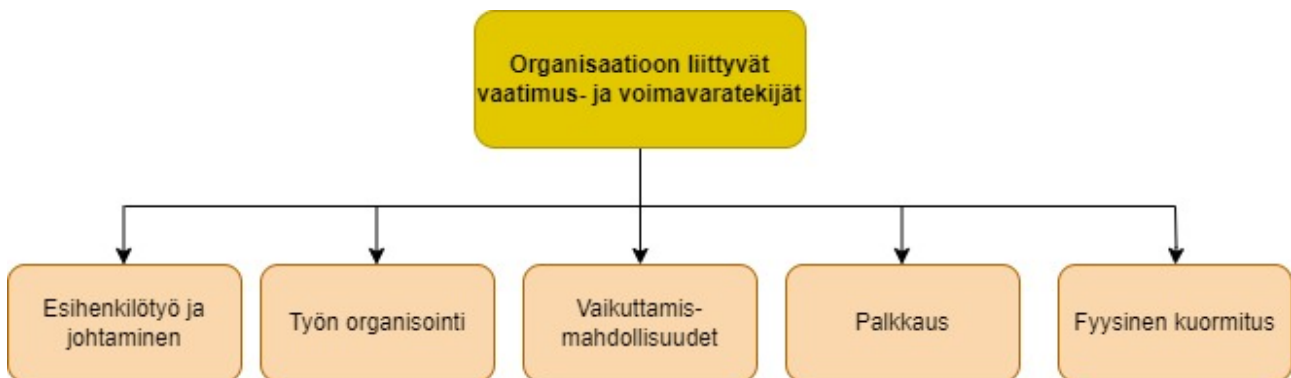
Tämä pääluku sisältää tutkielman tulosten esittelyn, jossa käydään tutkimuskysymyksiin liittyviä tutkimustuloksia läpi. Tutkimuskysymysten kannalta oleelliset pääkäsitteet alaluokkineen käsitellään niiden omissa alaluvuissa, mikä tuo analyysiin systemaattisuutta ja helppolukuisuutta. Haastatteluja siteerataan tuomalla esimerkkejä aineistosta. Sitaatin loppuun on merkitty lyhenteellä H ja numerolla se, kenen haastateltavan vastaus on kyseessä (kts. taulukko 1). Jos sitaatista on poistettu teksti lauseen lyhentämiseksi tai ymmärrettävyyden parantamiseksi, on sitaatissa merkintä kolmesta peräkkäisesti pisteestä hakasulkeissa [...].



KUVIO 2. Työn vaatimus- ja voimavaratekijät

5.1 Organisaatioon liittyvät kuormitus- ja voimavaratekijät

Ensimmäinen työn kuormitus- ja voimavaratekijöiden pääluokka on nimeltään organisaatioon liittyvät kuormitus- ja voimavaratekijät. Tämä pääluokka jaettiin viiteen yläluokkaan, jotka ovat **esihenkilötyö ja johtaminen**, **työn organisointi**, **vaikuttamismahdollisuudet**, **palkkaus** sekä **fyysinen kuormitus** (kuvio 3). Seuraavaksi tuloksia tarkastellaan lähimmin.



KUVIO 3. Organisaatioon liittyvät vaatimus- ja voimavaratekijät

5.1.1 Esihenkilötyö ja johtaminen

Yksi useimmiten haastatteluissa esiin noussut tekijä esihenkilötyössä ja johtamisessa oli tiedonkulku ja kommunikaatio. Tiedonkulun ongelmat ilmenivät monissa haastatteluissa nimenomaan muutostilanteissa. Ongelmat tiedonkulussa aiheuttivat työntekijöissä epätietoisuutta, jonka vallitessa oli raskasta työskennellä sen lisätessä kuormitusta. Sitaatissa H6 kertoo tilanteesta, jossa työntekijät ovat jääneet pimentoon tulevista organisaatiomuutoksista eikä työn jatkuvuudesta ollut takeita.

[...] Ja sitten tuo epätietoisuus tulevasta. Vaan puhutaan, et millon lopetetaan ja millon suljetaan ja siirrytään keskussairaalaan. Ja taas meni vuosi, eikä... Tuo tiedottaminen on pikkusen heikkoo meillä, että periaatteessa Keski-suomalaisesta saa aina lukee, että maanantaina töitä vai ei. [...] Kyllä se henkistä stressiä tuo. Että en tarkkaan tiedä, että mikä se jatko on. (H6)

H15 kuvaa sitaatissaan tilannetta, jossa työpaikan johto oli toiminut epäjohtomukaisesti. Tiedonsaanti on ollut niin epätasaista, että työntekijä ei kokenut pystyvänsä luottamaan

annettuun tietoon. Lisäksi hän oli saanut esihenkilöltään päinvastaisia ohjeistuksia kuin työtoverinsa, mikä aiheutti ristiriitoja työssä.

No johtamisessa erityisesti epäjohtonmukaisuus [on aiheuttanut turhautumista]. Ja epävarmuus ku ei oikeen tiää, kerrotaanko meille kaikkee, mitä meille pitäs kertoo ja sitte jos kerrotaan, että onko sekään nyt ihan niinku kerrotaan. Ja sitte ku ne vaihtuu ne asiat jatkuvasti niinkun että ei voi luottaa siihen. Että niinkun tossa just viikonloppuna kinasteltiin kolleegan kanssa siitä, että onko esimies kieltänyt ottamasta viikonlopuksi sijaisia vaiko eikö. Minä en oo saanu tämmöstä viestiä, mutta hän on saanu tämmösen viestin, että ei saa ottaa sijaisia. [nauraa] Että pittää koittaa siinä keskenään sitte päättää, että kummin päin se oli. (H15)

Ohjeistukset, odotukset ja tavoitteet kulkivat osaltaan käsi kädessä tiedonkulun ja kommunikaation kanssa. Työntekijöiden vaatimustekijöiksi nousikin toimiminen epäselvien ohjeiden tai odotusten pohjalta. Jos tavoitteet ja käytäntö olivat ristiriidassa keskenään, aiheutti sekin työntekijälle kuormitusta. Asetetut tavoitteet tuli olla myös suhteutettu resursseihin. H9 kuvaa sitä kuinka töiden vastuunjako tulee olla selvä:

[...] Sen pitää olla selkeesti jaettu, kenellä on vastuu mistäkin ja miten se vastuu sitten siirretään eteenpäin, että se on riit että se on tehty niinkun oikein. Et se on siinä niinkun semmosta oleellista minusta, että on selkeet rajat sillä vastuulla. Ja sitte myös että on myös niinku semmosta väljyyttä siinä, että voidaan siirtää sitä vastuuta niinkun tällain horisontaalisesti, että siinä ei oo tätä tällasta, että pitää aina jonkun esimiehen kautta niinkun kaikki kierrättää. (H9)

Jos esihenkilö ei ymmärtänyt työntekijöidensä tehtäviä, asetetut tavoitteet saattoivat tuntua työntekijästä epärealistisilta. Esihenkilön ja johdon tuki työntekoon koettiin tärkeäksi. Tärkeäksi koettiin myös se, että esihenkilö oli alaistensa puolella, luotti työntekijöihinsä ja puuttui epäkohtiin. H12 kuvaa sitaatissaan työpaikkansa tilannetta, jossa työnohjausta oli tarjolla aina tarpeen mukaan matalalla kynnyksellä ja esihenkilö on helposti lähestyttävä:

Työnohjaus on meillä, kuuluu ihan kuuluu siihen kuntouttavaan hoitotyöhön just, nää potilaat on niin moniongelmaisia, vaativia ja hoitosuhteet pitkiä. Ni työnohjaus kuuluu, että sitä saa sekä yksilötasolla että sitten ryhmässä. Mutta ei jatkuvasti, vaan ihan tarpeen mukaan sitte järjestetään. Me ollaan opittu pyytämään sitä, et siinä on hyvin matala kynnyks. Ja tosiaan ni mejän esimies on sellanen, et häntä on hirveen helppo lähestyä ja hänen kauttaan hoitaa näitä asioita. Että kyllä ne mun mielestä hoijetaan meillä niin hyvin kuin se on vaan mahdollista. (H12)

Toisenlaisiakin kokemuksia tuli esiin. H9 oli kokenut tilanteen hoitotyössä ollessaan päinvastaisena, eikä työnohjausta ollut tarjolla vaikka potilassuhteet ovat pitkäaikaisia ja kuormittavia.

Se on musta siltä niinku hämmästyttävää, että tuolla tota ni hoitotyön puolella siis ihan kauheen vähä käytetään mitään työnohjausta. Ja siellä on siis kuitenkin paljon sellasia et jos mä aattelen tota kotihoitookin, niin siellä on paljon sellasia pitkäaikaisia asiakkuussuhteita, jotka voi olla ihan hirvittävän kuormittavia. Ja ja tota sit jos se niinku se esimies on esimerkiks semmonen, joka täysin esimerkiks kieltää sen sellasen, että tota asiakkaitten asioista ei saa puhua mitään semmoseen niinkun kriittiseen sävyyn tai arvostellen. Niin se on hirvittävän raskasta henkisesti. (H9)

5.1.2 Työn organisointi

Työn organisointiin liittyviä vaatimustekijöitä löytyi niin työn kuin henkilöstön määrästä, työvuorosuunnittelusta, työn järjestämisestä kuin työn ominaisuuksista. Muutamat haastateltavat kokivat, että heidän työpaikkansa työn määrä oli kohtuullinen. H13 kuvaa sitaatissa sitä, kuinka hyvään työpäivään kuului sopivassa suhteessa töitä niin, että pystyi tekemään myös pakollisten tehtävien lisäksi muita tehtäviä kuten tavaroiden järjestämistä tai asukkaiden ulkoilutusta.

No hyvä työpäivä on semmonen, että sää oikeesti kerkeet rauhassa tekeen sen asiakkaan kanssa kaikki asiat, esim. pesut ja tälleen ja kerkeet vielä jutella siinä ja hoitaa jotain tämmösii ekstra-asioita joita ei usein kerkee tekeen, esim. auttaa kaappien siivomisessa tai järjestellä siellä jotain tavaroita tai vaan sitä, et jos se ihminen haluais lähtee käymään ulkona kävelyllä, ni kerkeisit lähtee sen kans käymään pienellä lenkillä tai kaupassa tai tämmöstä näin. (H13)

Useimpien haastateltavien vastauksista tuli esiin, että työtä kuitenkin oli liikaa. Liika työmäärä aiheutti kiirettä, mikä taas osaltaan lisäsi kuormitusta hyvinvointia heikentäen. Täyteen mitoitettut päivät eivät antaneet myöskään joustoa, jos sattui yllättäviä tilanteita. Työmäärän koettiin lähivuosina kasvaneen ja osittain syyksi nähtiin erilaiset organisaatiomuutokset, mutta myös potilaiden määrän kasvun. Kun työaika ei riittänyt töiden tekoon, H11 teki vauvaperheiden kotikäyntejä vapaa-ajallaan, vaikka korvauksen siitä saakin:

No mä joudun ainaki tässä vauvaperhetyössä joutaan jatkuvasti [...] Vaan mun pitää käydä omalla vapaa-ajalla kotikäynnillä tietenkkin mä työtunneiks sen saan, mutta mä saan ne joskus jälkikäteen vapaana. Että jos tulee joku uus perhe vauvaperhetyön asiakkaaksi, niin kahden viikon sisällä pitäis keretä heillä

ensimmäisen kerran käymään, että ei se veny hirveen pitkälle. Ku mullahan on kuukausia eteenpäin tiistai ja torstai aamupäivät varattuja. Niin sitte pitää käydä joskus ennen iltavuoroa tai jotain. (H11)

Kiireessä työskentely ei pelkästään kuormittanut työntekijöitä henkisesti, vaan sillä on myös konkreettisempia seurauksia. H9 kuvailee sitaatissa kuinka kiire lisäsi virheiden määrää työssä. Se voi aiheuttaa potilaalle kohtalokkaita seurauksia ja ylimääräistä työtä seuraaville työntekijöille. Havaituista virheistä tuli myös tehdä haipro-ilmoitus eli ilmoitus potilasturvallisuutta vaarantavista tapahtumista, mikä tarkoitti myös enemmän työtä.

Sitte kun sitä [hoitotyötä] tehdään kiireessä, niin virheitten määrä kasvaa ihan huomattavasti. Ihan siitä kiireestä johtuvia virheitä tulee. Sitten taas ne niinkun kaatuu seuraavalle työntekijälle. [...] Sit se aika menee niitten virheitten korjaamiseen ja sitte tehään näitä haiproilmoituksia ja kaikista virheistä täytyy tehdä se haiproilmoitus. [...] Eliikkä niistä virheistä seuraa aina moninkertanen työ. Ei pelkästään sen virheen korjaaminen, vaan se raportointi, käsittely ja suunnitelma kuinka voisimme jatkossa tämän estää. Et se on musta semmonen aika huvittava niinkun kierre. [H9]

Haastateltavat näkivät, että liiallinen työmäärä johtui osaltaan liian vähäisestä henkilöstömäärästä. Toisille liian vähäinen henkilökunta oli osa perustyöpäivää, niin yleiseksi se koettiin. Varsinkin sairastumistapauksissa henkilöstön vähäinen määrä aiheutti huolta, koska sijaisia oli hankala saada. Sitaatissa H7 kuvaa sitä, kuinka hän jännitti usein aamulla, onko työntekijöitä tarpeeksi ja miten työt saadaan hoidettua vajaamiehityksellä.

Niin, että se eetä, jos on semmosia vanhuksia, mitä ei voi yksin hoitaa. Et jos ei oo työparia, ni se on ihan semmonen... Ja se, että ei saaha aina yhtäkkiä sijaisia. Että kyllähän aika paljon pystyttiin saamaan, mutta se oli yks asia, mikä hirveen monesti tuli siinä aamulla jo. Että voi ei, taas kaks tai kolme tai jotakin... Tavallaan mennään semmosella, että ehkä me nyt selvittäään, vähän silleen. Ja sitte saatto joku tulla yheksäksi tai jotain. Että se oli yks semmonen tosi iso juttu monestikin. (H7)

Jos sijaisia ei saatu, kertoivat haastateltavat vakityöntekijöiden joutuvan paikkaamaan sairastuneita ja tekemään esimerkiksi kaksi työvuoroa peräkkäin. Toisissa paikoissa sijaisia sai ottaa, mutta tulijoita ei ollut. Toisilla työpaikoilla taas määrärahoja sijaisten palkkaamiseksi ei ollut varattu. Vaikka sijainen olisi saatukin, ei työtilanne välttämättä siitä parantunut. H13 kertoo sitaatissaan kuinka sijaiset aiheuttivat osaltaan lisäkuormitusta,

koska uusi työntekijä piti perehdyttää tehtävänsä samalla vastuun kasaantuessa vakityöntekijöille.

Huono päivä on just tollanen. Ja yleensä sellaset päivät tai vuorot on älyttömän stressaavia, jos on uusia sijaisia. Että joutuu ite tavallaan ottamaan hirveesti, niinkun vastuun kaikesta. Että tavallaan pitää perehdyttää se sijainen ja sit kuitenkin olla aina tavoitettavissa ja valmiina menemään auttamaan. Ja sit jos niitä on vielä useempi kuin yks ja jos se on iltavuorossa, ni sit sää oot niinkun vastuussa ihan kaikesta. Et sun pitää hoitaa lääkejutut ja kertoo kaikki, mitä tehdään asiakkaitten luona ja yleensä ottaa sitten ne niin sanotut vaikeet tai vaikeempihoitokset asiakkaat itelles. Ja se on semmonen tekijä, joka rasittaa. Kun ei oo aikaa perehdyttää niitä sijaisia kunnolla. (H13)

Kun työtä oli liikaa ja oli kiire, vaikeutti se haastateltavien mukaan taukojen pitämistä. Hoitotyöntekijöille oli voinut tulla eteen tilanteita, joissa potilaan akuutti hoidontarve vaati työntekijöiltä venymistä niin tauoissa kuin työvuoron pituudessakin. Kuten H8 tuo esiin seuraavassa sitaatissaan, tauot voivat olla jääneet väliin potilaan hoidon tarpeen vuoksi, mutta myös siksi, että hoitotyöntekijä koki, että potilaiden hyvinvointi meni oman hyvinvoinnin edellä. Vaikka monet tunnistivat taukojen merkityksen työntekijän jaksamiselle, ei aina ollut helppoa toimia omaa jaksamista ajatellen.

Niin, no... Kyllähän siis, jos pidemmän päälle ajattelee, niin ethän sä voi tehdä työtä silleen etten ehdi edes syödä ja et pysty... Mutta, niin moni tekee. Et jos ei kertakaikkiaan, et mennään sitte, et jos ollaan seittemältä aloitettu työ, ni jos sä pääset puol kahelta syömään, ni kyl sä oot ajatellu sillon et sun on kaikki muut hoidettava ennen itteäs. (H8)

Työvuorosuunnitteluun liittyvistä tekijöistä mahdollisuutta päivätyöhön pidettiin positiivisina asioina. Päivätyö voi olla tekijä, joka auttaa jaksamaan irtautumaan töistä. Kaikissa työpaikoissa ei kuitenkaan ollut mahdollista tehdä pelkkää päivävuoroa, ja vuorotyö olikin monella työn selkeä vaatimustekijä. Vuorotyö koettiin fyysisesti haastavaksi ja se vaikeutti työn ja vapaa-ajan yhteensovittamista. Vuorotyössä erityisesti yötyö rasitti monia. Sitaatissa H10 kuvaa, kuinka yötyöstä palautuminen on hankalampaa:

Sillon ku oon tehny kolmivuorotyötä joskus osastotyötä, niin tota aina oli vuorokaudenajatkin sekasin, kun heräs, niin ei tienny, että onko nyt aamu, vai ilta. Joka kerta piti niinkun uudestaan orjentoitua. (H10)

Usea haastateltava piti siitä, että työ oli pitkäjänteistä. Sen nähtiin mahdollistavan paremman suhteen muodostamisen potilaaseen ja työntekijä oppii tuntemaan potilaansa, mikä edesauttaa hoitoprosessia. Muutama haastateltava koki rutiinomaisen työn kuormitusta vähentävänä tekijänä. Toisilla rutiinit näyttäytyivät kuitenkin motivaatiota vähentävänä tekijänä ja työhön kaivattiin vaihtelevuutta. H4 kuvaa sitaatissaan kuinka hänen vaihtelevat, ennalta-arvaamattomat työvuorot sopivat hänelle. Työpäiviään hän kuvaa kaikkia erilaisiksi eivätkä yllätykset haittaa häntä.

