



ARJA LAAKKONEN

Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
kasvatustieteiden tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston
ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskuksessa,
Korkeakoulunkatu 6, Hämeenlinna.
2. päivänä huhtikuuta 2004 klo 12.

English abstract

Acta Universitatis Tampereensis 996

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto, kasvatustieteiden laitos

Myynti



Tampereen yliopiston
Tiedekirjakauppa TAJU
PL 617
33014 Tampereen yliopisto

Puh. (03) 215 6055
Fax (03) 215 7685
taju@uta.fi
<http://granum.uta.fi>

Kannen suunnittelu
Juha Siro

Painettu väitöskirja
Acta Universitatis Tamperensis 996
ISBN 951-44-5922-9
ISSN 1455-1616

Sähköinen väitöskirja
Acta Electronica Universitatis Tamperensis 329
ISBN 951-44-5923-7
ISSN 1456-954X
<http://acta.uta.fi>

Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print
Tampere 2004

Sukuni sinnikkäille naisille

KIITOKSET

”Minä aion hypätä kuun yli. Siihen tarvitaan vain päättäväisyyttä”, sanoi rouva Muu, ”ja hiukkasen harjoitusta.”ⁱ

Kaikkia teitä, jotka jaksoitte kannustaa hyppyharjoituksiani ja elitte mukana edistymisessäni, kiitän mitä lämpimämmin.

Erityiskiitokset ansaitsevat tutkimusyksikössä työskentelevät hoitajat. Kiitos, että sain seurata toimintaanne ja kulkea kappaleen matkaa kanssanne. Toivon, että raporttini tukee ammatillista kasvuaanne kohti hoitotyön asiantuntijuutta.

Ohjaajaani, professori Pekka Ruohotietä kiitän paitsi ohjauksesta ja positiivisen uskon ylläpitämisestä myös siitä, että hän päättäväisesti kieltäytyi hyväksymästä mitä tahansa suoritusta, vaan vaati ’hiukkasen harjoitusta’ lisää. Molemmille työni esitarkastajille, dosentti Leena Ahteenmäki-Pelkoselle ja professori Päivi Åstedt-Kurjelle esitän mitä parhaimmat kiitokseni. He jatkoivat valmentamista: sain heiltä molemmilta rakentavaa palautetta ja arvokkaita neuvoja työni viimeistelyyn.

Prosessi on kestänyt kauan. Niinpä olen osallistunut lukuisiin tutkimusseminaareihin ja esittänyt niissä työstäni erilaisia versioita. Kiitos kaikille vertaisoppijoille monipuolisista kommentteista.

Kiitos myös kärsivällisille opiskelijoilleni, jotka vuosien varrella ovat joutuneet seuraamaan opettajansa ammatillisen kasvun joskus innostuneita, joskus tuskallisia ja takkuisia vaiheita. Olen saanut teiltä kaikilta paljon sekä voimaa että uskoa ammatillisen ja persoonallisen kasvun mahdollisuuteen.

Helsingin ammattikorkeakoulua kiitän tilaisuudesta viedä opintojani eteenpäin. Teoriaopintojen järjestäminen viikonloppuisin ja iltaisin mahdollisti niiden yhdistämisen työssä käyntiin. Lisäksi kiitän saamastani kolmen kuukauden opintovapaasta prosessin puolesta välissä. Ilman sitä haaveeni toteutuminen olisi siirtynyt tuonnemmaksi.

Kotijoukkoni ja ystäväni! Ilman teitä en olisi onnistunut. Kiitos.

Kellokoskella perjantaina 13.2.2004
Arja Laakkonen

”Taidanpa hypätä seuraavaksi auringon yli”, rouva Muu jatkoi.

ⁱ Kent, J. 1973. Rouva Muu. Helsinki: WSOY.

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli laajentaa ymmärrystä hoitokulttuurista ammatillisena kasvu-ympäristönä. Tavoitteena oli kuvata, analysoida ja tulkita tutkimuksen kohteena olevaa hoitokulttuuria fyysisenä ja sosiaalisena ympäristönä sekä välittömästi tai välillisesti vastaanottotilanteeseen liittyvänä näkyvänä ja kuuluvana käyttäytymisenä. Lisäksi tavoitteena oli arvioida hoitokulttuurin tarjoamia mahdollisuuksia hoitotyön asiantuntijuuteen kehittymisessä.

Tutkimus oli laadullinen, etnografinen. Tutkimuksen kohdeympäristö oli pääkaupunkiseudulla sijaitseva erikoissairaanhoidon poliklinikka. Aineistonkeruu kesti kevästä 1997 keväeseen 2001. Aineisto koostui vastaanottojen (N=110) sekä tutkimusyksikön vastaanottoimintaan ja sen kehittämiseen liittyvien koulutus- ja kehittämispäivien (N=29) havainnoinnista, haastatteluaineistosta (N=9), tutkimus- ja havainnointipäiväkirjasta (sivut 1-215) ja dokumenteista. Aineiston analyysimenetelmänä oli laadullinen sisällön analyysi.

Tutkimustulosten mukaan tutkimusyksikkö oli fyysisenä ja sosiaalisena ympäristönä miellyttävä. Hoitajat arvioivat työnsä vaativaksi ja itsensä polikliiniseen toimintaan sopiviksi. Potilaskäsitys oli sairaus- ja diagnoosikeskeinen. Asiointiprosessissa painottui hoitaja- ja organisaatiolähtöinen sujuvuus. Toiminta edusti käynti- ja poliklinikkakoh- taista ajattelumallia. Hoitotyö oli lääketiedeorientoitunutta, tehtäväkeskeistä ja sääntö- orientoitunutta. Vastaanottotilanteessa hoitotyön ja hoitajan rooli oli kapea ja alisteinen. Lääkärin avustaminen ja erilaiset sihteerin tehtävät täyttivät päivän. ATK:n käytön ja teknisten kvalifikaatioiden hallinta korostuivat. Potilaan tukeminen jäi rituaaliseksi, ja ohjaus rajoittui useimmiten kirjallisten ohjeiden jakoon. Hoitajien keskinäinen yhteistyö toimi hyvin ja oli luonteeltaan kooperaatioita. Moniammatillinen yhteistyö, pääosin konsultaatiota, jäi sattumanvaraiseksi. Laadun arvioinnissa korostuivat taloudelliset ja suoritekeskeiset arvot. Osaamista ja ammatillista kasvua ei arvioitu. Hoitajien kehitty- mistarpeet kohosivat lääketieteellisestä hoidosta; diagnoosit ohjasivat ammatillisen kas- vun suuntaa. Kehittämishankkeita kuvasivat niiden lyhytkestoisuus ja ohjaajavetoisuus sekä keskittyminen yksittäisiin tehtäviin. Hoitotyön organisointi ei tukenut kehittämi- seen osallistumista.

Tutkittu hoitokulttuuri ei tukenut hoitajan eikä yksikössä harjoittelevan opiskelijan ammatillista kasvua kohti laaja-alaista hoitotyön asiantuntijuutta. Hoitokulttuuri ei myöskään palvellut hoitotyön itsenäisen roolin omaksumista. Se ei tarjonnut opiskelijalle ammatin samaistumiskohteita eikä hoitajille ammatillisen kasvun edellytyksiä. Hoitajan arkipäivää ohjasivat enemmän organisaation ja muiden ammattiryhmien odotukset kuin hoitotyön omat arvot ja tietoperusta. Hoitotiede ja hoitotyön arvoperusta elivät vasta ideologiassa. Tutkimusyksikön hoitajan ammatillinen kasvu oli pysähtynyt varmistavan hoitotyön tasolle. Hoitaja oli toimenpideteknikko ja rutiiniasiantuntija. Hoitajan osaamista alikäytettiin. Hoitokulttuurin voi arvioida heikoksi ja sen mahdollisuuksia vastata terveydenhuollolle asetettuihin tavoitteisiin puutteellisiksi.

Tutkimuksen avulla hankittua tietoa voidaan käyttää terveysalan organisaatioissa erilaisissa kehittämishankkeissa sekä hoitajien ammattiuran edistämisessä. Lisäksi hankittu tieto palvelee kehitettäessä terveysalan ammatillista koulutusta ja siihen liittyvää harjoittelua sekä jatkuvaa ammatillista kasvua tukevaa täydennyskoulutusta. Tutkimus osoitti organisaatio- ja hoitokulttuurin merkityksen ja sen huomioinnin välttämättömyyden arvioitaessa ja kehitettäessä terveysalan ammatillista koulutusta.

Avainsanat: terveysala, hoitotyön koulutus, hoitokulttuuri, ammatillinen kasvu, hoitotyön asiantuntijuus, etnografia.

ABSTRACT

The purpose of the study was to increase understanding of a nursing culture as an environment for professional development. The aim was to describe, analyse and interpret the nursing culture that was the subject of the study as a physical and social environment and as observable behaviour that was either directly or indirectly associated with a consultation situation. Another aim to assess the opportunities offered by the nursing culture for developing expertise in nursing.

The study was qualitative, ethnographic. The target environment for the study was an out-patient clinic providing specialized medical care in the Helsinki metropolitan area. The material was collected from the spring of 1997 to the spring of 2001. It consisted of observing receptions (N=110) and training and development days (N=29) focusing on reception activities by a research unit, interview material (N=9), a study and observation diary (1-215 pages), and documents. A qualitative analysis of the contents was the method used for analysing the material.

The results of the study show that the research unit was pleasant as a physical and social environment. The nurses thought that their work was demanding and they were suited to working in an out-patient clinic. Their view of the patient was sickness and diagnosis-centred. The client-service process emphasized a smooth work flow based on the nursing staff and the organization. The nurses' work centred on the idea of consultation situations and the clinic as a whole. Nursing was medically-oriented, task-centred and rule-oriented. The role of nursing and nurses in a consultation situation was narrow and subordinate; the day was filled by helping the doctor and various secretarial duties emphasis was laid on computer skills and technical qualifications. Providing support for the patient was relegated to a ritual function and the provision of guidance or advice was restricted in most instances to giving out written instructions. The nurses cooperated well with each other. Cooperation among those with different occupations, mostly consultation, was haphazard however. Quality assessment focused on financial and performance-centred values. Know-how and professional development were not assessed. The nurses' development needs lay in the area of the medical treatment (being administered); diagnoses pointed the direction of the professional development. Development projects were typically of very short duration, dependent on motivation provided by the project leader and focused on individual tasks. The way nursing was organized did not support participation in development.

The nursing culture in question did not support the nurses or students in the unit in becoming experts with a wide range of skills in nursing. Nor did the nursing culture help with the adoption of an independent role of nursing. It did not provide students with a role model or nurses with the preconditions for professional development. The nurses' day was controlled more by the expectations of the organization and other professional groups than by the intrinsic values and knowledge base of nursing. Nursing science and the fundamental values of nursing existed only ideologically. The professional development of nurses in the research unit had stopped at the level of providing support; they were mechanics and experts in routine procedures. Their professional skills were under-used. The nursing culture was weak and very unlikely to meet the targets laid down for health care.

The information acquired through the study can be used for various development projects by organizations in the health sector and for promoting the career of nurses. The information will also be of use in developing both professional education in the health sector and the supplementary learning in clinical environment that supports continuous professional development. The study showed the importance of the organizational and nursing culture and also the importance of taking it into account in assessing and developing professional education in the health sector.

Key words: health sector, learning in clinical environment, nursing culture, professional development, expertise in nursing, ethnography.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	11
2 HOITOKULTTUURI AMMATILLISEN KASVUN TUKENA	16
2.1 Näkökulmia ammatilliseen kasvuun	17
2.1.1 <i>Ammattikasvatus ja ammatillinen kasvu</i>	17
2.1.2 <i>Ammatti vai professio?</i>	19
2.1.3 <i>Ammatillinen kasvu pätevyytenä ja kvalifikaatioiden hallintana</i>	21
2.1.4 <i>Ammatillinen kasvu asiantuntijuuden kehittymisenä ja työssäoppimisena</i>	25
2.1.5 <i>Ammatillinen kasvu prosessina</i>	29
2.2 Organisaatiokulttuuri ja sen tutkiminen	33
2.2.1 <i>Arvot normit ja roolit kulttuurin ydinelementteinä</i>	33
2.2.2 <i>Organisaatiokulttuuri toimintakäytäntöjä yhdistävänä tekijänä</i>	36
2.3 Hoitokulttuuri organisaatiokulttuurina	40
2.4 Hoitokulttuurin kehittämishaasteet	45
2.5 Ammatillinen koulutus hoitokulttuurin kehittämishaasteisiin vastaajana	48
2.6 Yhteenveto: hoitokulttuuri ammatillisen kasvun tukena	53
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	56
4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	60
4.1 Tutkimusmenetelmän valinta	61
4.2 Kentälle pääsy ja tutkimuksen kulku	63
4.3 Aineistonkeruu	67
4.4 Aineiston analyysi	74
5 HOITOKULTTUURI AMMATILLISEN KASVUN TUKENA TUTKIMUSYKSIKÖSSÄ	76
5.1 Tervetuloa poliklinikalle!	76
2.1.1 <i>Portti sairaalaan – ikkuna ulos</i>	76
2.1.2 <i>Potilaiden kulku</i>	79
2.1.3 <i>Hyvä ympäristö sekä potilaille että henkilökunnalle</i>	81
2.1.4 <i>Osaava henkilöstö kanssasi</i>	86
2.1.5 <i>Yhteenveto: tutkimusyksikkö fyysisenä ja sosiaalisena ympäristönä</i>	91
5.2 Seuraava potilas	93
2.2.1 <i>Potilaan parhaaksi</i>	93

5.2.2	<i>Vastaanoton pyörittäjä</i>	101
5.2.3	<i>Hoitotyötä – jos aikaa jää</i>	110
5.2.4	<i>Tukemista ja ohjaamista</i>	115
5.2.5	<i>Yhdessä vai erikseen</i>	124
5.2.6	<i>Yhteenvedo: tutkimusyksikön näkyvä ja kuuluva käyttäytyminen</i>	134
5.3	Askel kohti asiantuntijuutta	136
5.3.1	<i>Teknistä taituruutta ja heräävää asiantuntijuutta</i>	137
5.3.2	<i>Hoitotiede- vai lääketiedeorientoituneisuus</i>	144
5.3.3	<i>Kehitetään, mutta kehitytäänkö?</i>	150
5.3.4	<i>Yhteenvedo: tutkimusyksikkö hoitotyön asiantuntijuuden tukena</i>	158
6	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	161
6.1	Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu	161
6.1.1	<i>Tutkimusetiikan arviointi</i>	161
6.1.2	<i>Tutkimuksen luotettavuuden arviointi</i>	163
6.2	Tutkimustulosten tarkastelu	168
6.2.1	<i>Tutkimusyksikkö ammatillisena kasvuympäristönä</i>	168
6.2.2	<i>Hoitokulttuurista heijastuvien arvojen tarkastelu</i>	172
6.2.3	<i>Hoitotyön ja hoitajan roolin kehittyneisyyden arviointi</i>	180
6.2.4	<i>Tutkimusyksikkö tulevaisuuden haasteisiin vastaajana</i>	184
6.3	Johtopäätökset	200
	LÄHTEET	202
	LIITTEET	
	Liite 1. Tutkimuksen eteneminen ja työprosessin vaiheet	226
	Liite 2. Dokumenttiluettelo ja tekstissä käytetyt lyhenteet	227
	Liite 3. Tutkimusyksikön koulutus- ja kehittämistilaisuuudet	228
	Liite 4. Haastatteluteemat	229
	KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO	
	Kuvio 1. Tutkimuksen näkökulma hoitokulttuurin tutkimiseen	15
	Kuvio 2. Ammatillisen pätevyyden monimuotoisuus	24
	Kuvio 3. Ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa	55
	Kuvio 4. Kehittämissykli ja tutkimusprosessi sen ensimmäisenä vaiheena	57
	Kuvio 5. Toimintajärjestelmän perusmalli	70
	Kuvio 6. Vastaanottohuoneen pohjapiirustus	83
	Kuvio 7. Kvalifikaatioiden hallinta tutkimusyksikössä	142
	Kuvio 8. Kehittämistoiminnan monimuotoisuus	157
	Taulukko 1. Hoitokulttuuri organisaation alakulttuurina	12
	Taulukko 2. Ammatillisen kasvun ja ammattikasvatuksen tulkintoja	17
	Taulukko 3. Vastaanottojen havainnointi	69
	Taulukko 4. Vastaanottotapahtuma	103
	Taulukko 5. Hoitajan puheen luokittelu	118
	Taulukko 6. Toiminnan vertailu toimijan mukaan	130

1 JOHDANTO

Terveydenhuollon organisaatioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa, kuten yleensä työelämässä, eletään voimakasta myllerrysten aikaa; muutokset ovat useimmiten nopeita, ennakoimattomia ja monikerroksisia. Haasteista selviäminen edellyttää organisaatioilta ja sen työntekijöiltä organisaatiokulttuuria, jossa korostuvat moniammatillinen yhteistyö, asiakas- ja työelämälähtöisyys sekä kehittämiskyky ja -halu. On väistämätöntä, että muutos heijastuu voimakkaana henkilöstön ammatilliseen perus- ja täydennyskoulutukseen uudenlaisen osaamisen tuottamisena ja koulutustarjonnan laajentamisena. Henkilöstön ammatillinen kasvu ja asiantuntijuuden kehittyminen ovat parhaimmillaan sekä organisaation että siellä toimivien työntekijöiden etu.

Organisaatiokulttuuri voidaan ymmärtää *‘mielen kollektiiviseksi ohjelmoinniksi, joka erottaa organisaation jäsenet muiden organisaatioiden jäsenistä’* (Hofstede 1993, 258). Organisaatiokulttuuri ilmentää sitä, miten organisaatiossa on totuttu toimimaan: millaisia ovat yhteiset näkemykset päivittäisistä käytännöistä; mikä on hyvää ja oikein, mitkä ovat toimintaa ohjaavat säännöt ja millaisia rooleja ja niihin kohdistuvia odotuksia organisaatiosta löytyy? (Schein 1987, 26.) Organisaatiokulttuuri näin ymmärrettynä (tarkemmin luku 2.2) vaikuttaa suuresti siihen, miten yksittäiset organisaatiot reagoivat ympäristön ja työelämän muuttuviin haasteisiin. Lisäksi on osoitettu (mm. Davies, Nutley & Mannion 2000; Farmer 1998; Grönfors, Elovainio & Sinervo 2001; Guskey 2000; Hughes 15-16, 1997; Leveck & Jones 1996; Lövgren, Rasmussen & Engström 2002; Pahkala, Bragge, Laippala & Pahkala 2000) vallitsevan organisaatiokulttuurin vaikuttavan toiminnan laatuun ja henkilöstön ammatillisen kasvun mahdollisuuksiin.

Tässä työssä yhdistyvät organisaatiokulttuurin erilaisista tarkasteluperspektiiveistä integraatio- ja differentiaaliperspektiivit (ks. luku 2.2; Buchanan & Huczynski 1997, 513; Helman 2000, 3; Hughes 1997, 7-10; Kinnunen 1994, 127; Maanen & Barley 1985, 11; Sackmann 1997, 2-4; Tuomisto 1997, 22). Tämän mukaan jokaisessa terveydenhuollon organisaatiossa - kuten myös ammatillisissa koulutusorganisaatiossa - on oma organisaatiokulttuurinsa, josta on löydettävissä erityiset, joskin myös yhteiset piirteensä. Samoin organisaation eri ammattiryhmillä on omat ammattikulttuurinsa, jotka puolestaan

saattavat muotoutua ainutlaatuisiksi toimintayksiköittäin. Ammattikulttuurit ja toimintayksikkökohtaiset kulttuurit ovat organisaation osa- tai alakulttuureja. *Hoitokulttuurilla* tarkoitan tässä tutkimusorganisaation eri toimintayksiköissä vallitsevaa *hoitotyön¹ kulttuuria*, joka on toisaalta organisaatiokulttuurin alakulttuuri ja toisaalta hoitajien ammattikulttuurin alakulttuuri. Sen sijaan puhuttaessa organisaatiokulttuurista viitataan koko organisaatiossa vallitsevaan kulttuuriin. Hoitokulttuurin omaleimaisuus ja ominaispiirteet ilmenevät tutkimusyksikön *fyysisestä ja sosiaalisesta ympäristöstä*, hoitajien toiminnasta *näkyvänä ja kuuluvana käyttäytymisenä sekä yhteisinä toimintakäytäntöinä ja käyttäytymissääntöinä*. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Hoitokulttuuri organisaatiokulttuurin alakulttuurina.

TOIMINTA-YKSIKKÖ / AMMATTIRYHMÄ	YKSITTÄINEN TOIMINTA-YKSIKKÖ	MUUT ORGANISAATION TOIMINTA-YKSIKÖT	KOKO ORGANISAATIO
HOITAJAT	Yksittäisen toimintayksikön hoitokulttuuri	Muiden yksiköiden hoitokulttuurit	Sairaalan yhteinen hoitokulttuuri
MUUT AMMATTIRYHMÄT	Eri ammattikulttuurit tutkimusyksikössä	Eri ammattikulttuurit muissa yksikössä	Sairaalan kaikki ammattikulttuurit
KOKO HENKILÖKUNTA	Yksittäisen toimintayksikön oma toimintakulttuuri	Muiden toimintayksiköiden oma toimintakulttuuri	Sairaalan organisaatiokulttuuri

Tämän tutkimuksen kohteena oleva yksittäinen toimintayksikkö on naistentautien poliklinikka fyysisenä ja sosiaalisena hoito- ja työympäristönä. Jatkossa puhutaan *tutkimusyksiköstä*, ja sen toimintaa ja siellä vallitsevaa kulttuuria tarkastellaan hoitotyön näkökulmasta. *Potilaalla* tarkoitetaan terveyspalvelujen potentiaalista käyttäjää, tässä tutkimusyksikössä asioivaa naispuolista henkilöä. *Hoitajat²* ovat terveydenhuollon ammatillisen tutkinnon (tässä: kätilö, sairaanhoitaja tai perushoitaja) suorittaneita henkilöi-

¹ Hoitotyö (vrt. nursing) ja kätilötyö (vrt. midwifery) on mahdollista erottaa toisistaan. Näin ei kuitenkaan tehdä tässä työssä, vaan systemaattisesti käytetään käsitettä hoitotyö. Hoitotyön arvoperusta, kohde, tavoitteet ja työmenetelmät eivät eroa, toteuttipa hoitotyötä kätilö tai sairaanhoitaja; hoitotiede tiedeperustana ohjaa molempien toimintaa.

² Krause ja Salo (1993, 7) toteavat, että sairaanhoitajaprofessio koostuu useista ammattinimikkeistä kuten sairaanhoitaja, kätilö, terveydenhoitaja jne. Tässä yhteiseksi nimittäjäksi valittiin käsite hoitaja, koska tutkimusyksikössä myös perushoitaja toteuttaa hoitotyötä.

tä ja *hoitotyö* on heidän toimintaansa, sen sijaan *hoito* tarkoittaa potilaan hoitoa kokonaisuudessaan (Krause & Salo 1993, 77-78). *Toimintakäytännöllä* tarkoitetaan työyhteisön omaksumaa työn tekemisen tapaa ja *käyttäytymissäännöillä* toimintaa ohjaavia virallisia ja epävirallisia sääntöjä.

Ammatillinen kasvu on sekä työyhteisön että yksittäisen työntekijän ja työyhteisössä harjoittelevan opiskelijan kasvua ja kehittymistä työssä ja työstä kohti asiantuntijuutta. Kasvun haasteet kohoavat työtehtävistä ja niiden onnistunut ratkaisu kehittää niin hoitajaa ja hoitotyön opiskelijaa kuin myös toimintakäytäntöjä ja ammattia. *Asiantuntijuudella* tarkoitetaan hoitajan ammattiin kiinnittyvää ja hoitotieteeseen perustuvaa erityisosaamista, joka kehittyy koulutuksen ja työkokemuksen myötä. Tässä työssä asiantuntijuutta tarkastellaan paitsi laaja-alaisena pätevyytenä ja kvalifikaatioiden hallintana, myös hoitotyön ja hoitajan roolin tiedostamisena sekä oman tiedeperustan vahvuutena.

Ammatillinen kasvuympäristö - voidaan puhua myös ammatillisesta oppimisympäristöstä - on paikka, tila, yhteisö tai toimintakäytäntö, joka ollessaan suotuisa mahdollistaa ammatillisen kasvun ja asiantuntijuuden kehittymisen. (Manninen 2000, 30-31; Raehalme 1999, 74-75.) Tässä työssä *ammattillisena kasvuympäristönä on hoitokulttuuri, jossa hoitotyön opiskelijat harjoittelevat³ koulutuksensa aikana ja joka tarjoaa puitteet valmistuneiden hoitajien asiantuntijuuden kehittymiselle.*

'*Ammattikasvatus* on organisoitua kasvatustoimintaa', toteaa Ruohotie (2000a, 284) ja jatkaa: 'Sen avulla nuoret ja aikuiset voivat toteuttaa tavoitteisesti etenevää oppimista päämääränä ammatissa tarvittavien valmiuksien hankkiminen ja kehittäminen sekä edellytysten luominen itsenäiselle ammatilliselle toiminnalle ja jatkuvalle kehittymiselle ammatissa.' Ammattikasvatusta voi tarkastella eri lähtökohdista (ks. taulukko 2, luku 2.1.1). Tässä työssä ammattikasvatuksen määrittely pohjautuu Heikkisen (1995, 30-32) näkemykseen ammattikasvatuksen kulttuurisesta luonteesta. Heikkinen tulkitsee ammattikasvatuksen kasvatustilafilosofisesti

'kasvatukselliseksi interventioksi, joka vaikuttaa persoonallisen identiteetin muodostumiseen siltä osin kuin se perustuu tai suuntautuu johonkin ammatilliseen elämänmuotoon'.

³ Harjoittelulla tarkoitetaan ammatillista kasvua edistävää, ohjattavaa ja arvioitavaa harjoittelua, jossa osa tutkimuksen tavoitteista opitaan erilaisissa terveydenhuollon organisaatioissa.

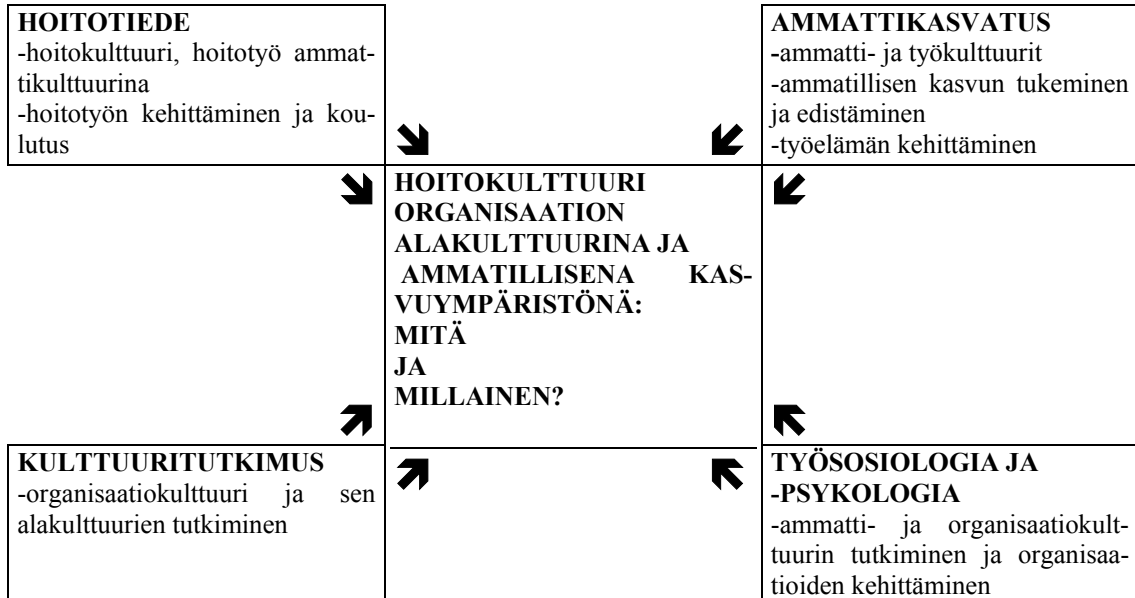
Tässä työssä käytetään käsitettä kulttuuri kuvaamaan sitä, mistä Heikkinen puhuu käsitteellä elämänmuoto. Siten ammatillinen elämänmuoto on ymmärrettävissä hoitokulttuuriksi.