Musta on aina kivaa lähtee aamulla töihin. Meillähän työpäivä ei oo aina silleen, kun miltä se näyttää kalenterissa. Se saattaa päivän mittaan kovastikin muuttua. Ni tää on hyvin sellanen, äärettömän ihana, mun luonteelle sopiva. Et tässä saa niinku vaihtelua, ykskään päivä ei oo samanlainen. Ei ykskään. Aina on eri jutut asiakkaille ja eri lähtötilanteet. Aina on erilaista, et se ei oo koskaan sellasta vaan rutinoitunutta. Et hoivatyö on siinä mielessä ihanaa. Mä oon tykänny hirveesti ja siitä kertoo se, että aamulla on aina ihana lähtee tähän työhön. (H4)

Usean haastatellun hoitotyöntekijän toimenkuva oli monimuotoinen. Monet kokivat kuitenkin, että hoitotyön lisäksi oli tullut paljon työtehtäviä, jotka olivat pois varsinaisesta päätyöstä. Aikaa saattoi kulua esimerkiksi uuden henkilökunnan perehdyttämiseen. Toimenkuvat olivat pirstaloitunut useisiin työtehtäviin. Osaltaan haastateltavat näkevät työn pirstaloitumisen liittyvän siihen, että potilaat ovat entistä moniongelmaisempia. Yksittäisten hoitotoimenpiteiden sijaan hoitotyöntekijän voi tarvita antaa potilaalle kokonaisvaltaisempaa huolenpitoa, mikä voi tarkoittaa potilaan viranomaisasioinnissa auttamista. Osa työn vaatimuksista liittyi lisääntyneeseen kirjaamiseen ja hallinnollisiin töihin. H11 kuvaa kuinka sähköiseksi muuttunut kirjaaminen tuntuu toisarvoiselta, kun sairaalassa on hoitoa tarvitseva hengityskoneessa oleva keskonen:

Tietokoneet on tuonu niinku meillähän on nyt vasta vuoden alusta ollu niinkun öö potilas ihan vuorokausikirjaaminen tietokoneella ja se on vieny hirveesti aikaa, että oppii sitä ohjelmaa käyttämään. Ja se tuntuu, että se vie aikaa potilastyöstä. Että kun sun pitäs samalla vahtia jotain hengityskoneessa tai vähä heiveröistä lasta, joka hälyttelee kokoajan ja sun pitäs samalla keskittyä kirjaamiseen, niin se on poukkoilua kahen asian välillä ja kumpikin kärsii siitä. Et se on niinku meidän sellanen tämän hetken. Sillon ku sai paperille kirjottaa, niin se ei ollu mun mielestä noin vaikeeta. Tai ainakaan ei hajauttanu niin paljo sitä... (H11)

Seuraavassa sitaatissa H11 kuvaa sitä, kuinka hän joutui tekemään hoitotyön lisäksi toimistotöitä, mikä oli hänen osaamisalueensa ulkopuolista ja pois varsinaisesta hoitotyöstä.

Myös esihenkilönä työskentelevä H5 oli lähestynyt ylilääkärinä sähköpostilla samasta aiheesta.

Ja sitte toinen on mulla ainaki kirjanpito vauvaperhetyöstä sellanen, että en mää oo mikään ammatillani kirjanpitäjä, niin mulla on täys työ saada ne kalenterini ja matkalaskuni näyttämään oikeen näkösilte. (H11)

Siis se [kuntaliitos] on tuonu voimakkaasti esimiehille kaiken näköstä paperityötä lisää. Ja sehän heijastuu kyllä siinä mielessä sinne kenttään, että tavallaan niinkun se aikahan on pois jostakin. Mää ite laitoin ylilääkärille sähköpostin, joka meni sitte kyllä kolleegoillekin jakeluun, että mää en oo ite istunu viittä vuotta yliopiston penkillä sen takia, et mää osaisin käyttää kopiokonetta. Et sit mää niinkun harkitsen vakavasti, et mikä se työ sit oikeesti on. (H5)

5.1.3 Vaikuttamismahdollisuudet

Työntekijöiden oman työnsä vaikutusmahdollisuuksilla oli haastatteluiden mukaan vaikutusta työtyytyväisyyteen ja sitä kautta työhyvinvointiin. Työntekijän vaikutusmahdollisuuksiin kuului työntekijän mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä ja ammatilliseen kehittymiseensä. Haastateltavien mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhönsä vaihtelivat työpaikoittain. Toiset kuvasivat työtään hyvinkin itsenäiseksi, samalla kuin toisissa työpaikoissa kaikkien odotettiin toimivan samalla tavalla. H9 työskenteli kotisairaanhoidossa ja oli tyytyväinen mahdollisuuksiinsa suunnitella omaa työtään:

Nii ja just se että tota se mahdollisuus niinkun sen takia mää varmaan itseasiassa siellä kotisairaanhoidossa koin viihtyvänä myös hirmu hyvin, että siellä on sitä omaa vapautta paljon enemmän suunnitella sitä työtä, kun jossakin osastoyksikössä. Et et siellä on kuitenkin sellasta niinkun siinä on enempi sellasta itsemääräämisoikeutta. Ja jotenkin niinkun mahdollisuus monipuolisemmin pistää oma persoona peliin, kun saa olla omana itsenään kuitenkin, vaikka on ammattilaisena. (H9)

H2 toi haastattelussaan esiin, että hänen työpaikallaan on ollut käytössä henkilöstönvaihtosopimus, joka mahdollisti väliaikaisen siirtymisen toisiin työtehtäviin työntekijän niin halutessa. Tämäkin on yksi mahdollisuus vaikuttaa omaan työnkuvaan. H2 kuvaa, kuinka hän, ”juutunut” ihminen, onnistui vaihtamaan työpaikkaa:

Ja mä sitten semmosen, kun [...] kaupungilla ja [...] sairaanhoitopiirillä on semmonen henkilöstön-vaihtosopimus että ihmiset voi vaihtaa työpaikkaa, onkohan se maksimissaan puoleks vuodeks ilman että mikään muu vaihtuu kun se työpiste, niin täältä toimistosta sitten yks ihminen halusi tulla 2002 vuonna tonne seiskalle [osasto 7 keskussairaalassa] muutamaks kuukaudeks, ja sieltä ei sitten kukaan ollu

tänne halukas lähtemään ja minä, normaalisti hyvin juutunut ihminen, ajattelin, että voisinko mä nyt tehdä semmosen rohkean liikkeen että mä ilmottautuisin että mä lähden. (H2)

Työnantajan tarjoama lisäkoulutus voi olla yksi tapa, jolla työnantaja mahdollistaa työntekijän ammatillisen kasvun ja kehittymisen. Haastatteluista tuli ilmi, että osan haastateltavien työnantaja tuki työntekijöiden ammatillista kehittymistä. Toisaalta lisäkoulutukset saatettiin kokea myös turhiksi, jos niitä koettiin olevan liikaa tai että niiden tarkoitusta ei ollut määritelty tarpeeksi tarkasti. Sitaatissa H12 kuvaa sitä, kuinka lisäkouluttautuminen parantaa työskentelymotivaatiota.

Saa kehittyä, et ei nykyään, kukaan ei enää nykyään pysty olemaan sairaalassa kolmeekymmentä vuotta, etteikö hanki lisätietoa, ei kerta kaikkiaan pysty, ei kukaan. Et se on muuttunu sillä tavalla. Ja se on ihan hyvä asia. Et se samalla antaa sitä voimaakin työhön ja motivaatiota ja semmosta, tai ainakin mää koen sen ihan välttämättömäksi. (H12)

5.1.4 Palkkaus

Hoitotyön palkkaus nousi haastatteluissa yhdeksi vaatimustekijäksi. Haastatelluista hoitotyöntekijöistä vain harva oli tyytyväinen palkkaansa. Palkka koettiin liian vähäiseksi työn vaatimuksiin nähden. Työn fyysisen kuormituksen, vuorotyön ja vastuun tulisi haastateltavien mukaan näkyä paremmin palkassa. Näin kertoi myös H7 seuraavassa sitaatissaan:

Mutta siin on semmosia juttuja, jotka – joihin pitäis saaha muutos – on just tuo, että ensinnäkin siitä pitäis maksaa paljon enemmän. Se sinänsä nyt ei oo asia, mikä tekee ihmisen onnelliseksi, mutta kyllä se kuitenkin on jossain määrin niinku, että se on työnä sillä tavalla niinkun monella lailla vaativaa. Ja se, että siihen liittyy se fyysisyyskin että tavallaan se jo sinänsä vaatii niin paljon nostelua ja kantelua ja käsillä tekemistä, että siinä tule semmosta kuormitusta. (H7)

Palkka ei tarkoittanut haastateltavien puheessa pelkästään euroja, vaan palkan nähtiin kuvaavan myös työn arvostusta. Alan matala palkkaus nähtiin myös yhtenä alan vetovoimaa vähentävänä tekijänä. H12 kuvaa sitaatissa kuinka hoitoalalla ei hakeuduta matalan palkan takia. Matala tulotaso myös vaikeuttaa hänen mukaansa nuorten työntekijöiden tulevaisuuden suunnittelua.

[...] nyt on semmonen tilanne, että nuoret ei hakeudu tälle alalle, kun tääl on niin pieni palkka. Niin, minun mielestä niinku, mää ite jo pärjään [...] Mutta esim. semmonen mun työkaveri, jolla on pienet lapset ja se tekee pätkätyötä määräaikasessa työsuhteessa. Niin sillä on ne lähtökohdat ihan erilaiset kuin meillä oli silloin 70-luvulla, mulla ja mun miehellä. Me pystyttiin niinkun suunnittelemaan elämä tänne asti missä me nyt ollaan. Mutta ei nykypäivän nuoret pysty sillä lailla suunnitteluun. Mutta jos hoitotyössäkin ois kunnan palkka ja kunnan työsuhteet, niin tänne hakeutus enemmän ihmisiä ja sitä kautta tulis arvostusta enemmän, kun palkka nousis kertakaikkiaan. Se on niin, ensin pitää nousta palkka ja sitten työntekijöitä lisää. (H12)

5.1.5 Fyysinen kuormitus

Työtilojen ja työvälineiden sekä työn fyysisen kuormituksen koettiin vaikuttavan työhyvinvointiin. Kuvaavaa on, että fyysinen työympäristö tuli esiin pääasiassa negatiivisessa mielessä, positiiviset kuvaukset olivat harvinaisia. Hoitotyö koettiin hyvin yleisesti fyysisesti raskaaksi. Varsinkin vuodeosastolla työn kuvattiin sisältävän usein potilaiden nostoja ja kääntelyitä. H12 kertoo sitaatissa siitä, kuinka hän joutui edellisenä työpäivänään nostamaan yli satakiloisen potilaan ilman nostolaitteita.

Se on varmaan yhtä aikaa se henkinen ja fyysinen aika usein mejän työssä just kuntoutusosastolla, varsinkin kato kun potilaan voimavaroja käyttää hyväkseen. Se tarkoittaa sitä, että sää et nosta potilasta millään laitteella, vaan sä nostat omalla voimalla, omalla vipuvoimalla esimerkiksi. [...] Niin me käytetään sitä omaa kehoa niinku apuvälineenä. Et mä otan potilaan itteeni vasten. [...] Se on fyysisesti hirveen raskasta. Et nainenhan sais nostaa kaksyht kilooko se on se... Niin mää eilen illallakin nostin, no yks potilas paino yli sata kiloa. Ja se on niinku, siinähan se pyörii, just aattelee et aikusta miestä. (H12)

Moni kertoi työskentelevänsä ahtaissa tiloissa, joissa ei pystytty välttämättä käyttämään apuvälineitä, mikä lisäsi fyysistä kuormitusta entisestään. Vanhat, erilaiseen käyttötarkoitukseen ja erilaisille potilasryhmille alun perin tarkoitettut työtilat eivät soveltuneet nykyaikaan. H14 työskenteli taas potilaiden kotona, joka eroaa merkittävästi sairaalaympäristöstä. Kotihoidossa työasennot voivat olla vielä epäergonomisempia kuin vuodeosastolla.

Ja tietenkin, kun sä meet itte asiakkaan kotiin ja siellä ei tietenkään oo niin kuin sairaalaoiloissa, et siellä ois jotain sivupöytiä tai muuta. Et kun menee esimerkiksi tekeen katetrointia, kun sää montaa asiaa teet yhtä aikaa, taivutat sinne ja tonne ja sit pitäs tehdä sillain, et sä et kaada jotain vissyä tai muita sinne asiakkaan sänkyyn. Kyllä siinä välillä miettii, että miten siitä sutviutuu, mutta ei se, se on vaan tehtävä. Se on aina jokaisen kohalla mietittävä, et miten sen saa onnistumaan. (H14)

Apuvälineiden ja muiden työvälineiden hankinta on myös kustannuskysymys. H15 tuo esiin sitaatissaan, kuinka jatkuva säästämisen tarve näkyy perustyövälineiden saatavuudessa.

Semmonen jatkuva paine kuitenkin että pitää säästää sieltä ja pitää säästää täältä ja toistuvasti osastokokouksissa tuodaan ilmi, että kuinka me olemme jo budjetista käyttäneet ja vuotta on vielä niin ja niin paljon jäljellä. [...] Että ku kyse on esimerkiksi meidän työvälineistä sanotaan pesupaareista, nostolaitteista jotka kuitenkin oikeina apuvälineinä vähentää toivottavasti hoitajien kuormitusta ja sitä kautta siitä johtuvaa sairaspöissaoloa. [...] Hirveesti joutuu taisteleen, että saa omat työvälineet mun mielestä se on kummallista. (H15)

Haastatteluissa kuvattiin sitä, kuinka 1990-luvulta lähtien hoitotyö on teknillistynyt. Tekniset apuvälineet ovat osaltaan helpottaneet työtä, mutta enemmän haastatteluista nousi esiin teknologian tuomat ongelmat. H15 tunnistaa sitaatissaan sähköisessä kirjaamisessa olevan etuja, mutta tekniikka aiheutti kuormitusta kun se ei toimi halutulla tavalla tai kun välineistöä ei ole tarpeeksi. Vastauksissa tuli esiin potilaskirjausten vievän entistä enemmän työntekijöiden aikaa.

Meillä on siirrytty sähköseen kirjaamiseen viime vuoden aikana ja mun mielestä se on heikentänyt sitä kirjaamista todella. [...] Mutta tosiaan tää tietotekniikka kun se sitten omalla tavallaan kuitenkin kuormittaa siis sehän on hirveen hyvä renki, mutta huono isäntä näissä hommissa. Kun ei ole välineitä tarpeeksi ja ne ei ihan aina toimi toivotulla tavalla, niin se kuormittaa ja se on mun mielestä ollut ainakin meidän yksikössä heikennys. (H15)

Teknologian lisääntyminen oli aiheuttanut joissain työntekijöissä myös muutosvastavirtaa. H11 kuvaa sitä, kuinka varsinkin iäkkäämmät työntekijät kokivat vaikeana opetella uusia tietoteknisiä taitoja. Uusi tekniikka voi näyttäytyä jopa pelottavana ja pelätään, että laitteet rikkoutuvat.

Se oli yheksänkyt luvun laman aikoihin, mutta sitten tota se mikä siellä on näkynyt, niin teknillistyminen. Että meillä on tullu uusia laitteita hirveesti. [...] Mutta kyllä mun ikäsetkin jo jotkut sanoo, että voi hitsi että ku taas tuli uus pöytätietokone. Ja saati sitte meidän vanhemmat, niin sitte tietokone voi olla aika pelottava ja sit jotkut ei kertakaikkiaan niillä ei oo keskittymiskykyä tai se tietokone on jotenki, että se just heidän kohalle tiltaa jotenki väärin tai on hätäisiä niinku senkin kanssa, niin tota sitten se aiheuttaa vielä enemmän ongelmia. Ja sitte semmonen henkinen protesti sitä vastaan, että miks kaikki pitää niinkun muuttua siis jatkuvaa muutosta. Uusia ohjelmia ja enemmän se on närää aiheuttanu, ku kiitosta toistaseksi. (H11)

5.2 Työn psyykkiset kuormitus- ja voimavaratekijät

Toinen työn kuormitus- ja voimavaratekijöiden pääluokka on nimeltään psyykkiset kuormitus- ja voimavaratekijät. Pääluokka koostuu kolmesta yläluokasta, jotka ovat **työn mielekkyys**, **työn valuminen vapaa-ajalle** ja **hoitotyön eettinen kuormitus** (kuvio 4), jotka ilmenivät aineistossa tärkeinä työhyvinvointiin vaikuttavina tekijöinä. Erityisesti työn kokeminen mielekkäänä usein kompensoi työn vaatimustekijöitä. Psyykkisistä vaatimustekijöistä kuitenkin toisilla päivittäinkin eettinen pohdinta aiheutti paljon kuormitusta. Hoitotyöhön liittyy paljon tunteita, jotka vaikuttavat niin positiivisesti kuin negatiivisesti työntekijöiden työhyvinvointiin.



KUVIO 4: Työn psyykkiset vaatimus- ja voimavaratekijät

5.2.1 Työn mielekkyys

Haastateltavien työn mielekkyyteen liittyi kokemus siitä, että työ oli merkityksellistä. Omalla työpanoksella koettiin olevan laajempi tarkoitus, kun hoitotyön nähtiin vaikuttavan muiden ihmisten elämään ja hyvinvointiin. Seuraavaksi tuodaan esiin tutkimushaastatteluista noussut sitaatti, jossa H8 kuvaa hoitotyön merkityksellisyyttä ja sitä kuinka hänestä kaikki ihmiset ovat pohjimmiltaan samanlaisia.

Ehkä siinä [hoitotyössä] se, siinä pääsee niinku näkemään sen, et mikä on oikeesti tärkeätä. Ja sen niinku, ihmisyyden kohtaaminen. Että kaikesta, mitä me omistetaan tai mitä meillon muuten – niinku tällanen konkreettinen omaisuus – niillä ei oo oikeestaan mitään merkitystä sitten kun on kyse siitä terveydestä ja läheisistä ihmissuhteista. Et me ollaan loppujen lopuks aika samalla viivalla, kun on kyse terveydestä ja hyvinvoinnista. Ja se, et minkälainen ikinä ihmisen historia onkaan ollu, niin kuitenkin se hetki että, kaikki kyllä ansaitsee tulla silti kohdatuks ihmisinä. (H8)

Työn mielekkyys liittyi osalla haastateltavista siihen, mitä työn nähtiin merkitsevän itselle. Monet kokivat hoitotyön kutsumus- tai ihanneammattinaan tai hoitaminen tuntui heistä itselle luontevalta. Sitaatissaan H2 ei haaveile alan vaihdosta eikä koe tekevänsä työtä rahan takia.

Mutta se kysy multa et mikä on sun ihanneammatti. Mä oikein kovasti sitten mietin ja sanoin, että en mä keksi mitään muuta, et kyllä mä oon ihan tyytyväinen tähän työhön mitä mä teen. Vähän vähempi määrä riittäis, esimerkiks neljä tuntia päivässä olis ihan hyvä työaika [naurahtaa]. Mut kyllä mä tästä työstä ihan tykkään, ettei mul oo mitään semmosta haavetta et vaihtaa. [...] Mut ei se sit kun tätä työtä tekee, en mä tätä sen kummemmin tekis, saanko mä sitten kaks tuhatta vai viis tuhatta. Et en mä ajattele, et "mä teen nyt vaan tälle kahen tonnin eestä"! [naurua] Ei se siihen vaikuta. Eikä tätä voi vähentää tai lisätä sen mukaan paljon mulle maksetaan. (H2)

Toisaalta löytyi niitäkin, jotka tunnistivat hoitotyöhön usein liitettävän kutsumusstatuksen, mutta kritisivat sitä. Sitaatissaan H7 pitää hoitotyötä ammattina muiden joukossa. Hän kokee, että kutsumuksesta puhuminen väheksyy hoitotyöntekijöiden ammattitaitoa, jos työ nähdään sellaisena, että sitä pystyisi tekemään kuka vain.