Ammatillisen kasvun tukeminen kohti asiantuntijuutta on erityisesti, mutta ei ainoastaan, ammatilliselle korkeakoulutukselle asetettu haaste. Sen vuoksi juuri ammattikorkeakouluissa on syytä pohtia, kuten Eteläpelto (1994, 19) toteaa, *‘millaisia pätevyksiä koulutuksella tuotetaan ja miten nämä pätevyudet ovat suhteessa tulevaisuuden yhteiskunnasta ja työelämästä nouseviin haasteisiin’*. Tämän työn näkökulmasta on pohdittava, millaista kulttuuria ko. pätevyyksillä ylläpidetään, luodaan ja kehitetään. Ja millaisia mahdollisuuksia tämä kulttuuri tarjoaa ammatilliselle kasvulle ja asiantuntijuuden kehittymiselle? Tarkoituksena ei ole sitoa *terveysalan ammatillisen koulutuksen* tarkastelua mihinkään erityiseen koulutusmuotoon tai tutkintoon, mutta jos ja kun viitataan tiettyyn tutkintoon, viitataan silloin kättilön (AMK) tutkintoon (vrt. alaviitteet 1 ja 2). Valinta pohjautuu omaan taustaani kättilöopettajana sekä siihen, että tutkimusyksikössä hoitajan muodollinen ja kysytty pätevyys perustuu enenevässä määrin – joskaan ei yksin - kättilön tutkintoon.

Hoitotyön opiskelijalle hoitokulttuuri merkitsee paitsi ammatillista kasvuympäristöä myös oppimisen kohdetta: opiskelijan ammatillinen identiteetti muotoutuu kulttuurissa ja kulttuurista. Harjoittelussa opitaan yhteiset toimintakäytänteet, toimintaa ohjaavat käyttäytymissäännöt sekä hoitotyön ja hoitajan rooli. Ammatillisena kasvuympäristönä hoitokulttuuri voi olla joko kehittämismyönteistä ja dynaamista tai kehittymiskielteistä ja staattista. Hoitokulttuurin kehittämisen edistäminen ja tukeminen ovat ammatillisen opetuksen haasteita. Hoitokulttuurin merkitys tulisi huomioida myös arvioitaessa koulutuksen laatua.

Hoitokulttuurin tutkiminen sekä hoitotyön kehittäminen kulttuurista käsin on mielenkiintoinen tutkimuskohde, jota voidaan lähestyä monesta näkökulmasta ja tiedeperustasta. Seuraavassa kuviossa (kuvio 1) on hahmoteltu muutamaa hoitokulttuurin tutkimisen mahdollistavaa viitekehystä: hoitotiede (Germain 1993; Lauri 1989), ammattikasvatus (Ruohotie 1996a, 419), kulttuuritutkimus (Frost, Moore, Louis, Lundberg & Martin 1985; Sackmann 1997; Schein 1987) ja työpsykologia ja –sosiologia (Asp & Peltonen

1991; Buchanan & Huczynski 1997). *Tämän työn näkökulma on ammattikasvatuksen ja roolini työelämän kehittämiseen kohoaa terveystalan opettajan roolista.*



Kuvio 1. Tutkimuksen näkökulma hoitokulttuurin tutkimiseen.

Tämän tutkimuksen ajankohtaisuus ja merkitys kohoavat koulutuksen ja opetussuunnitelmien kehittämishaasteista. Hoitokulttuurin tutkiminen on osa omaa, omaan työhöni kohdistuvaa tutkivaa kehittämistä. Luonnollisesti se on samalla yksi vastausyritys työyhteisöni kohdistuviin kehittämiso-dotuksiin. Ammattikorkeakoulun tavoitteet ovat laajentaneet ammatillista koulutusta opiskelijoiden peruskoulutuksen aikaisesta oppimistapahtumasta elinikäisen oppimisen ja urakehityksen tukemiseen sekä työelämän kehittämiseen.

2 HOITOKULTTUURI AMMATILLISEN KASVUN TUKENA

Jokainen laadullinen tutkimus on ainutlaatuinen ja –kertainen. Se elää ja muotoutuu tutkimushankkeen mukana. Myös tutkijan tutustuminen aikaisempaan tietoon vaihtelee: se voi olla vähäisempää tai kattavampaa. Sen sijaan omien lähtökohtiensa ja sitoumustensa tiedostaminen sekä niiden eksplikointi on ehdotonta (mm. Honkasalo 1994; Suojanen 1982a, 12). Seuraavassa kuvaan tässä tutkimuksessa tehtyjä teoreettisia ratkaisuja.

En lähtenyt liikkeelle *‘puhtaalta pöydältä’*, mikä olisi ollut jopa mahdotonta huomioiden taustani sairaanhoitajana ja terveystieteen ammatillisena opettajana. Toisaalta koska laadullisen tutkimuksen työvaiheet menevät päällekkäin, niin myös tämän tutkimusprosessin eteneminen ja teoriaan tutustuminen olivat limittäisiä, toisiaan ohjaavia ja tukevia tapahtumia. (Liite 1.)

Tutkimuksen alkuvaiheen tavoitteena oli hahmottaa, mitä hoitotyössä on kehitetty ja miten. ***Tutkimusyksikön hoitotyöhön liittyvä alkuorientaationi oli:***

’Naistentautien poliklinikalla hoitaja edustaa hoitotyön asiantuntijuutta ja hoitotyöllä on oma selkeä tehtävänsä ja merkityksensä tutkimusyksikössä. Hoitotieteen merkitys kohoaa sen voimasta uudistaa ja muokata kehittämistä vaativia toimintakäytäntöjä.’

Tutkimuksen edetessä tutkimusongelma täsmentyi hoitokulttuurin mieltämiseen ammatillisena kasvu ympäristönä. Hoitotodellisuuden määrittely sen kulttuurisesta luonteesta käsin tarjosi teoreettisen tarkastelukehikon - mitä tutkin ja tarkkailen - samalla se ohjasi metodologisia valintojani: miten tätä tutkimusta ja tarkkailemista tulisi harjoittaa.

2.1 Näkökulmia ammatilliseen kasvuun

2.1.1 Ammattikasvatus ja ammatillinen kasvu

Muuttuva työelämä edellyttää työntekijältä jatkuvaa ammatillista kasvua ja organisaatioilta uudenlaista organisaatiokulttuuria. Ammattikasvatus organisoituna kasvatustoimintana tukee yksilön ja työyhteisön pyrkimyksiä vastata kasvun ja kehittymisen haasteisiin. Ammattikasvatus käsitteenä kattaa sekä ammatin että kasvatuksen; tässä työssä painopiste on *ammattillisen kasvun* tarkastelussa. Heikkinen (1995, 38-41) toteaa, että ammattikasvatusta koskevat tulkinnat voidaan ryhmitellä ideaalityyppisesti kasvatustieteen perinteisten osa-alueiden mukaisesti. Seuraavassa taulukossa ammattikasvatusta ja ammatillista kasvua tarkastellaan sosiologisesta, psykologisesta, hallinnollis-poliittisesta, filosofis-historiallisesta ja kulttuurisesta näkökulmasta (taulukko 2).

Taulukko 2. Ammatillisen kasvun ja ammattikasvatuksen tulkintoja (mukaillen Heikkinen 1995, 38-41).

Kasvatustieteen osa-alue / Näkökulma	AMMATILLINEN KASVU	AMMATTI-KASVATUS
Sosiologinen näkökulma	– Ammatillisen roolin ja ammatiaseman omaksumista ja identifiointumista sosiaalisiin hierarkioihin	– Sosialisatiota; kvalifikaatiovarannon uusintamista ja vallitsevien taloudellissosiaalisten rakenteiden legitimoimista
Psykologinen näkökulma	– Kognitiivisten ja toiminnallisten skeemojen kehittymistä, sisäiset odotukset ja tarpeet suhteutetaan ulkoisiin vaatimuksiin ja muutoksiin	– Kehittymis- ja muuntumisprosessia edistävää toimintaa
Hallinnollis-poliittinen näkökulma	– Koulutuskoneiston kautta tapahtuva prosessi, jonka avulla tullaan toimivaksi osaksi taloudelliseen ja yhteiskunnalliseen koneistoon	– Osa sosiaalista ja taloudellista infrastruktuuria, joka varmistaa tuotannon ja uusintamisen sekä oikeiden kvalifikaatioiden virtauksen työelämään
Filosofis-historiallinen näkökulma	– Persoonaksi muovautumista ja kansalaiseksi kasvua – Yksilötasolla valitsemisen prosessia	– Sosiaalista ja yksilöllistä toimintaa, tiettyihin kasvatuksellisiin arvoihin sitoutunutta, ytimenä on dialoginen muuttuva ja muotoutuva suhde
Kulttuurinen näkökulma	– Subjektiiivisten ja objektiivisten arvojen todellistamista	– Subjektiiivisten ja objektiivisten arvojen todellistamista

Aarnio, Helakorpi ja Luopajarvi (1991, 28) määrittelevät ammattikasvatuksen ammatilliseksi sosialisatioksi ja individualisaatioksi eli kykyjen ja taipumusten sekä muiden persoonallisten ominaisuuksien kehittämiseksi. Prosessin läpikäytyään yksilö on valmis ammattiinsa kuitenkin siten, että pätevyys muuttuu yhteiskunnan ja työn muutosten mukaisesti, joten pätevyyden jatkuva kehittäminen sisältyy socialisaatioon. Ammattikasvatuksen määrittely sisältää poliittis-hallinnollisen näkökulman lisäksi sosiologisia aineksia: määrittelyssä painottuvat paitsi yksilön kasvuun kohdistuvat odotukset myös työelämän ja ammatin kehittymistarpeet.

Ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskuksen kasvutarveprojektin tulkintaan ammatillisesta kasvusta ja sen tukemisesta vaikuttaa poliittis-hallinnollisen ja sosiologisen näkökulman lisäksi myös psykologinen näkökulma. Hanke määrittelee ammatillisen kasvun ammatissa tarvittavien valmiuksien kehittämiseksi. Ammatillinen uusiutuminen puolestaan käsittää *'kaikki ne kehittämistoimet, jotka kohdistuvat ammatillisen pätevyyden ylläpitämiseen ja lisäämiseen'* (Ruohotie 1995, 122; 1996a, 425). Ammatillista uusiutumista tuetaan erilaisilla toimenpiteillä, ja tavoitteena on parantaa toimijan ammatillista suoritusta. Pätevyyden ylläpitämistä ja lisäämistä kuvataan lausekkeella *'henkilökohtaiset ominaisuudet kertaa työympäristön piirteet'*.

Jos ja kun ammatillinen kasvu ymmärretään ammatillisen identiteetin kehittämiseksi, on näkökulma sosiologinen. Ammatillinen identiteetti on Stenströmin (1993, 31) mukaan henkilöllä, joka tuntee hallitsevansa ammatin vaatimat taidot ja vastuun, on tietoinen osaamisensa vahvuuksista ja mahdollisista rajoituksista, ja on lisäksi halukas sekä jatkuvaan ammatilliseen kasvuun että sitoutuman ammatin normeihin ja arvoihin.

Heikkinen (1995, 32) määrittelee ammattikasvatuksen *'kasvatukselliseksi interventioksi, joka vaikuttaa persoonallisen identiteetin muodostumiseen siltä osin, kuin se perustuu tai suuntautuu johonkin ammatilliseen elämänmuotoon'*. Kasvatuksellinen ydin on filosofis-historiallinen ja kulttuurinen. Heikkisen näkemykseen pohjautuen työ, ammatti ja kasvaminen ovat ihmisen olemuksen ja olemassaolon toteutumisen ehtoja ja tuotoksia. Ammatillinen kasvu on yksilötasolla itsensä valitsemisen prosessia. Kulttuurisessa tarkastelussa on ennen kaikkea kyse subjektiivisen ja objektiivisen, persoonallisen ja kulttuurisen yhteydestä, arvioi Heikkinen. Tässä työssä ammatillinen elämänmuoto ymmär-

retään hoitokulttuuriksi, jonka arvot, normit ja toimintakäytänteet muodostuvat osaksi hoitajan yksilöllistä identiteettiä kasvatuksellisen intervention tuloksena. Yhteisiin virallisiin ja epävirallisiin *'pelisääntöihin'* sitoudutaan.

2.1.2 Ammatti vai professio?

Ammattikäsitteen rinnalla voidaan käyttää käsitettä professio. Ammatti määritellään *'fyysisen henkilön varsinaisena päätyönään harjoittamaksi elinkeinoksi, joka voi olla henkinen tai käytännöllinen'* (Nykysuomen sanakirja 1980, 70) ja professio *'ammattiksi, elinkeinoksi, toimeksi'* (Nykysuomen sivistyssanakirja 1979, 334).

Konttinen (1997, 48-52) yhdistää termit toteamalla, että professiot ovat ammatteja tai pikemminkin ammattikuntia, joiden työ on yleisön palvelua ja joiden edustajat soveltavat erikoistunutta tieteellistä tietoa työtehtäviinsä. Koska professionaalisen työn kohde on kompleksinen, on sen käsittely rutiininomaisin keinoin mahdotonta. Ongelmaratkaisu- ja päätöksentekoprosessit etenevät vaiheittain. Työskentely on toisaalta itsenäistä, toisaalta yhteistyötä saman ja eri alojen edustajien kanssa. Pätevyyden ylläpito edellyttää jatkuvaa koulutusta. Työ ja ammatti ovat useimmiten professionaalille ammatinharjoittajalle tärkeitä samaistumiskohteita ja jopa leimaavat tämän olemusta.

Airaksinen (1993, 25-26) puhuu pelkästään ammateista ja liittää edelliset professioita kuvaavat piirteet niihin. Hän erottaa *ammattit* (esim. opettaja, lääkäri) *ala-ammateista* (esim. hoitaja), *puoliammateista* (esim. insinööri) ja *liike-elämästä* (esim. yritysjohtaja). Ammatit oikeutetaan viittaamalla niihin arvopäämääriin, joita kunkin ammatin harjoittaminen yhteiskunnassa palvelee ja jotka ovat yhteisiä kaikille tietyn ammatin harjoittajille. Ala-ammateilla – esimerkiksi hoitajilla - on samat arvot kuin varsinaisilla ammateilla - esimerkiksi lääkäreillä, mutta *'ei suinkaan samaa tieteellistä koulutusta ja valtaa kuin lääkäreillä.'* Tällä alisteisella asemalla suhteessa lääkärin ammattiin perustele Airaksinen hoitotyön luokittelunsa ala-ammattiksi.

Bernhard ja Walsh (1995, 2-13) kuvaavat ammattien ja professioiden keskinäistä suhdetta sekä professionaalistumisprosessia seuraavan jatkumon avulla:

AMMATTI (A) <-----> (P) PROFESSIO

Ammatteja ja professioita arvioidaan samoilla kriteereillä, ja molemmista etsitään samoja ominaisuuksia. Oletuksena on, että professioista – kehittyneinä ammatteina - nämä piirteet löytyvät, sen sijaan ammatit sijoittuvat jatkumolle sen mukaan, millaisesta ammatista ja sen kehittyneisyyden asteesta on kyse.

Launis (1995, 77), joka jakaa ammatit perinteisiin ammatteihin eli professioihin ja puoliammatteihin, toteaa, että sairaanhoitajien kohdalla on havaittavissa selvää professionaalistumista. Airaksinen (1993, 29-30) on kriittisempi: hoitotyöllä on mahdollisuus kohota varsinaiseksi ammatiksi. Kohoaminen riippuu hoitotieteellisestä tutkimuksesta, mikäli se onnistuu tuottamaan tuloksia, on ammatti oikeutettu. Päinvastaisessa tapauksessa tiedeperusta on vain hämäystä ja lopputulos paljastuu kehnoin seurauksin, ennustaa Airaksinen.

Hoitotyön piirissä ammatin professionaalisuudesta – *'täytyvätkö professioiden kriteerit vai eivät?'* - on keskustelu aina 50-luvulta saakka (Beach 2002; Wainwright 1996, 6-8; Yura & Walsh 1983, 5-8). Monet hoitotyön edustajat pitävät itseään jo saavuttamiensa ansioiden perusteella ammattilaisina ja hoitotyötä kehittyneenä ammattina (professiona). Krause ja Salo (1993, 8-9; myös Bamford 1997, 34-35; Vääntinen 1996, 111) toteavat, että hoitotyö kehittyneenä ammattina perustuu omaleimaiseen ja päteväksi osoitettuun tietoon. Lisäksi hoitotyön perustana on hoitotyön etiikka, intuitiivinen tieto ja sairaanhoitajan yksilöllinen ammattitietoisuus.

Bernhard ja Walsh (1995, 13) arvioivat varovaisemmin hoitotyön kehittymistä. Heidän mielestään hoitotyö täyttää professioiden vaatimukset ainoastaan ammatin yhteiskunnallisen oikeutuksen ja eettisten normien osalta. Sen sijaan muut kriteerit kuten autonomia, ammattiin sitoutuminen ja toiminnan perustuminen tutkittuun, tieteelliseen tietoon eivät vielä täysin yllä profession vaatimusten tasolle. Wainwright (1996, 19) pitää autonomian puutetta keskeisimpänä ongelmana. Leino-Kilven ja Suomisen (1997, 63-64) mukaan viimeaikainen hoitotieteellinen tutkimustoiminta on ollut vilkasta ja tuloksellista, minkä

ansioista hoitotyön tieteellistä tietoperustaa voi varauksetta pitää vahvana. Mutta kuten Bernhard ja Walsh, myös Leino-Kilpi ja Suominen myöntävät hoitotieteellisten tutkimusten heikon tunnettavuuden ja tutkitun tiedon käytön vähäisyyden ongelmallisiksi alueiksi. Lauri (2003, 152) ilmaisee asian jyrkemmin kuin edelliset: hoitotieteellisen tutkimustoiminnan tuottama tieto on jäänyt lähes tyystin hyödyntämättä.

Siis onko hoitotyössä kyse ammatista vai professiosta? Täytyvätkö kehittyneeltä ammatilta, professiolta, vaaditut kriteerit? Valitettavasti eivät. Hoitotyötä ei voi luokitella professioksi – ei ainakaan vielä. Toisaalta onko kysymys mielekäs tai ylipäättään oleellinen? Mitä professionaalistumisella tavoitellaan? Korkeaa statusta, joka leimaa ns. vanhoja professioita? Kujanjuoksussa kohti professioita kannattaa huomioida, että niihin(kin) kohdistuu laajoja muutospaineita sekä mikro- että makrotasolla. Voi jopa kysyä, kuten Kirjonen (1997, 59-60) tekee: 'Onko professioilla tulevaisuutta?' Ehdotonta vastausta lienee mahdotonta antaa, mutta jos ja kun vanhat professiot säilyvät ja uusia syntyy, niiden vakiintunut selkeärajaisuus heikkenee. Professioiden kehitystä kuvaa moninaisuus ja monisuuntaisuus.

Mielestäni kysymyksen '*ammatti vai professio?*' pohdinta hoitotyössä on hyödyllistä, mikäli se palvelee hoitoammatin kehittämisyhtymyksiä, tarjoaa suuntaviivoja hoitajan ja hoitotyön opiskelijan ammatilliselle kasvulle sekä aineksia sen tukemiseen. Olipa kyseessä ammatti tai professio, hoitotieteellisen tutkimustoiminnan merkitys kohoaa sen hoitokäytäntöä uudistavasta voimasta. Terveysalan koulutuksen haasteet puolestaan kohoavat hoitotieteellisen tutkimustiedon hankkimis- ja soveltamisvalmiuksien – tiedollisten, asenteellisten ja ympäristöllisten – turvaamisesta (mm. Stevens 1999, 18).

2.1.3 Ammatillinen kasvu pätevyytensä ja kvalifikaatioiden hallintana

Ammattitaidosta puhutaan seuraavilla käsitteillä: työn vaatimat tiedot ja taidot, osaaminen, pätevyys (eli kompetenssi) ja kvalifikaatiot, joskaan kaksi viimeksi mainittua eivät Heikkisen (1993, 73-75) mukaan sisälly perinteiseen suomalaiseen ammattikasvatuskäsitteistöön. Jotkut pitävät ammatillista pätevyyttä ja kvalifikaatiota synonyymeinä ja

ammattitaitoa niiden arkikielisenä vastineena, kun taas toiset määrittelevät ammattitaidon eräänlaiseksi kattokäsitteeksi, jonka alle sekä pätevyys että kvalifikaatiot sijoittuvat. Ellström (1992, 19) toteaa, että edellisiä käsitteitä yhdistää *'perheyhtäläisyys'*.

Ammattitaito on yhteiskunnallisen työjaon edellyttämää, tietyllä koulutuksella tai kokemuksella hankittua yksilöllistä valmiutta tai pätevyyttä toimia määrättyssä ammatissa (Eteläpelto 1994, 20-21). Heikkinen (1993, 75) kuvaa ammattitaitoon sisältyvän valmiuden ja pätevyyden luonnetta: *'Se on kyky hallita koko työprosessi ajatuksen tasolla, toimia oikein vaihtuvissa tilanteissa sekä systeemisen ajattelutavan omaksumista'*. Ammattitaitoon liittyy tietynlainen kahtiajakoisuus: se voi viitata joko työntekijän ominaisuuksiin (pätevyyteen) tai työn vaatimuksiin (kvalifikaatioihin).

Suomalaisessa kasvatustieteellisessä kirjallisuudessa termi **kvalifikaatio** alkoi esiintyä 1970-luvulla (Heikkinen 1993, 74-75) ja se on edelleen sekä käytetty että käyttökelpoinen. Nykysuomen sivistyssanakirja (1979, 231) määrittelee kvalifikaation *'laadun määrittelyksi; sopivuudeksi, soveliaisuudeksi tai edellytyksiksi.'* Tässä kvalifikaatio tarkoittaa niitä tietoja ja taitoja, joita tietyt työtehtävät vaativat työntekijältä; tällöin puhutaan kvalifikaatiovaatimuksista. Kvalifikaatio on siten pikemminkin työn ja työtehtävien kuin työntekijän ominaisuus. (Ellström 1992, 29-30; Toikka 1992, 12.)

Kvalifikaatioita voidaan jaotella eri tavoin, mitä osaltaan selittänee se, ettei kvalifikaation taustalta ole löydettävissä yhtenäistä teoriaa (Väärälä 1995, 36). Eräs perusjako on jako tuotannollisiin, innovatiivisiin ja mukautumiskvalifikaatioihin. Heikkinen (1993, 74-75) sisällyttää ne kaikki ammattitaitoon. Tuotannollisia kvalifikaatioita tarvitaan varsinaisessa työprosessissa. Mukautumiskvalifikaatioihin kuuluvat muun muassa motivaatiotekijät, oma-aloitteisuus, työyhteisöön sopeutuminen, palveluallttius ja yhteistyökyky. Innovaatiokvalifikaatioita ovat tässä jaottelussa työprosessin kehittäminen, oikea toiminta ennalta arvaamattomissa tilanteissa ja jatkuvan oppimisen kyky.

Väärälä (1995, 44-46), joka nojautuu Toikkaan (1992, 12) kvalifikaatioiden määrittelysään, jakaa kvalifikaatiot viiteen ryhmään. Väärälän ja Heikkisen jaottelut ovat samankaltaisia tuotannollisten ja teknisten kvalifikaatioiden (perustaidot) sekä innovatiivisten kvalifikaatioiden (työssä oppiminen) osalta. Sen sijaan mukautumiskvalifikaatiot Väärälä jakaa hienosyisemmin kuin Heikkinen ja puhuu mukautumiskvalifikaatioiden (sopeu-

tumiskyky) lisäksi motivaatiokvalifikaatioista (sitoutuminen ja suostumus) ja sosiokulttuurisista kvalifikaatioista (roolinottokyky).

Kankaanpää (1995, 3-4) ryhmittelee kvalifikaatiot teknisiin, sosiaalisiin ja normatiivisiin kvalifikaatioihin. Kankaanpään tekemää jakoa täydentää toinen ulottuvuus, joka kertoo kvalifikaatioiden hallinnan tasosta: aluksi on pelkästään tiedon hallinta, joka etenee soveltamiseen ja lopuksi kvalifikaation kehittämiseen (ks. kuvio 7, luku 5.3.1). Teknisillä kvalifikaatioilla tarkoitetaan niitä tietoja ja taitoja, joita työntekijä tarvitsee suoriutuakseen työtehtävistään teknisesti (vrt. tuotannolliset kvalifikaatiot). Sosiaaliset kvalifikaatiot ovat niitä tietoja ja taitoja, joita työntekijä tarvitsee työtehtäviin liittyvän sosiaalisen kanssakäymisen hoitamiseksi (vrt. mukautumiskvalifikaatiot). Normatiiviset kvalifikaatiot ovat puolestaan niitä taitoja, kykyjä ja asenteita, joita työnantaja odottaa työntekijältä ja joita työntekijä tarvitsee sopeutuakseen sulavasti työtehtävien ja työskentelyolosuhteiden muuttumiseen tai vaihtumiseen (vrt. innovatiiviset kvalifikaatiot).

Kvalifikaatiot eivät ole pysyviä vaan laadullisesti muuttuvia sekä eri aikoina ja eri ammateissa eri tavoin painottuvia (Toikka 1992, 12-15). Toimintakulttuurin kehitystä voidaan tarkastella muutoksina niissä kvalifikaatioissa, joita toimijalta odotetaan. Väärälän (1995, 103-104, 187-189) mukaan pelkät tuotannollis-tekniset kvalifikaatiot eivät riitä ammattitaitoon nyky-yhteiskunnassa, vaan tarvitaan aikaisempaa enemmän sosiokulttuuristen, innovatiivisten ja mukautumiskvalifikaatioiden hallintaa. Nämä liittyvät kiinteästi motivaatiokvalifikaatioihin; motivaatio on osa reflektiivistä suhdetta työhön.

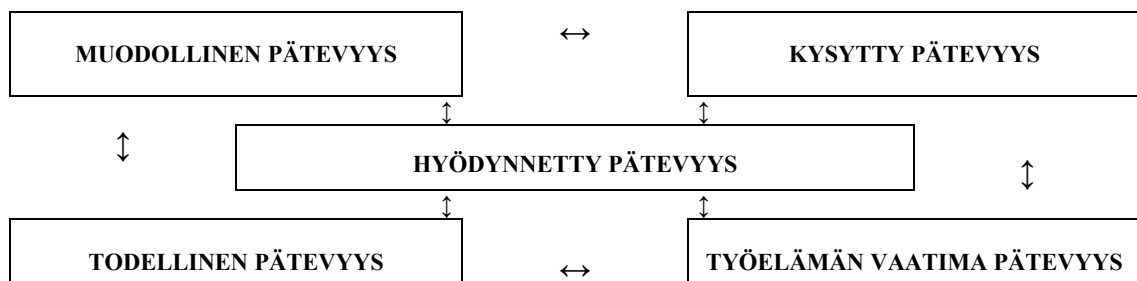
Pätevyys eli kompetenssi⁴ on Heikkisen (1993, 75-76) mukaan kvalifikaatiota sisällöllisempi ja spesifisempi käsite: *'Sillä ilmaistaan toiminnan tyyppin ja laadun sopivuutta asetetun tehtävän suoritukseen.'* Ellström (1992, 21) määrittelee pätevyuden yksilön potentiaalisesti kyvyksi suhteessa tiettyyn tehtävään, tilanteeseen ja kontekstiin. Vaikka pätevyys on selkeästi yksilön ominaisuus, se on kuitenkin aina pätevyyttä johonkin ja jonakin aikana.

Pätevyys koostuu *ydin-, erikois- ja yleispätevyydestä*. Hildén (2002, 34-36) tarkastelee näiden osa-alueiden sisältöjä hoitotyössä. Ydinpätevyyteen sisältyy hoitajan perusosaa-

⁴ Kompetenssi = pätevyys, kelpoisuus; viranomaisen toimivalta (Nykysuomen sivistyssanakirja 1979, 212). Lisäksi pätevä on ansioitunut, kelpollinen, kunnostautunut ja sovelias (Leino & Leino 1990, 119).

minen kuten lääke- ja ihonhoidon hallinnat sekä ongelmanratkaisutaidot ja kotiuttamisen suunnittelutaidot. Erikoispätevyyteen kuuluu hoidon toteutus määrätylle potilasjoukko, esimerkiksi naisen hoitotyö edellyttää erikoispätevyyttä. Yleispätevyys eli potilaan hoitoon liittyvä pätevyys sen sijaan kuvaa sitä, miten hoitaja osaa yhdistää ydin- ja erikoispätevyyden toteuttaessaan potilaan yksilöllistä hoitoa.

Ellström (1992, 37-42) ja Ruohotie (2002, 236) ovat tarkastelleet pätevyyden monimuotoisuutta. *Muodollinen pätevyys* todennetaan muodollisen koulutuksen, todistusten tai muiden dokumenttien avulla; *kysytty pätevyys* kuvataan esimerkiksi tietyn tutkinnon ammattitaito- ja kelpoisuusvaatimuksina. Sen sijaan työntekijän *todellinen pätevyys* kattaa kaiken osaamisen - niin näkyvän kuin potentiaalisen. Todellinen pätevyys saattaa ylittää sekä muodollisen ja kysytyn pätevyyden että *työtehtävien vaatiman pätevyyden*, joskin tilanne voi olla tai kehittyä päinvastaiseksi, elleivät työtehtävät mahdollista ammatillista kasvua. *Hyödynnetty pätevyys* on yksikertaisesti sitä pätevyyttä, mitä todella tarvitaan ja käytetään päivittäisissä työtehtävissä. Jotkut työtehtävät edellyttävät työntekijän koko kapasiteetin käyttöä, valitettavasti eivät kaikki. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Ammatillisen pätevyyden monimuotoisuus. (Ellström 1992, 37-42; Ruohotie 2002, 236.)

Terveysalan ammatillista koulutusta käsittelevistä tutkimuksista löytyy kaikkien edellä mainittujen ammattitaitoa kuvaavien käsitteiden käyttöä. Jaroma (2000) on pitäytynyt ammattitaitokäsitteessä, sen sijaan Hildén (1999) on tutkinut ammatillista pätevyyttä; Vääntinen (1996) ja Peltari (1997) puolestaan ovat kuvanneet nykyisiä ja tulevaisuuden kvalifikaatioita. Metsämuuronen (1998), Räisänen (2002) ja Nousiainen (1998) sekä Paloposki, Eskola, Heikkilä, Miettinen, Paavilainen ja Tarkka (2003) ovat keskittyneet

osaamiseen. Tilanne heijastaa ammattitaitokäsitteiden käytön sekavuutta, monenkirjaisuutta ja päällekkäisyyttä. Valitettavasti samalla tutkimustulosten vertailtavuus heikenee, koska perheyhtäläisyydestä huolimatta ei välttämättä ole mitattu samaa ilmiötä. Toisaalta ei edes saman käsitteen valinta takaa vertailtavuutta, mikäli käsitteiden operationalisoinnit eroavat toisistaan. Kaiken kaikkiaan puutteita löytyy käytettyjen käsitteiden määrittelystä ja ammattitaidon mittaamisesta, ongelmia, joihin myös Watson, Stimson, Topping ja Porock (2002) kiinnittivät huomiota tutkittuaan hoitotieteellisiä pätevyystutkimuksia.

2.1.4 Ammatillinen kasvu asiantuntijuuden kehittymisenä ja työssäoppimisena

Ammatillinen kasvu, asiantuntijuus ja työssäoppiminen kietoutuvat kiinteästi yhteen. Asiantuntijuus ilman todellisista toimintaympäristöistä hankittua kokemusta ei ole mahdollista (mm. Eteläpelto 1997, 91; Paloposki ym. 2003, 163). Tässä työssä asiantuntijuus ymmärretään ammatillisena asiantuntijuutena, joka hankitaan koulutuksen aikana ja jossa kehittyminen jatkuu työssä ja työtehtävien kautta. Toisaalta se, mitä työssä ja työstä opitaan (ja mistä tässä ollaan kiinnostuneita), on nimenomaan ammattialaan ja asiantuntijuuteen liittyvää tai sitä tukevaa.

Hoitokulttuurilla on merkitystä paitsi yksittäisen hoitajan ja hoitotyön opiskelijan oppimishalukkuuteen myös työyhteisön kehittämiseen. Esimerkiksi Mäkisen, Kivimäen, Elovainion ja Virtasen (2003a, 111) tutkimat osastonhoitajat arvelivat omalla osastollaan tapahtuneiden myönteisten muutosten liittyvän yleisimmin nimenomaan hyvään ilmapiiriin. Valitettavasti toisaalta on osoitettu, etteivät osastonhoitajat aina ja kaikkialla kykene ylläpitämään kehittymismyönteistä ilmapiiriä (Mettiäinen, Laakso & Raatikainen 2003). Harjoittelupaikan ilmapiiri, ohjaajan lisäksi, on keskeinen myös opiskelijoiden oppimiseen vaikuttava tekijä (mm. Koskinen & Silén-Lipponen 2001, 125-127; Munnukka 1997, 33; Olson & Vance 1999, 63; Ring & Danielson 1999, 15; Saarikoski 2002, 54; Sarajärvi 2002, 100; Vesterinen 2002, 194-195).

Ohjauksella, pedagogisella tuella ja reflektiivisellä palautteella on ylipäätään tärkeä merkitys työssä ja työstä oppimisessa lukuisten tutkimusten mukaan (mm. Antonsson & Sandström 2000, 41; Bjørk & Kirkevold 1999, 83; Dearmun 2000, 64; Karttunen 1999, 188; Ramritu & Barnard 2001, 55-56; Ruohotie 1999, 29-31; Tynjälä 2003). Oheiset tekijät sisältyvät jo *työssäoppimisen* määritelmään, minkä Pohjonen (2001, 226) muotoilee seuraavasti:

”Työssäoppiminen muodostaa olennaisen osan oppijan henkilökohtaisesta opetussuunnitelmasta. Se varmistaa sekä edistää ammattitaidon, osaamisen ja metataitojen suunnitelmallista, jatkuvaa ja motivoitunutta kehittämistä työprosessissa kokeneen mentorin ohjauksessa reflektiivisesti kokemuksellisuuden ja yhteistoiminnallisuuden tukemana. Mentorilla on kokemusta ohjaajana toimimisesta ja hän hallitsee työkokonaisuuden.”

Nimetyn ohjaajan tai mentorin rooli ammatillisen kasvun edistäjänä kohoaa myös Lloyd Jonesin, Waltersin ja Akehurstin (2001, 159-158; ks. myös Rosser & King 2003) tekemistä havainnoista: ohjaaja helpottaa pääsyä kulttuuriin ja auttaa kulttuuristen koodien tulkinnassa. Toisaalta mentorointiin saattaa liittyä ongelmia, mikäli sen rooli korostuu liikaa ammatillisessa kasvuprosessissa. Esimerkiksi Guskey (2000, 28) epäilee, että yhteydet muuhun työyhteisöön voivat jäädä vähäisiksi, mikä puolestaan saattaa vaikeuttaa yhteistyötaitojen kehittymistä.

Ammatillinen kasvu ympäristö, joka suotuisana mahdollistaa työssä ja työstä oppimisen, voidaan nimetä monelle tavalla: oppivaksi organisaatioksi (mm. Dixon 1994; Juuti 1999; Soini, Rauste-von Wright & Pyhältö 2003), terveeksi organisaatioksi (Bamford & Morton-Cooper 1997, 54; Waris 1999, 92-93), käytännön yhteisöksi (Wenger 1999, 47), innovatiiviseksi tietoyhteisöksi (Hakkarainen, Paavola & Lipponen 2003) tai toimivaksi työyhteisöksi (Paunonen 1993, 80-81). Sitä voidaan myös kuvailla oppimisympäristökäsitteen avulla.

Oppimisympäristöajattelussa opettajan/ohjaajan rooli muuttuu tiedon jakajasta oppimisen tukihenkilöksi, toiminnan aktivaattoriksi ja oppimista edistävien ympäristöjen suunnittelijaksi. (Manninen 2000, 30; Raehalme 1999, 74-75). Parhaimmillaan oppimisympäristö:

- rohkaisee oppijaa aktiivisuuteen, autonomisuuteen ja omatoimisuuteen
- mahdollistaa oppimisen reaalityöskentelössä ja autenttisissa konteksteissa

- perustuu opettajan/ohjaajan ja oppijan yhteistoimintaan
- edistää oppimista tukevien asiantuntijaverkostojen kehittymistä
- korostaa oppiainekeskeisyyden sijasta ongelmakeskeisyyttä
- luo edellytykset pitkäkestoiselle ja kokonaisvaltaiselle oppimisprosessille. (Manninen 2000, 30; Nummenmaa 2002, 129-130; Raehalme 1999, 74-75.)

Ruohotie (1996a, 429-430; 1996b, 20-21) nimeää kasvua tukeviksi ympäristön piirteiksi kannustavan ilmapiirin ja johtamisen, palkitsemisen, intensiivisen kommunikaation ja turvallisuuden. Kannustavan ilmapiirin luominen asettaa johdolle ja esimiehille haasteita. Työssäoppimista edistää, mikäli työntekijöiden urakehittymistä tuetaan ja ammatti-identiteetin rakentuminen mahdollistetaan, osaamisresursseja kehitetään tavoitteellisesti ja suunnitelmallisesti, kehittymistä arvioidaan ja siitä palkitaan. Työn kannustearvoa määrittävät työn kehittävät piirteet, joita ovat muun muassa työn arvostus ja vaikuttamismahdollisuudet sekä mahdollisuus vuorovaikutteiseen oppimiseen. Kasvuorientoitunut ilmapiiriä kuvaa myös ryhmän toimintakyky: ryhmän jäsenten kyky toimia yhdessä, ryhmähenki ja yrityksen imago. Työssä koettu stressi ja liiallinen kuormittavuus puolestaan heikentävät, jopa estävät työssäoppimista. Sen sijaan oppimista edistävät työroolien selkeys ja ristiriidattomuus.

Samankaltaisten tekijöiden on havaittu edistävän myös sairaanhoitajien työssäoppimista. Hart ja Rotem (1995) löysivät kuusi ammatilliseen kasvuun vaikuttavaa tekijää: itsenäisyys ja vastuu, roolien selkeys, työtyytyväisyys, johtamisen laatu, vertaistuki ja oppimismahdollisuudet. Tulosten mukaan oppiminen hoitoyhteisöissä vaihteli; jotkut yksiköt olivat oppimismyönteisempiä kuin toiset. Wariksen (1997), Kivistön ja Kalimon (2000) sekä Pahkalan ja kumppaneiden (2000) tutkimustulokset vahvistavat asian: toimiva työyhteisö ja sopivasti haasteellinen työ edistävät ammatillista kasvua.

Työssäoppiminen tukee ammatillista kasvua, jonka tavoitteena on asiantuntijuuden kehittyminen. Kuten ammattitaito, pätevyys ja kvalifikaatio myös *asiantuntijuus* on vaikea määriteltävä; yhteistä näille käsitteille on kontekstisidonnaisuus. Synonymisanakirja (Leino & Leino 1990, 14) määrittelee asiantuntijan 'ekspertiksi' ja 'erikoistuntijaksi'; asiantuntemus sen sijaan on yhtä kuin 'alan hallinta' ja 'perehtyneisyys'. Vastaavasti noviisi, ekspertin vastakohtana, tarkoittaa 'aloittelijaa, vasta-alkajaa' (Nyky-suomen sivistyssanakirja 1979, 93, 287).

Eteläpelto (1994, 21) toteaa, ettei asiantuntijuutta rajaa ammatillinen vakanssi tai asema vaan pikemminkin asia, tehtävä tai ongelma-alue. Asiantuntijuudella tarkoitetaan perinteisiin ammatteihin kiinnittyvää tai niihin liittyvää ja tiukasti tietämiseen perustuvaa erityisosaamista. Asiantuntija on paitsi toteutuksen ammattilainen myös toiminnan suunnittelija ja kehittäjä, joka lisäksi ymmärtää oman toimialansa laajempia yhteiskunnallisia kytkentöjä. Tällaista asiantuntijaa voidaan kuvata dynaamiseksi (Hakkarainen, Lonka & Lipponen 2001, 80).

Asiantuntija voi työskennellä erilaisissa ja erilaista teorioiden soveltamista edellyttävisissä toimintarooleissa, joiksi Pirttilä (1997, 72-76) nimeää tutkijan, innovoijan, diagnostiikon, valistajan, simuloijan ja hoivaajan. Valistaja ja hoivaaja työskentelevät ensisijaisesti ihmisten todellisuuden asiantuntijoina; muut asiantuntijatyyppit toimivat kaikilla asiantuntija-areenoilla.

Ammattilaisuutta ja asiantuntijuutta saatetaan – etenkin arjen puheenvuoroissa - pitää toisiaan vastaavina käsitteinä. Kuitenkin jotta voidaan puhua asiantuntijuudesta, tarvitaan Lehtisen ja Palosen (1997, 16-17) mukaan kaksi erityisvaadetta, jotka erottavat ammattilaisen ja asiantuntijan toisistaan. Asiantuntija kykenee siirtämään tietoa toisesta toimintaympäristöstä toiseen, kun taas ammattilaisen tehtävä on suoriutua hyvin omasta toimialueestaan. Toiseksi asiantuntijan oletetaan pystyvän arvioimaan toiminnan onnistuneisuutta, hahmottamaan kokonaisuuksia ja näkemään asioiden merkitys laajemmasta kuin vain oman työnsä näkökulmasta. Tämän asiantuntijuuteen liittyvän piirteen vuoksi asiantuntijoiden merkitys korostuu nimenomaan muutosten ja murrosten kynnyksellä.

Mikäli ammattilaisesta käytetään asiantuntija –nimikettä, on kyse pikemminkin rutiiniasiantuntijasta kuin dynaamisesta asiantuntijasta. Rutiiniasiantuntijoiden osaaminen perustuu kerran hankittujen tietojen ja taitojen soveltamiseen, jotka eivät riitä kohdattaessa outoja ongelmia; dynaaminen asiantuntijuus sen sijaan mahdollistaa tarkoituksenmukaisen toiminnan kaikissa, myös uusissa ja muuttuvissa tilanteissa (Hakkarainen ym. 2001, 79-80). Toisaalta myös edellisessä luvussa määriteltyyn ammattitaito - käsitteeseen voidaan sisällyttää kehittämisosaaminen: ammattitaitoinen työntekijä hallitsee sekä toiminnan muuttuneissa olosuhteissa että työn kehittämisen (Heikkinen 1993, 75).

Dynaamista ja rutiiniasiantuntijuutta voi kuvata pätevyyden ja kvalifikaatioiden hallinnan avulla. Dynaamisen asiantuntijan voi olettaa hallitsevan täydellisesti sekä tekniset että sosiaaliset ja normatiiviset kvalifikaatiot, ja hänen todellinen pätevyytensä on laajempaa kuin työtehtävien edellyttämä pätevyys. Sen sijaan rutiiniasiantuntijalta, joka todennäköisesti hallitsee tekniset kvalifikaatiot, saattaa löytyä puutteita normatiivisista ja innovatiivista kvalifikaatioista. Pätevyys rajoittuu työtehtävien edellyttämään pätevyyteen muuttumattomissa olosuhteissa.

Samoin kuin asiantuntijuuden ja ammattitaidon myös asiantuntijuuden ja professionaalisuuden välinen ero on kuin veteen piirretty viiva. Voi väittää, että jokainen professionaalista työtä tekevä on asiantuntija omalla alallaan, kun taas kaikki asiantuntijat eivät tee professionaalista työtä. Jos ja kun asiantuntijuus on selkeästi yksilön ominaisuus, on professioihin liittyvä pätevyys pikemmin kollektiivista osaamista. Konttinen (1997, 58) kylläkin ennustaa, että individuaalisuudet etenee myös professioiden piirissä: huomio kiinnittyy enenevässä määrin yksilöllisiin ominaisuuksiin samalla kun yleiset, koko ryhmään liittyvät symbolit menettävät suhteellista merkitystään.

Asiantuntijuustutkimuksissa sen sijaan on siirrytty yksilöllisestä lähestymistavasta kohti asiantuntijakulttuurien kuvausta, toteavat (Lehtinen & Palonen 1997, 13, 22-23). Käsitteillä jaettu ja ositettu asiantuntijuus tarkoitetaan tilannetta, jossa asiantuntijuus ei ole enää yksilön ominaisuus, vaan yhdistelmä usean henkilön ja ympäristön (esim. koneiden) hallitsemasta osaamisesta.

2.1.5 Ammatillinen kasvu prosessina

Edellä on tarkasteltu ammatillista kasvua tuotoksena ja päätetilana: aloittelijan ammatillinen kasvu on edennyt suotuisasti, mikäli häntä voi luonnehtia asiantuntijaksi, joka on pätevä ja hallitsee työssään tarvittavat kvalifikaatiot. Seuraavaksi ammatillista kasvua tarkastellaan prosessina ja asiantuntijuuden vaiheittaisena kehittymisenä. Prosessia luonnehtivat tavoitteellisuus, jatkuvuus ja systemaattisuus (Guskey 2000, 18).

Praktisen tiedon lisäksi ammatillinen kasvu edellyttää formaalista tietoa sekä yksilön (meta)kognitiivisten, konatiivisten ja affektiivisten kasvutekijöiden toimivuutta (mm. Beach 2002, Eteläpelto 1997, 91-99; 88; Pintrich 2000, 62; Ruohotie 2000b, 75-76; 2002, 53-55; 2003, 79; Tynjälä 2003). Affektilla tarkoitetaan tiettyyn objektiin tai ideaan kohdistuvia tunnereaktioita; konaatio puolestaan viittaa niihin mentaalisiin prosesseihin, jotka auttavat kehittymään. Metakognitiivisen tietämyksen tehtävänä on integroida ja suodattaa formaalin ja praktisen tiedon käyttöä asiantuntijaksi oppimisessa.

Praktinen ja formaalitieto ovat oppimisen kohteena eri tavoin ammatillisen kasvuprosessin eri vaiheissa. Lisäksi niiden painotukset vaihtelevat. Kun asiantuntijaksi oppimisen varhaisia vaiheita leimaa jommankumman tietomuodon ylikorostuminen, kuvaa korkeatasoista asiantuntijuutta integroituminen ja läheinen vuorovaikutus. Edellisten tietomuotojen lisäksi asiantuntijalla on ns. hiljaista tietoa, jonka Tynjälä (1999, 159) kuvailee implisiittiseksi ja sanattomaksi, asiantuntijan strategiseksi tiedoksi. Tutkimusten mukaan hiljaisella tiedolla on myös hoitotyön asiantuntijuudessa merkittävä rooli (mm. Herbig, Büssing & Ewert 2001, 694; McCutcheon & Pincombe 2001, 347-348; Nurminen 2000, 118-120).

Asiantuntijan ja noviisien oppimistapojen (mm. Daley 1999, 138), samoin kuin taitavien ja taitamattomien oppijoiden on havaittu eroavan toisistaan (mm. Ruohotie 2000b, 84-86; 2002, 65-55). On aiheellista pohtia, kummasta on kyse: syystä vai seurauksesta? Voiko taitamaton oppija ylipäättään edetä asiantuntijaksi? Onnistunut ammatillinen kasvu vaatii kehittyneitä oppimisstrategioita; esimerkiksi hyvien oppijoiden on todettu hyödyntävän tehokkaammin metakognitiivisia strategioitaan kuin heikkojen oppijoiden (Ruohotie 2000b, 98). Asiantuntijalla taitavana oppijana korostuu kaksoissilmukkaoppiminen; oppimista kuvaa vahva luottamus omaan oppimiskykyyn sekä aktiivinen ja oma-aloitteinen uuden tiedon konstruointi; tieto ei myöskään jää irralliseksi käytännöstä, toteaa Daley (1999, 140). Tämä vastaa Clarken ja Wilcocksonin (2001) tekemiä havaintoja: asiantuntija kykenee irtautumaan vakiintuneista tavoista ja kehittämään uusia vaihtoehtoisia toimintatapoja.

Asiantuntijuudessa on keskeistä niin sanottu progressiivinen ongelmanratkaisu, joka pohjautuu Bereiterin ja Scardamalian laatimaan analyysin (Hakkarainen ym. 2001, 80-81). Ongelmanratkaisutaidot kehittyvät, mikäli ympäristö tarjoaa riittävästi haasteita.

Prosessi etenee seuraavasti: alun harjoittelun ja erilaisten yritys-erähdys -kokemusten kautta päästään osittain automatisoituneisiin toimintamalleihin. Asteittain syvenevää ongelmanratkaisua kuvaa se, että osa kokemuksen ja kehittyneen rutiinin myötä vapautuvista voimavaroista sijoitetaan uudelleen ongelmien ratkaisuun vaativammalla tasolla.

Kasvua asiantuntijuuteen voi kuvata eräänlaisena kulttuuritumisprosessina, osaamisyhteisöön kasvamisena (Hakkarainen 2000, 20; Lehtinen & Palonen 1997, 18; Wenger 1999, 47, 73). Tällöin korkeatasoista osaamista selitetään sosiaalisten ja kulttuuristen tekijöiden avulla. Keskeisiä elementtejä ovat jaettu ymmärrys ja vastuu, jaetut välineet sekä vastavuoroinen toiminta. Aloittelijan kasvu asiantuntijaksi etenee asteittain syvenevän osallistumisen myötä. Asiantuntijakulttuuriin tai ammattikunnan sisälle päästään koulutuksen kautta, missä opitaan yhteisön tavat ja käytännöt, joskaan koulutus yksin ei tuota asiantuntijuutta. Oppiminen etenee rutiinitehtävien itsenäisestä suoriutumisesta yhä laajempien kokonaisuuksien hallintaan ja päätyy kyseiseen asiantuntijakulttuuriin integroitumiseen. Langin ja Nikkosen (1994, 110) tutkimien kättilöiden oppimispolku muistuttaa kovin edellistä kuvausta: aluksi korostui mallioppiminen ja samanaikaisesti pyrittiin sisäistämään osaston toimintakulttuuri. *'Persoonallinen tyyli'* kehittyi vähitellen työ- ja elämäkokemusten myötä.

Ammatillista kasvuprosessia voidaan tarkastella myös urakehityksen kautta (Ruohotie 1996a, 433-434; 2000b, 57-59). Eri syyt saattavat laukaista prosessin, jossa yksilö alkaa tutkia nykyistä työtään ja osaamistaan, arvioida mahdollisia uusia uravaihtoehtoja ja valmistella henkilökohtaista urasuunnitelmaansa. Ulkoinen informaatio ja ohjaus, kannustus ja palaute vahvistavat valintatietoisuutta. Prosessin seuraavia vaiheita ovat kokeilu, valinta, osittainen identiteetin muutos, vakiintuminen, lisääntynyt sopeutumiskyky ja myönteinen käsitys itsestä toimijana, jonka jälkeen prosessi voi käynnistyä uudelleen. Kasvua tukevan ympäristön piirteisiin sisältyy Ruohotien (1996a, 429-430; 1996b, 20-21) mukaan urakehityksen tukeminen.

Yleisimmin esitetty kuvaus asiantuntijuuden kehittymisprosessista pohjautuu Dreyfusin veljesten tekemään analyysiin. Dreyfusien mallia on kritisoitu muun muassa sen yleisyydestä (Eteläpelto 1997, 93) ja nojautumisesta liian yksipuolisesti eksplisiittisesti kuvattavissa oleviin tietojärjestelmiin (Lehtinen & Palonen 1997, 13; Nurminen 2000, 119). Työelämässä tarvittava asiantuntijuus poikkeaa monin tavoin huippuekspertin

suorituksista ja hyvästä koulusuorituksesta. Tätä eroa ei Dreyfusien mallissa huomioida riittävästi.

Hoitotyöhön Dreyfusien mallin on tuonut Benner tutkijatovereineen ja se tunnetaankin ns. *Bennerin mallina*. (Benner 1989; Benner, Tanner & Chesla 1999.) Kritiikkiä on kohdistettu myös Bennerin malliin (mm. Edwards 2001, 56-60). Benner jakaa asiantuntijan ammatillisen kasvun viiteen vaiheeseen: noviisi, edistynyt aloittelija, pätevä, taitava ja asiantuntija. Aloittelijan ja asiantuntijan suorituksista löytyy Bennerin (1989, 28) mukaan seuraavankaltaisia muutoksia: ensimmäinen muutos on siirtyminen abstraktien periaatteiden varassa tapahtuvasta toiminnasta aikaisempien todellisten tilanteiden käyttöön paradigmoina. Toinen muutos on vaativien tilanteiden hahmottamisessa tapahtuva muutos, jolloin tietty tilanne nähdään yhä enenevässä määrin kokonaisuutena eikä vain yksittäisten tärkeiden osien koosteena. Tähän liittyy myös yllättävien tapahtumien ennakoinnin kehittyminen. Kolmas muutos painottuu tarkastelukulmaan: kun aloittelija tarkastelee tilannetta ulkopuolisen tarkkailijan roolista, on asiantuntijan rooli osallistuvan havainnoitsijan.

Asiantuntijan suoritus on niin kiinteästi osa asiantuntijaa itseään, että näyttää siltä, ettei hän pysty erittelemään suoritustaan. Tästä on saatettu vetää virheellinen tulkinta, jonka mukaan asiantuntija ei käyttäisi oman alansa teoreettista tietoa ratkoessaan ongelmia ja tehdessään päätöksiä. Lehtinen ja Palonen (1998, 93) selittävät ilmiötä tiedon kapseloitumisella. Tieto ei häviä, se kapseloituu ja on siinä muodossa käytössä. Lisäksi asiantuntijan tieto varastoituu skripteihin, joita voi pitää ennakkotapauksina (vrt. Benner 1989, 28). Skriptien ydin on ilmeisesti formaalia tietoa, mutta suuri osa niiden rakentumisesta tapahtuu informaalilla tavalla, usein havaintoihin liittyvien oivallusten kautta. Mikäli asiantuntijalle ominainen tulkinta ja päättelyntekotapa halutaan saada näkyviin, on annetun tehtävän oltava merkityksellinen.

Janhonen ja Pyykkö (1996, 12-17) ovat perehtyneet ammatilliseen kasvuun hoitotyössä. *'Kehittyvän hoitotyön mallin'* mukaan hoitajien käyttämät hoitotavat, jotka vaihtelevat sisältönsä suhteen, ovat joko varmistavia, kasvattavia, ymmärtäviä tai katalyyttisiä. Varmistava hoitotyö vastaa Bennerin luokituksessa noviisia tai edistynyttä aloittelijaa, kasvattava hoitotapa vastaa pätevän hoitajan toimintaa, ymmärtävää hoitotyötä toteuttava on jo edennyt taitavaksi hoitajaksi. Katalyyttiseen hoitotapaan yltävää hoitajaa voi

kuvata asiantuntijaksi. Kasvu katalyyttiseksi hoitajaksi on aikaa vievä kasvu- ja kehittymisprosessi, joka edellyttää, kuten ammatillinen kasvu asiantuntijaksi ylipäättään, teoreettisen tiedon ja työtodellisuudesta hankittujen kokemusten lisäksi metakognitiivista taitoa ja persoonallista kehittymistä.

Molempia edellä kuvattuja hoitotyön asiantuntijuuden kasvuprosessia kuvaavia malleja on hyödynnetty hoitajan ammattitaidon arvioimiseksi kehitetyissä mittareissa, joskin Bennerin malli on saavuttanut vankemman aseman. Janhonen ja Vanhanen (1996, 84-89) esittelevät 'Kehittävän hoitotyön' –mallin pohjalta laaditun '*Muutokseen suuntautuminen*' – mittarin luotettavuuden arviointia; tulokset olivat kirjoittajien mukaan lupaavia. Bennerin mallin pohjalta on rakennettu muun muassa AURA -sairaanhoitajien ammatillinen urakehitysmalli (Sairaanhoitajien ...1998). Benneriin on nojattu myös laadittaessa 'Sairaanhoitajien ammattitaito' –mittaria (Meretoja 2003) sekä JATA –kriteeristöä ammattitaidon arvioinnin välineeksi (Sairaanhoitajaliitto 2003).

2.2 Organisaatiokulttuuri ja sen tutkiminen

2.2.1 Arvot, normit ja roolit kulttuurin ydinelementteinä

Arvot, normit ja roolit – toisiinsa kietoutuneita ja toisiinsa vaikuttavia - ovat kulttuurin ydinelementtejä. Kukin yhteisö luo jäsentensä käyttäytymistä ohjaavia malleja, jotka leimaavat kyseistä yhteisöä. Ne ovat keskeisellä sijalla sekä kulttuuriin sosiaalistumisprosessissa että kulttuurin muutostapahtumassa. Uudet haasteet hyväksytään, mikäli ne ovat sopusoinnussa vallitsevan kulttuurin arvojen ja normien kanssa. Materiaalisen kulttuurin muutosten omaksuminen on nopeampaa kuin ei-materiaalisen kulttuurin. (Buchanan & Huczynski 1997, 518-519; Hofstede 1993, 25-27; Robertson 1988, 55.)

Lisäksi kulttuuri ilmenee *symboleissa*, eleissä, kuvissa ja esineissä, joilla on tietty merkitys. Esimerkiksi ammattikieli, työasu ja arvoaseman tunnuksat kuuluvat symboleihin. (Hofstede 1993, 24.) *Rituaalit* taas ovat kollektiivisia toimintoja, joiden tärkeimpinä tehtävinä voi pitää ryhmän kiinteyden lisäämistä ja sen maailmankuvan perusarvojen

ilmaisemista. (Buchanan & Huczynski 1997, 523; Helman 2000, 156; Hofstede 1993, 25.) Sekä Helman (2000, 159-160) että Honko ja Pentikäinen (1970, 59-60) jakavat riitit siirtymäriitteihin, kalendaarisiin riitteihin ja kriisiriitteihin. Siirtymäriitit etenevät kolmessa vaiheessa: 1) irtautuminen edellisestä sosiaalisesta asemasta, 2) vaihdekausi, jossa ihminen on ikään kuin kahden aseman rajalla ja 3) liittyminen uuteen asemaan. Edellisiä vaiheita vastaavat riitit ovat irtaantumis-, vaihde- ja liittymäriittejä.