Niin. Että se jotenkin. Siihen ei kuitenkaan mun mielestä... Kun se on kuitenkin ammatti, ihan samallailla kun joku muukin, että siihen ei sais ajatella, että se on jotain diakoniaa jota tehdään sitten vaan hyvästä sydäimestä. Että mun mielestä siihen ehkä vähän liittyy semmosta ajattelua. (H7)

Työn mielekkyyteen liittyi myös vahvasti onnistumisen tunteet. Pelkät onnistumiset eivät välttämättä riittäneet mielekkyyden tuottamiseksi, vaan työn täytyi tuntua sopivan haastavalta. Onnistumisia tapahtui niin teknisissä hoitotoimenpiteissä kuin hyvin sujuneissa potilaiden kohtaamisissa. Onnistumiset auttoivat jaksamaan työssä. Sitaatissa H14 kuvaa onnistumisen tuovan hyvänolontunteita.

[...] Ja sitten kun itse onnistui jossain, oli se sitten verinäytteenotossa tai jossain sillä lailla, että se asiakas oli että eihän se tuntunu olleenkaan tai muuta. Et tulee se tunne, että osaa tehdä jotain ja onnistuu jossain. Ne toi semmosia hyvänolontunteita. Ja sit kun sai järjestettyä jonkun asiakkaan asiat sillain, että ties että sen on nyt hyvä olla. Jonkun palvelun sai sille lisättyä tai jotain muuta. Se toi itellekin aina, kun ties että nyt se taas hetken ajan pärjää eteenpäin, et sitte katotaan. Sellaset toi sitä. (H14)

5.2.2 Työn valuminen vapaa-ajalle

Hoitotyön psyykkisenä vaatimustekijänä monissa haastatteluissa tuli esiin se, kuinka työ valui vapaa-ajalle. Tässä tutkielmassa sillä tarkoitetaan työasioiden tai työhön liittyvien

ajatusten pyörimistä mielessä työntekijän vapaa-ajalla. Työstä irrottautuminen oli siis vaikeaa eikä rentoutuminen onnistunut. Sitaatissa H6 kuvaa kuinka pystyäkseen tekemään hoitotyötä, on pystyttävä irrottautumaan työpäivän jälkeen työtehtävistä.

No yks on ainakin semmonen, että kyllä ne on pakko unohtaa, kun lähtee töistä. Tai ainakin jos yöllä rupee miettimään liikaa potilashoitoa, ni kyllä sitte väsyttää ittensä hajalle. Se on valitettava fakta. Ei täällä nyt silleen voi olla, et kun leimaat ittes pihalle ni aatelet et se on aivan sama, et ei se nyt silleenkään mee. Mutta tosiaan jos sitä alkaa vapaa-aikana liikaa pohtimaan, ni sitten palaa äkkiä loppuun. Vaikka ois kuinka niitä semmosia mieleen jääviä potilastapauksia, nuoria ja muita, ni kyllä se pitää pystyä erottaa se yksityiselämä ja työelämä. (H6)

Syy siihen, että töistä oli vaikea irrottautua vapaa-ajalla, liittyi hoitotyön vastuuseen, joka koettiin kovana. Vastuussa painoi erityisesti hoitotyöntekijän vastuu potilaiden terveydestä ja hyvinvoinnista. Toisaalta vastuu tarkoitti osalle sitä, että työt tuli tehtyä kunnolla eli se oli eteenpäin työntävä voima. Työasiat pyörivät mielessä monella kuitenkin vielä yölläkin. H10 kuvaa kuinka varsinkin ongelmatilanteet palaavat mieleen iltaisin.

No kyllä se joskus tuntuu, että tää on semmosta työtä, että tota nää asiat pyörii illallakin vielä mielessä. Kyllä tämä on semmosta työtä. Ehkä vähä vähemmän, kun oon ollu joskus osastotyössä, kun siellä joku toinen jatkaa, mutta tässä sää jatkat ite. Ja sit ne päätökset sun täytyy kantaa ite esimerkiks jos jotain ei oo laitettukaan sairaalaan kun on kaatunut ja sitte vaikka illalla tai yöllä kaatuis uudestaan, niin kyllä siinä sitten niitä asioita miettii jälkeinpäin ja vielä vuosiakin joskus. Ne jää mieleen ja yöllä herää joskus aina yhtäkkiä miettimään jotain edellisen päivän ongelmatilannetta. (H10)

Haastateltavista muutama kuvaili sitä, kuinka yksittäiset rutiinitehtävät voivat jäädä mielenpäälle. Moni jäi miettimään, muistikko tehdä kaikki tarvittavat toimenpiteet, jotka vaikuttavat suoraan potilaan hyvinvointiin. H13 kuvaa kuinka hän on usein soittanut työpäivän jälkeen ennen nukkumaanmenoa vielä päivystyspuhelimeen kertoakseen unohtaneensa kirjata jonkin asian.

Mutta kyllä on, monesti tulee sellasia juttuja, että yhtäkkiä muistaa ja oon soitellu siihen meidän päivystyspuhelimeen kymmenenkin aikaa illalla, että mää unohin laittaa papereihin semmosen asian, viittitkö sanoo seuraavana aamuna. Varsinkin, jos on jäämässä pitemmälle, vaikka kolmen päivän, vapaalle. Et heti, jos mä muistan et mä unohin kirjottaa sen, ni se pitää niinkun huolehtia. Niin kyllä mä oon ainakin niin velvollisuudentuntonen, et mä soitan ja huolehdin sen asian loppuun, koska sitä ei välttämättä kukaan muu tiedä. (H13)

5.2.3 Eettinen kuormitus

Hoitotyön eettinen kuormitus liittyi tilanteisiin, joissa henkilökunta joutui kohtaamaan eettisiä vaikeita tilanteita tai tekemään vaikeita päätöksiä. Vaikeat tilanteet liittyivät esimerkiksi potilaan itsemääräämisoikeuteen. H8 kuvaa tilannetta, jossa aggressiivisesti käyttäytynyt dementoitunut potilasta piti pitää kiinni. H5 pohtii taas sitaatissa tilanteita, joissa potilas haluaa kotiutua hoitosuunnitelmaa aikaisemmin tai toisaalta haluaisi vielä jäädä sairaalaan.

Mutta sitte voin niiltä kysyä esim. jos mulle nyt kävi viikonloppuna tai tossa pääsiäisen aikaan niin, että oli semmonen potilas joka oli aggressiivinen ja näin. Ja sit mä jouduin, me jouduttiin ihan, et kolme ihmistä piti kiinni kun mä laitoin rauhoittavaa lääkettä. Ni sitten, kun hänkin oli niin dementoitunu, ni vähän... Kun ei hän kuitenkaan sitten muista sitä. (H8)

Ja tota mää ite ajattelen, että sillonhan se vastuu niinku jos mä mietin ihan meidän hoitajia, niin se kohta, missä he ehkä eniten kipuilee on se, kun pitää kotiuttaa vanhus, jolla on muistin ja muuta toimintakyvyn problematiikkaa ja sit järjestellään niitä kotiapuja. Sit jos omaiset ei oo niinkun niitä ei joko ole tai ne ovat eri mieltä tavallaan niinku se et millonka kunnioitetaan sen vanhuksen itsemääräämisoikeutta, jos hän haluais vielä olla sairaalassa. [...] Tai sitte toistepäin, että ihminen haluaa lähtee kotiin ja me tiedetään, että eihän sitä tossa kunnossa voi päästää. (H5)

Suurin osa haastatteluista löydetyistä psyykkisistä vaatimustekijöistä liittyivät siihen, että resurssit koettiin riittämättömäksi laadukkaan hoitotyön toteutumiseksi. Aina ei ollut aikaa kysyä potilaan kuulumisia. Koettiin siis, ettei potilaille ollut riittävästi aikaa. Sitaatissa H9 tuo esiin hoitotyön monimutkaisuuden. Työtehtävät harvoin toistuvat samalla tavalla vaan vaativat yksilöllistä huomiota tai harkintaa. Sitaatissa H14 miettii, että ajan puutteen vuoksi hoitoon vaikuttavia tärkeitä asioita jää pimentoon.

Ja sitte tietysti se, että täytyy niinku ymmärtää, että ei ihmisiä voi hoitaa niinkun liukuhihnalta. Et täytyy olla tietty määrä hoitajia, jotta voidaan oikeesti kohdata kunnolla ihmisiä ja tota tehä sitä työtä sillain, että ei vaan niinkun paikata virheitä tai juosta sitte niinkun kieli yön alla niitten rästitöitten perässä. (H9)

Ja aika, mitä pystytään käyttämään asiakkaitten kanssa tapaamiseen, on lyhentyny paljon. Että varmaan jää paljon asioita, joita ei keritä käymään läpi. Että se aika rupee käymään... Ja ne varmaan itekin rupee kelloa katsomaan, ja joutuu sanottamaan että aika on loppu että on lähdeävä. Mä luulen, että sinne pimentoon jää paljon asioita. (H14)

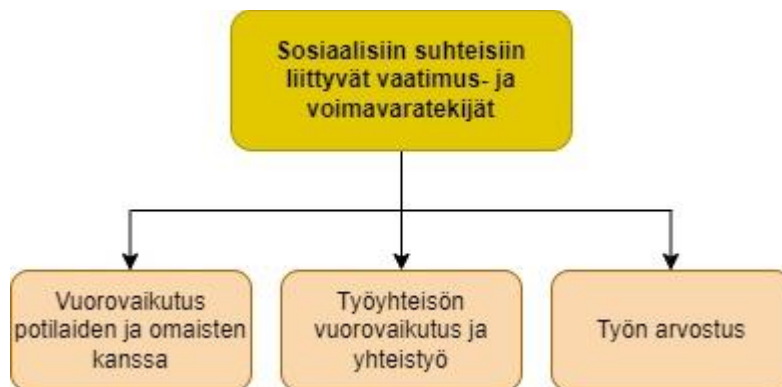
Monet haastateltavat toivat esiin sen, kuinka ajanpuutteen vuoksi potilaan kohtaaminen jäi vajaaksi. Tämä aiheutti turhautumista ja jopa vihastumistakin. Myöskään riittämättömyyden tunne ei ollut haastateltavilla vieras. Sitä tunnettiin varsinkin, jos koettiin että tavoitteet olivat liian suuret resursseihin asti. Kiireessä ei ehditty paneutumaan potilaan tarpeisiin eikä

hoitamaan häntä yksilöllisten tarpeiden mukaan. Myös työntekijällä itsellä saattoi olla korkeat odotukset omasta työsuorituksestaan. H8:n sitaatin ajatus siitä, että työtä ei pystynyt tekemään niin hyvin kuin haluaisi, tuli esiin monessa haastattelussa.

Mutta sitten, sanotaan et se henkinen rasittavuus tulee siitä, että jos kokee että ei voi koskaan tehdä asioita parhaalla mahdollisella tavalla. Sillä tavalla kuin haluais ja jollain tavalla sen minkä on katsonu itselleen ideaaliksi. Että mikä on se, millä tavalla mä haluaisin toimia. Et jos kokee, että mä en kerenny tekemään tota, tai sitten et ei oo... Et ehkä ne tulee sit siihen kiireeseen ja... - - - (H8)

5.3 Sosiaalisiin suhteisiin liittyvät kuormitus- ja voimavaratekijät

Kolmas työn kuormitus- ja voimavaratekijöiden pääluokka on nimeltään sosiaalisiin suhteisiin liittyvät kuormitus- ja voimavaratekijät, joka jaettiin **vuorovaikutukseen potilaiden ja omaisten kanssa, työyhteisön vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön sekä työn arvostukseen** (kuvio 5).



KUVIO 5. Sosiaalisiin suhteisiin liittyvät vaatimus- ja voimavaratekijät

5.3.1 Vuorovaikutus potilaiden ja omaisten kanssa

Haastatteluissa hoitotyöntekijät kertoivat monista potilastyön kuormittavista tehtävistä. Potilasmäärien koettiin kasvaneen ja potilasaines miellettiin ylipäätään aikaisempaa haastavammaksi. Haastateltavat kokivat, että potilaat olivat moniongelmaisempia ja potilaiden päihdeongelmat lisääntyneet. Sitatissaan H2 tuo esiin sen, kuinka lääketieteen kehittyessä yhä vaikeahoitaisempia sairauksia voidaan hoitaa, mikä osaltaan aiheuttaa sen, että potilaat ovat huonokuntoisempia.

Ja potilaita on paljon monihoitosempia, ihmiset jää henkiin paljon pahemmista vammoista, eli se alkutilanne on monesti paljon vaativampi. Ja vaatii osaamista enemmän ja sitten vielä tää kirjaaminen ja tää siihen lisänä. (H12)

Moni haastateltava koki myös potilaiden olevan entistä vaativampia muilla tavoilla. Potilaiden odotukset ja toiveet hoidon suhteen koettiin kasvaneen. Potilaat osasivat vaatia itse hoitoa, puuttuivat virheisiin ja seurasivat enemmän omaa terveydentilaansa. Hoitohenkilökunta kertoi joutuvansa perustelemaan potilaille käytettyjä hoitomenetelmiä enemmän kuin aikaisemmin. H1 kuvaa ilmiön olevan toisaalta hyvä asia, koska hoitosuunnitelmiin on panostettava enemmän.

Totta kai, potilailla on tietynlaiset odotukset ja toiveet sen hoidon suhteen ja sitten kun kaikkia ei voida eikä voida, eikä oo järkevää lähteä toteuttamaan, et siinä joutuu aika tarkkaan, kun hoito suunnitelmia tehdään, et mihin siinä hoidossa [keskitytään]. Et se on enemmän sitä nykypäivää, kun vertaa mitä aiemmin on ollu. Et tarkemmin määritellään se, mitä hoidetaan. (H1)

Internet on mahdollistanut lääketieteellisen tiedon lähteille pääsyn myös potilaille. H12 kuvaakin tilannetta, jossa potilaat ovat itse etsineet tietoa, jonka perusteella he vaativat tietynlaista hoitoa. Hänen mukaansa potilaille ei kuitenkaan ole taitoa punnita esimerkiksi eri vaihtoehtojen yhteensopivuutta heidän yksilöllisen tilanteensa kannalta.

Ja sit se, että luetaan vähän niinku piru raamattua esimerkiks nettiä, että sielt otetaan joku yks asia, ja sitä pidetään totuutena, ei nähdä esim. semmosta moniongelmaista potilasta että kaikki liittyy kaikkeen, tietyt lääkkeet niitten yhteisvaikutukset... Ei voi esim. jotain tiettyä lääkettä alottaa, vaikka se ois lukenu siitä jostain amerikkalaisesta tutkimuksesta, että se auttaa, koska siinä pitää aina punnita se yhteisvaikutus ja koko kokonaisuus. Et sitä joutuu tosi usein selittää. Eli sekin vaatii tosi paljon ammattitaitoo, että pystyy perustelemaan, miksi ei voi tehdä näin. (H12)

Potilaiden vaatimustason kasvu liitettiin muutamassa haastattelussa siihen, että monet potilaat olivat ottaneet asiakkaan roolin potilaan roolin sijaan. He olivat palveluiden käyttäjiä, eivätkä niinkään hoidettavia. H9 kuvaa sitaatissa, kuinka potilaat kokevat heillä itsellään olevan enemmän oikeuksia ja mahdollisuuksia esittää vaatimuksia ja toiveita.

Kyllä se varmaan sillä tavalla niinku se asiakkuuden korostuminen on vaikuttanu, että tavallaan asiakkaallahan on enempi jollakin lailla niinkun oikeuksia. Et se potilaspuhe on sellasta, että ihminen on jotenkin semmonen hoidettava kohde, jolla

ei itsellään ole juurikaan oikeen mitään semmosia voimavaroja. Mut että asiakas mieltyy semmosena henkilönä, joka maksaa saamastaan palvelusta ja hänellä on oikeus niinku esittää vaatimuksia ja toiveita ja hänellä on oikeus niinkun tehdä valitus siitä, jos hän ei saa niinkun tarvitsemaansa palvelua ja asianmukasta kohtelua ja näin. [...] (H9)

Haastatteluissa tuli esiin, että potilaat voivat kohdella hoitotyöntekijöitä epäasiallisesti. Haastateltavat kuvailivat kuinka he joutuvat työssään kuuntelemaan potilaiden kiroilua ja suoranaista haastattelua. Potilaat olivat voineet käyttäytyä aggressiivisesti hoitohenkilökuntaa solvaten, kuten H9 kuvaa seuraavassa sitaatissaan.

[...] Mää menin sitte tota semmoselle yhelle vanhalle miehelle keittäään aamupuuroja ja viemään lääkkeitä. Ja tota sit se oli niinku sellanen mää tiesin, että sinne on tulossa kodinhoitaja siivoamaan. [...] Ja sit ku mää sanoin tälle miehelle, että tota hän sano, että peitä tuo sänky. Mää sanoin, että ei kun se kodinhoitaja on tulossa, nii hän niinku tuulettaa ne petivaatteet. Nii hän rupes huorittelemaan mua siinä ja niinku raivostu siitä, että että vai et sää huora niinku peitä tota sänkyä, että sää kuule teet, mitä mää käsken. [...] (H9)

Monet haastateltavat olivat kokeneet fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa hoitotyössä. Usein tällöin kyseessä oli potilas, joka oli dementoitunut, päihtynyt tai kärsi mielenterveysongelmista. Yksi haastateltava mainitsi myös omaisten aiheuttavan fyysisesti uhkaavia tilanteita. Hoitotyöntekijöitä oli raavittu, nipistelty, hakattu tai pidetty kiinni. Sitaatissa H15 kertoo omista kokemuksistaan dementikoiden parissa työskentelystä.

[...] Että tota just kiinni pitämistä hyvin kovaa, että tulee ihan mustelmia ja raajojen vääntämistä erityisesti käsien vääntämistä. [...] Sitte ihan nipistelyä, raapimista, hakkaamista että nyrkillä hakataan. Samalla kun yritetään me yritämme tehdä työmme ja tota otamme siinä sitte ohessa niitä iskuja vastaan ja väistelemme sujuvasti. Et joutuu ihan itekkin piteleämään kiinni sitä hoitovastaista asiakasta siinä, että saadaan työ tehtyä. Potkuja tulee aina välillä ja ja sitte joskus on lentäny ruokaa päälle yllättäen. Että tämmöstä pientä. [naurahdus] (H15)

Muutama haastateltava puhui myös työssään kokemasta seksuaalisesta ahdistelusta. Se saattoi sisältää tietynlaisia katseita ja ehdotteluita. Vaikka väkivaltaa ei tapahtuisi, jo pelkästään sen uhka voi aiheuttaa hoitotyöntekijöissä pelkoa. Sitaatissa H14 kuvaa potilaan luona tehdyn kotikäynnin aiheuttamaa pelkoa. Tilanne tuntui uhkaavalta ja alkoi ahdistaa häntä.

Mulla oli semmonen psyykkisesti sairas potilas ja mä jotenkin koin hänen asuntoonsa menoon ihan ite silleen, että tuntu vähän pelottavalta tai pahalta mennä sinne. [...] Niin siinä vähän tuli semmonen, et jos tuolla jotain tapahtuis, niin eihän kukaan ees kuulis, kun eihän meillä oo mukana mitään nappeja tai muuta. Tietenkin siitä kirjasta näkee, että missä kukakin on sillä hetkellä, mutta kyllä siinä joskus tuli semmonen olo että äkkiä tuonne ja sitten pois – vaikka se on hirveetä sanoo niin. Mutta että äkkiä sieltä pois. (H14)

Haastatteluista tuli esiin, että potilas voi vaikeuttaa hoitotyötä kieltäytymällä yhteistyöstä, mikä kuormittaa työntekijöitä. Näitä tilanteita kuvailivat muutama haastateltava kohtaavansa työssään usein. Yhteistyöhaluttomuus potilaan oman terveyden edistämiseksi aiheutti turhautumista esimerkiksi päihdepoliklinikan työntekijöissä. Erään haastateltavan mielestä kieltäytymällä vuorovaikutuksesta potilas voi myös osoittaa mieltään ja purkaa pahaa oloaan. Toisinaan vaikka potilas käyttäytyi hyvin, ongelmia oli tullut hoitotyöntekijän ja omaisen välillä. Monet kuvailivat omaisia entistä vaativammiksi. Ristiriitoja oli voinut tulla siitä, että omaiset eivät ole tyytyväisiä potilaan hoidon laatuun tai hoitajaksojen pituuksista oltiin eri mieltä. Moni koki, että omaisten vaatimustaso on liian korkea suhteessa resursseihin. H8 kuvaa sitaatissa tilannetta, jossa toistuvasta selittämisestä huolimatta omaiset eivät ole ymmärtäneet potilaan omatoimisuuden tukemisen tarkoitusta.

[...] Sanotaan semmoset, omaisten kanssa kontaktit, jossa ei ymmärretä et miks tietty hoitolinja esimerkiks on valittu. Tai jotka ei nää sitä suurempaa tarkotusta, mikä siinä on, esimerkiks jos potilaalta vaaditaan omatoimisuutta. Jotka ei nää sitä, että me ei syötetä jotain potilasta sen takia, että jos me aletaan syöttämään, se ihminen ei enää kuntoudu itsesyöväks. [...] Jos omaiset ei ymmärrä, et mikä on tarkotus. Ja se, et käydään aina niitä samoja. Et sä tiedät, että sun työkaveri on käyny nää samat asiat, sä käyt ne taas. Sä kerrot samaa asiaa, siltikin sää vielä toisen kerran todennäkösesti joudut käymään ne läpi. Et ei vaan päästä yhteisymmärrykseen. Ne on semmosia, et tulee se turhautumisen tunne. (H8)

Potilastyön kuormittavuus voi ilmetä muutenkin kuin potilaan käytöksen kautta. Potilaan sairauden eteneminen ja potilaiden tilan heikkeneminen koettiin uuvuttavaksi. Vakavasti sairaiden potilaiden kohtaamisen kuormittavuus nousi esiin monessa haastattelussa. Potilaiden vaikeat elämäntilanteet sairauden lisäksi nostivat tunteita pintaan. Potilaiden yksinäisyys ja taloudellinen tilanne voivat mietityttää. Sitaatissa H14 kuvailee tapausta, jossa potilaalla ei ole omaisia:

No kyllä siellä oli. Kyllä siellä oli joittenkin asiakkaitten kanssa. Sitä kohtaloo jäi miettimään, että kun ei oo ollenkaan omaisia, niin kuinka se pieni viiden minuutin

käyntikin on niin kallisarvoinen sille asiakkaalle. Niin sitä jäi miettimään heidän kohtaloon, että kuinka yksin ja kuinka turvattomia saattaa olla. Vaikka asuu kaupungissa ja ihmisiä näkee, ni asuu siellä pienessä luukussaan, mistä ei uskalla lähteä. (H14)

Monet kokivat työssään potilaiden kuolemia. Psykiatrisella puolella työskentelevät toivat esiin potilaiden itsemurhat, jotka voivat tuntua epäonnistumisilta. Työntekijä voi jäädä miettimään, tekikö kaiken tarvittavan potilaan hyväksi. Vanhusten menehtyminen koettiin luonnollisempana, mutta nekin olivat voineet jäädä vaivaamaan mielen päälle. H8 kuvaa sitaatissa sitä, kuinka työssä joutuu miettimään elämän ja kuoleman suhdetta:

Sitte on, se riippuu. Toiset potilaat tulee väkisin lähemmäs kun toiset. Ja ne voi olla kans semmosia, jotka jää vaivaamaan sitten kotiinkin. Etenkin saattohoitotyössä se on. Jos kokee, kuitenkin se on paljon keskittymistä – tai ei keskittymistä – mutta sanotaan, että pyritään pohtimaan sitä elämän ja kuoleman suhdetta ja sitä valmistautumista kuolemaan. Sitten jos kokee että ei oo pystynyt tekemään sitä työtä, että... (H8)

Vaikka potilastyö sisälsi useita vaatimustekijöitä, oli se onnistuessaan monelle haastateltavista työn yksi suurimmista voimavaratekijöistä. Potilaiden auttamiseen sekä hyvän mielen tuottamiseen liittyi empatia, läsnäolo ja huolenpito. Potilaiden mieltä saattoi nostaa pienikin, työntekijästä mitättömältä tuntuva, toiminta tai ele. Näin onnistunutta potilastyötä kuvaa H8:

Mutta se on ehkä mun mielestä kaikista ihaninta siinä työssä, et ihmiset on niin erilaisia. Kun voi, kohtaa ja näkee, millä tavalla ihmiset reagoi. Ja se, että millä tavalla sen konkreettisesti näkee kun joku... Että sä teet jotain hyvää sen toisen ihmisen, et sä voit siinä kontaktissa, vaikka se voi olla pieniä asioita mitä sä sillä hetkellä niinku käytännössä fyysisesti teet, mut sä näät et silloin iso merkitys sille potilaalle. Niin ne kai sen, ne on varmaan ne asiat mitkä tekee siitä työstä mielekästä. Että ei siitä muuten [naurahdus] en mä sais nautintoa siitä, että mä saan jakaa lääkkeitä tai mä voin... Et kyl ne ihmiset tekee siit työstä sen, mistä mä pidän. (H8)

H15 kuvaa tarjoilun päiväkahvin vaikutusta hoidettavaansa sekä itseensä seuraavasti:

[...] Tossa oli justiinsa kesällä mulla oli hirveen tympiintynyt olo mennä töihin ja mää sitte menin antaa päiväkahvia se on hirveen herttanen pikkunen mummeli, jolla ihan mikä tahansa päivä saattaa olla hänen viimeinen, että on niinkun elimistö on niin lopussa. Ja menin antaa päiväkahvia hänelle ja tota ku hän hörppäs sitte sitä kahvia silmät kiinni, ku on niin väsynyt, että ei jaksa pitää silmiäkään auki ja

hörppäytin sitä kahvia hänelle ja ku hän rupes hymyileen siinä maiskutteli ja tuumas, että täydellinen kahvi kiitoksia. Kyllä niinkun silloin tuli semmonen olo, että no nyt mä muistin, mitä varten mä tuun töihin tänne joka päivä, että se tulee niistä pienistä tämmösisistä asioista kyllä. (H15)

Yhteyden saaminen hoidettavaan, toiseen ihmiseen, nousi useasta haastatteluista työn voimavaraksi. Kohtaamisen ei tarvinnut olla pitkä, jotta se vaikutti positiivisesta työssä jaksamiseen. Yhdelle haastateltavista erilaisten ihmisten kohtaaminen oli työn suola. H4 kuvaa sitaatissaan kuinka ajan antaminen potilaalle ja häneen keskittyminen on antoisaa.

Se ei tarvi paljoo että se [työ]päivä on hyvä. [...] mut joku semmonen ihan semmonen, joku pieni kahvihetki asiakkaan kans tai joku istumahetki ja hänen elämäkertomukset, mitä hän on joskus kokenu. Et saa, tiiätkö, muisteloja ja naurattaa, ni ne on hirveen pieniä ne hyvät asiat. Ne on kuule, kuin murusia ja jyviä jossakin valtameressä. Että ne on niitä hyviä päiviä. Että sä oot tavallaan antanu itestäs jotain sellasta, että se asiakas on tyytyväinen. Ne on semmosia hyviä päiviä. Se pieni, hirveen pienestä kertyy ne hyvät päivät. (H4)

5.3.2 Työyhteisön vuorovaikutus ja yhteistyö

Hyvä työilmapiiri nousi monissa haastatteluissa työhyvinvoinnin keskeiseksi tekijäksi. Hyvään työilmapiiriin nähtiin kuuluvan lukuisia tekijöitä, mutta usein tärkeimpänä tekijänä oli hyvä vuorovaikutus työntekijöiden välillä. Hyvä keskusteluyhteys, toisten mielipiteiden arvostaminen sekä mahdollisuus puhua myös vaikeista asioista koettiin tärkeänä. Sitaatissaan H8 kuvaa kuinka hyvä työilmapiiri auttaa sietämään töissä kiirettäkin paremmin.

No sanotaan, et paljon se on työkavereista kiinni, että kiirettäkin kestää paljon paremmin, jos on hyvä ilmapiiri ja on semmoset työkaverit kenen kanssa viihtyy. Silloin menee, ja jotenkin on semmonen, kaikilla ne näkemykset, miten nää asiat tehdään, se on ehkä se, et koska kokee et on kaikista mukavimmat työpäivät ollu. Et on jollain tavalla samalla aaltopituudella muitten kans, ettei mee aikaa siihen että pitää asioista neuvotella, et miten... (H8)

Työtovereiden kanssa vaikeista tilanteista töissä jutteleminen koettiin helpottavan henkistä kuormitusta. Kokemusten jakaminen ja tilanteiden läpi käyminen auttaa seuraaviin tilanteisiin varautumista ja tuo helpotusta. Tärkeäksi koettiin myös se, että työpaikalla asioista pystytään puhumaan suoraan. Tärkeää oli, että uskalsi pyytää apua ja pystyi puhumaan hankalista asioista ilman muiden tuomitsemista. Tärkeäksi koettiin myös se, että työyhteisön tavoitteet ovat yhteneväiset, kuten H15 kuvaa:

No se, että meillä on sillä lailla hyvä työyhteisö ja hyvä henki ja se että me osataan löytää sieltä niitä, et me halutaan työskennellä koko porukka samoissa linjoissa. Ja osataan ja halutaan löytää sieltä sitten niitä asioita, mistä voidaan olla tyytyväisiä ja ilosia. Että tota se niinkun auttaa siinä jaksamisessa. (H15)

Jos työyhteisön vuorovaikutuksessa oli ongelmia, nähtiin sen tuovan työhön lisää kuormitusta. Epäasiallinen käytös oli voinut näyttäytyä yhteistyöstä kieltäytymisenä ja muina ristiriitoina. Usea haastateltava kertoi halunneensa pysyä näissä tilanteissa etäällä eivätkä he halunneet puuttua niihin, jotta tilanteet eivät pahentuisi. Kuten H9 tuo sitaatissa ilmi, jo vaikeudet yhdenkin työtoverin kanssa voivat vaikuttaa negatiivisesti koko työyhteisöön ja ilmapiiriin.

Mut et se on niin et yksikin niinkun sellanen huono persoona siinä yhteisössä ni riittää niinkun pilaamaan kyllä sen. Ja sen mää huomasiin kyllä ihan silloin nuorena sairaanhoitajana täällä keskussairaalassa, että hirvittävän raskaaksi voi tulla se työ. Ihan ei niinkään potilaitten takia, vaan sen takia että siinä samassa työtiimissä on joku ihminen, joka on mielettömän negatiivinen esimerkiks. (H9)

Tärkeäksi koettiin, että työtoverit tukivat toisiaan jakaen tietämystään sekä auttaen. Kokeneet ja kokemustaan jakavat kollegat nähtiin työn yhtenä voimavarana. Uransa alussa oleva H14 koki erityisesti työtovereiden kannustuksen olevan tärkeää uudelle työntekijälle.

Kyllä sieltä tuli tosi paljon kannustusta ja apua, ainakin tossa yhteisössä tai porukassa missä olin. Et kyllä työkaverit on tosi tärkeitä. Ja sit just tällaselle nuorelle ja uudelle, ja varmaan myös niille, jotka siellä on pitempään ollu. [...] kyllä se yks voimavara on se työporukka, että sieltä saa niitä [apuja]... (H14)

Monet kokivat työssään kuormittavia tilanteita, joista haluttiin keskustella kollegoiden kanssa. Työtovereiden kanssa kokemusten jakaminen näyttäytyikin monessa haastattelussa yhtenä hyvinvointia edistävänä tekijänä. Sitaatissa H2 kuvaa kuinka nykyisessä työtehtävässään hänellä ei ole mahdollista purkaa kuormittava tilanteita kollegoiden kanssa.

Ja se on just tän mun työn huonopuoli verrattuna siihen osastotyöhön eti ei oo sillei ex tempore työkavereitten kanssa mahdollisuutta esimerkiks jostain hankalasta tilanteesta puhua tai jos tulee joku vaikee asia. Täällä saattaa olla, harvoin tosin on, kun vaikka lähdet töistä, niin sulla on joku puhelu jossa ihminen vaikka uhkaa tappaa itsensä. Ja täällä ei oo enä ketään ja sä vaan lähdet kotiin sen jutun kanssa. Ne on semmosia aika kenkkuja tilanteita. Harvoin niitä onneks on mut aina joskus. (H2)

Myös työpaikalla kollegoiden kanssa viljelty huumori oli tärkeää vuorovaikutuksessa. Huumori oli voimavara, vaikka se saattoi välillä olla hyvinkin mustaa. Sitaatissa H13 kuvaa kuinka huumori auttaa jaksamaan.

No semmonen asia, joka on hirveen suojaava, että niistä asioista pystyy vääntämään huumoria. Että me voidaan työkavereiden kanssa, eihän me asiakkaille koskaan sanota, mut voidaan työkavereiden kanssa niinku aika raskastakin huumoria välillä viljellä. Että jos joku ihminen väittää että me tapetaan hänet joka kerta, ni ihmetellään aina, että "kun ei oo vielääkään saatu sitä kuolemaan". [naurua] Että on sellanen terve nauraminen ja sellanen, että siinä jonkun asian karmeudessakin voi löytää semmosen, että pystyt nauraan ja näkeen siinä jotain hassua, tai silleen. Ni sit aina jaksaa paremmin. (H13)

Monilla työyhteisön mutkaton vuorovaikutus oli vuosien yhteistyön tulosta. Moni pitikin tärkeänä, että työyhteisö pysyi samana eikä jatkuvia henkilöstömuutoksia olisi. Vuosien aikana työtoveri ja heidän työskentelytapansa oppi tuntemaan, mikä lisäsi luottamusta työntekijöiden välillä ja sujuvoitti työskentelyä. Haastatteluissa työyhteisön hyvään yhteistyöhön liitettiin vastuiden ja töiden tasapuolinen jakautuminen. Työt voidaan jakaa esimerkiksi osaamisen perusteella, kuten H12 sitaatissa tulee ilmi. Työntekijän ei tarvitse osata kaikkea, koska hän voi ohjata potilaita erityisosaamisen hallitsevan kollegan luo.

Mut sit käytetään tällä lailla esim. sitä, meillä on esim. yks hoitaja, joka on seksuaaliterapeutin koulutuksen saanu. Ni voi sanoo [potilaalle], että huomenna tulee työvuoroon sen niminen ihminen ja hänellä on tästä asiasta enemmän tietoo, et mä pyydän että hän tulee juttelemaan sun kanssa. Tai sitten esim. palovammoissa, kun tulee koko ajan uusia hoitoja, ni mä voin sanoa, että kysyn siltä ja siltä hoitajalta, joka on käyny enemmän näissä koulutuksissa, enemmän perillä näistä haavasidoksista, hän tulee huomenna töihin, mä kysyn häneltä ja pyydän häntä juttelemaan sun kanssa. Et sitä konsultointia sillon kun sulla ei oma tieto riitä. (H12)

Jos töiden koettiin jakautuvan epätasaisesti, aiheutti se haastateltavissa harmistusta. Oletuksena pidettiin, että jokainen tuo oman työpanoksensa työpaikalle. Työstä laistavia ja "vetelehtijöitä" ei katsottu hyvällä. H13 kuvaa turhautumistaan tilanteeseen, jossa joutuu tekemään edellisen työvuorolaiselle kuuluneita työtehtäviä:

Ni se mua suututtaa suunnattomasti, et jos mä meen seuraavana, vaikka jos oon ollu aamuvuorossa ja joku muu iltavuorossa siinä välissä ja sit meen seuraavana aamuna takasin töihin, ni tuntuu, että mää siivoon koko päivän sen iltatyöntekijän jälkiä. Tavallaan, että siellä ei oo tehty niitä hommia mitä kuuluis tehdä. [...] Tai jos mä meen iltavuoroon ja aamuvuoron jäljiltä on kaikki asiat niiltä asiakkailta

tekemättä. Että ei oo tiskattu eikä roskiksia viety, ni tällaset, vaikka voi olla että on ollu kiire päivä ja on ollu jotakin semmosta että ei oo keritty ja on tarvittu kaikki resurssit jonnekin muualle. Mut se hermostuttaa. Siinä mää nään aina semmosia punasia pisteitä. Ja jos ei oo tehty sovittuja asioita. (H13)

Monet haastateltavat pitivät työyhteisön sukupuolten monimuotoisuutta tärkeänä. Hoitoala on hyvin naisvaltainen ala eikä kaikille ollut miespuolisia kollegoita. Monet toivoivat, että työyhteisöt olisivat vähemmän naisvaltaisia. Miesten koettiin vaikuttavan työilmapiiriin positiivisesti työyhteisöä tasapainottaen ja vähentäen esimerkiksi juoruilua. Sitaatissa H14 tuo esiin myös sen, kuinka hän toivoisi myös potilaiden puolesta, että miehiä olisi hoitotyössä enemmän.