Arvot, jotka Schein (1987, 32-35) sijoittaa kulttuurin näkyvän ja näkymättömän osan väliin, ovat aina ja kaikkialla läsnä. Arvot ovat käsitys siitä, mikä on hyvää, oikein tai toivottavaa; ne palvelevat orientaatioperustana ja valintojen kriteereinä. Arvosubjektilla tarkoitetaan sitä henkilöä tai ryhmää, joka pitää jotain asiaa jollakin tavalla arvokkaana; arvo-objekti on taas asia tai olio, jota pidetään arvokkaana (Sajama 1993, 88).

Eri asiat tuntuvat ihmisille ja yhteisöille tärkeiltä, esittää Turunen (1992, 9-18). Arvo voi siten olla mikä tahansa asia, jolle ihminen antaa positiivisen arvon asian itsensä vuoksi (itseisarvo). Toisaalta asia voi olla arvokas välineenä tavoiteltaessa hyvää (välinearvo). Arvot eivät määräydy pelkästään yksilöstä käsin, vaan myös siitä yhteisöstä, organisaatiosta ja kulttuurista, jossa ihminen toimii. Kulttuurin syvimpänä olemuksena voi pitää arvostusten luomista ja ylläpitämistä. Ammatillinen kasvu ja ammattikasvatus ovat osa tätä arvojen muodostamis- ja ylläpitämisprosessia, jota Turunen pitää voittopuolisesti myönteisenä, joskin myöntää sen voivan olla myös sitova ja rajoittava.

Arvoja voidaan luokitella monin tavoin. Sajama (1993, 88-90) esittelee yhden luokittelun: *arvo ihanteena tai hyveenä, arvo arvosubjektin ominaisuutena, arvo objektina ja arvo objektin ominaisuutena*. Turunen (1992, 21, 59, 95, 121) puolestaan jakaa arvot *varsinaisiin arvoihin, ihanteisiin ja arvostuksiin sekä inhimillisesti arvokkaisiin kokemuksiin*. Varsinaisia arvoja ovat totuus, kauneus ja hyvyys. Toisaalta varsinaiset arvot voivat olla hyvin arkipäiväisiä ja vaikuttavat elämäämme kaiken aikaa, joskin huomauttamattomasti. Ihanteet poikkeavat varsinaisista arvoista siten, että ne ovat selvemmin ja luontevimmin yksilöiden ja yhteisöjen ominaisuuksia. Ihanteita voi nimetä rajattomasti: muun muassa rehellisyys, hienotunteisuus ja tehokkuus. Ihmisten ja yhteisöjen toiminta, samoin kuin ihmisten väliset suhteet, perustuvat ihanteisiin. Ne ohjaavat toimintaa, toimivat tavoitteina ja ei-suotavan käyttäytymisen kriteereinä. Kolmanteen Turusen arvok-

kaan luokkaan kuuluvat arvostukset, jotka poikkeavat varsinaisista arvoista ja ihanteista siten, että niillä on yleensä selvä, joko konkreettinen tai abstraktinen kohde.

Normit tai perusoletukset, joiksi Schein (1987, 35-36) kutsuu normeja, ovat yksityiskohtaisia, tiettyihin tilanteisiin liittyviä ohjeita, sääntöjä ja malleja. Arvojen merkitys kohoaa niiden osuudesta normien muotoutumisessa, joskin normin taustalla oleva arvo on saattanut hämärtä ja sen alkuperä unohtua. Yhteisö opettaa säännöt uudelle jäsenelle ja niihin sitoudutaan jopa niin voimakkaasti, että jonkun muun normin pohjalta tapahtuvaa käyttäytymistä pidetään käsittämättömänä. Toisaalta yhteisö kontrolloi – virallisesti tai epävirallisesti - jäsentensä normeista poikkeavaa käyttäytymistä. Normien rikkomisesta saattaa seurata rangaistus ja vastaavasti niiden mukaisesta käyttäytymisestä voidaan palkita. (Buchanan & Huczynski 1997, 519; Robertson 1988, 62.)

Normit – perusoletukset - voivat olla joko virallisia tai epävirallisia. Viralliset säännöt (Buchanan & Huczynski 1997, 245) ovat eksplisiittisesti ja useimmiten kirjallisesti ilmaistuja. Niitä ovat ohjeet ja määräykset, jotka koskevat esimerkiksi määräysvaltaa, työjakoa, alais- ja vastuusuhteita ja viestintäkanavia. Epäviralliset säännöt - yleensä kirjoittamattomia - ovat yhteisesti hyväksytyjä käsityksiä sopivasta ja ei-sopivasta. Epäviralliset pelisäännöt helpottavat päivittäistä yhteistyötä täyttämällä ne raot, joita virallisten sääntöjen väliin jää.

Roolit kuuluvat normien ja arvojen ohella organisaatiokulttuurin ydinelementteihin. Rooli määritellään sosiaalisten normien ohjaamaksi käyttäytymisen malliksi, jonka mukaista käyttäytymistä odotetaan tietyssä asemassa olevalta henkilöltä. (Buchanan & Huczynski 1997, 374; Robertson 1988, 91.) Ammatillisen toiminnan lähtökohta on tiedollisesti ankkuroitunut, selkeä ja rajattu ammattirooli, joka antaa työhön asiantunte- musta, arvovaltaa ja objektiivisuutta. Ammattirooliin liittyy myös ongelmia kuten etäisyyttä, kapeutta ja asiantuntijavallankäyttöä. Lisäksi se tuottaa helposti ympärilleen riippuvuutta ja tunneköyhyyttä. (Lindqvist 1995, 68-70; Engeström 1999, 313-314.)

Useimmiten ihmiset kuuluvat samanaikaisesti useampaan ryhmään ja yhteisöön, joissa kaikissa hänellä on tietty asema ja rooli. Siirtymä roolista toiseen on tavallisesti mutka- tonta. Vaikeuksia kuitenkin syntyy, mikäli yksilön eri rooleihin kohdistuvat odotukset ovat yhteensopimattomia tai vastaavasti yhteen rooliin kohdistuvat odotukset ovat kovin

erilaisia, hahmottomia ja vaikeasti tunnistettavia (Buchanan & Huczynski 1997, 384; Littlewood 1991a, 184-185; Robertson 1988, 92).

Tilanteissa, joissa työstä tai työyhteisöstä kohoavat odotukset ja vaatimukset ovat ristiriidassa yksilön itsensä kokemien odotusten ja velvollisuuksien kanssa, kehittyä rooliristiriita. Roolikonfliktit ja –epäselvyydet häiritsevät yksilön ja työyhteisön toimintaa muun muassa estämällä rooliin kohdistuvien odotusten mukaisen toiminnan ja sitomalla henkisiä resursseja ja aikaa. Lisäksi ne voivat heikentää työtyytyväisyyttä (Adams & Bond 2000; Irvine & Evans 1995).

2.2.2 Organisaatiokulttuuri toimintakäytäntöjä yhdistävänä tekijänä

Etnografien toiminnan ansiona voidaan pitää organisaatiokulttuurin kohoamista yhdeksi nykytutkimuksen mielenkiinnon kohteista. Ymmärrettiin, että antropologisen tutkimuksen kohteena oleva kulttuurinen *toiseus* voi paikantua länsimaiseen kulttuuriin ja sen erilaisiin elämänmuotoihin, kuten erilaisiin alakulttuureihin. (Burns & Grove 2001, 68-69; Söderholm 1996, 138.) Hofsteden (1993, 257) mukaan kulttuurin liittäminen organisaatioihin ilmaantui englanninkieliseen kirjallisuuteen yritysilmaston synonyymina 1960-luvulla.

Organisaatiokulttuuritutkimus on laajentunut viime vuosikymmeninä voimakkaasti liike-elämään ja terveydenhuoltoon (Davies ym. 2000, 111). Organisaatiokulttuuriin viitataan muun muassa käsitteillä yritysilmasto, organisaatioilmasto ja -ilmapiiri (Farmer 1998; Ruohotie 1996a, 437-438), yritysidentiteetti (Markkanen 1998), institutionaalinen identiteetti (Rajavaara 1994) sekä yrityskulttuuri (Säntti 2000; Weick 1985). Wenger (1999) puhuu käytännön yhteisöistä. Louis (1985, 27) yhdistää kulloinkin käytettävän käsitteen valinnan tiedeperustaan: jos käytetään termiä kulttuuri, lähestytään ilmiötä antropologiasta käsin kuten esimerkiksi Schein (1987). Kun taas puhutaan identiteetistä, ilmapiiristä ja ilmastosta, on tulkinta muiden tieteiden kuten psykologian tai sosiologian mukainen.

Organisaatiokulttuuria voidaan tarkastella integraatio-, differentaatio- ja fragmentaationäkökulmista (Buchanan & Huczynski 1997, 513; Hughes 1997, 7-10). Integraatioperspektiivin mukaan kulttuuria kuvaa eheys ja yhtenäisyys sekä jäsenten yksimielisyys arvoista ja normeista. Kulttuurin differentaatioperspektiivin mukaan ei ole mitään yleistä kulttuuria, on vain erilaisia ala- tai osakulttuurien muotoja. Tietyn alakulttuurin jäsenet jakavat yhteiset arvot ja normit, kun taas eri alakulttuurit saattavat erota toisistaan enemmän tai vähemmän. Jos ja kun alakulttuureja on olemassa, kehittyy niitä esimerkiksi hierarkian eri tasoille tai erilaisten toimintojen ja tehtävien pohjalta. Alakulttuureja ovat muun muassa organisaation eri toimintayksiköiden ja ammattiryhmien kulttuurit. Kolmannen kulttuurin tarkastelutavan, fragmentaatioperspektiivin, mukaan organisaatioiden moniselitteisyys ehkäisee sopimukset kulttuurista arvoista ja perusoletuksista.

Maanen ja Barley (1985, 33), jotka yhdistävät organisaatiokulttuuritutkimuksissaan antropologisen ja sosiologisen näkökulman, korostavat yhtenäisen organisaatiokulttuurin sijasta alakulttuureita. Ajatus yhteisestä, kaikkia organisaation jäseniä yhdistävästä organisaatiokulttuurista perustuu antropologiaan. Sen sijaan näkemys organisaation jakautumisesta alakulttuureihin on sosiologinen. Maanen ja Barley toteavat, että olipa kyse alakulttuurista tai yhtenäisestä organisaatiokulttuureista, niitä yhdistävät samankaltaiset prosessit. Tämä käsitys alakulttuureista lähentää integraatio- ja differentaationäkökulmat toisiinsa. Myös Sackmannin (1997, 2-4) mukaan organisaation kulttuurista todellisuutta kuvaa parhaiten näkemys, jossa integraatio- ja differentaationäkökulmat esiintyvät samanaikaisesti; kyse ei siten ole *'joko - tai'* vaan *'sekä - että'*.

Organisaatiokulttuurin tutkijat (mm. Maanen & Barley 1985, 31-32; Schein 1987, 26) toteavat, että *'termiä kulttuuri voi soveltaa minkä kokoiseen yhteisöön tai sen osaan, kunhan sillä vain on ollut tilaisuus oppia ja vakiinnuttaa näkemys itsestään ja ympäristöstään'* - ts. kehittää omat norminsa ja perusoletuksensa. Organisaatioiden tai niiden osien kulttuuri voi olla vahva tai heikko sen mukaan, miten yhtenäisiä ja pysyviä jaetut käsitykset ovat. Vahvan organisaatiokulttuurin jäsenet ovat työskennelleet kauan ja tiiviisti yhdessä. Lisäksi he ovat onnistuneet ratkomaan menestyksekkäästi kohtaamansa ongelmat. Kulttuurin vahvuuteen liittyy omat ongelmansa kuten joustamattomuus ja hitaus muutostilanteissa. Toisaalta kulttuurin vahvuus on voimavara nimenomaan muu-

tostilanteissa. (Buchanan & Huczynski 1997, 530-531; Maanen & Barley 1985, 50; Weick 1985, 385.)

Hofsteden (1993, 258) mukaan organisaatiokulttuuri on *'mielen kollektiivista ohjelmointia, joka erottaa organisaation jäsenet muiden organisaatioiden jäsenistä'*. Hofstede pitää organisaatiokulttuuria vaikeasti muutettavana, holistisena ja historiallisena. Schein (1987, 26) määrittelee organisaatiokulttuurin seuraavasti:

'Organisaatiokulttuuri ilmentää sitä, miten organisaatioissa on totuttu toimimaan. Organisaatiokulttuuri on niiden perusoletusten ja uskomusten kooste, jonka organisaation jäsenet ovat yleisesti omaksuneet pyrkiessään ratkaisemaan ulkoiseen sopeutumiseen ja sisäiseen eheyteen liittyviä ongelmiaan ja siten lieventämään uuteen tai epävarmaan tilanteeseen liittyvää ahdistusta.'

Hofstede ja Schein, jotka molemmat edustavat kulttuurin integraationäkökulmaa, näkevät organisaatiokulttuurin hyvin samankaltaisena, joskin joitakin eroja käsityksistä löytyy. Scheinin organisaatiokulttuurin määrittelyssä korostuvat arvot ja perusoletukset; Hofstede sen sijaan pitää organisaatiokulttuurin ytimenä yhteisiä näkemyksiä päivittäisistä käytännöistä.

Organisaatiokulttuuriin voidaan viitata myös käsitteillä virallinen ja epävirallinen organisaatio tai organisaation pinta- ja syvärakenne. Vastaavasti Schein (1987, 32) jakaa kulttuurin näkyvään ja näkymättömään tasoon; näkyvä taso muodostaa pintatason ja syvätasolle kuuluvat perusoletukset arvojen jäädessä edellisten väliin. Toisaalta kulttuurin pintatasoa ja virallista organisaatioita, toisaalta kulttuurin syvärakennetta ja epävirallista organisaatiota voidaan pitää toisiaan vastaavina lähikäsitteinä. Epävirallinen organisaatio on *'sellainen organisaation jäsenten keskinäinen koordinoitijärjestelmä, joka ei sisälly viralliseen kaavioon'* (Schein 1977, 21-22).

French ja Bell (1973, 29) puhuvat organisaation jäävuorimallista, jonka näkyvä osa muodostuu tavoitteista, tekniikasta, rakenteesta, voimavaroista, taloudellisuudesta sekä taidoista. Nämä vastaavat Scheinin näkyvälle osalle sijoittuvia artefakteja ja luomuksia. Jäävuorimallin piilevään osaan sijoittavat French ja Bell asenteet, arvot, tunteet, vuorovaikutuksen ja normiston. Scheinillä näitä vastaavat arvot ja perusolettamukset. Organisaatioita kuvataan usein esittelemällä pelkästään niiden muodollisia rakenteita, virallisia

normeja ja helposti havaittavaa, näkyvää pintatasoa. Schein (1987, 126) pitää tällaista kuvausta liian kapeana ja puutteellisena. Organisaatiosta saadaan kokonaisvaltainen kuva, kun pintarakenteen kuvausta on täydennetty syvärakenteen kuvauksella.

Organisaatiokulttuurin tutkiminen liittyy kiinteästi organisaatiokulttuurin kehittämiseen; kulttuuri on näet aina mukana muutoksessa joko edistäen tai jarruttaen sitä (mm. Davies ym. 2000, 117-118; French & Bell 1973, 28; Juuti 1999, 49; Lindholm, Sivberg & Udén 2000, 330). Monet organisaatioiden kehittämishankkeiden ongelmat johtunevat todennäköisesti organisaatiokulttuuritietämyksen puutteesta tai kulttuurin vaikutuksen vähättelystä. Kulttuurin tutkijan on kaivauduttava erilaisin tutkimusstrategiain organisaation syvärakenteeseen ja tulkittava sieltä käsin kulttuurin ominaispiirteitä. Tutkijan tarjoama tulkinta johtaa parhaassa tapauksessa oivallukseen ja muutokseen. Paitsi tutkimustilanteissa myös erilaisissa ongelma- ja muutostilanteissa saattavat perusoletukset valjeta kulttuurin edustajille itselleen (Maanen & Barley 1985, 48; Weick 1985, 386).

Kulttuurin tutkimisesta on erotettavissa kaksi näkökulmaa tai käsitteellistä tasoa (Holloway & Wheeler 1998, 87-88; Maanen 1985, 39-42, Suojanen 1982a, 21-23; 1996, 15). 'Experience-near' tarkoittaa asioiden näkemistä ja kuvaamista tutkittavien näkökulmasta näiden omien käsitteiden avulla (ns. ensimmäisen tason käsitteet). Sen sijaan 'experience-distant' tarkoittaa tulkintaa, jonka tutkija luo 'experience-near' pohjalta ja jossa hän käyttää oman kulttuurinsa tieteenkieltä julkistaessaan tutkimustuloksiaan oman kulttuurinsa ja tiedeyhteisönsä piirissä (ns. toisen tason käsitteet).

Samaa jaottelua kuvaa käsitepari 'emic - kulttuurinsisäinen' ja 'etic - kulttuurinulkoisen'. Suojasen (1982a, 22-23) mukaan emic -strategia perustuu havainnolle, joka liittyy kielen ja käyttäytymisen toisiinsa. Yhdessä ne muodostavat ajatusrakennelman, jonka kautta ihminen jäsentää todellisuutta. Suojanen toteaa useimpien kulttuuritutkimusten olevan erilaisia emic-etic -strategioiden sekamuotoja.

Schwartzman (1993, 33-36) on tarkastellut organisaatiokulttuuritutkimusten lähestymistapoja. Ensimmäinen tapa on tulkita organisaatiokulttuuri ulkoiseksi muuttujaksi, jonka mukaan kulttuuri on tullut organisaatioon ulkoapäin (esim. suomalaisen ja ruotsalaisen organisaatiokulttuurin vertailu). Toiseksi organisaatiokulttuurin - organisaatiossa kehittyneen kulttuurin - voi mieltää epämuodolliseksi organisaatioksi. Tämän näkemyksen

mukaisissa organisaatiotutkimuksissa kiinnitetään huomio esimerkiksi organisaation arvoihin. Kolmas organisaatiokulttuuritutkimusten ryhmä yhdistää muodollisen ja epämuodollisen organisaation; kulttuuria tutkitaan organisaation jokapäiväisestä toiminnasta. Tämä näkemys on Schwartzmanin mukaan nykyisen antropologisen organisaatiotutkimuksen mukainen.

2.3 Hoitokulttuuri organisaatiokulttuurina

Edellä on tarkasteltu organisaatiokulttuuria sekä kulttuurin ydinelementtejä, arvoja, normeja ja rooleja. Seuraavaksi määritellään hoitokulttuuria. Millaisia kehittämishaasteita hoitokulttuurista löytyy sekä millaisen ammatillisen kasvualustan se tarjoaa opiskelijoille ja hoitajille? Millaista pätevyyttä ja millaisten kvalifikaatioiden hallintaa hoitajalta odotetaan nyt ja tulevaisuudessa? Ja millaista kulttuuria näillä pätevyyksillä ylläpidetään, luodaan ja kehitetään? Hoitokulttuuri määritellään tässä

‘organisaatiokulttuurin alakulttuuriksi, jonka omaleimaisuus ja ominaispiirteet ilmenevät tutkimusyksikön fyysisestä ja sosiaalisesta ympäristöstä, hoitajien toiminnasta näkyvänä ja kuuluvana käyttäytymisenä sekä yhteisinä toimintakäytäntöinä ja käyttäytymissääntöinä.’

Tässä työssä hoitokulttuuria tarkastellaan tutkimusyksikön jokapäiväisestä toiminnasta käsin. Näkökulma yhdistää pinta- ja syvätason, muodollisen ja epämuodollisen organisaation (Schwartzman 1993, 35-36). Lisäksi työssä yhdistyy organisaatiokulttuurin kaksi tarkasteluperspektiiviä, nimittäin integraatio- ja differentaatioperspektiivit. Integraatioperspektiivin mukaan hoitokulttuuri muodostuu ihmisistä, jotka jakavat yhteiset arvot ja perusoletukset. Differentaatioperspektiivi täsmentää määrittelyä: sen mukaan sairaalan organisaatiokulttuuri muodostuu alakulttuureista - toimintayksiköittäin ja ammattiryhmittäin. (Ks. taulukko 1, luku 1.1.)

Hoitokulttuuri voidaan määritellä *‘mielen kollektiiviseksi ohjelmoinniksi, joka erottaa toimintayksikön hoitajat muiden toimintayksiköiden hoitajista’*. (Hofstede 1993, 258; ks. luku 2.2.2.) Kun tietyn toimintayksikön hoitajat mieltävät olevansa *‘me’*, ovat *‘he’* ja

'*muut*' joko muiden ammattiryhmien edustajia tai muita toimintayksikköjä. Tämä ei kuitenkaan estä kuulumasta yhteiseen organisaatiokulttuuriin. Tällöin '*me*' laajenee käsittämään '*meidän organisaatiota*' kokonaisuutena ja '*muut*' muita organisaatioita. (vrt. Helman 2000, 3; Sackmann 1997, 2-4.)

Myös Scheinin (1987, 26) näkemys kulttuurista palvelee hoitokulttuurin määrittelyä. Sen mukaan hoitokulttuuri ilmentää sitä, miten toimintayksikön hoitajat ovat tottuneet toimimaan. Hoitokulttuuri on niiden perusoletusten ja uskomusten kooste, jonka toimintayksikön hoitajat ovat omaksuneet pyrkiessään selviytymään ympäristössään. Se perustuu yhteiseen historiaan ja on opittu vähitellen arkipäivän työtilanteissa. Koska perusoletukset ja uskomukset liittyvät hoitokulttuurin piilevään osaan, ne ovat ko. hoitokulttuurin edustajille itsestään selviä, tiedostamattomia ja alitajuisia.

Hoitokulttuuria voi tarkastella hoitotieteen metaparadigman keskeisimpien käsitteiden kautta, joiksi useimmiten nimetään '*ihminen, terveys, ympäristö ja hoitotyö*' (mm. Chitty 1997, 190; Krause & Salo 1993, 104; Lauri & Elomaa 1999, 56; McKenna 2002, 4-5). Jaetut käsitykset ihmisestä (ihmis- ja potilaskäsitys), terveydestä (terveys- ja sairauskäsitys) ja hoitotyöstä ympäristöineen luovat ja ylläpitävät yhteisiä toimintakäytäntöjä ja käyttäytymissääntöjä vaikuttaen muun muassa potilaan ja hoitajan väliseen yhteistyösuhteen laatuun, potilaan terveysongelmien tulkintaan sekä hoitajan ja hoitotyön rooliin potilaan kokonaihoidossa.

Hoitotyö prosessina etenee hoitotyön tarpeen määrittämisestä ja diagnoosista hoitotyön suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Näkemys hoitotyön päämäärästä vaihtelee: esimerkiksi Roy (1984, 40) painottaa potilaan sopeutumisen tukemista, Orem (1985, 24) korostaa potilaan itsehoitovalmiuksien edistämistä. Watson (1998, 74) puolestaan nimeää hoitotyön päämääräksi henkisen kasvun.

Hoitotyötä voidaan hahmottaa myös tarveteorioista käsin. Hendersonin (1966, 9) mukaan sairaanhoito on potilaan perustarpeisiin vastaamista; Yura ja Walsh (1983, 123) puhuvat inhimillisistä tarpeista. Vaikka hoitokirjallisuus painottaa kokonaisvaltaista hoitoa, potilaan kaikkiin tarpeisiin vastaamista, korostuvat käytännössä fyysiset tarpeet. Malli siirtyy opiskelijoille. Esimerkiksi Sarajärven (2002, 100) tutkimat opiskelijat

vaihtoivat opiskelun myötä koulusta oppimansa kokonaisvaltaisemman hoitotavan harjoittelujaksoilla oppimaansa kapeampaan malliin.

Yksi tapa määritellä hoitotyötä on luetella sairaanhoitajan tehtäviä ja/tai tarkastella hoitajan rooleja, pätevyyttä ja niitä kvalifikaatioita, joita toiminta edellyttää ja jotka hoitajan oletetaan hallitsevan. Tämän kaltaista tutkimusta on tehty runsaasti (mm. Ashworth & Morrison 1996; Buller & Butterworth 2001; Heikkilä, Miettinen, Paunonen & Mäkelä 2003; Hürlimann, Hofer & Hirter 2001; Jinks & Hope 2000; Ketefian, Redman, Hanucharunkul, Masterson & Neves 2001; Kim 2000, 151-154; Long, Kneafsey, Ryan & Berry 2000; Meretoja, Eriksson & Leino-Kilpi 2002; Watson ym. 2001).

Laurin ja Elomaan (1999, 68) mukaan hoitotyö koostuu: 1) hoitamisesta, auttamisesta ja hoivaamisesta, 2) ohjaamisesta ja opettamisesta sekä 3) tukemisesta. Hoitajan tehtäväkenttä laajenee, mikäli hoitajan ja hoitotyön asiantuntijuutta korostetaan. Tällöin hoitajan tehtäviin kuuluvat paitsi hoitotyön palvelujen tarjoaminen ja potilasohjaus myös hoitotyön kehittäminen ja asiantuntijana toimiminen. (Salvage 1993, 16-18.) Benner (1989, 52) sisällyttää hoitotyöhön seitsemän osa-aluetta, jotka ovat:

- Auttaminen
- Opettaminen ja ohjaaminen
- Diagnosointi ja potilaan tarkkailu
- Nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinta
- Hoitotoimepiteiden ja -ohjelmien toteuttaminen ja seuranta
- Terveystieteiden laaduntarkkailu ja -varmistus
- Organisatoriset ja työrooliin liittyvät taidot.

Pirttilän (1997, 74-76) esittämistä erilaisista asiantuntijan toimintarooleista hoitotyössä painottuvat hoivaajan, valistajan ja diagnostikon roolit. McQueen (1997, 770) on tarkastellut sairaanhoitajan tehtäviä naisen hoitotyössä. Moniammatilliseen yhteistyöhön, koordinointiin ja hallintoon liittyvien tehtävien lisäksi hoitajan työ koostui potilaan hoidosta, tukemisesta ja ohjauksesta sekä yhteydenpidosta omaisiin.

Hoitokulttuurin voi määritellä ympäristökäsitteestä käsin tai päinvastoin, jolloin ympäristöä tarkastellaan organisaatio- ja hoitokulttuurin näkökulmista (Sarvimäki & Sandelin Benkö 1998, 27), kuten esimerkiksi tässä työssä tehdään (vrt. hoitokulttuurin määrittel-

mä luvun alussa). Toisaalta hoitokulttuurilla ja hoitoympäristöllä saatetaan viitata samaan ilmiöön, etenkin liikuttaessa käsitetasolla (Krause & Salo 1993, 118). Esimerkiksi Kimin (2000, 46, 166-168) mukaan ympäristö koostuu fyysisistä, sosiaalisista ja symbolisista elementeistä. Sosiaalinen ympäristö viittaa ihmisiin ja ryhmiin, joiden kanssa ihminen on vuorovaikutuksessa (esim. sosiaalinen tuki ja kontrolli, kilpailu, yksinäisyys, tunneilmapiiri, läheisyys, perhe ja tärkeät ihmissuhteet). Symboliseen ympäristöön puolestaan kuuluvat ideaaliset elementit kuten organisaatiot, yhteisöt, kulttuurit, valtasuhteet, roolit ja rooli odotukset terveenä ja sairaana, ideat, arvot, uskomukset sekä säännöt ja lait.

Hoitokulttuurilla työympäristönä on tutkimusten mukaan jopa yksittäisen hoitajan persoonallisia piirteitä merkittävämpi vaikutus hoitajan työtyytyväisyyteen, hyvinvointiin ja työssä jaksamiseen, jotka puolestaan heijastuvat sekä ammatilliseen kasvuun että tuotettujen hoitotyön palvelujen laatuun (mm. Adams & Bond 2000; Clegg 2001; Elovainio, Forma, Kivimäki, Sinervo & Wickström 2001; Irvine & Evans 1995; Koivula, Paunonen & Laippala 2000; Pahkala ym. 2000; Virtanen, Kivimäki & Elovainio 2000).

Hoitokulttuurin piilevään osaan kuuluvat arvot, jotka Sarvimäki ja Sandelin Benkö (2001, 135) jakavat tieteellisiin, taloudellisiin, eettisiin ja esteettisiin arvoihin. Heidän mukaansa käytäntöä hallitsevat taloudelliset ja tieteelliset arvot. Sen sijaan Pihlainen (2000, 122), joka myös tutki hoitotyössä vallitsevia arvoja, havaitsi hoitajien arvokäsitysten olevan perin yleviä ja ihanteellisia. Samaan näkemykseen päätyivät Eriksson-Piela (2003, 89-90) sekä Paukkunen, Turunen, Taskinen, Tossavainen, Sinkkonen ja Niemelä (2002, 30). Eettisyys ja eettinen osaaminen saatetaan arvioida jopa sairaanhoitajan tärkeimmäksi kvalifikaatioksi. Tätä mieltä olivat Luotolan, Munnukan, Koivulan ja Åstedt-Kurjen (2003) tutkimat tehosairaanhoitajat. Todennäköisesti edellinen ristiriita tutkimustuloksissa – ihanteellisuus vs. taloudellisuus ja tieteellisyys – pohjautuu tutkimusasetelmallisiin seikkoihin: onko mitattu reaalityönsuhteita vai toimintaa ohjaavia ihanteita. Hoitajien kokemuksella organisaation arvoperustan toteutumisesta käytännön työssä on positiivinen yhteys oman työn koettuun hallintaan (Suominen, Leino-Kilpi, Mäkelä, Irvine Doran, McDaniel & Puukko 2001, 247).

Koska hoitotyön tavoitteena on edistää palvelujen käyttäjän hyvää, kohoaa *hyvä* merkittäväksi varsinaiseksi arvoksi. Potilaan näkemys hyvästä voi erota - ja usein tekeekin

niin - asiantuntijan näkemyksestä. Toisenlaisia ongelmia syntyy taas silloin, kun asiakkaat luovuttavat oman hyvänsä määrittelyn asiantuntijalle. Hoitajan asema terveyden ja sairauden sekä potilas-maallikon ja professionaalisen toiminnan välissä on haasteellinen, minkä takia Littlewood (1991a, 184-185) määrittelee hoitotyön *'epämääräisyyden ja -selvyyden hallinnaksi'*.

Myös roolit ovat osa kulttuuria. Hoitotyön ja hoitajan roolia voi tarkastella sen itsenäisyyden kautta: onko hoitajalla omaa itsellistä tehtävää vai onko kyse ainoastaan lääketieteellisen toiminnan avustamisesta? Hoitajan rooliin lääkärin ja potilaan välissä ei Samuelsonin (1991, 197-198) mukaan sinänsä pitäisi liittyä epäselvyyttä, mutta siitä huolimatta se on ongelmallinen, mikä osittain johtuu sairaaloiden hierarkkisuuudesta ja lääkärin valta-asemasta. Jo Henderson (1960, 11) pohti: *'Missä ilmenee sairaanhoitajan etevämyys? Onko hänellä ainoalaatuinen tehtävä, ja jos on, niin mikä?'* Sekä sairaanhoitajan että kättilön ammatit ovat laillistettuja ammatteja; ammatin itsenäisyys puolestaan merkitsee *'sekä vapautta tehdä yksilön ammatilliseen tietoon ja taitoon pohjautuvia päätöksiä että vapautta toimia näiden päätösten mukaisesti'* (Kangas 1999, 98-99).

Munnukka ja Kiikkala (1994) ovat koonneet kirjallisuuteen ja opetussuunnitelmiin sekä hoitotyön opiskelijoiden näkemyksiin perustavan määritelmän hoitotyön asiantuntijuudesta. Sen mukaan

'hoitotyön asiantuntijuus on toisen ihmisen päämäärän toteutumista tavoitteleva persoonalliseen kehitykseen ja koulutukseen perustuva ominaisuus. Se perustuu hoitotieteeseen, joten se sisältää hoitotieteellisen tiedon käytön ja tutkimisen sekä käytännön jatkuvan uudistamisen. Hoitotyön asiantuntijuus sisältää omaleimaisen tavan tehdä yhteistyötä asiakkaan kanssa. Yhteistyö perustuu herkkyyteen, intuitiivisuuteen ja eettisyyteen. Hoitotieteeseen perustuva tapa olla yhteistyössä toisen ihmisen kanssa johtaa siihen, että hoitotyön asiantuntijuus on väestön oikeuttama kyvykkyyttä. Se on jatkuvaa laadun kehittämistä, oppineisuutta, käytännöllistä taitavuutta sekä vastuullisuutta' (Munnukka & Kiikkala 1994, 16).

Hoitokulttuurilla on tärkeä merkitys, sen turvin hoitajat vaalivat omia toimintaperiaatteitaan ja autonomiaansa (Kinnunen 1990, 110-111). Hoitokulttuuri selkiyttää, täsmentää ja rajaa hoitotyön ja hoitajien roolia. Se yhdistää hoitajien toimintaa, ylläpitää heidän keskinäistä kiinteyttään, tarjoaa identiteetin lähteen ja sitouttaa heidät yhteisiin - hoitotyön omaleimaisuudesta kohoaviin - päämääriin ja ihanteisiin, yhteisiin toimintakäytänteisiin asiakkaan ongelmien ratkaisuisissa ja hoitotyön arviointikriteereihin.

2.4 Hoitokulttuurin kehittämishaasteet

Terveydenhuoltoon kohdistuu sisällöllisiä ja rakenteellisia kehittämishaasteita, jotka puolestaan muuttavat ja muokkaavat hoitokulttuuria ammatillisena kasvuympäristönä. Lisäksi muutoshasteet tuovat mukanaan uudenlaisia kvalifikaatiovaatimuksia ja pätevyysodotuksia. Eräitä keskeisiä tavoitteita nykyisessä suomalaisessa terveystieteessä – myös tämän työn näkökulmasta merkittäviä tekijöitä – ovat avohoidon suosiminen laitoshoidon sijaan, toimivien hoitoketjujen luominen, henkilöstön osaamisen korostaminen ja koulutuksen kehittäminen sekä huomion kiinnittäminen työympäristön toimivuuteen (Kinnunen & Vuori 1999, 29).

Ehkä viime vuosikymmenien voimakkain *hoitokulttuurin* uudistaja on ollut hoitotieteen kehittyminen ja sen myötä siirtyminen *'hoivaavien käsien perinnetiedosta tieteelliseen järkeen'* (Kinnunen & Vuori 1999, 29-30). Tiede ja tieteellisyys ovat hoitotyön kehittämisvälineitä, eivät päämääriä sinänsä. Hoitotiede, tyypillisenä suunnittelutieteenä, pyrkii kertomaan, mitä päämäärän saavuttamiseksi tulisi tehdä (Niiniluoto 2003, 175). Hoitotiede on selkiyttänyt hoitotoiminnan kohdetta ja sisältöä, rikastuttanut tietoperustaa ja siten osaltaan tukenut hoitajien ammatillista kasvua kohti asiantuntijuutta. Kutsumuksen sijalle on astunut asiantuntijuus. (Enckell 1998, 309-310; Heikkinen 1995, 426.) Esimerkiksi Sirkan (2001, 124) haastattelemat suomalaiset aikuisopiskelijat eivät enää kokeneet ammattiaan kutsumustyönä.

Myönteisestä kehityksestä huolimatta hoitotieteen luomaa käsitystä hoitotyöstä voi pitää ihanteena, tavoiteltavana asiantilana, ei niinkään todellisuutta vastaavana kuvana. Tällaisena se myös näyttäytyi Eriksson-Pielan (2003, 69, 92) tutkimustuloksissa. Ehkäpä kutsumuksellisuuttakin vielä löytyy, koska epäitsekkyiden ja uhrauksen eetos on yhä vallalla hoitotyössä ja ne puolestaan liittyvät läheisesti uskomukseen hoitotyöstä kutsumusammattina Eriksson-Pielan mukaan.

Hoitotieteen luonne vaikuttaa hoitokulttuurin muotoutumiseen. Lauri (1989, 2) määrittelee hoitotieteen tieteenalana ammatillisesti orientoituneeksi tieteksi. Ammatillisesti orientoituneiden tieteiden yhtenä tehtävänä luoda ohjaavia teorioita ja toimintamalleja yhteiskunnan eri toiminnoille. Hoitotieteen tutkimuskohde on ihmisen kokonaisvaltai-

nen hoitaminen, hoitamisen perusta ja sen ulottuvuudet. Myös Meriläinen (1989, 89) pitää käytännön kehittämistä hoitotieteen tehtävänä.

Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan *'parhaan ajan tasalla olevan tiedon huolellista arviointia ja harkittua käyttöä yksittäisen potilaan, potilasryhmien tai koko väestön hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja hoitotoiminnassa'* (Leino-Kilpi 2000, 9). Näytön perusteella laaditaan suorituksia eli systemaattisesti kehitettyjä lausemia. Se, kuinka näitä suosituksia luodaan, kehitetään ja käytetään, riippuu Leino-Kilven ja Laurin (2003, 7-18) mukaan henkilökunnan asenteista ja tahdosta oppia uutta sekä toimintaympäristön asenteista, tuesta ja johtamiskäytännöstä.

Tutkimusten mukaan keskeisimmät hoitajien kokemat, näyttöön perustuvaa hoitotyötä estävät tekijät ovat organisaatiolähtöisiä tai liittyvät tutkimuksiin sinänsä. Parahoon ja McCaughanin (2001, 25) mukaan vaikuttamismahdollisuuksien vähäisyys ja johdon tuen puute olivat suurimmat esteet. Samoin tutkimusten saantivaikeudet sekä ajanpuute hankaloittavat kehitystä (Retsas & Nolan 1999, 339). Björkström ja Hamrin (2001, 713) puolestaan löysivät tutkimuksista itsestään käyttöä haittaavan tekijän: heikon hyödyttävyyden. Oranta, Routasalo ja Hupli (2002, 33) nimesivät suomalaisesta hoitokulttuurista samankaltaisia ongelmia: tutkimusten vaikeaselkoisuus, ajanpuute ja epätietoisuus hyödyistä sekä lääkärin yhteistyön puute tutkimustulosten soveltamisessa.

Eriksson, Nordman ja Myllymäki (2000, 91) arvioivat näyttöön perustuvan hoitamisen suurimmiksi esteiksi akateemisen kulttuurin sekä sitä tukevan johtajuuden puutteen. Hoitotyön johtajuudesta löytyy lukuisia muitakin, työyksikköjen kehittymistä jarruttavia piirteitä (Mettiäinen ym. 2003). Henkilöstön ohjaaminen on vaikeaa, mikäli hoitotyön johtajilla itsellään ei ole riittäviä laatu- ja kehittämistyöhön liittyviä valmiuksia, mihin tulokseen päätyivät Sinkkonen ja Taskinen (2002, 139). Myös Elomaa (2003, 131) sekä Pallen ja Timmins (2002, 99) havaitsivat hoitoympäristöstä kohoavien tekijöiden ja näyttöön perustuvan hoitotyön välisen yhteyden, joskin myös hoitajien omat taidot ja asenteet vaikuttavat enemmän tai vähemmän näyttöön perustuvan toiminnan käyttövalmiuksiin ja -halukkuuteen.

Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön siirtyminen on haaste sekä hoitajille itselleen että heidän johtajilleen ja kouluttajilleen (Elomaa 2003, 132-133; Greenwood 2000, 434;

Leino-Kilpi 2000, 18; Lauri 2003, 152-154; Perälä 1997, 64-74; Stevens 1999, 18). Lukuisat kansainväliset tutkimukset vahvistavat normatiivisten kvalifikaatioiden hallinnan olevan hyvä sijoitus tulevaisuutta ajatellen (mm. Ax & Kincade 2001; Cheater & Keane 1998; Eller, Kleber & Wang 2003; French 2000; Hjalte 2000; Nilsson Kajermo, Nordström, Krusebrant & Björvell 2000; Thompson, McGaughan, Cullum, Sheldon & Thompson 2001). Mutta ellei näille valmiuksille ole käyttöä, saattavat sijoitukset menettää arvonsa. Koulutuksen aikana hankittu pätevyys muotoutuu tai jopa kapeutuu työympäristöstä kohoavien kvalifikaatiovaatimusten, normien ja sääntöjen mukaiseksi (Paukkunen ym. 2002, 32; Rekola 2003, 88-89; Sarajärvi 2002, 100; Sirkka 2001, 135). Muutoksen tueksi ehdottavat Harvey, Loftus-Hills, Rycroft-Malone, Titchen, Kitson, McCormack ja Seers (2002, 585-586) muutosagenttia, joka omalla mallillaan innostaa uuteen toimintakäytäntöön.

Paitsi normatiivisten myös sosiaalisten ja teknisten kvalifikaatioiden hallinta saattaa paikka paikoin olla puutteellista. Samoin työssä ja työstä saatavat, näihin valmiuksiin liittyvät oppimiskokemukset voivat jäädä vähäisiksi elleivät peräti negatiivisiksi. Tutkimukset osoittavat ongelmallisiksi alueiksi muun muassa potilasohjauksen ja potilaan osallistumisen mahdollistamisen (mm. Kettunen 2001, 95; Nykänen 2002, 49; Paloposki ym. 2003; Renholm & Suominen 2000; Töyry, Vehviläinen-Julkunen, Roine, Naumanen-Tuomela & Rissanen 2000), hoidon rutiininomaisuuden, kapea-alaisuuden ja kaavamaisuuden (mm. Harisalo, Lehti, Laakso, Paunonen, Uusitalo & Nieminen 1996). Työn rutiininomaisuudella ja kapea-alaisuudella on yhteys ammattitaidon huonoon hyödyntämiseen, joskin erikoissairaanhoidossa työskentelevien mahdollisuudet taitojen hyödyntämiseen ovat kohtuulliset (Sormunen, Koponen & Hemminki 2001).

Vänttinen (1996), Pelttari (1997), Metsämuuronen (1998) ja Hildén (1999) ovat tutkinneet hoitajalta odotettavia nykyisiä ja tulevaisuuden kvalifikaatioita. Perhekeskeisyys, vuorovaikutustaidot - käden taitojen ja poikkeavien tilanteiden hoidon ohella – ovat keskeisiä kätilön kvalifikaatiota (Vänttinen 1996, 108-109). Pelttarin (1997, 234-236) mukaan sairaanhoitajan kvalifikaatiovaatimuksissa painottuvat *'ihminen ihmiselle'* – vaatimukset, joihin Pelttari sisällyttää muun muassa vuorovaikutusvalmiudet, empaattisuuden, vastuullisuuden, ihmisen kokonaisvaltaisen hoitamisen ja potilaan asianajajana toimimisen. Lisäksi monikulttuuriset ja terveyden edistämismuutokset sekä tutkimukselliset ja laadunhallintaan liittyvät valmiudet ovat tärkeitä.

Metsämuuronen (1998, 152), joka ennustaa hoitoammattilaisen työn muuttuvan fyysisesti ja psyykkisesti yhä raskaammaksi, arvioi tulevaisuudessa korostuvan ohjaamisen, tukemisen ja koordinoinnin. Lisäksi tarvitaan oman työn ja osaamisen arviointi- ja kehittämistaitoja sekä yhteistyövalmiuksia. Hildénin (1999, 173) tutkimustulokset ovat yhdenmukaisia edellisten ennusteiden kanssa. Rönqvist, Thunborg ja Ellström (1999, 82-83) luonnehtivat tulevaisuuden vaatimuksia korkeiksi; osaamisvaatimukset kuitenkin vaihtelevat toimintayksiköittäin, mikä pitää paikkansa myös suomalaisessa hoitokulttuurissa.

Yhteenvedon voidaan todeta, että hoitotieteellinen tutkimustoiminta on vilkasta: näyttöä on saatavilla runsaasti. Hoitokulttuurin kehittämisen este ei myöskään ole arviointimittareiden puute, koska toiminnan ja osaamisen arviointiin löytyy sekä ulkomaisia että Suomessa kehitettyjä ja suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään soveltuvia mittareita (mm. Heikkilä ym. 2003; Hiidenhovi 2001; Leinonen 2002; Meretoja 2003; Pulkkinen 2000; Töyry 2001; Välimäki & Suhonen 2003). Tehdyt tutkimukset osoittavat hoitokulttuurista löytyvän monenmoisia ongelmia, jotka saattavat häiritä ammatillista kasvua, ja jotka näyttävät olevan yleisiä ja yhteisiä länsimaisissa terveystalvvelujärjestelmissä. Samoin löytyy näyttöä siitä, ettei hoitajien olemassa oleva pätevyys ole riittävää kaikkialla ja kaikilta osin vastaamaan edes terveydenhuollon tämänhetkisiin, saati tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimuksiin. Vallitseva hoitokulttuuri ei välttämättä tarjoa riittävästi haasteita ja mahdollisuuksia kasvuun.

2.5 Ammatillinen koulutus hoitokulttuurin kehittämishaasteisiin vastaajana

Terveydenhuollon ammatillinen koulutus on joko korkea-asteen (ammattikorkeakoulut) tai toisen asteen ammatillista koulutusta. Uudet haasteet toki kohdistuvat molempiin koulutusmuotoihin, mutta erityisesti ammattikorkeakoulujen varaan on asetettu paljon toiveita. Ammatillisen koulutuksen tavoitteena on työelämän kehittäminen ennakoimalla tulevaisuuden olosuhteissa tarvittavia uudentyyppisiä ammattitaitovaatimuksia. Li-

säksi tavoitteena on pyrkiä aktiivisesti kehittämään työympäristöjä ammatillista kasvua tukeviksi.

Ammattikorkeakouluissa tavoitellaan laaja-alaista asiantuntijuutta. Työelämän tarpeisiin vastaaminen ja huomisen asiantuntijan ammatillisesta kasvusta huolehtiminen sekä tämän persoonallisen identiteetin kehityksen tukeminen kasvatuksellisin interventioin edellyttävät opettajilta kohteena olevan ammatillisen elämänmuodon vankkaa, realistista ja reaaliaikaista tuntemista sekä muutosten ennakoinnin välttämättömyyttä. Raudaskoski (2000, 159-161) painottaa opiskelijan näkemistä toimijana ja opetuksen perustumista ihmisen elämismailmaan, lähelle arkipäivää ja lähiympäristöä. Lisäksi tutkinnon korkeakoulutasoisuus edellyttää koulutuksellisen tehtävän laajentamista ammattitaidon hallinnasta sivistykselliseen osaamiseen; opistoasteen koulutus olisi Raudaskosken mukaan riittänyt ammatillisen asiantuntijuuden ja ammatillisen osaamisen tuottamiseen. Näin ammattikorkeakoulujen vastuu ammatillisesta kasvusta ja ammattikasvatuksesta laajenee filosofis-historiallisen ja kulttuurisen näkökulman suuntaan (Heikkinen 1995, 38-41; ks. taulukko 2).

Ammattikorkeakouluopettajien keskeisimpiin tehtäviin kuuluvat opetussuunnitelmien laatiminen ja koulutusohjelmien sisällöllinen uudistaminen yhteistyössä eri tahojen kanssa. Työelämän edustajat - opiskelijoiden ohella - kohoavat itseoikeutetusti merkittävimmiksi yhteistyökumppaneiksi. Työelämän edustajien tiiviimpää mukanaoloa erilaisissa koulutuksen kehittämishankkeissa jopa kaivataan. (Luopajarvi 2000, 119-120.) Koulutuksen kehittäminen on yhteinen, kaikkia osapuolia palveleva hanke.

Työelämä on avainasemassa myös koulutuksen laadunarvioinnissa. Ympäristön merkitys oppimistavoitteiden saavuttamisessa on suuri. Ja koska ammatillinen identiteetti viime kädessä muotoutuu hoitokulttuurissa, perinteisten koulutuksen arviointitutkimusten rinnalla tulisi paneutua yhä useammin organisaatiokulttuurin ja sen osa-alueiden arviointiin, toteavat Mäkisalo ja Kinnunen (1999, 241; ks. myös Laakkonen 1999, 182; Paukkunen, Turunen, Tossavainen, Taskinen & Sinkkonen 2003, 86). Syvälinen muutos sekä koulutus- että hoito-organisaatioissa edellyttää valitsevien asenteiden, arvojen ja normien tarkistamista. Peruslähtökohtana on muutostarpeen oivaltaminen ja muutoshalukkuus.

Kohoaako koulutuksen laatu ammattikorkeakouluissa korkeita vaatimuksia vastaavaksi? Ei välttämättä. Muun muassa Kangas (1999, 97), joka edustaa työelämää, suhtautuu epäillen viimeaikaisiin koulutuspoliittisiin uudistuksiin: niistä ole tunnistettavissa pyrkimyksiä todelliseen asiantuntijuuteen välittömässä potilastyössä kaikkialla terveydenhuollossa.

Ammattikorkeakoulut ovat tunnollisesti pyrkineet ottamaan huomioon työelämästä koHoavat odotukset ja tarpeet kehittäessään toimintaansa ja laatiessaan opetussuunnitelmiaan. Lisäksi ammattikorkeakoulu-uudistus itsessään näyttää kehittävän työelämäyhteyksiä. (Könnilä 1999, 240; Perälä & Ponkala 1999, 54) Myös Laakkonen (1999, 143-144) totesi työelämäyhteyksien lisääntyneen ammattikorkeakokeilun myötä. Nähtäväksi jää, juurtuvatko nämä suotuisat muutokset pysyviksi käytännöiksi.

Arvioitaessa siirtymää ammatillisesta koulutuksesta työelämään on huomioitava siinä tapahtuneet muutokset: Kivekkään (1999, 240) mukaan siirtymä on yhä voimakkaammin yksilöllinen ja monivaiheinen prosessi, mikä puolestaan on haaste ammatilliselle koulutukselle. Terveysalan ammattikorkeakoulun tutkinnon suorittaneiden siirtyminen työelämään on onnistunut suhteellisen hyvin, joskaan tulos ei täysin vastaa niitä tavoitteita, joita asetettiin asiantuntijatehtäviin sijoittumisten suhteen (mm. Korhonen, Mäkinen & Valkonen 2001, 78; Martikainen & Tuominen 2001, 12; Paloposki ym. 2003, 158). Julkinen sektori työllistää suurimman osan ja työsuhteet ovat melko usein määräaikaaisia. Valtaosa työskentelee sairaanhoitajina eli suorittavan tason tehtävissä. Toisaalta rajan vetäminen sille, mikä on suoritustason ja mikä asiantuntijatasen hoitotyötä, on vaikeaa. Lisäksi suoritustason tehtäviin kohdistuvat osaamiseen haasteet ovat suuret.

Tutkinnon suorittaneet itse arvioivat koulutuksensa aikana saamiaan valmiuksia melko myönteisesti. Erityisesti vahvuuksina pidettiin työharjoittelua ja käytännönläheisyyttä, joskin nämä samat alueet nimettiin myös koulutuksen kehittämiskohteiksi (Korhonen ym. 2001, 58). Kritiikkiäkin on esitetty. Tutkimuksen teko ja opinnäytetyö sekä sivistyksellinen oppiaines painottuvat liikaa (mm. Kilpiäinen 2003, 134; Ring & Danielson 1999, 13). Ehkäpä koulutus valmentaa nimenomaan suorittavan tason tehtävissä selviytymistä tuottamalla teknis-taloudellis-rationaalista osaamista? Yleisiin osaamistaitoihin sekä tutkimus- ja kehittämisvalmiuksien hankkimiseen uhrattu aika tuntuu turhalta, jos ja kun työtehtävistä suoriutuminen ei edellytä näiden taitojen hallintaa.

Vaikka hoitotyön koulutus on kehittynyt koulutus- ja terveystieteiden linjausten ja ammattitaitovaatimusten suuntaisesti, löytyy ammattikorkeakouluista kehittämistä. Esimerkiksi opettajajohtoinen luento-opetus on edelleen valitettavan yleistä; myöskään opiskelijan kasvun tukeminen kohti itseohjautuvuutta ei välttämättä ole riittävää (mm. Jaroma 2000, 130-131; Laakkonen 1999, 164; Konkola 2002, 171; O'Shea 2003; Sandell, Tarkka & Åstedt-Kurki 2001, 84-85).

Sormusen ja kumppaneiden (2001, 254) keräämässä aineistossa koulutustausta, opistoaste tai ammattikorkeakoulu, ei aiheuttanut eroja koulutuksen ja työelämän vastaavuudessa. Sen sijaan Räisäsen (2002, 53) saamien tulosten mukaan ammattikorkeakouluista valmistuneet hallitsivat lähes kaikki hoitotyön toiminnot huomattavasti enemmän kuin opistoasteelta valmistuneet. Kehitettäessä koulutusta jokainen tutkimustulos on arvokas ja ansaitsee huomiota. Toisaalta tutkimuksia on syytä arvioida kriittisesti. Esimerkiksi Räisäsen laatiman mittarin soveltavuuteen ammattikorkeakoulujen oppimistulosten arviointiin voi suhtautua varauksella.

Terveystieteiden ammatillisessa koulutuksessa harjoittelulla on pitkät perinteet ja yhä edelleen tärkeä merkitys. Kliininen harjoittelu on yksi tärkeimmistä opiskelijoiden ammatillista kasvua edistävästä ja muotouttavista tekijöistä (mm. Guskey 2000, 149-151; Juvonen 2001, 118; Kilpiäinen 2003, 145; Löfmark ja Wikblad 2001, 49-50; Sarajärvi 2002, 100; Zisberg, Bar-Tal & Krulik 2003), joskaan hoitotyön asiantuntijuuden näkökulmasta tarkasteltuna kasvun suunta ei aina ja kaikkialla välttämättä ole positiivista. Harjoittelujakson aikana opiskelijat testaavat aikaisempia tietorakennelmiaan, ja harjoitteluorganisaatioista saaduilla kokemuksilla on enemmän painoarvoa kuin teoreettisella tiedolla. Mitä pitemmälle opiskelu etenee, sitä vahvemmin opiskelija samaistuu harjoitteluorganisaation hoitajiin. Hoitotyön ohjaaja toimii roolimallina. Osaston arvoperusta ja normit ohjaavat oppimista.

Toisaalta opiskelijat eivät ole ainoastaan ottavia, vaan myös antavia osapuolia. Opiskelijat saattavat havaita kulttuurisia tekijöitä, joille osaston henkilökunta on 'sokeutunut'. Opiskelijat tuovat mukaan uutta tietoa ja uusia innovaatioita. Usein opiskelijat tekevät oppimistehtävinään asioita, joihin vakinaisella henkilökunnalla ei riitä aikaa. Lisäksi yhteiset ohjauskeskustelut opiskelijan, ohjaajan ja opettajan kanssa palvelevat kaikkia

osapuolia. (Konkola 2003; Tynjälä 2003). Opiskelijoiden läsnäololla on havaittu olevan jopa hoidon laatua kohottava vaikutus (Zisberg ym. 2003).

Hoitokulttuuria on tutkittu kliinisenä oppimisympäristönä, ja sen arvioimiseen on kehitetty mittareita. Esimerkiksi Chan (2001; 2002) on kehittänyt CLEI-mittaria (Clinical Learning Environment Inventory). Saarikoski (2002, 54) puolestaan raportoi tutkimuksesta, jossa käytettiin CLES-mittaria (Clinical Learning Environment and Supervision Scale). Saarikosken tavoitteena oli kuvata suomalaisten ja englantilaisten sairaanhoidon opiskelijoiden kokemuksia sairaalan vuodeosastoilla kliinisen opiskelun oppimisympäristönä. Tutkimus osoitti sekä laadukkaan hoitotyön että ohjaajan ja ohjauksen merkityksen tavoitteelliselle oppimiselle.

Heikosti onnistuva teorian ja käytännön integrointi, opettajien työelämäntuntemuksen hataruus sekä sairaanhoidollisten taitojen ruostuminen ovat osoittautuneet keskeisiksi puutteiksi terveydenhuollon koulutuksessa. Ongelma on yleinen ja tunnistettu meillä ja muualla (mm. Gillespie 2002; Johnsen & Aasgaard 1999; Koskinen & Silén-Lipponen 2001; Landers 2000; Manninen 1995, 129-130; McKenna 2002, 36-38; Mäkisalo & Kinnunen 2000; Ring & Danielson 1992; Salminen 2000, 58). Hyvältä opettajalta odotetaan hoitotaidollisen pätevyyden lisäksi kykyä silloittaa teorian ja käytännön välinen kuilu. Stenforsin (1999, 147-148), Saarikosken (2002, 100) ja Juvosen (2001, 118) tutkimien opiskelijoiden ensisijaisimmat odotukset olivat yhdenmukaiset: enemmän ja laadukkaampaa harjoitteluohjausta sekä tukea teorian ja käytännön integrointiin.

Harjoitteluohjauksen rinnalle on kehitetty uusia työelämän ja koulun yhteistyömuotoja, joissa teoriaa ja käytäntöä ei eroteta toisistaan, vaan ne kytetään yhteen erilaisilla pedagogisilla ratkaisuilla (Tynjälä 2003). Pelttari ja Rouhiainen (1997, 114; myös Perälä & Ponkala 1999, 58-59) raportoivat myönteisistä kokemuksista, joita on saatu valtakunnallisista sosiaali- ja terveysalan kehittämissuunnitelmista. Koulutuksen ja työelämän välistä yhteistyötä edistäviksi tekijöiksi kohosivat riittävä resursointi, muun henkilöstön ja johdon tuki sekä yhteistapaamisten positiivinen ilmapiiri ja hankkeiden liittäminen osaksi organisaatioiden todellista toimintaa. Saatujen kokemusten perusteella opiskelijoiden osallistuminen ja osallistaminen havaittiin kriittiseksi ja toisaalta kehittämistä vaativaksi asiaksi.