No vähemmän on miehiä, mutta se ois ihan hyvä että siellä olis molempaa sukupuolta. Koska jotkut asiakkaat kokee sen tosi ikävänä, tai on joitain tilanteita et siihen ois parempi mennä miehenä tekemään, tai mies miehelle ja nainen naiselle jonkun hoitotoimenpiteen, intiimejä juttuja. Ja terveydenhoitajana – mä oon itse asiassa ollu yhen harjottelun miesterveydenhoitajan kanssa – hän ihan erilaisia asioita osas poimia siitä perheestä kun minä. [...] Että ei varmaan ois yhtään huonompi, jos työyhteisössä olis sekä miehiä että naisia (H14)

Haastatteluissa oli muutamia mainintoja siitä, kuinka naisista koostuvassa työyhteisössä ilmapiiri voi olla kireämpi. Naisia pidettiin tarkempina, niin hyvässä kuin huonossakin mielessä, samalla kuin miestyöntekijöiden nähtiin usein olevan rennompia ja stressaavan vähemmän. Toiset naishaastateltavat liittyvät miesten rennompaan työasenteeseen kuitenkin sen, että he kokivat miesten laistavan töistä niiden jäädessä naiskollegoiden vastuulle. H2 kuvaa tilannetta, jossa miestyöntekijät tekivät hänen mielestään vain pakollisimmat työtehtävät:

Siiin oli kyllä just se puoli sitten että ne mieshoitajat tekee vaan just sen vaan mikä on pakko ja just tällä hetkellä...Joo, tää on parasta pistääkin anonyymisti ettei miehet käy kimppuun! [naurua] Et ne kyllä kaiken muun ajan istu ja katto telkkaria tai pelas korttia ja naiset teki kaikki sängyn petaamiset ja kaikki pakolliset, vähän niin kun kotihommat. (H2)

5.3.3 Työn arvostus

Ulkoapäin tuleva hoitotyön arvostus tai sen puute näyttäytyivät useissa haastatteluissa toistuvina työhyvinvointiin vaikuttavina tekijöinä. Potilailta saatu positiivinen palaute auttoi monia jaksamaan työssään, kuten H10 kertoo seuraavassa sitaatissaan:

Sitten täällä saa koko ajan positiivista palautetta ja kiitellään, niin kyllä se oli se, mihinkä jäi koukkuun, vaikka mulla ei tämmöstä auttajasyndroomaa olekkaan, mutta se tekkee tästä työstä hyvin. Paljo positiivista palautetta saa ja sitte ku oikeen haastaa itensä ja tekee paljon jonkun eteen, kun esimerkiksi on jonkun asiakkaan tai potilaan mielipide saatava muuttumaan ja se yhteistyö tietysti ku se onnistuu, niin kyllä se on mukavaa. (H10)

Myös omaisilta saatu positiivinen palaute koettiin tärkeänä, kun omaiset kokivat, että heidän läheisensä oli hyvässä hoidossa ja ammattilaisten käsissä. Vaikka potilas menehtyisikin, silti hoito voi olla ollut hyvää ja omaiset kiitollisia, kuten H10 kuvaa sitaatissaan:

No jaa no saattopotilaan omainen kun hänen isänsä kuoli tuolla sairaalassa, niin tuli kertomaan siitä ja kiittämään, että tuota kun on hoidettu hyvin. Semmoset asiat tekee onnelliseksi. Ja yleensä kyllähän se kissa elää kiitoksella, mutta kyllä sitte tota positiivista palautetta muutenkin kyllä saahaan paljo. Että se oli oikeestaan se syy, miks mä jäin tälle alalle. (H10)

Positiivisen palautteen ja arvostuksen vastakohtana haastatteluista nousi kunnioituksen puute ja hoitotyöntekijöiden ammattitaidon kyseenalaistaminen potilaiden puolelta. Osa haastateltavista oli kokenut nuoresta iästään johtuvaa osaamisensa kyseenalaistamista. Yksi haastateltava mietti, että potilaat eivät välttämättä ole tietoisia hoitotyöntekijöiden toimenkuvasta, joten ammatin tärkeyttä voidaan mitätöidä. H5 kuvaa ammattitaidon kyseenalaistamisen olevan jokapäiväistä. Kyseenalaistajina eivät ole pelkät potilaat, vaan myös omaiset.

Hoitotyö on nykyään niin suurennuslasin alla. Niin kuinka usein me mennään linja-autoon tai kampaajalle ja ruvetaan niinku kampaajalta tai bussikuskilta kysyyn, että ooks sä nyt ihan varma, että sä osaat leikata mun hiukset tai ootko sä nyt ihan varma, että sä osaat ajaa tätä autoo. Koska niinhän meitä lähestytään päivittäin. No ehkä päivittäin on vähä liiottelua, mutta jatkuvasti kuitenkin. Ja yleensä se on niinku omaiset, jotka kyseenalaistaa ei välttämättä ne potilaat, jotka on siellä itse sairaana ja saavat sitä apua ja hoitoo. (H5)

Yksi haastateltava oli toiminut samassa työpaikassa kodinhoitajana sekä sairaanhoitajana. Hänelle oli tullut vastaan epämiellyttävä tilanne, jossa näkyi potilaan alentava suhtautuminen matalammin koulutustason työntekijöihin. Potilaat voivat siis myös arvostaa eritason hoitotyöntekijöitä eri tavalla. Sitaatissa hän kuvaa potilaan käyttäytymistä seuraavasti:

Esimerkiks yks nainen mulla jäi niinku tosi hyvin mieleen se kohteli mua ku paskakasaa, kun mä menin kodinhoitajana, ku mä sanoin, et joo mä oon kodinhoitaja. Se ei niinku oikeestaan kattonukkaan muhun päin, eikä sanonu heihei ku mä läksin ja vaikka mä sanoin hyvin ystävällisesti heihei. Sitte ku mä menin sairaanhoitajana, sit hän oli aivan ku eri ihminen. Ja ja tota musta tää on niinkun työhyvinvoinnin kannalta hirveen huolestuttava asia, että ihmisiä niinku siis ei kohdella niinkun ihmisinä. [...] (H9)

Myös kollegoiden arvostus toisia kollegoita kohtaan nousi esiin muutamassa haastattelussa. Eräs haastateltava toi esiin työpaikkansa vanhempien työntekijöiden alentavaa suhtautumista nuorempiin kollegoihin. H2 kertoi, kuinka hoitotyön sisällä toisiin erikoistumisaloihin suhtauduttiin alentavasti. Seuraavassa sitaatissa H2 kuvaa sitä, kuinka somaattisen puolen hoitajat eivät ymmärrä psykiatrian puolen hoitotyötä:

Kun mä ajattelen esimerkiksi tuolla sairaalassa alkuvuosina kun psykiatrian osasto sinne tuli, niin paljonkin kuuli somaattiselta puolelta ihan hoitajilta, joilla kuitenkin kaikilla oli jonkinlainen psykiatrinenkin kokemus opiskeluajalta, kuuli tämmöistä kommenttia, että eihän ne hoitajat teekkä siellä psykiatrialla mitään, ne vaan puhuu potilaitten kanssa. [...] Ja ehkä tätä psykiatria kaikkein vähiten kuitenkin [arvostetaan]. (H2)

6. POHDINTA

Tutkielman tutkimuskysymys käsittelee hoitotyön vaatimus- ja voimavaratekijöitä. Sisällönanalyysin avulla haastatteluista nousseet hoitotyön vaatimus- ja voimavaratekijät jaettiin työn organisaatioon, psyykkisiin ja sosiaalisiin suhteisiin liittyviin tekijöihin käyttäen apuna Bakerin ja Deremoutin (2017) työ kuormitus- ja voimavarat -mallia. Työn vaatimustekijät vaikuttivat heikentävästi yksilön työhyvinvointiin ja vastaavasti työn voimavaratekijät olivat työpahoinvoinnilta suojaavia tekijöitä. Erilaiset vuorovaikutustilanteet, hoitotyön eettinen pohdinta ja toisaalta työn organisointi nousivat esiin useissa vastauksissa. Haastatteluissa korostuivat työn vaatimustekijät työn voimavaratekijöitä enemmän. Se oli odotettavissa, koska ihmisillä on usein taipumus keskittyä enemmän negatiivisiin kuin positiivisiin kokemuksiin. Kuormittavat tekijät ehkä huomataan paremmin, kun taas mahdolliset voimavaratekijät voivat tuntua itsestään selviltä asioilta, joihin ei kiinnitetä niinkään huomiota, ennen kuin niistä joutuu luopumaan. Myös työhyvinvointitutkimus on alkujaan ollut hyvin ongelmalähtöistä lähtiessään käyntiin stressitutkimuksesta, positiivinen psykologia on selkeästi uudempi tutkimussuuntaus.

Seuraavaksi tutkielman tuloksia tarkastellaan erikseen kolmen analyysin perusteella muodostetun pääluokan mukaan. Tuloksia peilataan pääasiassa haastatteluiden teon jälkeen tehtyihin uudempiin tutkimuksiin, mikä osaltaan kertoo kuormitus- ja voimavaratekijöiden pysyneen melko samoina. Tämän jälkeen punnitaan tutkielman vahvuuksia ja heikkouksia. Johtopäätös-osiossa vedetään tutkielman tulokset yhteen ja mietitään tulosten hyödynnettävyyttä työhyvinvoinnin parantamiseksi. Viimeiseksi esitellään aineistosta ja tuloksista nousseita jatkotutkimusaiheita.

6.1 Organisaatioon liittyvät haasteet ja tehokkuusajattelu

Tulosten mukaan työn organisaatioon liittyvät kuormitus- ja voimavaratekijät liittyivät esihenkilötyöhön ja johtamiseen, työn organisointiin, vaikuttamismahdollisuuksiin, palkkaukseen sekä työn fyysiseen kuormitukseen. Esihenkilötyössä ja johtamisessa vaatimustekijöiksi nousivat ongelmat tiedonkulussa ja kommunikaatiossa, jotka aiheuttivat työntekijöissä epätietoisuutta. Rytkösen (2018, 115) väitöskirjan mukaan noin 29 prosenttia vanhustyössä työskentelevistä hoitajissa koki huonon tiedonkulun haittaavan työtä melko tai erittäin paljon. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisun mukaan eri sosiaali- ja*

terveysalojen työntekijöiden arviot tiedonkulun riittävydestä johdon ja alaisten välillä vaihteli paljon eri sektoreiden välillä, mutta heikoimmat arvosanat tulivat terveyskeskusten vuodeosastoilta, jossa vain kolmasosa piti tiedonkulkua riittävänä (Kokkisen ym. 2011, 73–74). Tiedonkulun ongelmat ovat siis yleisiä.

Tutkielman tulosten mukaan epätietoisuus ja epäselvyydet saattoivat koskea työssä tapahtuvia tulevaisuuden muutoksia, mutta toisaalta myös työn ohjeistuksia ja tavoitteita. Samoin muiden tutkimusten mukaan muutosviestinnässä on ollut parantamisen varaa: Kokkisen ym. (2011, 57) mukaan vuonna 2010 sosiaali- ja terveysalan työntekijöistä, jotka olivat kokeneet työpaikallaan muutoksia, puolet piti muutoksen alkuvaiheen ennakkotiedotusta liian vähäisenä. Melkein yhtä moni koki saaneensa liian vähän tietoa muutosten vaikutuksista omaan työhönsä ja reilun 40 prosentin mielestä tiedostus ei ollut ollut avointa ja rehellistä (em.). Epätietoisuudessa työskentely lisäsi tutkielman haastatteluiden mukaan työn kuormitusta.

Vastapainona esihenkilötyöhön liittyviä voimavarakantajia olivat tutkielmassa esihenkilön tuki ja työnohjaus. Esihenkilöltä toivottiin puuttuvan epäkohtiin ja olevan alaistensa puolella. Kokkisen ym. (2011, 67) mukaan 42 prosenttia kaikista sosiaali- ja terveysalan vastaajista ilmoittikin saaneensa esihenkilöltään riittävästi tukea vaikeissa tilanteissa. Mielenterveys- ja päihdetyön henkilöstö koki saavansa tarvitsemaansa tukea muita useammin, kun taas vammaishuollossa, vuodeosastoilla ja sairaaloissa työskentelevät kokivat saavansa tukea muita harvemmin (em.). Rytkösen (2018, 138) mukaan vanhustyössä työskentelevistä hoitajista noin viidesosalla oli hyvä tai melko hyvä mahdollisuus työnohjaukseen. Tutkielman haastatteluissakin tuli esiin se, kuinka työntekijät kokivat työnohjauksen tärkeänä, mutta suuri osa ei kokenut saavansa sitä riittävästi.

Työn organisointiin liittyvät vaatimustekijät liittyivät liialliseksi koettuun työmäärään, jonka osaltaan nähtiin olevan seurausta liian vähäisestä henkilöstön määrästä. Vain harva koki työmääränsä sopivaksi, jolloin pystyttiin käyttämään enemmän aikaa potilastyöhön. Sijaisia oli hankala saada. Nämä tekijät aiheuttivat taas kiirettä, joka lisäsi työssä tehtävien virheiden määrään ja joiden korjaaminen aiheutti lisää työtä. Haastateltavat kertoivat myös, että taukoja ei pystytty aina pitämään työpäivän aikana. Tutkielman tulokset ovat yhdenmukaisia aikaisempien tutkimusten kanssa. Työ ja terveys Suomessa 2009 – tutkimuksen mukaan vuonna 2009 kiire oli yksi hoitoalan suuri vaatimustekijä ja työn kuormitus oli kasvanut (Kauppinen ym. 2010, 230). Samoin vuonna 2020 kolmasosa sosiaali- ja terveysalan työntekijöistä koki työmäärän kasvaneen (Selander ym. 2021, 30). Hoitotyöntekijät kokevat

usein työmääränsä olevan kohtuuton (Rytkönen 2018, 115). Tutkimustuloksia sijaisten puutteesta tukee esimerkiksi Peltosen (2020, 7) raportti, jonka mukaan vuonna 2020 54 prosenttia työvoimaa hakeneista terveys- ja sosiaalipalveluiden toimipaikoista oli ollut ongelmia saada tarvitsemaansa henkilöstöä. Vuonna 2020 työvoimavajeesta kärsikin moni hoitoala (Tevameri 2022, 43). Sairaanhoidajista oli vajausta 17 prosenttia, osastonhoitajista 12 prosenttia ja kotipalvelutyöntekijöistä reilu 4 prosenttia. Terveystenhoitajista, sairaankuljetuksen ensihoitajista ja kättilöistä sen sijaan oli ylitarjontaa. (Em.) Tilastojen mukaan kuitenkin sairaanhoidajien määrä oli miltei kaksinkertaistunut vuosien 2000 ja 2018 välillä (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2021, 5), minkä aikaikkunan sisällä myös haastattelut oli tehty. Tämä ei siis kuitenkaan näytä olleen riittävää samalla kun työmäärä on kasvanut.

Toisaalta työssä oli myös itsessään kuormittavia ominaisuuksia, kuten vuorotyö ja työn sirpaleisuus. Kaikki halukkaat eivät voineet tehdä päivätyötä vaan vuorotyö oli vastentahtoista. Tehyn teettämän jäsenkyselyn mukaan noin 40 prosenttia koki, että vuorotyötä on vaikea sovittaa muuhun elämään (Aula Research 2021). Selanderin ym. (2023) tutkimuksen mukaan vanhuspalveluissa työaika-autonomiaa oli muita terveysaloja vähemmän. Vuorotyö on tietystyyppisissä hoitoyksiköissä pakollista, ja Rytkösen (2018, 93) väitöskirjan yksi tulos olikin, että vuorotyön rasitus kohdistuu enemmän laitospaikoissa toimiviin hoitajiin. Työn sirpaleisuudella tässä tutkielmassa viitataan siihen, että haastateltavat joutuivat varsinaisen hoitotyön lisäksi tekemään työpäivänsä aikana monenlaisia työtehtäviä. Ne saattoivat olla uusien työntekijöiden perehdyttämistä, hallinnollisia tai toimistotöitä, potilaan muiden kuin hoidollisten asioiden hoitamista. Toisille monipuolinen työnkuva oli myönteinen asia ja he karttoivat rutiineja, mutta haastatteluissa erilaiset tehtävät pääasiassa kuormittivat työntekijöitä. Tehyn jäsenkyselyn mukaan vuonna 2019 reilu 40 prosenttia koki työnsä tehtäväkentän liian laajana, mutta vuonna 2021 tätä mieltä oli 29 prosenttia eli suunta oli laskenut (Aula Research 2021).

Vaatimustekijänä tutkielman analyysissä nousi myös työntekijöiden heikoksi kokemat vaikuttamismahdollisuudet. Osa koki, etteivät he pystyneet suunnittelemaan omaa työtään vaan heidän tuli toimia tarkasti ohjeistusten mukaan. Muutama yksin työskentelevä toi esiin työn itsenäisyyden voimavarana, kun työtä pystyi tekemään enemmän itselle sopivalla tavalla. Osalla työnantaja ei myöskään tukenut työntekijöiden lisäkoulutautumista. Kokkisen ym. (2011, 80–82) tutkimuksen mukaankin sosiaali- ja terveysalalla vaikutusmahdollisuudet työssä koetaan puutteelliseksi. Kaikkein vähäisimmät vaikutusmahdollisuudet omaan

työhön ja työaikoihin olivat terveystieteiden vuodeosastoilla (em.). Rytkösen (2018, 138) väitöskirjan tulosten valossa vanhustyössä työskentelevien hoitotyöntekijöiden koetut vaikutusmahdollisuudet omaan työhönsä olivat jakautuneet melko tasaisesti kolmeen luokkaan: kolmasosa koki vaikutusmahdollisuutensa melko tai erittäin hyväksi, kolmasosa keskitasoisiksi ja kolmasosa matalaksi tai olemattomiksi.

Palkkatasoonsa oli enemmistö haastatelluista tyytymätön. Palkkaa pidettiin liian matalana työn vaatimuksiin ja kuormitukseen nähden ja sen koettiin vähentävän alan vetovoimaa. Haastateltavat kokivat että palkka liittyi osaltaan alan matalaan arvostukseen. Tehyn jäsenkyselyn mukaan jopa reilut 90 prosenttia niistä, jotka eivät uskoneet jaksavansa sosiaali- ja terveysalan työtehtävissä työuransa loppuun asti mainitsivat yhdeksi syyksi palkan, jonka ei nähty vastaavan työn vaativuutta ja kuormittavuutta (Aula Research 2021). Samoin reilu 80 prosenttia mainitsi alan vaihdon miettimisen yhdeksi syyksi matalan palkkatason (em.). Vaikka palkkataso vaikuttaa työpaikan valintaan ja sitoutumiseen, ei palkka Kokkisen ym. (2011, 114) mukaan millään sosiaali- ja terveysalan sektorilla ollut vastaajille tärkein asia. Rytkösen (2018, 139) aineiston mukaan vanhustyössä työskentelevistä hoitajista lähes puolet oli sitä mieltä, että heidän palkkansa ei vastannut lainkaan tai vastasi vain vähän heidän työmääräänsä.

Monen haastateltavan työ oli fyysisesti raskasta, mikä oli työn yksi selkeä vaatimustekijä. Tämä johtui usein ahtaista, epäsopivista työtiloista. Hoitotyöntekijät joutuivat nostamaan ja kääntelemään potilaita, nostoapulaitteita oli vain harvalla käytössään. Raskaimmaksi työ koettiin vuodeosastoyksiköissä sekä vanhustyöstä, mikä on havaittu myös Kokkisen ym. (2011, 30) tutkimuksessa. Tehyn jäsenkyselyn mukaan vajaa 40 prosenttia vastaajista koki työn fyysisen kuormituksen vaikuttavan alalla jaksamiseen (Aula Research 2021). Perushoitotarvikkeista oli muutama haastateltavat myös kokenut pulaa. Haastatteluihin tuli esiin myös teknologian aiheuttama kuormitus. Osa työntekijöistä oli muutosvastaisia teknologiaa kohtaan. Suomessa digitalisaation vaikutus terveyshuollon työntekijöihin on tutkittu verrattain vähän, mutta esimerkiksi Öbergin ym. (2018) ruotsalaisen tutkimuksen mukaan hoitajat toivat esiin teknologian kehityksen muuttavan työnkuvaa perinteisestä hoitajantyöstä enemmän tietokoneella tapahtuvaksi työksi, mikä voi tuntua ahdistavalta. Teknologia tarjoaa paljon hyötyjä, mutta lisää myös työmäärää. Digitalisaatio aiheutti siis hoitajissa ristiriitaisia tunteita. (Em.)

Tutkielman haastatteluiden jälkeen terveysalan teknillistyminen on ottanut vielä ainoita harppauksia eteenpäin. Suomen Sairaanhoitajat (2021) onkin julkaissut digitaalisten

sosiaali- ja terveystalvelun strategian. Digitalisaatioon liittyviä tavoitteita on monia, kuten se, että sairaanhoitajat hyödyntävät digitaalisia palveluiden asiakkaan palveluprosessin eri vaiheissa, edistävät tasavertaista vuorovaikutusta digitaalisissa palveluissa sekä tuovat digitaalisten palveluiden moniammatilliseen sisältöön oman alan asiantuntijuutta. Eettiset ohjeet ohjaavat työntekijöiden toimintaa myös digitaalisissa palveluissa, samalla kun digitalisaation laajentaa sairaanhoitajien työnkuvaa. (Em.)