Myös Koivumäen (2002, 91-99) ja Vesterisen (2001, 160- 182) raportoimat kokemukset projektiopiskelusta ovat kannustavia. Onnistunut projektiopiskelu yhdistää oppimisen, työn ja kehittämisen, joskin on huomattava, että projektiopiskelun edut saavutetaan vain hyvin organisoidulla ja pitkäjänteisillä projektityöskentelyllä (vrt. kuvio 8, alue 4; luku 5.3.3). Tutkimusten avulla hankitut projektikokemukset palvelevat uusien projektien suunnittelua: Vesterinen on laatinut projektiopiskelulle pedagogisen mallin ja Koivumäki esittää seikkaperäisiä toimintaohjeita tuleviin kehittämishankkeisiin.

Konkolan (2002; 2003) ja Lambertin (1999; 2001) kehittämishankkeiden teoreettisena lähestymistapana on kehittävä työntutkimus. Konkolan (2002, 168) tulokset osoittavat, että työelämän ja oppilaitoksen yhteishankkeissa on mahdollista saavuttaa niin koulun kuin työelämän toimintajärjestelmiin siirrettävää uutta tietoa ja osaamista. Edellisten tutkimusten anti saattaa hautautua käytetyn lähestymistavan hyvin rikkaan terminologian alle, joka on työläs asiaan vihkiytymättömälle. Tutkimusten käytettävyyttä saattaisi palvella tulosten 'kääntäminen' lukijaystävällisemmälle yleiskielelle. Tutkimusten vaikeaselkoisuus ja heikko hyödynnettävyys ovat näyttöön perustuvan hoitotyön keskeisiä esteitä (mm. Oranta ym. 2002, 33; Björkström & Hamrin 2001, 713), ja kun ajanpuute on yksi syy tutkimusten lukemattomuuteen, kannattaa ponnistella ja laatia teksti mahdollisimman selkeäksi. Tutkimusten käytettävyyden edistäminen on myös tutkijan tehtävä.

2. 6 Yhteenveto: hoitokulttuuri ammatillisen kasvun tukena

Tässä luvussa kootaan yhteen tutkimuksen keskeisimmät teoreettiset käsitteet, joiden avulla kuvataan hoitokulttuuria ammatillisen kasvun tukena sekä ammatillisen koulutuksen roolia kasvutapahtumassa. (Kuvio 3.) *Hoitajat* ovat terveydenhuollon ammatillisen tutkinnon suorittaneita henkilöitä (tässä: kättilöitä, sairaanhoitajia ja perushoitajia) ja *hoitotyö* on heidän toimintaansa (ks. alaviitteet yksi ja kaksi), sen sijaan *hoito* tarkoittaa potilaan hoitoa kokonaisuudessaan. *Toimintakäytännöllä* tarkoitetaan työyhteisön omaksumaa työn tekemisen tapaa ja *käyttäytymissäännöillä* toimintaa ohjaavia virallisia ja epävirallisia sääntöjä.

Ammattikasvatuksen kohteena on ihminen, jonka ammatilliseen kasvuprosessiin pyritään vaikuttamaan. Tässä työssä ammattikasvatus määritellään sen kulttuurisesta luonteesta käsin *‘kasvatukselliseksi interventioksi, joka vaikuttaa persoonallisen identiteetin muodostumiseen siltä osin kuin se perustuu tai suuntautuu johonkin ammatilliseen elämänmuotoon’* (Heikkinen 1995, 32). Heikkisen nimeämä ammatillinen elämänmuoto on ymmärrettävissä hoitokulttuuriksi, jonka arvot, normit, tavoitteet ja toimintakäytännöt muodostuvat osaksi toimijan persoonallista identiteettiä kasvatuksellisen intervention tuloksena; yhteisiin virallisiin ja epävirallisiin ‘pelisääntöihin’ sitoudutaan.

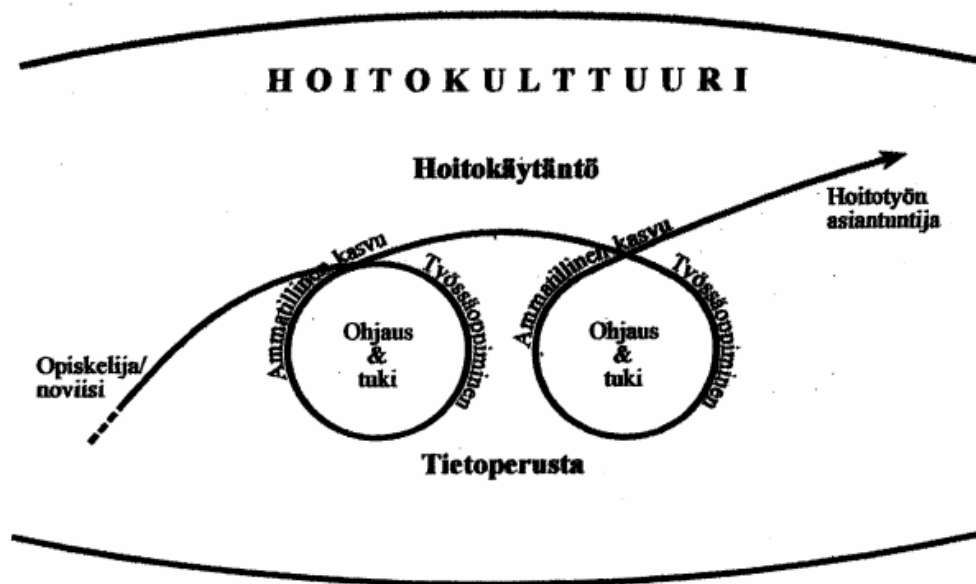
Ammatillinen kasvu on sekä työyhteisön että hoitotyön opiskelijan ja hoitajan oppimista ja kehittymistä työssä ja työstä kohti asiantuntijuutta. Kasvutarpeet ja -haasteet kohtavat työtehtävistä ja niiden onnistunut ratkaisu kehittää kaikkia osapuolia: hoitajaa ja opiskelijaa, toimintakäytäntöjä ja ammattia. **Asiantuntijuus** on ammatillista asiantuntijuutta, joka hankitaan koulutuksen avulla ja jossa kehittyminen jatkuu työssä ja työtehtävien kautta; toisaalta se, mitä työssä ja työstä opitaan, on nimenomaan ammattialaan ja asiantuntijuuteen liittyvää tai sitä tukevaa. Tässä työssä asiantuntijuutta tarkastellaan paitsi laaja-alaisena **pätevyytenä** ja **kvalifikaatioiden hallintana** myös hoitotyön ja hoitajan roolin tiedostamisena sekä oman tiedeperustan vahvuutena.

Ammatillinen kasvuympäristö on paikka, tila, yhteisö tai toimintakäytäntö, joka ollessaan suotuisa mahdollistaa ammatillisen kasvun ja asiantuntijuuden kehittymisen. Tässä työssä ammatillisena kasvuympäristönä on **hoitokulttuuri**, jossa hoitotyön opiskelijat harjoittelevat koulutuksensa aikana ja joka tarjoaa puitteet valmistuneiden hoitajien asiantuntijuuden kehittymiselle työssä ja työstä.

Hoitokulttuurilla tarkoitetaan hoitotyön kulttuuria, joka on toisaalta organisaatiokulttuurin alakulttuuri ja toisaalta hoitajien ammattikulttuurin alakulttuuri (ks. taulukko 1, luku 1.1). Hoitokulttuurin **omaleimaisuus ja ominaispiirteet ilmenevät tutkimusryhmän fyysisestä ja sosiaalisesta ympäristöstä sekä hoitajien hoitotoiminnasta näkyvänä ja kuuluvana käyttäytymisenä ja yhteisinä käyttäytymissääntöinä**. Hoitokulttuuri ilmentää sitä, miten toimintayksikön hoitajat ovat tottuneet toimimaan. Hoitokulttuuri on niiden perusoletusten ja uskomusten kooste, jonka toimintayksikön hoitajat ovat omaksuneet pyrkiessään selviytymään ympäristössään, ja joka erottaa toimintayksikön hoita-

jat muiden toimintayksiköiden hoitajista. Se perustuu yhteiseen historiaan ja on opittu vähitellen arkipäivän työtilanteissa.

On ymmärrettävää, että terveysalan ammatillisessa perus- ja täydennyskoulutuksessa korostuu hoitokulttuurin merkitys ammatillisena kasvuympäristönä, koska parhaimmillaan oppilaitoksessa voi oppia tosiasiatietoa, mutta senkin konstruointi epäonnistuu, mikäli teorian ja käytännön integrointiprosessia ei tueta. Opiskeluaikana harjoittelussa ja myöhemmin työkokemuksen myötä opitaan toimintaa ohjaavat arvot, tavoitteet ja säännöt, yhteiset toimintakäytänteet, hoitotyön ja hoitajan rooli. Ammatillisena kasvuympäristönä hoitokulttuuri voi olla joko kasvua tukevaa tai sitä rajoittavaa. Suotuisana hoitokulttuuri tukee ammatillista kasvua tarjoamalla monipuolisia työssäoppimiskokemuksia ja -haasteita, herättämällä avoimia kysymyksiä ja auttamalla löytämään niihin vastauksia. Hyvä opettaja puolestaan pyrkii luomaan, ylläpitämään ja kehittämään ammatillista kasvua mahdollistavia hoitokulttuureja. Työssäoppimiskokemusten jatkuva reflektointi yhdessä kokeneen ohjaajan ja/tai opettajan kanssa varmistaa ammatillisen kasvun tavoitteenmukaisen etenemisen. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on laajentaa ymmärrystä hoitokulttuurista ammatillisena kasvu-ympäristönä kuvaamalla erästä terveydenhuollon toimintayksikköä työ- ja hoitoympäristönä sekä siellä vallitsevia toimintakäytäntöjä. Lisäksi arvioidaan tutkitun hoitokulttuurin tarjoamia ammatillisen kasvun mahdollisuuksia. Tutkimuksessa etsitään vastausta seuraaviin tutkimusongelmiin ja niitä täsmentäviin yksityiskohtaisiin kysymyksiin:

I Millainen tutkimusyksikkö on fyysisenä ja sosiaalisena ympäristönä?

- 1 Millainen tutkimusyksikkö on fyysisenä ja sosiaalisena hoitoympäristönä?
- 2 Millainen tutkimusyksikkö on fyysisenä ja sosiaalisena työympäristönä?

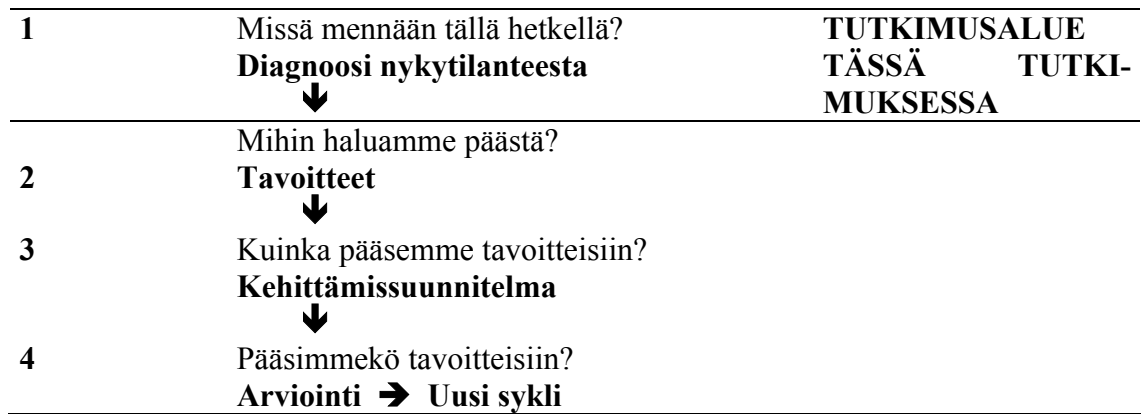
II Millainen tutkimusyksikön hoitokulttuuri on näkyvänä ja kuuluvana käyttäytymisenä?

- 3 Millaisia yhteisiä toimintakäytäntöjä liittyy vastaanottotilanteisiin?
- 4 Millainen hoitajan sekä hoitotyön rooli on?
- 5 Millaista hoitajien keskinäinen ja eri ammattiryhmien välinen yhteistyö on?

III Miten tutkimusyksikön hoitokulttuuri tukee hoitotyön asiantuntijuuteen kasvua?

- 6 Millainen hoitotyön asiantuntijuus vallitsee tutkimusyksikössä ?
- 7 Millainen tutkimusyksikkö on oman toimintansa kehittäjänä?

Tutkimustuloksia voi hyödyntää koulutuksen suunnittelussa ja arvioinnissa. Lisäksi hankittu tieto palvelee työelämän kehittämistoimintaa - joko oppilaitoksen kanssa yhteistyössä tapahtuvaa tai tutkimusyksikön omaehtoista kehittämistoimintaa. Usein organisaatiokulttuurin edustajat itse ovat sokeita omalle kulttuurilleen, minkä vuoksi tutkimuksen avulla hankittu diagnoosi nykytilanteesta lienee arvokas. Seuraava kehittämissykli kuvaa pelkistetysti tyypillisen kehittämisprosessin etenemistä (Close 1997, 91-92). Tämän tutkimuksen alue (mikäli tutkimusaluetta tarkastellaan ja määritellään kehittämisprosessista käsin) rajautuu syklin ensimmäiseen vaiheeseen. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Kehittämissykli ja tutkimusprosessi sen ensimmäisenä vaiheena (Close 1997, 92).

Perusteluja kulttuurisen näkökulman valinnalle. Tämä tutkimus on Teschin (1995, 24, 63) ja Sandayn (1983, 23) laatimien luokittelujen mukaan lähinnä *holistinen etnografia*, jossa *kiinnostus kohdistuu kulttuuriin kokonaisuutena ja jossa tavoitteena on säännönmukaisuuksien osoittaminen tutkittavasta kulttuurista*. Kulttuurisessa tarkastelutavassa ollaan kiinnostuneita sekä yksilöiden kehittymisestä että edellytysten luomisesta yksilöiden jatkuvalla kasvulla. Se ohjaa analysoimaan niitä prosesseja, joiden kautta organisaation sosiaalista todellisuutta luodaan, ylläpidetään ja yritetään muuttaa. Lähestymistapa on sopiva nykyiseen kulttuuriseen murrosvaiheeseen, sillä omien ajattelu- ja toimintatapojen tarkastelu ja niiden uudistaminen on miltei välttämätöntä.

Terveystieteiden sekä hoitotyön tutkimuksista kulttuurinen näkökulma tulee esiin jonkin verran, joskaan ei systemaattisesti ja kattavasti. Lisäksi hoitotieteellisille tutkimuksille on tyypillistä liittää kulttuurinen tarkastelu vieraisiin kulttuureihin, niiden tutkimiseen ja vertailuun (Sarvimäki & Sandelin Benkö 1998, 26; vrt. Hassinen-Ali-Azzani 2002; Kankkunen, Lehto, Silén-Lipponen & Virkki 1997; Leininger 1978; Meriläinen & Vehviläinen-Julkunen 1998), sen sijaan organisaatio- ja hoitokulttuurin tutkiminen on jäänyt hoitotieteen piirissä vähäisemmälle huomiolle joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta (mm. Helman 2000; Hernes 1997; Holden & Littlewood 1991; Sackmann 1997). Näyttää kuitenkin siltä, että suunta on muuttumassa: vieraiden kulttuureiden tutkimisesta ollaan siirtymässä yhä enenevässä määrin oman yhteiskunnan

kulttuurin ja sen alakulttuurien tutkimiseen (Burns & Grove 2001, 68-69; Germain 1993, 238).

Meriläinen (1987, 90) pyrki käynnistämään suomalaisen hoitotieteellisen, kulttuuriantropologista näkökulmaa soveltavan organisaatiokulttuurin tutkimusperinteen. Meriläisen vuonna 1986 tarkastettu väitöskirja käsitteli väestön terveydenhuollon kokonaisuutta. Kinnunen (1990) jatkoi perinnettä; hänen tutkimuksensa lienee yksi ensimmäisistä maassamme tehdyistä terveydenhuollon organisaatiokulttuuritutkimuksista.

Muista suomalaisista terveydenhuolto- ja hoitokulttuuria käsittelevistä tutkimuksista voi mainita seuraavat: Kuronen (1993) tutki äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäytänteitä; Lang ja Nikkonen tutkivat (1994) kättilöiden hoitokulttuuria ja synnyttäjien hoitoa koskevia odotuksia; Nikkonen tutki (1997) hoitamisen kulttuurista muutosta psykiatrisessa avohoitovalmennuksessa; Viitanen (1997) tarkasteli terveydenhuollon (fyysioterapia) ammattikulttuuria ja Enckell (1998) sairaaloiden kulttuurista muutosta. Vuori (1993; 1995) sen sijaan vertaili julkisia ja yksityisiä sairaalaorganisaatioita. Uusimpia tutkimuksia ovat Tammelinin (2000), Kettusen (2001), Hirvosen (2000) ja Eriksson-Pielan (2003) työt. Viimeksi mainittu kuvasi sairaanhoidon ammatillisuutta ja Hirvonen äitiysneuvolakäytänteitä. Kettunen tutki neuvontakeskusteluja. Tammelin puolestaan hahmotteli kulttuuriantropologisesta näkökulmasta sairaanhoitajien roolimallin muutosta.

Terveysalan ammatillista koulutusta, oppilaitosten toimintakulttuuria ja opettajan työn muutoksia käsittelevien tutkimusten määrä on kasvanut ilahduttavasti viime vuosina (mm. Elomaa 2003; Harri 1997; Henriksson 1998; Hildén 1999; Jaroma 2000; Juvonen 2001; Karttunen 1999; Kilpiäinen 2003; Koivumäki 2002, Konkola 2002, Kuokkanen 2000; Kärkkäinen 1999; Könnilä 1999; Laakkonen 1999; Lambert 1999; Munnukka 1997; Mäki 2000; Mäkisalo 1998; Nurmela 2002; Nurminen 2000; Pihlainen 2000; Raij 2000; Rekola 2003; Räisänen 2002; Saarikoski 2002; Salminen 2000; Sarajärvi 2002; Sirkka 2001; Stenfors 1999; Vanhanen 2000; Vesterinen 2001). Edellisten tutkimusten merkitys tälle tutkimukselle on moninainen. Ne motivoivat oman työn tutkivaan kehittämiseen, auttavat perustelemaan työelämäyhteyksien kehittämisen merkitystä ja työelämän reaaliaikaisen tuntemisen tärkeyttä sekä kannustavat tarkistamaan opetusta suhteessa työelämässä meneillään tapahtuviin muutoksiin.

Metodologisesti aikaisempien tutkimusten anti on vähäistä: etnografiat olivat harvinaisia. Väärälä (1995) on hyödyntänyt etnografisia kenttätyömenetelmiä omassa tutkimuksessaan. Syrjäläisen (1994) tekemä tutkimus puolestaan on ensimmäinen kouluetnografinen tutkimus maassamme. Työ on siten tälle tutkimukselle mallina kouluetnografiasta, joskin on huomattava peruskoulun ja ammatillisen koulutuksen erot. Sekä Syrjäläisen tutkimuksen että tämän tutkimuksen voi luokitella mikroetnografiaksi, mikäli tämänkaltaista luokittelua halutaan käyttää (Holloway & Wheeler 1998, 89; ks. myös Schwartzman 1993, 45-46). Töissä on kuitenkin eroja: Syrjäläisen tutkimus tukeutui symboliseen interaktionismiin (Syrjäläinen 1994, 76); tämä tutkimus on holistinen etnografia. Hoitotyötä sekä yleensä sosiaali- ja terveysalaa käsittelevistä kulttuuritutkimuksista löytyy jokunen etnografia tai ko. menetelmiä käyttävä (mm. Borgman 1998; Forsberg 1998; Hassinen-Ali-Azzani 2002; Henriksson 1998; Hirvonen 2000; Honkasalo 1994; Kinnunen 1990; Kuronen 1993; Nikkonen 1997; Tammelin 2000; Viitanen 1997).

4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

'Tavoitteena ei ollut nähdä mitään ihmeellistä ja outoa, vaan kuvata arkipäivää, sitä samaa arkipäivää, johon potilaskin tulee.' (PK 187)⁵

Tässä luvussa kuvataan tutkimuksen menetelmällisiä ratkaisuja ja prosessin etenemistä. Tavoitteena on, että lukija pystyy eläytymään luotuun kuvaan ja kykenee ymmärtämään tehtyjä ratkaisuja, vaikkei itse toimisikaan samoin. Lisäksi tavoitteena on tarjota lukijalle mahdollisuus päätellä tehtyjen menetelmäratkaisujen onnistuneisuutta sekä arvioida tulosten luotettavuutta. (Appleton 1995, 997; Suojanen 1996, 12.)

Tämä tutkimus on ensisijaisesti laadullinen tutkimus. Toiseksi tutkimusta voi luonnehtia etnografiaksi: näkökulma on kulttuurinen. (Patton 1990, 67-68.) Tarkemmin määritellen tutkimus on holistinen etnografia, koska tutkimuksen kiinnostus kohdistuu kulttuuriin kokonaisuutena ja tavoitteena on säännönmukaisuuksien osoittaminen tutkittavasta kulttuurista (Honko & Pentikäinen 1975, 26-27; Tesch 1995, 24,63; Sanday 1983, 23).

Tutkimuksessa pyrittiin tavoittamaan tutkimusyksikön kulttuurisia piirteitä sisältäpäin ja näkemään asiat tutkittavien näkökulmasta heidän omien käsitteidensä avulla (vrt. emic- ja experience near –näkökulmat, ensimmäisen tason käsitteet), joskin tehtyjen havaintojen kuvaaminen ja tutkinta edellyttivät siirtymistä toisen tason käsitteisiin ja experience-distant tarkasteluun (Maanen 1985, 39-42; Suojanen 1996, 15). Tutkimus yhdistää muodollisen ja epämuodollisen organisaation: kulttuuria tutkitaan organisaation jokapäiväisestä toiminnasta käsin. Tämä on nykyisen antropologisen organisaatiotutkimuksen mukaista (Schwartzman 1993, 35). Tutkimus heijastaa todellisuutta valokuvan tavoin, sekin on sidottu ottohetkeen.

'Se on valintaa alusta loppuun: kohde; kuvakulma; valaistuksen tapa ja yksilön, yhteisön näkökulma. Se on tutkimusteeman ja tutkimusintressin välineellinen heijastuma. Se kertoo myös tutkijasta taustoineen.' (Suojanen 1996, 5)

⁵ Aineistoon viittaavat suorat lainaukset on useimmiten sisennetty ja kursivoitu; niiden perässä olevissa suluissa viitataan käytettyyn aineistoon (ks. liite 2). Tutkimus- ja havainnointipäiväkirjasta käytetään lyhennettä PK + sivunumero. Haastatteluista käytetään lyhennettä H, jolloin H1-H7 ovat hoitajien haastatteluja, H8 potilaan ja H9 opiskelijan haastattelu. Mikäli alkuperäisessä lähteessä on henkilön nimi, käytetään lainauksessa merkintää (nimi). Luettelo käytetyistä dokumenteista (D) on liitteessä 2.

4.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Tämän tutkimuksen teoreettiset ja metodologiset ratkaisut ovat muuttuneet ja täsmentyneet tutkimusprosessin edetessä seuraavasti: alkuvaiheen (kevät 1997) tutkimuksellinen tavoite liittyi kehittämistoimintaan. Teoreettiseksi viitekehikseksi valittiin kehittävä työntutkimus (Engeström 1985; 1987; 1995). Jonkin ajan (syksy 1997) kuluttua kehittämishankkeesta jouduttiin luopumaan prosessiin liittyvien ongelmien vuoksi (hankkeen keskeyttämistä, siihen johtaneita syitä ja seurauksia on tarkasteltu luvuissa 3.3, 4.2.5 ja 6.1.1). Samassa yhteydessä työ rajattiin kohdentumaan kehittämisprosessin ensimmäiseen vaiheeseen eli diagnoosiin nykytilanteesta (ks. kuvio 4; luku 3). Kehittävästä työntutkimuksesta jäi jäljelle toimintajärjestelmän perusmalli, joka toimi havainnointi-, haastattelu- ja analyysikehikkona (ks. kuvio 5; luku 4.3). Tutkimuksen ydin ei muuttunut matkan varrella, nimittäin vilpittömän halu nähdä ja ymmärtää, mitä todella *on*, ei vain mitä *pitäisi olla*.

Tutkimuksen menetelmälliset valinnat olivat melko pragmaattisia; tavoitteena oli löytää tilanteeseen ja tutkittavaan ilmiöön parhaiten sopivia menetelmiä. Laadullisen tutkimuksen valinta edelsi etnografian valintaa. Tärkeimmät laadullisen tutkimusstrategian ja konstruktiivisen perinteen (Guba & Lincoln 1989, 43-45; 1994, 108) valintaperustelut liittyivät tutkittavan ilmiön (ontologiset perustelut) ja tavoiteltavan tiedon (epistemologiset perustelut) luonteeseen sekä tämän tiedon hankkimiseen soveltuviin menetelmiin (metodologiset perustelut). Tässä suhteessa tutkimus edustaa metodologista fundamentalismia. (Siljander 1992, 20-21; Suoranta 1993, 40-42.) Lisäksi vaikka aineistonkeruu on toteutettu useammalla menetelmällä (menetelmätriangulaatio), pyrkimyksenä oli säilyttää tutkimuksen taustaoletukset samoina.

Tavoitteena oli rikas ja monipuolinen kuvaus tutkittavan kulttuurin pinta- ja syvärakenteesta, hoitajien arkipäivästä sen kaikkine piirteineen ja ulottuvuuksineen, joita ovat yhteiset toimintakäytännöt, toimintaa ohjaavat arvot, tavoitteet ja säännöt sekä hoitajan rooli. Käsitukseen hoitokulttuurista liittyi näkemys, jonka mukaan kulttuuri on osittain tiedostamaton kulttuurin edustajille itselleen. Tämä asetti tutkimusmenetelmille omat vaatimuksensa. Samoin se, että asiantuntijoiden tiedosta suuri osa on ns. hiljaista tietoa. Kvantitatiivinen tutkimus (ja konventionaalinen perinne) ei kunnioita ihmistä tajunnalli-

sena, tietoisena ja tavoitteellisena kokonaisuutena, subjektina. Lisäksi todennäköisesti määrällisillä menetelmillä olisivat kulttuurin syvärakenne ja perusoletukset jääneet tavoittamatta. Schein (1987, 148) toteaa jyrkästi: kyselylomakkeet ja määrämuotoiset testit eivät sovellu kulttuurin tutkimiseen, mikäli kulttuuria lähestytään hänen määrittämällään tavalla. Tässä työssä kulttuurin määrittely on vahvasti *'scheiniläinen'*.

Kulttuurisen näkökulman ja etnografian valintaan johdatteli tutkimuksen alkuvaiheen teoreettinen lähestymistapa, kehittävä työntutkimus, jonka ensimmäinen vaihe on *'ongelmien etnografia'*. Tämän tutkimuksen etnografinen lähestymistapa eroaa kuitenkin kehittävän työntutkimuksen etnografisesta näkemyksestä. Ensimmäiseksi: etnografisen osuuden rooli kehittävässä työn tutkimuksessa liittyy ongelmien määrittelyyn (Engeström 1995, 130); tässä etnografia palvelee etsittäessä ongelmiin vastauksia. Lisäksi kehittävän työntutkimuksen raporteissa jää etnografinen tarkastelu usein varsin suppeaksi ja johdantomaiseksi (Engeström 1995, 133), kun taas tämä tutkimus muodostui pelkästään etnografisesta osuudesta.

Kehittävässä työntutkimuksessa tutkijan teoreettiset intressit liittyvät toimintajärjestelmän rakenteen, ristiriitojen ja kehittymismahdollisuuksien hahmottamiseen. Tavoitteena on muutoksen ymmärtäminen ja hallinta. (Engeström 1995, 133.) Tätä työtä ohjasi organisaatiokulttuuri siihen liittyvine käsitteineen. Tässä tutkimuksessa ei myöskään ollut kiinnostuttu siitä, kuinka tähän on tultu, vaan yksinkertaisesti kuvattiin toimintaa nykyyhetkellä, mikä on holistisen etnografian mukaista. (Honko & Pentikäinen 1970, 26-27.) Kehittävässä työntutkimuksessa on tavoitteena löytää toiminnassa esiintyviä häiriöitä ja poikkeamia normaaleista rutiineista (Engeström 1995, 132), sen sijaan tässä työssä etsittiin säännönmukaisuuksia.

Lopuksi etnografian valintaa tuki kulttuurisen tarkastelun merkityksen oivaltaminen (mm. Maanen 1983, 50-52; Schein 1987, 2-27) sekä kulttuurisen näkökulman vähäisyys aikaisemmissa terveydenhuollon ammatillisen koulutuksen tutkimuksissa ja kehittämissankkeissa. Erityisesti etnografia laadullisena tutkimusmenetelmänä on käyttökelpoinen tutkittaessa niin hoitotyötä kuin myös opetusalaan omista tapahtumaympäristöissään. (Germain 1993, 238; Helman 2000, 270; Janhonen & Nikkonen 1994; Leininger 1985, 3; Syrjäläinen 1995, 92.)

4.2 Kentälle pääsy ja tutkimuksen kulku

Laadullinen tutkimus on kiinnostunut yksittäisten tutkittavien ainutlaatuisista kokemuksista - olipa tämä yksittäinen ihminen tai työyhteisö kuten tässä hankkeessa. Lisäksi laadulliselle tutkimukselle ja erityisesti etnografialle on luonteenomaista tutkimuksen toteutuminen luonnollisessa ympäristössä sekä tutkijan henkilökohtainen ja välitön kontakti tutkimusympäristöön, mikä väistämättä pakottaa tutkijan *'kentälle'*. (mm. Burns & Grove 2001, 612; Germain 1993, 246-248; Hammersley 1998, 2; Lincoln & Guba 1985, 39; Malinowski 1922, 10-11; Patton 1990, 39-44.) Tässä työssä kenttäjakson tavoitteena oli sekä luoda kokonaiskäsitelmä tutkittavasta ilmiöstä että aineistonkeruu. Lisäksi tavoitteena oli tutustua ja tulla tutuksi tutkimusyhteisöön.

Tutkimus käynnistyi tutkijan aloitteesta. Alustavat neuvottelut käytiin tutkimusorganisaatiossa tammi-helmikuussa vuonna 1997 organisaation laupäällikön ja ylihoitajien kanssa. Tutkimusyksiköksi valittiin gynekologinen poliklinikka, jonka hoitajat olivat toistuvasti ilmaisseet kiinnostuksensa osallistua erilaisiin kehittämishankkeisiin. Kentälle pääsy on Burns'n ja Groven (2001, 612) mukaan yksi etnografisen tutkimuksen kriittisimmistä vaiheista. Myös Suojanen (1982b, 140) ja Germain (1993, 246-247) korostavat ensimmäisten kenttäkontaktien tärkeyttä. Suojanen neuvoo lähestymään aluksi *'yhteisön korkeinta statusta omaavia auktoriteetteja ja päättäjiä'* ja vasta tämän jälkeen varsinaisia tutkimukseen osallistujia. Ilmeisesti toimin oikeassa järjestyksessä, mutta en osannut riittävästi panostaa näihin ensimmäisiin tapaamisiin.

Tutkimusyksikköön tutustuminen tapahtui seuraavasti: osallistuin tutkijan roolissa, gynekologisen poliklinikan yhtenä edustajana, sairaalan järjestämään laukoulutukseen, joka kesti yhteensä neljä iltapäivää (22.4, 21.5, 11.6, 2.9.1997; liite 3). Koulutuksen aikana käytiin alustavat neuvottelut tulevasta kehittämistoiminnasta osastolla työskentelevien hoitajien kanssa: sovittiin kesällä tapahtuvasta havainnointijaksosta sekä hahmoteltiin syksyn suunnittelukokouksia. Tutkimukseen ei tarvittu erillistä tutkimuslupaa; ylihoitajien suullinen lupa riitti sekä havainnointijaksolla että osaston koulutuksissa ja kokouksissa tapahtuvaan aineiston keruuseen. Ensimmäisessä syksyn kokouksessa se-

lostin suullisesti omaa tutkijan rooliani osaston kehittämishankkeessa. Lisäksi jätin asiasta kirjallisen selostuksen (D:A).

'Menin istumaan pkl:n väen joukkoon ja minun viereeni tuli (nimi). No, tunsin kuuluvani joukkoon... Sovimme, että pkl:n väki varaa 2 x kk maanantai-iltapäivät osastokokouksiin ja minä raivaan ne tyhjäksi opetuksesta. Siitä se sitten lähtee, syksyllä katsotaan tarkemmin päivät, jolloin kokoonnutaan ja milloin aloitetaan.' (PK 11)

'(Nimi) julisti ilman alkupuheita ja selvityksiä: "Osastolla alkaa kehittäminen, onko mietitty aihe, eikö, no, pikku ryhmä on miettinyt ohjausta, onko kelläään vastaan, ei, siis valitaan ohjaus." ... Se siitä yhteiskeskustelusta, vaikuttamismahdollisuudesta, todellisesta valintatilanteesta ja yhteispäätöksestä.' (PK 92)

Vietin tutkimusyksikössä kesällä 1997 kaksi viikkoa kokopäiväisesti. Sen lisäksi osallistuin syksystä 1997 kesään 1998 tutkimusyksikön osastokokouksiin, koulutustilaisuuksiin, opintomatkoihin ja yhteistyöpalavereihin (tutkimusprosessin I VAIHE, ks. liitteet 1 ja 3). Keväällä 2001 palasin tutkimusyksikköön: vastaanottojen havainnointia kaksi työpäivää, vapaamuotoisia haastatteluja sekä osastokokous, jossa tutkimuksen tuloksia esiteltiin, refleктоitiin ja arvioitiin. (II VAIHE, liitteet 1 ja 3.)

Haastattelut toteutuivat osastolla (ks. liite 4). Lisäksi piipahdin osastolla ja soittelin sinne suunniteltujen tilaisuuksien väliaikoina. Itse pidin näitä epävirallisia yhteydenottoja erittäin merkittävänä. Se, miten pikku hiljaa tulin hyväksytyimmäksi tutkimusyksikössä, ilmeni tervehtimisestä: alun muodollisesta ja usein hymyttömästä - jopa ärtyneestä - 'päivää' siirryttiin rennompaan 'moikkaukseen'. Ehkä myös osaamistani ja tekemiäni havaintoja alettiin arvostaa prosessin edetessä. Jos alussa olin pelkkä turisti, tiiviin kenttävaiheen päätyttyä olin ainakin tuttu sellainen.

' soitteli alkuvuikosta osastolle ja kyseli minua. Hänelle oli vastattu: ai, se turisti.' (PK 30)

Suojanen (1982a, 23) kuvailee tutkijan roolin erilaisia ulottuvuuksia: 1) persoonallinen, henkilökohtainen ja ihmissuhteiden ulottuvuus, 2) välineellinen, tieteellisten ja tutkimuksellisten pelisääntöjen ulottuvuus ja 3) velvoitteellinen, suoritteellinen ulottuvuus. Omalla kohdalla roolien runsautta lisäsi opettajan roolini, josta käsin olin jo ennen tutkimushanketta tutustunut sekä tutkimusyksikköön että osaan siellä työskentelevistä hoitajista. Yritin kuitenkin tehdä selvän eron opettajuuteni ja tutkijuuteni välillä. Tätä tutkimusta en tehnyt opettajana, vaan jatko-opiskelijana, 'arjalaakkosena', ihmisenä. Myöskään tutkijan roolia ei ollut järkevää korostaa liikaa; suhtautuminen tieteentekoon

ja 'akateemisiin' näytti olevan ristiriitaista hoitajien keskuudessa. Sen sijaan taustani sairaanhoitajana, siihen liittyvien yhteisten kokemusten jakaminen ja koettu samankaltaisuus muodostivat luottamuksen perustan (vrt. Honkasalo 1994). Etenin Kortteisen (1997, 364) antaman ohjeen mukaan:

”Ratkaisevaa on, miten tutkittavat tulkitsevat tutkimustilanteen. Jos tutkija kantaa omaa rooliaan tutkijana, myös tutkittava käyttäytyy vastaavasti ja vuorovaikutus jää virallisten roolien vangiksi. Jos tutkija – tavalla tai toisella – pääsee tutkittavan kulttuurin 'sisäpuolelle', tutkittavien puheet muuttuvat sisältönsä osasta hyvin huomattavasti.”

Omalla kohdallani tunsin päässeeni lopullisesti 'sisäpuolelle' Joensuuhun tehdyn opintokäynnin paluumatkalla (liite 3). Janhonen ja Nikkonen (1994) kuvaavat prosessia 'vieraasta ystäväksi', en kuitenkaan usko, että menin (pääsin) tutustumisessani näin pitkälle.

'Matka Joensuuhun toteutui: aamujunalla menttiin, perillä puolen päivän jälkeen, takaisin klo 16.47 junalla. Ulkona oli kylmää ja tuulista kuin Siperiassa; sisällä tunnelma oli lämmin ja positiivinen.' (PK 123)

Aktiivisen tutkimusperiodin jälkeen tapahtui viilenemistä, tunne ulkopuolisuudesta ja 'meihin' kuulumattomuudesta palasi. Toisaalta tämä etäännyminen palveli tutkimuksen analyysiä ja mahdollisti aineiston tarkastelun ns. toisen tason käsitteillä (vrt. Honkasalo 1994).

Hoitotyön opettajuuteen sinänsä liittyy tutkimuksen näkökulmasta sekä positiivista että negatiivista vaikutusta. Opettajana olen tottunut menemään erilaisiin ja uusiin terveydenhuollon organisaatioihin; toisaalta suhde jää usein muodolliseksi. Sekä koulutukseni että työkokemukseni ovat muovanneet käsitystäni hoitokulttuurista. Viimeisimmät aineistonkeruuta edeltäneet vuodet opetin ainoastaan teoreettisia aineita, joten mahdollisuuteni työelämätietojeni päivittämiseen opiskelijoiden harjoitteluohjauksen yhteydessä puuttuivat. Niinpä jo tutkimuksen havainnointijakso osoitti työelämätietämykseni hataraksi, joskin tämä vieraantumisen saattoi palvella rooliani etnografisena tutkijana. Hoitokulttuuri oli 'toinen' kulttuuri, mikä mahdollisti sen tarkastelun vieraan silmin.

Patton (1990, 54-56) luonnehtii laadullisen tutkijan roolia puolueettomaksi, jolla tarkoitetaan, etteivät mitkään tekijät saa vääristää totuutta. Tutkija on tutkimusyhteisössä riittävän kauan, jotta hän ennättää tutustua tutkittaviinsa ja päinvastoin; tämä ja vain tämä

mahdollistaa empatian ja tutkimuskohteen syvällisen ymmärtämisen. Sanday (1983, 20-21; myös Burns & Grove 2001, 612-613) täsmentää: etnografisen tutkijan on *'tunnettava samoin kuin tutkittavat ihmiset'*, toisaalta tutkijan on säilytettävä kykynsä nähdä tutkittavien tilanne *'ulkopuolisena'*.

Tässä tutkimuksessa empatian kehittymisen osoitukseksi voi tulkita, että syvä pettykseni kehittämistoiminnan epäonnistumisesta vaihtui tutkimusyksikön tilanteen ymmärtämiseksi. Tutkimusyksikössä tapahtui muutoksia, jotka laukaisivat yhteisön kriisin; kehittämishankkeelle ei riittänyt voimia. Ongelmallista on kuitenkin se, etteivät nämä työelämää ravistelevat kehittämistoiminnan esteet näytä loppuvan, päinvastoin. Niinpä myös tutkimusyksikkö - selvittyään tutkimuksen alkuvaiheessa esiintyvistä ongelmistaan - oli törmännyt uusiin haasteisiin, jotka jälleen tyrehdyttivät kehittämisen.

'(nimi: uusi organisaatio) vie mehut.' (PK 189)

Toisaalta on mahdollista, että menin mukaan osaston asioihin jopa liiaksi, mikä puolestaan esti havaitsemasta eroa toisaalta kehittämishankkeen ja toisaalta osaston muiden ongelmien välillä. Mukaanmeno on havaittavissa etenkin tilanteissa, joissa minusta tuntui, että minun oli valittava puoli: olenko *'meidän'* (tutkimusyksikössä työskentelevät hoitajat) vai *'muiden'* (johto, toiset ammattiryhmät ja osastot) puolella. Esimerkiksi *'iltavuorokysymyksessä'* ja *'leikkausaliijupakassa'* olin hyvin vahvasti osaston puolta, valmiina menemään vaikka barrikadeille heidän kanssaan.

'...minä en alkuunkaan ymmärrä, mitkä ovat ...todelliset tavoitteet tässä iltaihmisistä koskevassa kysymyksessä.' (PK 104)

'(Nimi) kysyi, miltä minusta se leikkurijuttu vaikutti? Sanoin, etten ymmärrä, mistä se olisi saanut alkunsa: simulaatiopäivä sujui hyvin, eikä sen sinänsä olisi pitänyt aiheuttaa moista möykkää.' (PK 179)

Ehkä myös osaston vähäpuheinen kulttuuri aiheutti omat ongelmansa, etenkin jos ja kun osaston henkilökunta oletti minun tietävän ja ymmärtävän tilanteen heidän laillaan.

'(Nimi) oli käyttänyt joitain vieraita osastolla, ja esitellyt pkl:n leikkaussalia sanomalla: täydellinen. Hoitajat naureskelivat: (nimi)hän sen tietää. Minulle jäi epäselväksi se, onko salissa mitä ja millaisia puutteita vai mistä ko. huvittuneisuus johtui.' (PK20)

'Se on henkilökohtaista, niinku en mä tiää, viittinks mä sulle edes semmosta sanoa? ...Kyll sää tiedät.' (H6)

Lisäksi havaitsin odotusteni olleen kaiken kaikkiaan epärealistiset niin hoitotyön tason kuin myös hoitajien kehittämisosaamisen suhteen. Sitä paitsi omat valmiuteni olivat riittämättömät yleensä kehittämishankeen ja erityisesti kehittävän tutkimuksen läpiviemiseen. Olin tutkijana noviisi, mistä johtuen aristelin esiintyä tutkijan roolissa, mikä puolestaan saattoi sekä hidastaa kasvuani tutkijana että murentaa uskottavuuttani tutkimusorganisaatiossa. Vielä: olin hätäinen ja odotin liian pikaisia tuloksia. Törmäsin itse asiassa useimpiin kehittämistoiminnan ongelmiin kykenemättä kuitenkaan ratkaisemaan niitä.

4.3 Aineistonkeruu

Tämän tutkimuksen tiedonkeruumenetelminä olivat Pattonin (1990, 10) mainitsevat laadullisen tutkimuksen tyypillisimmät menetelmät: havainnointi, haastattelu ja kirjalliset dokumentit (menetelmätriangulaatio⁶). Germain (1993, 250) sekä Holloway ja Wheeler (1998, 84) pitävät näitä menetelmiä tavanomaisimpina myös etnografioille, sen sijaan Hammersley (1998, 2) nimeää kaikkein yleisimmiksi etnografien käyttämissä aineistonkeruun metodeiksi havainnoinnin ja epäviralliset keskustelut. Vaikka moninainen – kaiken saatavilla olevan - aineiston keruu on luonteenomaista etnografioille (mm. Hammersley 1998, 35-36; Helman 2000, 265-266; Sanday 1983, 20-21), ei se ole itsetarkoitus, vaan pyrkimyksenä on ymmärtää tutkimusyksikön *'kulttuurille ominaista käyttäytymistä ja ajattelun logiikkaa'* hahmottamalla kokonaiskuva kulttuurista sekä paljastamalla toimintaa ohjaavia arvostuksia ja käsityksiä (Malinowski 1922, 10-11).

Tämän tutkimuksen aineisto koostui seuraavasti:

- Tutkimus- ja havaintopäiväkirja. (PK; sivut 1-215)
- Vastaanottotilanteiden havainnointi. (N= 110)
- Kokousten ja koulutustilaisuuksien havainnointi. (N=29; liite 3)
- Haastattelut. (N=9; liite 4)
- Kirjalliset dokumentit. (Liite 2)

⁶ Triangulaatio määritellään erilaisten aineistojen, teorioiden ja / tai menetelmien käytöksi samassa tutkimuksessa ja nimenomaan saman ilmiön tutkimiseen (mm. Jick 1983; 135-136; Holloway & Wheeler 1998, 14-16; Kimchi, Polivka & Stevenson 1991, 364-366; Oiler Boyd 1993, 455; Patton 1990, 187-188).

Tutkimus- ja havainnointipäiväkirja (PK, sivut 1-215). Tekemäni havainnot, tutkimusprosessin seikkaperäinen kulku ja sen muutokset sekä omat tutkimusprosessiin liittyneet kokemukseni on raportoitu tutkimus- ja havainnointipäiväkirjassa. Patton (1990, 239-242; ks. myös Holloway & Wheeler 1998, 90-91) luonnehtii kenttämuistiinpanoja kuvaileviksi; niiden tavoitteena on kirjata ylös kaikki tutkimuksen kannalta arvokas mahdollisimman konkreettisesti. Kenttämuistiinpanot käsittävät Pattonin mukaan myös tutkijan tunteita ja reaktioita sekä tulkintoja, alustavia analyysyjä ja työhypoteeseja. Kenttämuistiinpanoihin liittyy omat ongelmansa. Esimerkiksi Hammersley (1998, 86-87) muistuttaa havaintojen olevan aina selektiivisiä.

'Muistiinpanoja olisi ehkä voinut olla enemmän, mutta jotenkin en osannut – etenäkään alkuvuikosta – tehdä niitä. Ehkä hieman nolostuttukin kaivaa vihko taskusta. Loppuvuikosta olin jo luontevampi tässä suhteessa.' (PK 19)

'Luettuani edellisen viikon raporttia jäin ihmettelemään hoitajan roolia. Päätin tarkkailla erityisesti tämän johtopäätöksen oikeellisuutta.' (PK 31)

'Otinkin tähän kantaa, otinkohan liian voimakkaasti? Toisaalta 'aktiivinen tapahtumiin puuttuminen' on yksi tutkijan rooli.' (PK 71)

'(Hoitaja:) Mitä sä kirjaat? Miltä tämä vaikuttaa?'

(Tutkija:) Etupäässä että potilas tulee, potilas menee. Miltäs tämä sinusta itsestäsi tuntuu?'

(Hoitaja:) No, semmoiselta pinnalliselta.' (PK 205)

Havainnointi. Osallistuva havainnointi on prosessi, jossa havainnoija pyrkii sosiaalisissa tilanteissa keräämään tieteellistä tietoa. Osallistumisen aste vaihtelee ei-osallistumisesta täydelliseen osallistumiseen. (Hammersley & Atkinson 1983, 93; Liukkonen & Åstedt-Kurki 1994; Tuomi & Sarajärvi 2002, 83-84.) Tässä tutkimuksessa havainnointi- ja analyysiyksikkönä oli vastaanottotilanne ja siihen välittömästi liittyvä välitön ja välillinen hoitotyö vastaanottoa ennen, sen aikana ja jälkeen. Vastaanottojen havainnointi (taulukko 3) alkoi tiiviillä ja kokopäiväisellä havainnointijaksolla (30.6-11.7.97). Jakso kesti yhteensä kymmenen työpäivää, joista seitsemän vietin tutkimushuoneessa vastaanottoja tarkkaillen. Tämän lisäksi seurasin vastaanottoja kolmena päivänä (23.10.1997, 26.4. ja 2.5.2001). Tutkimushuoneiden valinnan tekivät tutkimusyksikön hoitajat. Valinta oli harkinnanvaraista ja siinä korostuivat poliklinikalla toteutuvan hoidon näkökulmasta tyypillisten ja tavanomaisten, mutta myös laadukkaasti toteutetun ajanvaraus- ja päivystysvastaanottotilanteiden piirteet (ks luku 5.3.2). (Patton 1990, 173-174.)

Varmistushavainnoinnin (I vaihe, 23.10.1997) tavoitteena oli tarkentaa ja arvioida alustavaa käsitystäni vastaanoton kulusta ja hoitotyön / hoitajan osuudesta siinä. Jatkohavainnoinnin (II vaihe) tavoitteena oli edellisen lisäksi tutkia tekemieni havaintojen pysyvyyttä ja toisaalta mahdollisia muutoksia vastaanottokäytännöissä (Liukkonen & Åstedt-Kurki 1994). (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Vastaanottojen havainnointi

I VAIHE	1. Havainnointijakso 30.6.-11.7.1997 7 päivää á 11-14 vastaanottoa	88
	2. Varmistushavainnointi 23.10.1997	3
II VAIHE	3. Jatkohavainnointi 26.4. ja 2.5.2001	19
	Yhteensä	=110 vastaanottoa

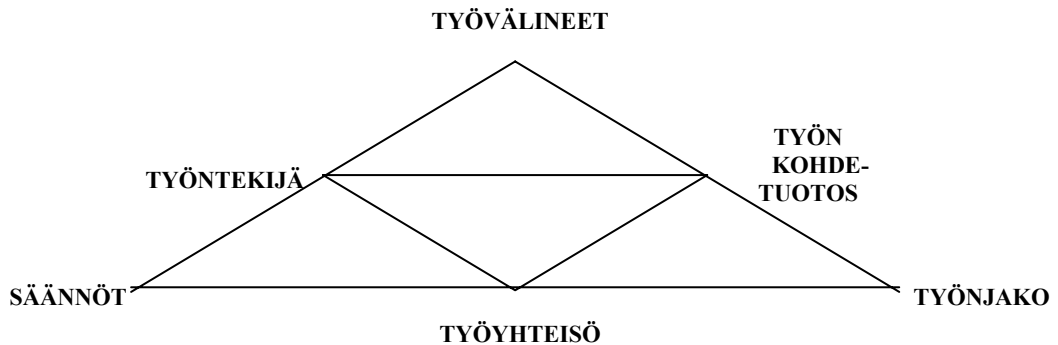
Havainnointi ja sen avulla kerätty aineisto muodostivat tässä työssä perustan, joka syventyi ja rikastui haastattelu- ja dokumenttiaineistolla. Havainnoinnin tavoitteena oli luoda kokonaiskäsitys poliklinikan vastaanottoiminnasta sekä hoitotyön ja hoitajan roolista sen yhteydessä. Osallistumalla intensiivisesti tutkittavien jokapäiväiseen elämään (aluksi pelkästään seuraamalla vastaanottoja ja 'notkumalla siellä sun täällä', myöhemmin myös osallistumalla kokouksiin, koulutuksiin ym.) halusin tulla tutuksi, kohdata tietolähteeni henkilökohtaisella tasolla, elää heidän 'arkipäiväänsä' ja siten luoda pohjaa haastatteluaineiston ymmärtämiselle ja toisaalta kohottaa luotettavuutta. (Liukkonen & Åstedt-Kurki 1994.) Ehkäpä onnistuin tässä - huolimatta ensimmäisten päivien kaoottisuudesta, koska keskusteluissa hoitajat korostivat 'kyllähän sinä tiedät, sinähän näit.'

'Ensimmäinen päivä oli hankala – päivän havainnot pyörivät mielessä kaaoksena ja irrallisina: henkilökunta juoksenteli ympäriinsä, teki jotain, sanoi jotain, haki ja toi jotain. Yritin tallentaa näitä irrallisia tehtäviä mieleeni.' (PK 18)

Suojanen (1982b, 140-143) opastaa kulttuuriin perehtyvää havainnoijaa etenemään varovasti ja syventämään intensiteettiä vähä vähältä. Lisäksi tutkijan on syytä muistaa, että

kenttätilanteissa tutkijalla on aina sekä havainnoijan että haastattelijan rooli. Haastattelutilanteissa havainnoidaan, toisaalta havainnoinnin yhteydessä haastatellaan. Havainnointi etenee seuraavasti: ensin tutkija tekee havainnoin, kirjoittaa sen muistiin, seuraavaksi havainnolle annetaan emic-merkitys, josta päädytään etic-ratkaisuihin ja lopuksi intrakulttuuraiseen kuvaukseen tai selitykseen.

Havainnointi- ja haastattelukehikko rakentui Engeströmin kehittävän työntutkimukseen pohjautuvasta toimintajärjestelmän mallista, joka voidaan kuvata seuraavan perusmallin avulla (Engeström 1985, 158; 1995, 47). (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Toimintajärjestelmän perusmalli (Engeström 1985, 158; 1995, 47).

Vastaanottojen havainnointi toteutui ilman osallistumista; olin läsnä vain tarkkailijana (Liukkonen & Åstedt-Kurki 1994; Tuomi & Sarajärvi 2002, 84). Vastaanottojen välissä saatoin tarkentaa joitain epäselviksi jääneitä asioita. Joskus taas joko hoitaja tai lääkäri halusivat minun huomioivan tietyn seikan: *'Tämä tässä on ongelmana!'* Itseäni askarrutti etukäteen pukeutumis- ja nimineulakysymys (Grönfors 1982, 54-56): mitä laitan päälleni erottuakseni, silti erottumatta liikaa, ja miten kutsun itseäni, opiskelijaksi vai tutkijaksi? Valitsin valkoisen suojatakin ja nimineulattoman vaihtoehdon. Tutkimuksen alkuvaiheessa tutkijaidentiteettini oli niin heiveröinen, etten rohjennut nimittää itseäni tutkijaksi.

'Valkoinen takki on ollut riittävä naamio, lupalappu, olla huoneessa potilaiden kannalta: potilaat tulevat huoneeseen, nyökyttelevät tervehdyksen myös minulle tullen menen eli ei ongelmia.' (PK 19)

Osallistumattomuus oli onnistunut ratkaisu, koska osallistuminen olisi sitonut tarkkaavaisuuttani työn opetteluun ja hallintaan, nyt pystyin keskittymään pelkästään havainnointiin (Hammersley & Atkinson 1983, 94-95). Toisaalta osallistumista rajoittivat vastuukysymykset (Liukkonen & Åstedt-Kurki 1994). Luonnollisesti jotain vaatimatonta osallistumista tapahtui kaiken aikaa; kieltäytyminen niistä olisi ollut jopa outoa ja epäkohteliasta. Esimerkiksi jos joku potilas kysyi minulta jotain, yritin itse vastata tai ohjata eteenpäin. Jos hoitaja oli poissa vastaanottohuoneesta ja potilas näytti tarvitsevan apua esim. tutkimuspöydälle nousemisessa, tarjouduin antamaan sitä. Potilas saattoi myös sanoa minulle jotain, kuten *'heti tärppäsi'*, jos näytti siltä, että hoitaja ja lääkäri olivat keskittyneet omiin tehtäviinsä.

'...itse asiassa olen hirveästi nauttinut tästä hiljaisen tarkkailijan roolista...' (PK 19)

Vastaanottojen lisäksi merkittävä osa havainnointia toteutui osastokäyntien yhteydessä sekä muissa osaston toimintaan liittyvissä tilanteissa, joiden tavoitteena oli vastaanotto-toiminnan välillinen tai välitön kehittäminen. Osasto- ja suunnittelukokouksissa, opintomatalla ja koulutustilaisuuksissa havainnointini oli osallistuvampaa. (N=29; liite 3.) Osallistuva havainnoija on samalla aina osa havainnoitavaa kontekstia, jota hän muokkaa ja johon hän vaikuttaa (Liukkonen & Åstedt-Kurki 1994). Itse neuvottelin useimpien ennen ja jälkeen suunnittelukokouksia (ISO JA PIKKU RYHMÄ) ylihoitajan ja / tai tutkimusyksikön kehittämistoiminnasta vastaavan hoitajan (=VH) kanssa; pidin näitä keskusteluja tärkeinä havaintojen jäsentämisen ja reflektoinnin kannalta.

Ensimmäisissä suunnittelukokouksissa tahtoi roolini muotoutua liiankin monimuotoiseksi. Tunsin, että minun odotettiin olevan linkki edelliseen kokoukseen, kokouksen suunnittelija, puheenjohtaja ja pöytäkirjanpitäjä. Tämä hajotti tärkeintä tehtävääni, nimittäin havainnointia ja vaikeutti kenttämuistiinpanojen pitämistä. Toinen ongelma liittyi osaston sitoutumiseen: kenen hankkeesta itse asiassa on kyse?

'Varmistin, että VH (vastuuhenkilö) toimii puheenjohtajana. Olen joutunut kahdessa aikaisemmassa kokouksessa olemaan liian paljon äänessä ja esillä. VH piti sitä tähän alkuun sopivana. Minä taas pelkään, että hanketta aletaan pitää minun hankkeena, jos olen liikaa pramilla. Siihen VH totesikin, että joku oli todennut: "Eihän meillä ole omia osastokokouksia, kun kaikki on niitä Laakkosen kokouksia." VH kertoi vastanneensa, että ei ne mitään Laakkosen kokouksia ole, ne ovat meidän.' (PK91)

Haastattelut. Syksyn -97 aikana (tutkimuksen I vaihe) jatkui tiedonkeruu haastattele-
malla seitsemää hoitajaa (H1 - H 7) ja yhtä potilasta (H 8). Keväällä 2001 (tutkimuksen
II vaihe) haastateltiin tutkimusyksikössä harjoitteluaan suorittavaa opiskelijaa (H9) ja
käytiin vapaamuotoisia keskusteluja aikaisemmin haasteltujen (H6 ja H7) hoitajien
kanssa. Hoitajien ja potilaan haastattelut olivat teemahaastatteluja, ts. puolistrukturoituja
kohdennettuja haastatteluja (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47-48; Tuomi & Sarajärvi 2002,
77-78; vrt. Hammersley & Atkinson 1983, 112-113). Teemat pohjautuivat Engeströmin
kehittämään, myös havainnointikehikkona olleeseen toimintajärjestelmän malliin (ks.
kuvio 5); lisäksi hyödynnettiin Launin laatimaa, ko. malliin perustuvaa haastattelu-
runkoa (Engeström 1985, 158; Engeström 1995, 47; Launis 1994, liite 1). Opiskelijan
haastattelu eteni avoimena keskusteluna harjoittelukokemuksista. (Liite 4.)