Yhteenvetona voidaan todeta, että työn organisaatioon liittyvät vaatimustekijät ovat moninaisia, mutta yhteistä monelle niistä on ajatus terveydenhuollon tehostamisesta. Haastatteluissa tuli esiin terveydenhuollossa tapahtuneet muutokset, joissa tiedonkulku oli ollut puutteellista. Suurin osa kertoi työmäärään ja kiireen lisääntyneen samaan aikaan kuin hoitohenkilökunta oli vähentynyt. Hoitotyön lisäksi työtehtäviin on tullut lisäksi hallinnollisia töitä. Palkkataso ei kuitenkaan ole noussut vaikka työn vaatimukset olivat kasvaneet. Teknologian käyttöönotolle tavoitellaan työn tehostamista, mutta samalla se toi lisäkuormitusta. Terveydenhuollossa tehostaminen näyttäytykin haastatteluiden perusteella muuttaneen työn organisointitapaa, jossa on pyritty karsimaan tuottamatonta ajankäyttöä, samalla kuitenkin työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksia ja autonomiaa lisäämättä.

6.2 Merkityksellisen työn eettinen kuormitus

Työn psyykkiset vaatimustekijät liittyivät työn valumiseen vapaa-ajalle sekä hoitotyön eettiseen kuormitukseen. Suurena voimavaroitekiijänä oli työn mielekkyys, joka auttoi jaksamaan työssä. Työ oli mielekästä, jos se koettiin merkityksellisenä, osana jotain laajempaa tarkoitusta. Saman suuntaisia tuloksia on tullut muun muassa Tehyn erikoissairaanhoitajien vetovoimatekiijöitä kartoittavassa kyselyssä, jossa lähes kaikki sairaanhoitajat pitivät työtään tärkeänä ja merkityksellisenä (Coco 2019, 10). Lähihoitajille suunnatussa kyselyssä taas kaikki vastaajat pitivät nykyistä työtään tärkeänä ja merkityksellisenä (Coco & Roos 2020, 14). Rytkösen (2018, 139) tutkimuksen mukaan noin kuudesta seitsemään hoitajaa kymmenestä koki työn iloa ja työnsä mielekkäänä. Kokkisen ym. (115) tutkimuksessa luvut olivat kuitenkin matalampia. Sen mukaan vajaa puolet sosiaali- ja terveystalan vastaajista piti työtään itselleen hyvin merkityksellisenä, mutta alakohtaisia erot olivat suuria. 1990-luvun lopusta vuoteen 2010 työn merkitys itselle näytti

lisääntyneen mielenterveys- ja päihdetyössä ja terveyskeskusten vuodeosastoilla työskentelevien kohdalla. (Em.)

Tutkielman tulosten mukaan työssä koetut onnistumiset nostivat työmotivaatiota, mutta työ ei kuitenkaan saanut olla liian helppoa. Tehyn jäsenkyselyn mukaan noin viidesosa ei kokenut työtään motivoivana (Aula Research 2021), minkä voi nähdä kuvastavan osaltaan työn mielekkyyttä. Kokkisen ym. (2011, 100) mukaan kolme vastaajaa neljästä koki työssään onnistumisia usein ja vain kaksi prosenttia harvoin tai ei koskaan. Osalla hoitotyö oli kutsumusammatti, jota tehtiin motivoituneesti pienestä palkasta huolimatta. Rytkösen (2018, 136) aineiston mukaan joka neljäs olikin hakeutunut hoitoalalle kutsumuksen vuoksi. Tutkielman aineistosta suurin osa ei puhunut työstään kutsumuksena, mikä on samansuuntainen tulos kuin Rytkönen on saanut.

Monella haastateltavalla työn kuormitus ei ulottunut pelkästään työpaikalle, vaan työasiat jäivät pyörimään mielen päälle myös vapaa-aikana. Työstä oli vaikea irrottautua henkisesti. Rytkönen (2018, 110–111) on tutkinut hoitajien kokemia rasittavuustekijöitä työpäivän jälkeen. Tulosten mukaan työpaikan ihmissuhteet aiheuttivat hieman enemmän unettomuutta kuin huoli asiakkaiden selviytymisestä. Hoitajista noin kuudesosa kärsi lähes aina tai usein unettomuudesta työpaikan ihmissuhteiden takia, kun taas huoli asiakkaiden selviytymisestä aiheutti unettomuutta yhtä usein yli joka kymmenelle hoitajalle. (Em.) Tutkielmassa korostui haastateltavien huoli potilaista ja tekemättömistä työtehtävistä, mutta työpaikan sosiaalisten suhteiden vaikutuksesta ei puhuttu. Usea koki työnsä vastuun painavan, minkä takia yksittäisiä työtehtäviä tai potilaskohtaamisia saattoi jäädä miettimään vielä työpäivän jälkeenkin. Kokkisen ym. (2011, 28–29) mukaan vuodesta 1990 vuoteen 2010 potilasvastuun kuormittavuus on lisääntynyt ja erityisesti vuodeosastoilla, vammaishuollossa ja vanhainkodeissa. Vajaa 40 prosenttia sairaaloissa, avoterveydenhuollossa ja palvelutaloissa työskentelevistä koki asiakasvastuun kuormittavana. Rytkösen (2018, 114) aineiston mukaan taas reilu puolet vanhustyössä työskentelevistä hoitajista ei kokenut kantavansa yksin liikaa vastuuta asiakkaista eli luvut ovat melko samantasoiset Kokkisen ym. (2011) tuloksiin verrattuna.

Haastateltavien kokema eettinen kuormitus liittyy osaltaan tähän vastuuseen potilaista. Heidän täytyy kohdata vaikeita tilanteita ja tekemään potilaan hyvinvointiin vaikuttavia päätöksiä. Ongelmia saattoi aiheutua potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisessa, mutta suurin eettinen kuormitus johtui siitä, että haastateltavat kokivat etteivät pystyneet tekemään hoitotyötä riittävän laadukkaasti. Tehyn erikoissairaanhoitajien tutkimuksen

mukaan eettisen kuormituksen koki haitalliseksi tai vakavaksi reilut puolet vastaajista (Coco 2019, 12). Lähihoitajien eettinen kuormitus oli vähäisempää; heistä kolmasosan mielestä heidän eettinen kuormituksensa oli haitallisella tasolla, ja samalla kolmasosa koki, ettei voinut tehdä työtä niin hyvin kuin haluaisi tai osaisi (Coco & Roos 2020 17).

Työn resurssit, erityisesti työhön käytettävissä oleva aika, koettiin liian niukoiksi, mikä taas aiheutti sen, ettei potilaiden kohtaaminen ollut riittävän kokonaisvaltaista. Yllättäviin tilanteisiin ei pystytty varautumaan eikä potilaan yksilöllisiä tarpeita selvittämään., mikä aiheutti haastateltavissa turhautumista. Kokkisen ym. (2011, 38) tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveysalalla potilas- tai asiakastyötä tekevistä viidesosa koki usein, ettei voinut toimia eettisesti oikein työpaikan rajallisten resurssien vuoksi. Terveyskeskusten vuodeosastoilla lähes 40 prosenttia ja vanhainkodeissa runsas kolmasosa koki usein, että he eivät voineet toimia työssään eettisesti oikein työpaikan resurssien takia (em.).

Kaiken kaikkiaan hoitotyöstä välittyi kuva hyvin merkityksellisenä työnä ja hoitotyöntekijät tunnistivat oman vaikutuksensa potilaidensa hyvinvointiin. Työn merkityksellisyyden lähde, potilaiden kohtaaminen, toi kuitenkin työhön mukanaan raskasta eettistä kuormitusta. Henkilöstön omat kriteerit hoitotyön laadukkuudella olivat korkeita, mihin pääsemistä vaikeutti liian pieneksi koetut resurssit. Lainsäädännön ja eettisten ohjeiden tulisi taata potilaille ihmisarvoinen kohtelu, mikä ei kuitenkaan aina toteudu. Potilaalle tulisi varata riittävästi aikaa, jotta hänet pystytään kohtaamaan asianmukaisesti. Yksittäisiä hoitotehtäviä pystytään tekemään mekaanisesti ja tarvittaessa nopeastikin, mutta usein hoitotyössä on myös hoivan piirteitä, joihin kuuluu huolenpitoa ja kosketusta, ehkä jopa hellyyttä. Työntekijät pohtivat sitä, miten kiireessä pystyy kohtaamaan potilaan asianmukaisesti ja täyttämään hänen yksilöllisiä, välillä ennalta-arvaamattomatkin, tarpeensa.

6.3 Työpaikan vuorovaikutustilanteet

Sosiaalisiin suhteisiin liittyvät kuormitus- ja voimavaratekijät liittyivät vuorovaikutukseen potilaiden ja omaisten kanssa, työyhteisön vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön sekä työn arvostukseen. Onnistuessaan potilastyö oli monelle haastateltavalle suuri työn voimavaratekijä. Potilaiden auttaminen ja yhteyden saaminen toiseen ihmiseen olivat tärkeitä. Myös Rytkösen (2018, 136) tulosten mukaan halu auttaa ihmisiä oli reilusti yli puolella vastaajista yleisin syy hakeutua hoitoalalle. Samalla potilaan ja omaisten kohtaamisissa oli kuitenkin monia ikäviä puolia. Potilasmäärien koettiin kasvaneen ja

potilaiden olevan entistä vaikeahoitoisempia, mutta myös vaativampia. Yleisesti ottaen sosiaali- ja terveysalalla asiakasmäärästä aiheutuva kuormituksen kokemus lisääntyi 1990-luvun alusta sen loppuun tultaessa, pysytteli samana vuonna 2005, ja väheni vuoden 2010 kyselyssä (Kokkinen ym. 2011, 26). Eri aloilla kuormitus oli erilaista ja terveyskeskuksen vuodeosastoilla melkein kaksi kolmasosaa tutkimukseen osallistuneista piti potilaiden suurta määrä usein tai jatkuvasti rasittavana (em.).

Haastatteluissa tuli esiin se, kuinka osa potilaista on alkanut toimimaan asiakkaan tavoin. Osaltaan tämä johtune siitä, että potilailla on tullut mahdollisuus päästä itse käsiksi lääketieteelliseen tietoon ja osaksi siihen, että potilaat kokevat, että heille on oikeus saada hoitoa. Tämän voi nähdä samana sosiaali- ja terveyspolitiikan kehityskulkuna, missä potilaista on alettu puhua *”aktiivisina, itsemääräävinä, osallistuvina ja valitsevina kansalaisina”* (Kalliomaa-Puha 2015, 133). Siihen kuuluu mahdollisuus valita terveyspalveluita, osallistua hoitoon, saada tietoa hoidosta, kannella hoidosta ja myös maksaa hoidosta (em. 133–150.) Julkisen terveydenhuollon resurssien vajavaisuus ei kuitenkaan mahdollista täydellistä kuluttajuutta; edes rahalla ei saa haluamaansa palvelua. Potilaiden voi olla vaikea ymmärtää terveydenhuollon resurssien kohdentamista, mikä voi purkautua hoitohenkilökuntaan myös häiritsevänä käytöksenä. Tutkielman tulosten mukaan hoitotyöntekijät kohtasivat usein potilaiden epäasiallista käyttäytymistä. Kiroilu, solvaukset ja fyysinen väkivalta olivatkin monille tuttuja. Joskus näin saattoi käyttäytyä myös omainen. Rytkösen (2018, 106) tulokset ovat samansuuntaisia: hoito- ja hoivatyötä tekevät hoitajat kohtaavat usein väkivaltaa tai sen uhkaa. Hänen mukaansa yli puolet vanhustyön hoitajista oli kokenut asiakkaiden esittämää kritisointia ja haukkumista lähes päivittäin tai joka viikko (em.). Kokkisen ym. (2011, 31) mukaan yleisemmin huolta asiakkaiden väkivallasta koettiin vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla, joissa kolmasosa koki sitä usein. Tutkielman haastatelluista kaikki eivät olleet kohdanneet työssään väkivaltaa, mutta useimmiten väkivaltaa oli koettu juuri vanhus-, päihde- ja mielenterveyspuolella potilaiden puolelta.

Hyvä työyhteisön keskinäinen vuorovaikutus oli monelle tärkeä työn kuormitusta vähentävä tekijä. Ihmisten välinen avoin keskusteluyhteys, muiden tukeminen, muiden näkemysten kunnioittaminen ja rohkeus käsitellä myös vaikeita aiheita koettiin tärkeinä työilmapiirin kannalta. Vastuun ja työtehtävien haluttiin jakautuvan tasapuolisesti. Kollegoiden kanssa haluttiin keskustella työssä kohdatuista vaikeista asioista. Tällä tavoin henkistä kuormitusta saatiin vähennettyä. Vuonna 2010 noin kymmenesosa sosiaali- ja terveysalalla

työskentelevistä piti työyhteisönsä toimivuutta huonona ja kaksikolmesta taas hyvänä (Kokkinen ym. 2011, 71). Vammaishuollossa ja kotipalveluissa työyhteisöt koettiin muita toimialasektoreita harvemmin toimiviksi (em.). Tutkielman tulosten mukaan pääasiassa työyhteisöön kaivattiin enemmän miehiä, koska sen nähtiin parantavan ilmapiiriä. Suomessa terveys- ja sosiaalipalveluissa työskentelevistä 85 prosenttia on naisia (Tilastokeskus 2021, 56) eli ala on selkeästi vieläkin naisvaltainen.

Potilaiden lisäksi myös työtovereiden epäasiallinen käytös kuormitti haastateltavia. Töiden jakautuminen epätasaisesti, kunnioituksen sekä kollegoiden tuen puute heikensivät työilmapiiriä. Tutkimuksen mukaan huono työilmapiiri kuormittaa tehyläisistä noin joka kuudetta tai seitsemättä (Aula Research 2021). Rytkösen (2018, 117) mukaan monien vanhustyön hoitajien työilmapiirissä esiintyi ongelmia kuten arvostuksen puutetta ja kuppikuntalaisuutta, jotka aiheuttivat konflikteja. Rytkösen haastateltavat kuvasivat myös ammattikuntien välistä hierarkiaa, joka tuli myös tutkielman haastattelussa esiin (em.). Vastaavasti potilailta tai kollegoilta saatu arvostus oli tärkeä voimavaratekijä. Positiivinen palaute auttoi jaksamaan työssä, tuli se sitten potilailta, omaisilta vai työtovereilta. Puolet sosiaali- ja terveysalan henkilöstö on kertonut saavansa paljon potilailta palautetta onnistuneesta työstä ja neljäsosa sai paljon palautetta työtovereiltaan (Kokkinen 2011, 101). Tehyläisistä noin 70 prosenttia, niistä, jotka kokivat etteivät jaksaa työtehtävissään eläkeikään, koki kuitenkin, että heidän työtään ei arvosteta tarpeeksi (Aula Research 2021). Kokkisen (2011, 116) tutkimuksen mukaan taas sosiaali- ja terveysalan henkilöstöstä 46 prosenttia koki, että oman alan yhteiskunnallinen arvostus oli hyvä. Tutkielman tuloksista nousi esiin positiivisen palautteen vastakohtana selkeästi arvostuksen puute, joka ilmeni esimerkiksi ammattitaidon kyseenalaistamisena ja mitätöintinä potilaiden tai omaisten taholta. Myös kollegoiden mitätöinti tuntui pahalta.

Lyhyesti sanottuna työpaikan sosiaaliset suhteet niin potilaisiin, omaisiin kuin työtovereihin koettiin niiden onnistuessa työn kannalta hyvinkin merkityksellisenä voimavaratekijänä. Samalla kuitenkin sosiaalisten suhteiden haittapuolet kuten epäasiallinen käyttäytyminen kuormittivat henkilöstöä. Sosiaaliset vuorovaikutustilanteet ovat kuitenkin monen työtehtävissä pakollisia, ja hoitohenkilöstön mahdollisuudet säätää näitä tilanteita ovat usein pienet. Huonosti käyttäytyvän potilaan hoitamisesta kieltäytyminen on vaikeaa, ja toisaalta käytös voi usein johtua potilaan sairaudesta. Hoitotyöntekijöillä riittää myötätuntoa hoidettavilleen, mutta työn arvostuksen mitätöinti silti vaikuttaa heihin.

6.4 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida monella tavalla. Tuomen ja Sarajärven mukaan (2018, 123) tutkijan tulee antaa lukijoilleen riittävästi tietoa siitä, miten tutkimus on suoritettu, jotta tutkimuksen tuloksia voidaan arvioida. Tähän on pyritty sillä, että tässä tutkielmassa on kuvattu selkeästi tutkittava ilmiö ja tutkimusprosessin kulku. Tutkimusaineisto, aineistonkeruu sekä haastatteluihin osallistuneet on kuvattu riittävällä tarkkuudella. Jokainen tutkimuksen vaihe on pyritty kuvailemaan mahdollisimman tarkasti ja läpinäkyvästi, jotta lukija voi arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Tulos-osioon on liitetty suoria haastatteluotteita auttamaan lukijaa ymmärtämään tulkintoja.

Yksi tutkielman suuremmista vahvuuksista on käytetty laaja tutkimushaastattelumateriaali. Samalla haastattelumateriaaliin liittyi monia mahdollisia heikkouksia, johon ei sekundaariaineistoa käytettäessä ole pystytty vaikuttamaan. Näitä asioita on käyty lävitse aikaisemmin aineistonkeruu -osiossa. Kuten on tuotu esiin, käytetty aineisto on rajattu tämän tutkielman tutkimuskysymysten perusteella. Koska tutkielmassa haluttiin keskittyä ammatilliseen hoitotyöhön, jäivät esimerkiksi omaishoitajien haastattelut tutkielman ulkopuolelle. Heidän mukaan ottaminen olisi muuttanut tutkimusasetelmaa enemmän hoivan tutkimuksen suuntaan, jolloin tutkimustuloksissa olisi mahdollisesti korostuneet vielä enemmän tunteet ja tunnetyöskentely.

Tutkielman luotettavuutta arvioitaessa on kuitenkin syytä ottaa huomioon, ketkä jäivät haastatteluaineiston ulkopuolelle alun perinkin. Aineiston alkuperäinen tutkimusjoukko oli tarkasti rajattu alkuperäistutkimuksen tutkimusongelmien mukaisesti ja haastateltavia oli kerätty lumipallomenetelmällä. Haastateltavia saatiin siis muiden haastateltavien kautta, mikä voi vaikuttaa niin, että haastateltavat ja heidän vastauksensa ovat samankaltaisia. Kaikki haastateltavat olivat myös haastatteluhetkellä hoitoalalla. Vastaukset olisivat voineet olla erilaisia, jos tutkimus olisi kohdistunut myös niihin, jotka olivat aikaisemmin työskennelleet hoitotehtävissä, mutta vaihtaneet alaa. Alalla pysyneitä voi yhdistää esimerkiksi tietyt luonteenpiirteet, jotka ovat vaikuttaneet hoitoalalla pysymiseen. Myös haastattelututkimus tutkimusmenetelmänä on haastateltavalle sitovampi kuin esimerkiksi netissä täytettävä kyselylomake. Haastattelututkimuksessa esimerkiksi haastatteluiden nauhoittaminen voi olla tekijä, miksi haastattelusta kieltäydytään. Haastatteluihin osallistuvat todennäköisesti myös enemmän ihmiset, joilla on aiheesta paljon kerrottavaa ja ovat luonteeltaan ulospäinsuuntautuneempia.

Hirsjärvi ym. (2007, 177) tuovat esiin kuinka laadullisessa tutkimuksessa yleensä pyritään välttämään yleistämistä aineistosta saatujen tulosten perusteella. Kuitenkin taustalla vaikuttaa ajatus siitä, että yleinen ilmenee yksityisessä. Tutkimalla yksittäistä tapausta riittävän tarkasti voi paljastua, mikä ilmiössä on olennaista ja mitkä piirteet toistuvat ilmiössä yleisellä tasolla. (Em.). Haastateltavien suhteellisen pienestä lukumäärästä huolimatta, haastatteluista nousseista teemoista useat toistuivat aineistossa lukuisia kertoja. Myös aikaisempi hoitotyöntekijöiden sekä muiden työntekijöiden työhyvinvoinnin tutkimukset vahvistavat tämän tutkielman tuloksia samansuuntaisuudellaan. Tämän tutkielman tuloksia voitaneekin jossain määrin yleistää suomalaiseen hoitotyön työhyvinvointitutkimuksiin. On kuitenkin syytä ottaa huomioon aineiston hankkimisen ajankohta, koska työn kuormitus- ja voimavaratekijöissä on voinut tapahtua muutosta esimerkiksi painotuksissa tai on voinut tulla kokonaan uusia työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöistä. Esimerkiksi teknologian kehitys on edennyt melkoisesti, ja vuoden 2023 alussa aloittaneet hyvinvointialueet ovat muuttaneet hoitotyön työskentelykenttää. Uskon kuitenkin, että hoitotyöntekijät nykyään, kuin myös haastatteluiden teon aikaan, kokevat samoja työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä, jotka koskevat esimerkiksi potilaiden kohtaamista, työyhteisöä ja työn resursseja.

Aineiston analyysissa käytettiin teoriaohjaavaa sisällönanalyysia ja teoriana Bakkerin ja Demeroutin (2017) työn vaatimusten ja voimavarojen mallia. Sisällönanalyysin vahvuutena on sen joustavuus menetelmänä, sillä se soveltuu monenlaisiin tutkimuskysymyksiin. Suurten aineistojen kanssa se on kuitenkin melko aikaa vievä prosessi. Sisällönanalyysilla pyrittiin objektiivisuuteen, mutta luokitteluun vaikuttaa aina tutkijan omat näkemykset ja tulkinnat aineistosta. Teoriaohjaavana käytetty työn vaatimusten ja voimavarojen -malli on myös joustava, sillä se soveltuu monenlaisen työn ja työympäristön analysointiin. Se tarjoaa mielestäni selkeän kehyksen työn vaatimuksista ja voimavaroista. Teoriasta poiketen työn fyysiset vaatimustekijät liitettiin organisaatioon liittyviin vaatimustekijöihin, koska niiden nähtiin olevan sen tyyppisiä, joihin organisaation päätöksillä pystytään ainakin osittain vaikuttamaan (työvuorojärjestelyt, nostolaitteet). Työn fyysinen kuormitus ei myöskään noussut haastatteluissa kovin korkealla mainintojen tasolla, joten sen ei koettu olleen pääkäsitteen arvoinen.

Kuten työn vaatimusten ja voimavarojen mallin uudemmissa tulkinnoissa on tullut esiin, vaatimusten ja voimavarojen vaikutus ei välttämättä ole suoraviivainen. Tutkielman aineistossa korostuivat työn vaatimustekijät, joista oli paljon enemmän mainintoja kuin voimavaratekijöistä. Teorian mukaan työn voimavarat voivat lieventää työuupumusta

vähentämällä työn vaatimusten vaikutusta (Bakker & Demerout 2017), mikä näyttäisi myös tässä aineistossa pitävän paikkansa. Vähäisemmät, mutta ehkä merkityksellisemmät, voimavaratekijät oletettavasti vähensivät vaatimustekijöiden vaikutusta niin, että haastateltavien työhyvinvointi oli ainakin vielä kohtuullisella tasolla.

Kuten tuloksista tuli esiin, työn kuormitus- ja voimavaratekijät ovat monimutkainen ilmiö. Usein kyse on saman asian vastakkaisista ilmenemismuodoista, kuten hyvästä työilmapiiristä tai työtovereiden epäasiallisesta käytöksestä. Kuormitus- ja voimavaratekijät jaettiin analyysin avulla neljään eri tasoon, mutta jaottelussa on havaittavissa päällekkäisyyksiä. Niiltä ei täysin pystytä välttymään, koska monet kuormitus- ja voimavaratekijät vaikuttavat toisiinsa. Tämän pohjalta tutkielman jaottelu on mielestäni kohtuullisen onnistunut. Esimerkiksi henkilöstövajaus, joka voi olla organisaatiosta johtuvaa, aiheuttaa työmäärän lisääntymisen, mikä taas aiheuttaa kiirettä, minkä vuoksi kiirettä käsiteltiin pääasiallisesti organisaation liittyvänä vaatimustekijänä. Toisaalta kiire aiheuttaa myös psyykkistä sekä fyysistä kuormitusta, joten tutkielmassa käytetty luokittelu ei ole aukoton. Samoin palkkaus kuvastaa osaltaan työn arvostusta, mutta käytetyssä aineistossa se liittyi vahvemmin työn resursseihin, minkä vuoksi sitäkin käsiteltiin pääasiassa organisaation liittyvänä tekijänä. Jaottelu on kuitenkin pyritty tekemään niin, että välttyttäisiin mahdollisimman hyvin päällekkäisyyksillä.

Luokittelun vaikeus tuokin hyviin esiin se, kuinka monimutkainen ilmiö työhyvinvointi kaiken kaikkiaan on. Harvoin vain yhtä kuormitus- tai voimavaratekijää parantamalla saadaan välttämättä suuria tuloksia, varsinkaan jos sen perimmäistä taustasyytä ei ymmärretä. Esimerkiksi henkilöstön lisäkouluttautuminen ei nostane merkittävästi työhyvinvointia, jos jo ennestään uupunutta henkilöstöstä tuntuu, että heitä kuormitetaan lisää.

6.5 Johtopäätökset

Tutkielman tulosten mukaan yhteenvetona voidaan todeta hoitotyöstä löytyvän lukuisia työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Käytetty työn vaatimusten ja voimavarojen malli soveltui aineiston analyysiin hyvin ja useat aikaisemmat tutkimukset ovat löytäneet hoitotyöstä samanlaisia vaatimus- ja voimavaratekijöitä. Tutkielmassa tunnistettiin niin psyykkisiä, sosiaalisia kuin organisaation liittyviä kuormitus- ja voimavaratekijöitä. Haastateltavien vastauksissa erityisesti kuormitusta aiheuttivat ja näin työhyvinvointia heikensivät liiallinen työmäärä ja henkilökunnan vähäisyys, kiire, työn fyysinen raskaus, erilaiset ongelmat

vuorovaikutustilanteissa niin potilaiden kuin kollegoiden kanssa sekä hoitotyön eettinen kuormitus. Monet vaatimustekijät olivat myös yhteydessä toisiinsa eikä niiden erottaminen toisistaan aina ollut mahdollista. Työn voimavaratekijöitä eli työhyvinvointia edistävinä tekijöinä hoitotyössä nousi erityisesti esiin työn mielekkyys. Työ tuntui arvokkaalta ja merkitykselliseltä. Erilaiset onnistumisen tunteet lisäsivät motivaatiota. Onnistuneet potilaskohtaamiset, työstä saatu palaute ja hyvä työilmapiiri edistivät työntekijöiden hyvinvointia. Hyvä esihenkilötyöskentely ja selkeät, saavutettavat tavoitteet koettiin positiivisina. Useat voimavaratekijät olivat odotetusti vaatimustekijöiden vastakohtia.

Tunnistamalla työhyvinvoinnin kuormitus- ja voimavaratekijöitä, voidaan niihin pyrkiä vaikuttamaan. Vaatimustekijöitä tulisi mahdollisuuksien mukaan vähentää ja voimavaratekijöitä lisätä. Kuten aikaisemmin on tuotu esiin, monet kuormitus- ja voimavaratekijät ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja niiden erottaminen toisistaan voi olla hankalaa. Lisäksi sama työhyvinvointiin vaikuttava tekijä voi näyttäytyä toisella työntekijällä kuormitusta lisäävänä tekijänä, kun toisella työntekijällä se taas vähentää sitä. Hyvä työhyvinvointi vähentää yksilön kärsimystä ja parantaa työsuoritusta. Hyvä työhyvinvointi ja siihen liittyvät tekijät ovat työpaikan ja alan pito- ja vetovoimatekijöitä, joten niitä parantamalla voidaan osaltaan helpottaa hoito- ja hoivakriisin aiheuttamaa hoitoalan työvoimatarvetta.

Tutkielman tulokset vahvistavat myös sitä, että työhyvinvointi on monimuotoinen ilmiö. Sen vuoksi työhyvinvoinnin edistäminen ei voi olla yhden toimijan varassa. Työhyvinvoinnin parantaminen vastuu ei voi olla pelkästään työterveyshuollolla. Työterveyshuolto voi ottaa kantaa työn ergonomiaan ja pyrkiä vähentämään työn fyysistä kuormitusta. Samoin työterveys voi antaa työntekijöille elintapaneuvontaa ja neuvoa stressinhallinnassa. Kuitenkin tutkielmassa esiin nousseista tekijöistä harva oli itse asiassa sellaisia, joihin työterveyshuolto voi suoraan vaikuttaa.

Työhyvinvoinnin edistäminen kuuluukin kaikille työyhteisössä, niin työntajalla kuin myös työntekijöille. Tulosten valossa lähiesihenkilön tulee tukea työntekijöitä, olla rohkea ottamaan ongelmat esiin ja olla avoin viestinnässä. Johto ja esihenkilöt ovat avainasemassa luomassa työympäristöä, joka tukee työntekijöiden hyvinvointia, minkä takia heidän on tärkeää tunnistaa ja puuttua mahdollisiin ongelmiin. Hoitotyön organisaation tason työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa tiedotus, työnkuormitusta vähentävien laitteiden hankkiminen ja mahdollisuus työnjoustoihin. Työnantajilla on velvollisuus edistää työntekijöidensä hyvinvointia tarjoamalla heille selkeät työtehtävät,

riittävät resurssit, koulutusta sekä mahdollisuuksia osallistua päätöksentekoon. Useissa hoitotyöntehtävissä vuorotyön on välttämätöntä potilaiden hyvinvoinnin turvaamiseksi, mutta voisiko työvuorojärjestelmää muuttaa sellaiseksi, että se vähentäisi vuorotyön kuormitusta? Säännöllisyys, riittävän levon turvaaminen ja joustavuus työaikatarkoituksissa voisivat vähentää kuormitusta. Työntekijöiden toiveiden huomioiminen vuorojen suunnittelussa lisäisi työntekijän vaikutusmahdollisuuksia, mutta samalla vuorojen jaossa pitää tasapainotella työntekijöiden tasapuolisen kohtelun kanssa. Työhyvinvoinnin edistämiseksi työntekijän tulee pitää omalta osaltaan huolta fyysisestä kunnostaan ja elämännhallinnastaan. Työpaikan ilmapiiriin ja yhteishengen luomiseen vaikuttaa yksilön käyttäytyminen. Muiden auttaminen, asiallinen suhtautuminen työtovereihin ja positiivinen asenne edistävät yhteistyötä. Sen lisäksi työntekijän pitää omalta osaltaan olla valmis oppimaan uutta, päivittämään osaamistaan ja pitämään huolta ammattitaitonsa kehittymisestä. Työntekijöiden tulee tehdä myös tunnettyötä, jotta pysty kohtaamaan työn herättämät raskaat tunteet.

Hoitotyön työntekijöiden työhyvinvoinnin kohdalla on kuitenkin selvää, että työntekijöiden ja lähiesihenkilöiden ponnisteluista huolimatta, tärkeimmät työn vaatimustekijät eivät välttämättä ole heidän käsissään. Sosiaali- ja terveystalouteen käytettävä rahalla on merkittävä vaikutus organisaation resursseihin. Jos hoitotyöntekijöiden työmäärää halutaan keventää, vaatii se työn uudelleen organisoimisen lisäksi lisää työvoimaa, mikä taas vaatii rahaa. Työsuojeluviranomaiset valvovat työolosuhteita ja varmistavat, että työpaikoilla noudatetaan lakeja ja määräyksiä koskien työntekijöiden hyvinvointia. Eduskunta on päättävä toimielin esimerkiksi ympärivuotisen hoidon hoitajamitoituksen päättämisessä. Samoin koulutuspoliittisilla päätöksillä voidaan vaikuttaa terveydenhuollon ammattilaisten määrään ja sitä myöten alan työvoimapulaan. Koulutus- ja oppilaitokset voivat myös tarjota hoitotyön opiskelijoille ja ammattilaisille koulutusta ja tukea, joka sisältää myös työhyvinvointiin liittyviä näkökohtia.

Terveydenhuolto nähdään usein sen kustannusten kautta. Varsinkin ikääntyneiden ja vammaisten pitkäaikaishoito sekä kotihoidon ja erikoissairaanhoidon kustannukset ovat kasvaneet viime vuosikymmeninä (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2023c). Suomen väestön ikääntyminen kuormittaa erityisesti erikoissairaanhoidon (em.). Kuitenkin sen sijaan, että terveydenhuolto nähtäisiin kulueränä, tulisi sitä tarkastella sen tuottaman hyödyn kautta. Rissasen ja Kasevan (2014) STM:n selvitystyön mukaan sairauspoissaolojen, sairaana työskentelyn ja työkyvyttömyyden aiheuttamat menetetyt työpanoksen

aiheuttamat kustannukset olivat vuonna 2012 melkein 15 miljardia euroa. Vaikka terveydenhuolto nieleekin kustannuksia, hoitamatta jättämisen vaihtoehtokustannukset kohoavat helposti suuremmiksi. Kansantaloudellisten seikkojen lisäksi terveydenhuollon avulla pystytään vähentämään inhimillistä kärsimystä, ei pelkästään potilaan kohdalla, vaan myös hänen lähipiirissään. Terveydenhuoltoa ei voida tuottaa ilmaiseksi, vaan se tuo väistämättä kuluja, mutta samalla myös hoitamattomuudella ja hoivattomuudella on hintansa.

Terveysalan palkkaus on myös tekijä, johon voidaan vaikuttaa poliittisilla päätöksillä. Korkeampi palkkaus voi myös lisätä alan vetovoimaa. Ammattiliitot voivat neuvotella paremmista työehdoista, mitkä liittyvät myös työhyvinvointiin. Kuten aikaisemmin on tuotu esiin, palkkaus ei tuo pelkästään taloudellista turvaa, vaan sen koetaan kuvaavan työn arvostusta. Hoitotyön kohdalla vieläkin painottuu usein keskustelussa työn kutsumusluonteisuus: työ koetaan kyllä arvokkaaksi, mutta käytännössä siihen ei olla valmiita satsaamaan verorahoja. Jotta tulevaisuudessakin saadaan hoitotyöntekijöitä, ei työtä voida pitää vain pienipalkkaisten naisten kutsumustyönä. Miesten hakeutumista hoitotyöhön tulisi kannustaa. Hoitotyön yhteiskunnallisen arvostuksen nostolla voidaan myös vaikuttaa potilaiden ja omaisten asenteisiin hoitotyön ammattilaisia kohtaan, mikä osaltaan vähentäisi työn kuormitusta.

6.6 Jatkotutkimusaiheet

Tutkielma tarkastelee hoitotyön vaatimus- ja voimavaratekijöitä Bakkerin ja Demeroutin (2017) teorian kautta. Samaa ilmiötä voi tarkastella myös muista teorioista lähtöisin kuten esimerkiksi Rauramon (2009) Työhyvinvoinnin portaat -mallin avulla. Tutkielman aihepiiri on laaja eikä siinä paneuduta yksittäisiin vaatimus- ja voimavaratekijöihin syvällisesti. Jatkossa hoitotyöntekijöiden työhyvinvointia voisi tarkastella esimerkiksi tarkemmin laadullisin tutkimusmenetelmien keskittyen yhteen kuormitus- tai voimavaratekijään, kuten esimerkiksi esihenkilötyöhön tai työn eettiseen kuormitukseen. Aineistosta nousi myös yksilöön liittyviä vaatimus- ja voimavaratekijöitä, kuten elämäntilanne, ammattitaito ja tietyt persoonallisuuden piirteet. Tästä tutkielmasta nämä tekijät jäivät tutkimuskysymyksen ulkopuolelle, joten teema sopisi hyvin jatkotutkimusaiheeksi.

Kuten on tuotu esiin, tässä tutkielmassa on tutkittu niitä hoitotyöntekijöitä, jotka työskentelevät alalla. Tutkimusta voisi täydentää tarkastelemalla alalta pois hakeutuneiden

näkemyksiä. Jatkotutkimus voisi keskittyä siihen, minkälaiset tekijät alanvaihtajat kokivat niin kuormittavina, että valitsivat lähteä pois hoitotyöstä. Myös se, kokevatko he, että vähentämällä näitä vaatimustekijöitä, he olisivat pysyneet alalla, olisi tutkimisen arvoista. Vertailua voisi tehdä sen suhteen eroavatko alalta poishakeutuneiden ja alalla pysyneiden vastaukset toisistaan.

Kuten tuloksista selvisi, työn vaatimustekijöitä nousi esiin voimavaratekijöitä enemmän. Vastaajat olivat pysyneet hoitoalalla, mikä voi osaltaan kuvata sitä, että lukumäärällisesti vähäisemmät voimavaratekijät kuitenkin näyttivät vähentävän kuormitusta niin, että työhyvinvointi oli ainakin vielä kohtuullisella tasolla eikä alalta ollut hakeuduttu pois. Tutkimuksella voitaisiin selvittää, ovatko toiset voimavaratekijät toisia selkeästi voimakkaammin kuormitusta vähentäviä tai vaatimustekijöitä kompensoivia. Tällaiseen tutkimusasetelmaan voisi sopia myös kvantitatiivinen tutkimusote. Jos toiset voimavaratekijät näyttäytyvät toisia merkityksellisempinä, erityisesti näitä voimavaratekijöitä lisäämällä voitaisiin vaikuttaa voimakkaammin työhyvinvointiin sitä edistäen.

Työelämä ja hoitotyö siinä mukana ovat jatkuvassa muutoksessa. Hoitotyössä teknologia on tullut entistä keskeisemmäksi osaksi työtä. Sähköiset potilastietojärjestelmät ja etävastaanotot ovat arkipäivää, hoivarobotiikka vasta tulossa. Tulevaisuuden muutokset voivat vähentää esimerkiksi työn fyysistä kuormitusta, mutta samaan aikaan kehitys voi tuoda mukanaan uusia tehtäviä ja vastuita, mikä voi lisätä psyykkistä kuormitusta. Samalla tuleekin kiinnittää huomiota työntekijöiden työhyvinvointiin, sillä työhyvinvointi vaikuttaa niin työntekijään kuin hänen läheisiinsä, mutta myös potilastyön tuloksiin ja hoitotyön kustannuksiin. Tämän vuoksi hoitotyön kuormitus- ja voimavaratekijöitä on syytä tutkia jatkossakin. Tutkijat voivat tuottaa tutkittua tietoa, joka auttaa ymmärtämään paremmin hoitotyön työhyvinvoinnin haasteita ja keinoja niiden parantamiseksi.

LÄHTEET

Painetut ja digitaaliset lähteet

- Aholaakko, T.-K. (2020). Katsaus modernin sairaanhoitajakoulutuksen historiaan. Teoksessa Teija-Kaisa Aholaakko ja Tiina Mäkelä (toim.) Oppimista, opettamista ja tutkivaa kehittämistä – sairaanhoitajan työn kaksi vuosisataa. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu, 10–19.
- Antikainen, M., Terkamo-Moisio, A., & Häggman-Laitila, A. (2021). Hoitotyön johtajien ja hoitotyöntekijöiden työhyvinvointi ja työskentely koronapandemian aikana. *Tutkiva Hoitotyö*, 19(4), 3–11.
- Anttonen, A. (2009). Hoivan yhteiskunnallistuminen ja politisoituminen. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi ja Minna Zechner (toim.) *Hoiva: tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino, 54–98.
- Anttonen, A., & Zechner, M. (2009). Tutkimuksen lähestymistapoja hoivaan. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi ja Minna Zechner (toim.) *Hoiva: tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino, 16–53.
- Aula Research (2021). Kysely tehyläisille 2021 – Tulosesitys. Tehy 6.9.2021. Haettu 7.11.2023 osoitteesta: https://www.tehy.fi/system/files/mfiles/dokumentti/aula_researchin_kysely_hoitajien_tyossa_jaksamisesta_ja_tyohyvinvoinnista_2021_id_17362.pdf.
- Bakker A. B. & Demerouti, E. (2017) Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology* 22 (3), 273–285.
- Coco, K. & Roos, M. (2020). Sosiaali- ja terveysalan työolot ja vetovoima – lähihoitajien näkemyksiä vetovoimaan vaikuttavista tekijöistä: perehdytys, osaaminen, työolot ja kuormitus. *Tehyn julkaisusarja B:2/20*.
- Coco, K. (2019). Vetovoimatekijät erikoissairaanhoidossa. Kysely tehyläisille sairaanhoitajille. *Tehyn julkaisusarja B:1/19*
- Dahl, B. M., Clancy, A., & Andrews, T. (2014). The meaning of ethically charged encounters and their possible influence on professional identity in Norwegian public health nursing: a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 600–608.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512.
- Duodecim Terveysportti (2021). Hoitotyö. Lääketieteen termit. Haettu 8.6.2023 osoitteesta: <https://www.terveysportti.fi/apps/sanakirjat/0/lte07612>.
- Engeser, S., & Schiepe-Tiska, A. (2012). Historical lines and an overview of current research on flow teoksessa Stefan Engeser (toim.) *Advances in flow research*. Springer Science + Business Media, 1–22.
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U. Å., Paavilainen, E., . . . Åstedt-Kurki, P. (2016). *Hoitotiede* (4.–6. painos.). Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Hakanen, J. (2014). Onnellisena työssä? 8 ½ kysymystä työn imusta. Teoksessa Lotta Uusitalo-Malmivaara (toim.) Positiivisen psykologian voima. Jyväskylä: PS-kustannus, 304–327.
- Heikkilä-Tammi, K. (2021). Työhyvinvoinnin laaja-alainen malli. Hyvinvoiva hoiva -hanke. Haettu 20.9.2023 osoitteesta: <https://blogs2.abo.fi/hyvinvoivahoiva-opas/mita-ontyohyvinvointi/tyohyvinvoinnin-laaja-alainen-malli/>
- Hirsjärvi, S., & Hurme, H. (2011). Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P., & Sinivuori, E. (2007). Tutki ja kirjoita (13. osin uud. laitos.). Helsinki: Tammi.
- Hirvonen, H. (2014). Habitus and care: Investigating welfare service workers' agency. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Hirvonen, H., & Husso, M. (2012). Hoivatyön ajalliset kehykset ja rytmiristiriidat. Työelämän tutkimus - Arbetslivsforskning, 10(2), 119–133.
- HUS museotoimikunta (n.d.). Apusisaresta lähihoitajaksi. Haettu 20.6.2023 osoitteesta: https://www.superliitto.fi/site/assets/files/88805/apusisaresta_lahihoitajaksi.pdf.
- Hyvärinen, M., Suoninen, E. & Vuori, J. (n.d.). Haastattelut. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Haettu 27.9.2023 osoitteesta: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-aineistot/haastattelut/>.
- International Labour Organization (ILO) (2007). ABC of Women Workers' Rights and Gender Equality. Geneva: International Labour Office
- International Labour Organization (ILO) (n.d.). Workplace well-being. Haettu 19.9.2023 osoitteesta: https://www.ilo.org/safework/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/WCMS_118396/lang--en/index.htm.
- Juhila, K. (n.d.a). Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Haettu 26.9.2023 osoitteesta: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullisen-tutkimuksen-ominaispiirteet/>.
- Juhila, K. (n.d.b). Koodaaminen. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Haettu 26.9.2023 osoitteesta: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/koodaaminen/>.
- Kalliomaa-Puha, L. (2015). Potilaasta aktiiviseksi ja autonomiseksi kuluttajaksi. Teoksessa Mikko Niemelä, Lauri Kokkinen, Jutta Pulkki, Arttu Saarinen ja Liina-Kaisa Tynkkynen (toim.) Terveystuonon muutokset: politiikka, järjestelmä ja seuraukset. Tampere: Tampere University Press, 133–153.
- Kauppinen, T., Hanhela, R., Kandolin, I., Karjalainen, A., Kasvio, A., Perkiö-Mäkelä, M., Priha, E., Toikkanen, J. & Viluksela, M. (toim.) 2010. Työ ja terveys Suomessa 2009. Helsinki: Työterveyslaitos.
- KEHA-keskus (2022). Terveystuonoltoala. Haettu 8.6.2023 osoitteesta: <https://tyomarkkinatori.fi/ammattialat/terveydenhuolto/terveydenhuoltoala>.

Kluukeri, I. (2022). Hoitajapula on pakottanut sulkemaan jo 30 vanhusten hoitopaikkaa Keski-Pohjanmaalla – lähes ennätysmäärä vanhuksia jonottaa hoivakotiin. Yle Uutiset 31.8.2022. Haettu 16.11.2023 osoitteesta: <https://yle.fi/a/3-12594539>.

Kokkinen, L. & Saarinen, A. (2015). Terveystuotohenkilöstön rakenne ja työssä jaksaminen. Teoksessa Mikko Niemelä, Lauri Kokkinen, Jutta Pulkki, Arttu Saarinen ja Liina-Kaisa Tynkkynen (toim.) Terveystuoto muutos : politiikka, järjestelmä ja seuraukset. Tampere: Tampere University Press, 101–114.

Kokkinen, L., Valtanen, E., Elovainio, M., Keinänen, M., Suomi, R., Kaarlela-Tuomaala, . . . Kaarlela-Tuomaala, A. (2011). Sosiaali- ja terveystuotoalan työolot 2010: Kahden vuosikymmenen kehityskulku. Helsinki: Työterveyslaitos.

Kork, A.-A. (2016) Asiakasresponsiivisuudella tehokkuutta julkisiin palveluihin? Terveystuoto perusterveystuotoalan kehittämisinstrumenttina. Väitöskirja. Tampere: Tampere University Press.

Kuntatyönantajat (2019). Sote-alan henkilöstö pysyy hyvin omalla alallaan. Tilastot 5/2019. Haettu 13.11.2023 osoitteesta: <https://www.kuntatyönantajalehti.fi/2019/5/sote-alan-henkilöstö-pysyy-hyvin-omalla-alallaan>.

Laaksonen, H., & Ollila, S. (2017). Lähijohtamisen perusteet terveystuotoalalla (3., uudistettu painos.). Helsinki: Edita.

Lauri, S., & Kyngäs, H. (2005). Hoitotieteen teorian kehittäminen. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, H. (2015a). Hoitotyön etiikan perusta. Teoksessa Helena Leino-Kilpi ja Maritta Välimäki (toim.) Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 23–35.

Leino-Kilpi, H. (2015b). Eettinen ongelmanratkaisu. Teoksessa Helena Leino-Kilpi ja Maritta Välimäki (toim.) Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 61–79.

Loukidou, L., Loan-Clarke, J., & Daniels, K. (2009). Boredom in the workplace: More than monotonous tasks. International Journal of Management Reviews : IJMR, 11(4), 381–405.

Lähdesmäki, K. (2003). New public management ja julkisen sektorin uudistaminen: Tutkimus tehokkuusperiaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulostuotoista sekä niiden määrittämisestä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun. Väitöskirja. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Manka, M.-L. & Manka, M. 2016. Työhyvinvointi. Helsinki: Alma Talent.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early Predictors of Job Burnout and Engagement. Journal of Applied Psychology, 93(3), 498–512.

Mattila, A. (2022). Stressi. Duodecim Terveystuotojasto. Haettu 21.9.2023 osoitteesta: <https://www.terveystuotojasto.fi/dlk00976>.

Misau, Y. A., Al-Sadat, N., & Gerei, A. B. (2010). Brain-drain and health care delivery in developing countries. Journal of Public Health in Africa, 1(1), e6., 20–21.

Mäkikangas, A., & Hakanen, J. (2017). Työstä hyvinvointia, mutta millaista? Työhyvinvoinnin monet kuvaajat. Teoksessa Anne Mäkikangas, Saija Mauno, & Taru Feldt (toim.) Tykkää työstä : Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet. Jyväskylä: PS-kustannus, 103–125.

Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71–92.

Selander, K., Nikunlaakso, R., & Laitinen, J. (2023). Työn kuormitus- ja voimavaratekijät: Miten ylläpidetään vanhuspalveluissa työskentelevien työkykyä? *Työelämän tutkimus*, 21(2), 239–266.

Selander, K., Nikunlaakso, R., Sipponen, J., Niemi, M., Olin, N., & Laitinen, J. (2021). Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kasautuva koronakuorma: kyselytutkimus Suomen tilanteesta syksyllä 2020. *Tutkiva Hoitotyö*, 19(2), 30–37.

Sorvettula, M. (1998). *Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

Stock, R. M. (2015). Is Boreout a Threat to Frontline Employees' Innovative Work Behavior?: Boreout on Innovative Work Behavior. *The Journal of Product Innovation Management*, 32(4), 574–592.

Suomen Sairaanhoitajat (2021). *Sairaanhoitajaliiton digitaalisten sosiaali- ja terveystalveluiden strategia*. Haettu 7.11.2023 osoitteesta: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2021/05/E-health-1.pdf>.

Suomen Sairaanhoitajat (n.d.). *Opiskele sairaanhoitajaksi*. Haettu 9.11.2023 osoitteesta: <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/opiskele-sairaanhoitajaksi/>.

Suomen virallinen tilasto (SVT) (n.d.). *StatFin. Työvoimatutkimus. Työlliset ja palkansaajat sekä työllisten ja palkansaajien tehdyt työtunnit toimialan mukaan*. Haettu 13.11.2023 osoitteesta: https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__tyti/statfin_tyti_pxt_1371.px/.

SuPer ry (n.d.). *Lähihoitaja on moniosaaja*. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto. Haettu 12.9.2023 osoitteesta: <https://www.superliitto.fi/tyoelamassa/lahihoitajan-tyo/lahihoitaja-on-moniosaaja/>.

Surakka, T. (2006). *Osastonhoitajan työ erikoissairanhoidossa 1990-luvulla ja 2000-luvulla: Toimivalta, vastuullisuus ja asiantuntijuus lähijohtajuudessa*. Väitöskirja. Tampere: Tampere University Press.

Taipale, V., Lammi-Taskula, J., & Partti, K. (2011). *Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet*. Helsinki: WSOYpro.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (2021). *Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2018. Tuleva sote-uudistus koskee 7,3 prosenttia työssäkäyvistä*. Tilastoraportti 47/2021.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (2023a). *Hoitoonpääsy erikoissairanhoidossa 31.8.2023*. Tilastoraportti 56/2023.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (2023b). *Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa keväällä 2023*. Tilastoraportti 25/2023.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (2023c). *Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2020*. Tilastoraportti 18/2023.

Terveydenhoitajaliitto (n.d.). *Terveydenhoitaja koulutetaan laaja-alaiseksi asiantuntijaksi*. Haettu 12.9.2023 osoitteesta: https://www.terveydenhoitajaliitto.fi/ammatti_ ja_ koulutus/terveydenhoitajakoulutus.

- Tevameri, T. (2021). Katsaus sote-alan työvoimaan: Toimintaympäristön ajankohtaisten muutosten ja pidemmän aikavälin tarkastelua. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Tevameri, T. (2022). Sosiaali- ja terveystieteiden alan työvoima ja yrityskehitys. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Tietosuojavaltuutetun toimisto (n.d.). Pseudonymisoidut ja anonymisoidut tiedot. Haettu 27.9.2023 osoitteesta: <https://tietosuoja.fi/pseudonymisointi-anonymisointi>.
- Tilastokeskus (2021). Sukupuolten tasa-arvo Suomessa 2021. Helsinki: Tilastokeskus.
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (Uudistettu laitos.). Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Haettu 27.9.2023 osoitteesta: https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.
- Uusitalo-Arola, L., Tuisku, K. & Rossi, H. (2022). Työuupumus (burnout). Lääkärilehti Duodecim Terveyskirjasto. Haettu 21.9.2023 osoitteesta: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00681>.
- Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE (2011). Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE (2002). Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja I. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Valtioneuvosto (2022). Mikä sote-uudistus? Haettu 12.9.2023 osoitteesta: <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti->.
- Valvira (n.d.). Riittävän kielitaidon osoittaminen. Haettu 13.11.2023 osoitteesta: <https://valvira.fi/ammattioikeudet/riittava-kielitaito>.
- Vilka, H. (2018) Havainnot ja havainnointimenetelmät tutkimuksessa. Teoksessa Valli Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1 – Metodien valinta ja aineistonkeruu: vinkkejä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 132–145.
- Virolainen, H. (2012). Kokonaisvaltainen työhyvinvointi. Helsinki: Books on Demand.
- World Health Organization (WHO) (1946). Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO.
- Öberg, U., Orre, C. J., Isaksson, U., Schimmer, R., Larsson, H., & Hörnsten, Å. (2018). Swedish primary healthcare nurses' perceptions of using digital eHealth services in support of patient self-management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 961–970.

Suomen säädöskokoelma

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ammattikorkeakouluopinnoista ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi 319/1994.

Suomen perustuslaki 731/1999.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

LIITTEET

Liite 1: Haastattelurunko

Toimijuus, hoiva ja yhteiskunnallinen kärsimys

- Taustakysymykset: ammatti, ikä, työhistoria, elämäntilanne
- Miten olet alun perin tullut hakeutuneeksi hoiva-alalle?

- Millainen oli edellinen työpäiväsi? Kerro jotain päivän kulusta.
(Jatkokysymys: Mitkä olivat sinulle päivän hyviä tai huonoja hetkiä? Oliko päivässä erityisiä mieleenpainuvia hetkiä?)
- Entä oliko päivä erityisen kiireinen tai raskas? Jos oli/ei, millainen on kiireinen tai hyvä päivä?

- Mikä on mielestäsi olennaisinta työssäsi? Mitä ominaisuuksia tai taitoja työ vaatii tekijältään? Missä asioissa haluaisit kehittyä?
- Onko omassa työssäsi tapahtunut muutoksia viime vuosina (1990–2000-luvuilla)? Jos on, niin millaisia ajatuksia/tuntemuksia nämä muutokset sinussa herättävät?
- Miten suhtaudut siihen väitteeseen, että nykyajan työelämä vaatii jatkuvaa kehittymistä ja valmiutta omien toimintatapojen muuttamiseen? Millaisia muutoshasteita olet kokenut omassa työssäsi?

- Puhutaanko työssäsi asiakkaista vai potilaista? Onko puhetapa muuttunut välillä vai onko se säilynyt vuosien varrella samana?
- Näkyykö ”asiakkuuden” korostuminen työssä tai ihmisten välisissä suhteissa?
- Kuvaile, kuinka kohtaat asiakkaita jokapäiväisessä työssäsi. Onko tässä tapahtunut muutosta työurasi aikana?
- Kuvaile ihanteellinen vuorovaikutustilanne asiakkaan kanssa.
- Mitkä seikat mahdollistavat hyvän vuorovaikutussuhteen asiakkaan kanssa? Entä mitkä estävät hyvän suhteen muodostumisen?
- Miten voit itse vaikuttaa suhteen laatuun?

- (Millaisia tunteita työ sinussa herättää?)
- Muistatko tilanteita työssäsi, jotka olisivat viime aikoina tuottaneet iloa, onnea ja nautintoa? Miten olet ilmaissut näitä tunteita?
- Muistatko tilanteita, joissa olisit kokenut viime aikoina ärtymystä, vihaa tai turhautuneisuutta? Miten olet ilmaissut näitä tunteita?
- Millaisiin ihmisten välisiin ristiriitoihin tai konflikteihin olet törmännyt työssäsi? Miten näitä tilanteita on käsitelty?
- Millaista väkivaltaa (niin henkistä kuin fyysistä) olet kohdannut työssäsi?

- Miten suhtaudut itseesi kohdistuvaan väkivaltaan? (Mistä ajattelet väkivallan syntyneen?)
- Miten suhtaudut toisiin kohdistuvaan väkivaltaan?
- Miten väkivaltaan pitäisi mielestäsi suhtautua?
- Entä miten sitä voisi ehkäistä ennalta omalla toiminnalla?
- Miten tätä ennaltaehkäisyä voisi mielestä oppia? Miten ja missä olet itse oppinut (työyhteisö, työkokemus, elämäkokemus, koulutus jne.)?

- Millä tavalla hoivatyö tuntuu erilaiselta verrattuna muihin töihin? Onko helppo vai vaikea saada muilla aloilla työskentelevät ihmiset ymmärtämään työn erityislaatua ja sitä mitä työssä ylipäänsä tekee ja miten siellä toimii?
- Mitä ajattelet hoivatyöhön liittyvästä vastuusta (vastuu toisen ihmisen elämästä/perustarpeista)? Milloin vastuunkanto tuntuu raskaalta? Mitkä asiat auttavat tässä?
- Onko vastuuta ja välittämistä helppo tai edes mahdollista rajata työelämään kuuluvaksi ja työelämässä tapahtuvaksi?
- Mitä ajattelet väitteestä, että työssä pitää olla yhtä aikaa sekä herkkä että vahva? Mitä herkkyyden ja vahvuuden vaatimukset tarkoittavat? Millaisissa tilanteissa oma herkkyytesi ja vahvuutesi ovat nousseet esiin?
- Tuntuuko muista huolehtiminen olevan joskus ristiriidassa oman elämän elämisen tai omista tarpeista huolehtimisen kanssa? Kerro tilanteesta, jossa olet joutanut omista tarpeista/elämästä. Miltä tämä tuntui?
- Mitä hoivan antajan sukupuoli merkitsee vai merkitseekö se mitään? Muistatko tilanteista, joissa oma naiseus / mieheys tuntui tärkeältä tai merkitykselliseltä tai siitä tuli muistutetuksi? Millä tavalla oma naiseutesi / mieheytesi on vahvuus tai heikkous hoivatyössä?
- Kolme toivomusta: mitä muuttaisit omassa työssäsi, jos voisit? Mitä haluaisit säilyttää?
- Jos saisit valita, mitä haluaisit elämässäsi tehdä juuri nyt?
- Mitä olisi kannattanut kysyä? Jäikö jotain oleellista kysymättä tai haluaisitko muuten lisätä tai tarkentaa jotain?