Haastateltavien hoitajien, ns. avaininformanttien, valinta oli harkinnanvaraista; tavoit-
teena oli edustavuus (Germain 1993, 247; Hirsjärvi & Hurme 2000, 59-60; Patton 1990,
172; Sanday 1983, 21). Tärkein valintakriteeri oli tutkimusyksikössä työskentelyn riit-
tävän pitkä kesto ja sen avulla hankittu perehtyneisyys toimintaan sekä tunne kuulumi-
sesta 'meihin' eli poliklinikan hoitohenkilökuntaan. Lisäksi valintaan vaikutti haastatel-
tavan ilmeinen kiinnostus ja vapaaehtoinen osallistuminen suunniteltuun kehittämis-
hankkeeseen. Tähän tutkimukseen haastatellut hoitajat olivat eri-ikäisiä, joko vakinaisia
viranhaltijoita tai pitempiaikaisia sijaisia. He olivat työskennelleet gynekologisella poli-
klinikalla kahdesta vuodesta yli 20 vuoteen. Ammattitaustat vaihtelivat: kolme (seitse-
määstä) kätilöä, kaksi sairaanhoitajaa ja kaksi perushoitajaa. Tutkimusyksikössä työsken-
televän hoitajan tehtävät eivät juurikaan eroa, olipa tämä perushoitaja, sairaanhoitaja tai
kätilö. Tutkimukseen haastateltu opiskelija oli kätilöopintojensa loppusuoralla, siirty-
mässä opiskelijastatuksesta kohti valmiin ammattihenkilön statusta.

Tutkimukseen haastateltu *potilas*, pääkaupunkiseudulla asuva keski-ikäinen nainen,
löytyi sattumalta. Osallistuimme samalle kielikurssille, jonka aikana haastateltu asioi
tutkimusyksikössä. Ennen haastattelupyynnöni haastateltava ei tiennyt ammatistani eikä
tutkimushankkeestani, joten nämä tekijät eivät päässeet vaikuttamaan potilaan saamiin
kokemuksiin. Haastattelulupaa kysyttäessä selostettiin jokaiselle haastateltavalle tutki-
muksen tavoite. Samalla korostettiin tutkimuksen kiinnostuksen kohdistuvan hoitokult-
tuurin yleisiin ja yhteisiin piirteisiin. Kukaan pyydetyistä ei kieltäytynyt haastattelusta.

Hoitajien haastattelut toteutettiin tutkimusyksikössä, osastonhoitajan huoneessa työajalla. Potilas ja opiskelija haastateltiin tutkijan työhuoneessa. Kunkin kanssa sovittiin tälle parhaiten sopiva ajankohta. Haastattelujen kesto vaihteli 45:stä 65 minuuttiin. Potilaan (H9) ja kuuden hoitajan (H1-H6) haastattelu äänitettiin. Kuuntelin nauhat kahteen kertaan välittömästi haastattelujen jälkeen. Toisella kuuntelukerralla tein niistä huolelliset muistiinpanot. Nauhat litteroitiin sanatarkasti kesällä -98; tätä en tehnyt itse. Yksi haastattelu (H7) epäonnistui, koska aikataulumme menivät ristiin. Keskustelimme haastatteluteemoista ja tämän perusteella ko. hoitaja laati kirjallisen kuvauksen vastaanoton kuluista sekä työnsä hyvistä ja huonoista puolista. Keväällä 2001 sama hoitaja luki ja kommentoi kirjoittamaansa kuvausta.

'Mitä, olenko minä tämän kirjoittanut? ... Aika samalta näyttää. Oma tieto on lisääntynyt.' (PK 204).

Haastattelut onnistuivat kaiken kaikkiaan hyvin, vaikka olin tutkimushaastattelijana melko kokematon. Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 97) mukaan haastattelijan tehtävänä on paitsi informaation kerääminen myös kommunikaation helpottaminen. Nämä roolit ovat toisilleen vastakkaisia. Ehkä tämän vuoksi itse jännitin - etenkin ensimmäistä haastattelua. Hoitajat, yhtä (H 5) lukuun ottamatta, eivät vaikuttaneet vaivautuneilta tai ahdistuneilta, pikemminkin tyytyväisiltä saatuaan tilaisuuden pohtia omaa työtään. Sen sijaan haastattelujen äänitys tuntui muutamasta haasteltavasta vieraalta; samoin saatettiin aristella joistakin henkilökohtaisiksi koetuista asioista puhumista ja etenkin koska puhe meni nauhalle. Osa varmisti tutkimuksen luottamuksellisuuden, jolla – niin tulkituin – ei kuitenkaan kielletty haastatteluaineiston käyttöä tutkimuksessa, vaan anonymiteetin säilymistä.

'Ihan kiva miettiä itekin, kun sitä ei aina pysähdy miettimään, mitä mä tääl teen.' (H 3)

'...tota...hmm...tähän on luottamuksellinen keskustelu, eikö totta?' (H4)

Dokumentit. Erilaisten kirjoitettujen aineistojen käyttö tukemaan muulla tavoin kerättyä aineistoa on Grönforsin (1982, 124) mukaan tavallista laadullisessa tutkimuksessa. Dokumentit soveltuvat myös etnografiseksi aineistoksi (mm. Hammersley & Atkinson 1983, 129). Niinpä tässäkin tutkimuksessa havainnointi- ja haastattelumuistiinpanojen tueksi kerättiin (osaa tarjottiin minulle, osan löysin itse) osastolta erilaista materiaalia, kuten potilaille jaettavaa informaatiota ja osastokokous- ja koulutusmuistioita. (Liite 2: dokumenttiluettelo ja tekstissä käytetyt lyhenteet.) Myös tämä materiaali liittyi vastaan-

oton kulkuun joko suoraan tai välillisesti. Kerätystä materiaalista osa oli turhaa; olennaisen ja epäolennaisen erottelu mahdollistui vasta tutkimusongelmien täsmennettyä ja analyysin edettyä. Kokousäänityksistä jouduin luopumaan teknisten vaikeuksien vuoksi, sen sijaan tein niistä muistiinpanot. Sain myös käyttöni henkilökunnan tekemät kokosmuistiot. Niiden teko ei kuitenkaan ollut systemaattista.

4.4 Aineiston analyysi

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli löytää säännönmukaisuuksia ja niitä ainutlaatuisia piirteitä, joiden ansiosta tutkimusyksikkö on tapaus sinänsä. Tämä on holistisen etnografian päätavoite ja lisäksi se on yhteneväinen Scheinin (1987, 34) näkemyksen kanssa, jonka mukaan arvot testataan tutkittavan yhteisön yksimielisyydellä. Se soveltuu myös konstruktiviseen perinteen mukaiseen totuuden konsensusteoriaan (Guba & Lincoln 1989, 45). Kortteinen (1997, 364) kuvaa matkaansa kohti tutkimansa ilmiön ymmärtämistä antropologisena tutkimusretkenä seuraavasti:

”...tutkimustyössä voi lähteä siitä, että sukeltaa kentälle, kompuroi tutkittaviensa määrittämässä sosiaalisessa kentässä ja juuri tämän kompuroinnin kautta vähitellen opettelee (ikään kuin tutkittaviensa johdolla) tutkittaviensa kulttuurista merkitysmailmaa.”

Aineiston kuvaileminen eli henkilöiden ja kohteiden ominaisuuksien tai piirteiden kartoittaminen on analyysin perusta (Hirsjärvi & Hurme 2000, 145). Tarkoituksena on vastata kysymyksiin kuka, missä, milloin, kuinka paljon ja kuinka usein. (vrt. Maanen & Barley 1985, 36.) Tämän tutkimuksen aineiston keruuta ohjasivat edelliset kysymykset jo havainnointijaksolla.

’... päivän havainnot pyörivät mielessä...Illalla, yöllä ja aamulla yritin koota ajatuksiani. Sitten, ennen kuin menin osastolle, avasin vihkonni. Siinä oli aluksi se lista: kuka teki jne. Ja yhtäkkiä havainnot alkoivat sijoittua näihin lokeroihin.’ (PK 18)

Kuvaus eteni asia/teemakokonaisuuksittain vastaanottotilanteen seikkaperäisenä kuvauksena - näkyvänä ja kuuluvana käyttäytymisenä. Tavoitteena oli kuvata tutkittava oleva ilmiö perusteellisesti ja kattavasti eli yltää *’vahvaan kuvaukseen’*. Sen vastakohta on

ns. *'heikko kuvaus'*, jossa esitetään pelkkiä faktoja - organisaation pintatasoa - ilmaise-
matta toiminnan taustalla olevia organisaation syvärakenteita. Germain (1993, 240) sekä
Holloway ja Wheeler (1998, 85-86) nimeävät vahvan kuvauksen nimenomaan etnogra-
fialle tyypilliseksi piirteeksi, minkä avulla lukijalle välittyy tutkittavien kokemuksia,
ajatuksia ja tunteita.

Vaikka *aineiston luokittelu ja koodaaminen* muodostettuihin luokkiin ovat olennainen
osa analyysia, ei kyse ole analyysin lopullisesta tavoitteesta (Hirsjärvi & Hurme
2000, 147). Tässä tutkimuksessa luokat ja perustelut niiden yhdistämiselle kohosivat
aineistosta sekä päinvastoin, koska hoitokulttuurin määritelmä, tutkimustehtävät, ha-
vainnointi- ja haastattelurunko vaikuttivat aineiston keruuseen, oli näillä myös merkitys-
tä luokkien muotoutumiseen. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26, 30.) Esimerkki
aineistolähtöisestä, induktiivisesta luokittelusta on taulukko viisi, jossa on luokiteltu
hoitajan puhetta (taulukko 5). Vastaavasti taulukko kuusi on esimerkki deduktiivisesta,
teorialähtöisestä luokittelusta (taulukko 6; Engeström 1985, 158; 1995, 47). Kortteinen
(1997, 364) kiteyttää aineiston ja tavalla tai toisella hankitun alkuymmärryksen välistä
riippuvuutta seuraavasti:

*”...ainakin on kyettävä ymmärtämään tutkittavien välittämiä merkityksiä ja tar-
koituksia, osattava kuunnella rivien välejä ja osattava esittää ymmärtäviä kysy-
myksiä (tai olla hiljaa oikeissa kohdissa). Pulma on siis tässäkin se, että jotta
pääsisi ymmärtämään, pitää jo jollain lailla ymmärtää.”*

Aineiston tulkinta. Kvalitatiivisesti suuntautunut analyysi pyrkii onnistuneisiin tulkin-
toihin. Kuten laadullisessa tutkimuksessa yleensä, myös tässä tutkimuksessa analyysi,
synteesi ja kirjoittaminen olivat päällekkäisiä prosesseja (ks. liite 1). Prosessin samanai-
kaisuudesta huolimatta ei analyysiä ja tulkintaa pidä sekoittaa keskenään. Tavoitteena
on, että lukija löytää tekstistä samat asiat kuin tutkija (Hirsjärvi & Hurme 2000, 151).

Suojanen (1996, 7-8) toteaa, että tutkijan suorittama tutkimuskohteen tulkinta on aktii-
vinen prosessi. Tutkija tulkitsee merkityksiä valitsemastaan aineistosta, joita aineiston
osat hänen esiyymmärryksensä ja tutkimuskohteen lähtökohdista edustavat. Tulkitsemi-
nen on uloskoodausta, ja se on Suojasen mukaan ensimmäinen purku. Toinen purku
tapahtuu, kun vastaanottaja lukee tutkimuksen. Luotan siihen, että jos ja kun työni he-
rättää keskustelua, se vie tulkintaa eteenpäin ja syventää ilmiötä koskevaa ymmärrystä.

5 HOITOKULTTUURI AMMATILLISEN KASVUN TUKENA TUTKIMUSYKSİKÖSSÄ

5.1 Tervetuloa poliklinikalle!

'Eihän me sitä pystytä välttämättä kokonaan parantamaan, eihän me mitään ihmeentekijöitä olla, mutta kumminkin silleen, et saa avun vaivaansa.' (HI)

Tämän luvun tavoitteena on vastata *ensimmäiseen tutkimusongelmaan* ja sitä täsmen-
täviin yksityiskohtaisiin tutkimuskysymyksiin (kysymykset 1-2) kuvaamalla, analysoi-
malla ja tulkitsemalla tutkimusyksikön hoitokulttuuria fyysisenä ja sosiaalisena hoito- ja
työympäristönä. Luvun alaotsikot ovat muotoutuneet aineistosta, eivät tutkimuskysy-
myksistä käsin. Luvun lopussa oleva yhteenveto (luku 5.1.5) tiivistää tutkimuksen tuot-
taman kuvan tutkimusyksikön hoitokulttuurista fyysisenä ja sosiaalisena ympäristönä.
Liitteestä kaksi selviävät tutkimusaineistoon viittaavat, tekstissä käytetyt lyhenteet (liite
2; ks. alaviite viisi).

5.1.1 Portti sairaalaan – ikkuna ulos

*'Eräs hoitaja kysyi: miltäs tämä vaikuttaa? Kysyjä lisäsi: He todella pyrkivät pa-
nostamaan, että käynti on myönteinen potilaalle, koska tällä on vaikutusta seu-
raavaan käyntiin.'* (PK 31)

Terveystenhuollon palvelut jaetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon pal-
veluihin, jotka puolestaan voivat olla joko avo- tai laitospalveluja, julkisen tai yksityisen
sektorin tuottamina. Tässä työssä kiinnostuksen kohteena on pääkaupunkiseudulla si-
jaitseva julkisen sektorin erikoissairaanhoidon avopalveluja tuottava gynekologinen

poliklinikka ja sen hoitokulttuuri.⁷ Tutkimusorganisaation tehtäväkenttä on laaja ja moninainen. Se sisältää potilashoidon lisäksi opetus- ja tutkimustoiminnan. (D:E)

Poliklinikan rooli sairaalan muuhun toimintaan verrattuna on ainutlaatuinen: se on portti sairaalaan. Siellä luodaan ensikontakti, jolla saattaa olla yllättävän kauaskantoiset vaikutukset potilaan myöhempisiin sairaalakokemuksiin (Sukula 2002, 13-14).

'PKL on ikkuna ulos. Sitä kautta syntyy käsitys sairaalasta. Tämä asettaa vaatimuksia henkilökunnalle, potilaskontakti on tärkeää. Tämä on asia, joka lääkärin koulutuksessa on jäänyt vähemmälle. Myös hoitajien ja lääkärin yhteistyö on tärkeää: paljonko potilas tarvitsee informaatiota ja kuka sen antaa? Näitä asioita on mietittävä.' (PK 105)

Potilaan ja asiakkaan kohtaaminen on *'totuuden hetki'*, joka heijastaa yksikön toimintakulttuuria. Potilaat vaistoavat poliklinikan ilmapiirin hyvin herkästi henkilökunnan reaktioista ja käytöksestä. Ilmapiirin asiallisuutta pidetään tärkeänä tekijänä. Erityisesti hoitajat ovat tämän tarkkailun kohteena, koska he liikkuvat eniten vastaanottohuoneiden ulkopuolella viestittäen yksikön suhtautumista potilaisiin. Tutkimusyksikön palautelaitikkoon *'Ruusut ja Risut'* (R&R) jätettyjen vastausten mukaan hoitajat läpäisivät tämän testin. Poliklinikkahoito arvioitiin ystävälliseksi ja asialliseksi.

'Ystävällinen puhelinpalvelu ja vastaanotto; poliklinikalla ollaan kohteliaita, ymmärtäväisiä ja ystävällisiä; tosi hyvää palvelua!' (R&R)

Tutkimusyksikkö toimii sekä ajanvaraus- että päivystyspoliklinikkana. Tutkimuksen alkaessa (v. 1997) tutkimusyksikkö oli avoinna klo 7.00 – 22.00 välisenä aikana. Öisin potilaat hoidettiin organisaation muissa toimintayksiköissä. Jo silloin keskusteltiin ilta- miehityksen tarpeellisuudesta poliklinikalla ja päivystyspotilaiden hoidon siirtämisestä muihin toimipisteisiin iltavuoron aikana. Henkilökunta oli muutosta vastaan. Hoitajat pitivät päivystyspotilaiden hoidosta sen vaativuuden ja haasteellisuuden vuoksi.

'Raportilla pohdittiin ilta- miehitystä, sitä ollaan vähentämässä. GPKL:n väki piti vähentämistä huonona seikkana: monesti ei edes kolme ennätä tehdä. Vähentäminen murentaa potilasturvallisuutta. Osasto on myös päivystysosasto, jossa on päivystyspuhelin, eli puhelimeen PITÄÄ vastata kohtuullisen nopeasti.' (PK 65)

Hoitajien vastustuksesta huolimatta poliklinikan aukioloajat kaventuivat: tutkimusyksikkö vastaa päivystyspotilaiden hoidosta klo 7.00 – 15.30 välisenä aikana. Muina ai-

⁷ Tutkimusprosessin aikana toteutui laaja organisaatiomuutos. Tutkimusyksikkö kuului tutkimuksen alkaessa (v. 1997; I vaihe) kotikuntansa terveysviraston alaisuuteen. Tutkimuksen II vaiheessa (v. 2001) sairaala oli siirtynyt sairaanhoitopiiriin sairaalaksi.

koina potilaat hoidetaan SVO:lla (v. 2001). Muutos yksipuolisti hoitajien toimintaa ja kavensi ammatillisia osaamisvaatimuksia. Koska yllättäviä ja äkillisiä tilanteita kohdetaan harvemmin, taidot niiden ennakointiin ja hallintaan ruostuvat tai jäävät tyystin kehittymättä. Vaikka on osoitettu, että osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet sisältyvät työn kehittäviin ja ammatillista kasvua tukevan ympäristön piirteisiin (mm. Ruohotie 1996a, 437-438; 1996b, 20-21), eivät edelliset periaatteet aina toteudu käytännössä.

'Kiva osa jäi pois... Otat sen potilaan vastaan. Se on kiva hoitaa se potilas alusta loppuun itse.' (PK 189)

Siitä huolimatta että poliklinikan aukioloaika pieneni, potilaiden kokonaiskäyntimäärä (päivystys- ja ajanvarausvastaanotto yhteensä) kasvoi tutkimusprosessin aikana. Heinäkuussa 1997 potilaita kävi 1238 ja tammikuussa 2001 poliklinikalla asioi 1362 potilasta. Lähetteitä tulee yksikköön noin 400-500 kuukaudessa. (D:T)

Vastaanottotoiminnan lisäksi osasto palvelee asiakkaitaan puhelimitse: hoitajien päivystyspuhelinneuvonta toimii poliklinikan ollessa avoinna. Hoitajien saavutettavuus tältä osin oli hyvä. Puhelimeen vastasivat kaikki paikalla olijat – monta kertaa useampikin käsi ojentui luuria kohti: *'Onpa se soinnut tänään.'* Hoitajapuheluja oli päivässä keskimäärin 60 (v. 2000; D:T) Puhelimeen vastaaminen miellettiin vastuulliseksi: riittääkö puhelinohjaus vai pyydetäänkö vastaanotolle? Holmströmin ja Dall'Alban (2003) mukaan puhelinohjaus edellyttää hoitajilta korkeaa ammattitaitoa, koska usein hoitaja joutuu toimimaan kaksoisroolissa: hoitajana ja portinvartijana. Toisaalta tutkimusyksikön hoitajat kokivat puhelinohjauksen tavallaan helpommaksi kuin vastaanotolla annettavan ohjauksen.

'Tietysti täytyy antaa neuvoja ja vastata, mut sit taas joku raja siihen pitää vetää, mun mielestä, koska puhelimessa ei ketään voi terveeks hoitaa...Ja siinä on vielä semmoinen vastuu, et ei sairaanhoitajahan mitään diagnoosia saa tehdä, et varoo sitten liikaa sanomasta, et mikä jollain on, puhelimessa. Et mä ainakin herkäsiti...pyydän vastaanotolle.' (H 3)

'(Nimi) ja minä ollaan sellaisia, että meille sattuu sellaiset puhelut, että herra varjele, mitä siellä kysytäänkään, siis aivan hullua. ...mut toisaalta niin puhelinneuvonta on kivaa. Et se on ehkä jopa helpompaa kun sellainen kasvokkain neuvonta täällä. Siinä on se anonymiteetti parempi. Siinä pystyy ne potilaatkin puhumaan paljon vapautuneemmin.' (H 4)

Osastolla tehtiin paljon erilaisia ja erityisosaamista vaativia toimenpiteitä: sekä asiakkaan terveydentilan kartoittamiseksi tehtäviä tutkimuksia (esim. kystometria) että hoidollisia toimenpiteitä (esim. laser-loop hoidot ja kaavinnat).

'Poliklinikalla työskentely on erittäin vaativaa: täytyy muistaa ja osata mitä moninaisempia asioita. Siellä on lukemattomia tutkimuksia, hoitoja ja myöskin päivystyksenä tulleet potilaat, joiden henki on vaarassa.' (H 7)

Sairaalan tavoitteena oli vähentää sairaalamaista hoitoa, mikä toi lisää potilaita poliklinikalle (D:TV). Avohoidon suosiminen laitoshoidon sijaan on kaiken kaikkiaan suuntaa nykyisessä terveyspolitiikassa sekä Suomessa että muualla (Bamford 1997, 25; Kinnunen & Vuori 1999, 29; Perälä 1997, 33). Osaltaan polikliiniseen toimintaan heijastuu myös hoitoaikojen lyheneminen. Valtaosa naistentautien hoidon vaativista kirurgisista toimenpiteistä on lyhythoitoista kirurgiaa, joka tarkoittaa päiväkirurgista (PÄIKI) tai lyhytjälkihoitoista kirurgiaa (LYHKI). Muutos edellyttää esimerkiksi potilasohjauksen tehostamista ja kehittämistä, koska vastuu jatkohoidosta siirtyy enenevässä määrin potilaalle itselleen. (Palmu & Suominen 1999, 123-124; Töyry ym. 2000, 227-229.)

5.1.2 Potilaiden kulku

Terveyspalvelujen käyttäjä nimetään joko potilaaksi, asiakkaaksi tai kuluttajaksi. Useimmiten valinta perustuu tilanteeseen: valitaan käyttöhetkeen sopivin. Toisaalta nimitysten välillä on selvä käsitteellinen ero, jolloin potilas ei ole asiakas eikä päinvastoin. Kinnunen (1995, 33) näkee valinnan - potilas, asiakas vai kuluttaja - heijastavan palvelujen käyttäjien muuttunutta roolia ja asemaa sekä käyttäjältä odotettavaa käyttäytymistä.

Tutkimusorganisaation hoitofilosofiassa käytettiin *'potilas'* -nimitystä (D: HF), kuten myös yleisimmin tutkimusyksikössä, joskaan ei *'asiakas'* -nimitys periaatteessa tuntunut hoitajista vieraalta, pikemminkin tavoitteena oli jopa käyttää sitä laajemmin. Tutkimusyksikössä valinta näytti perustuvan tulosityhyn: *potilaan* tulosyö oli sairaus ja sen hoito; *asiakkaan* tulosyö oli joku muu terveydenhoidollinen ongelma kuten ehkäisyne-
netelmän suunnittelu.

'Kyl me enemmän potilas...useimmathan nää nyt voi kattoo, että on joku sairaus. Niinku perhesuunnittelussa taas on tärkeä se asiakas, koska noin nehän on terveitä naisia, mut kyll me pyritään siihen asiakkaaseen.' (H 5)

Tutkimusyksikkö on osa palvelulinjaa tai -ketjua. Yhteistyö sekä sosiaalitoimeen että perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon muihin yksiköihin on välttämätön toiminnan edellytys ja korkeatasoisen laadun tausta. Seksuaaliterveyttä tukevien palvelujen kehittämisessä on huomioitava sekä erityisosaamisen vaatimukset että hoidon hyvä saatavuus ja jatkuvuus. Saumattomien hoitoketjujen puute on ongelma myös tällä toimintalueella. (Poikajärvi 1998, 90; Poikajärvi & Mäkelä 1998, 41-43.)

Ruotsalainen (2000, 15-16) määrittelee palvelulinjan asiakkaan mieltämäksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä kuinka monta henkilöä ja/tai organisaation yksikköä osallistuu prosessin toteutukseen. Terveystieteissä tämä kokonaisuus on usein hoitajakso. Palvelulinja on paljon muuta kuin vain hallinnollinen ja tekninen muutos. Se on syvälinnainen toiminnallinen uudistus, joka edellyttää sekä toimintakulttuurin että osaamisen muutosta. Sen saumaton toteutuminen ei ole ongelmatonta. Esteiksi saattavat muodostua organisaatiokeskeinen palvelujen tuottamis- ja kehittämiskulttuuri.

Tutkimusyksikössä asioivan ajanvarauspotilaan kulku. Lähetteen tultua poliklinikalle lääkäri arvioi hoidon kiireellisyyden, minkä perusteella hoitajat etsivät tietokoneelta vastaanottoajan ja lähettivät potilaalle kirjeen, jossa oli mainittu aika ja tutkimushuoneen numero.

'Riisuttu kuvaus' ajanvarausvastaanottotilanteesta oli seuraavanlainen: potilas saapui vastaanotolle, ilmoittautui ja ohjattiin odottamaan tutkimushuoneen lähettyville (ns. *lähiodotus*), kutsuttiin ajallaan huoneeseen, jossa lääkäri teki tutkimuksen hoitajan avustuksessa tarvittaessa. Hoitaja huolehti *'paperiasiat'* kuntoon. Potilaan jatkohoito määräytyi ensikäynnin perusteella - olipa se ajanvaraus- tai päivystyskäynti. Hoito saattoi olla täysin polikliininen, tai se jatkui jollakin sairaalan vuodeosastoista joko saman tien tai jonotuksen jälkeen. Useimmat kävivät jälkitarkastuksessa poliklinikalla; sen sai tehdä myös perusterveydenhuollossa tai yksityislääkärillä.

'No varmaan tarkkuus on hirveen tärkeää, koska noin jos joku menee pieleen, niin sit on tässä poliklinikka työssä vaikea korjata, kun potilas lähtee pois.' (H5)

Asiakaskeskeisyyttä korostavan palvelulinja-ajattelun sisäistäminen näyttää edellyttävän osaamisen tarkistamista ja toimintakäytäntöjen uudistamista myös tutkimusyksikössä. Potilaan kulkukuvauksesta on nähtävissä selvästi *'tuotantoliukuhihna'*, joka toimii perinteistä tehdastuotannon työmallia jäljitellen. Liukuhihnaperiaatteen soveltaminen ei ole ainoastaan tutkimusyksikön ongelma. Sellaiseksi kuvasivat hoitoa muun muassa Poikajärven (1998, 90) haastattelemat raskaudenkeskeytysasiakkaat. Liukuhihnamaisten työjakoperiaatteen soveltaminen on tyypillistä erityisesti julkisen sektorin organisaatioille, jossa asioiden ja asiakkaiden tultua järjestelmään, ne numeroidaan ja lajitellaan oikeisiin työpisteisiin ja tarkoituksenmukaisille työntekijöille, toteavat Ketola ja Kevätalo (1994, 35-36; myös Borgman 1998, 195; Helman 2000, 64; Hughes 1997, 6; Sveiby 1990, 191). Lajitteluperusteet on laadittu työntekijöiden toimesta ja heidän päätösvallassaan on asettaa asiakas odottamaan käsittelyä sekä ylipäätään päättää hoitamisen aikataulusta ja hoito-ohjelmasta.

'Taas aivan outo lääkäri; hieman vaikeaa on, kun lääkärit vaihtuvat usein; ...liukuhihnatyötä; odotusaika liian pitkä, muuten hyvä.' (D:AKH)

5.1.3 Hyvä ympäristö sekä potilaille että henkilökunnalle

Jokainen hoito- ja työyhteisö on erilainen. Erilaisuus heijastuu jo sisääntuloaulan ja vastaanottotilojen tunnelmasta ja ilmapiiristä. Perälän (1997, 39-40) mukaan hyvä **hoito-ympäristö** on tarkoituksenmukainen, turvallinen, terveyttä ja itsemääräämistä edistävä sekä yksityisyyttä kunnioittava. Hyvän **työympäristön**, fyysisen ja sosiaalisen, piirteiksi soveltuvat edelliset tekijät työntekijän näkökulmasta tarkasteltuna. Lisäksi hyvä työympäristö mahdollistaa paitsi työssä jaksamisen ja työtyytyväisyyden (mm. Adams & Bond 2000, 340-341; Irvine & Evans 1995, 249) myös ammatillisen kasvun (mm. Ruohotie 1995, 122; 1996a, 425).

Tutkimusyksikkö, joka oli jonkin aikaa sitten peruskorjattu, oli fyysisenä työ- ja hoito-ympäristönä ahdas, mutta miellyttävä - etenkin jos tiloja vertasi alueen muiden poliklinikan tiloihin. (D:TT) Poliklinikan henkilökunta osallistui aktiivisesti saneeraussuunnitteluun ja oli aidosti tyytyväinen tulokseen.

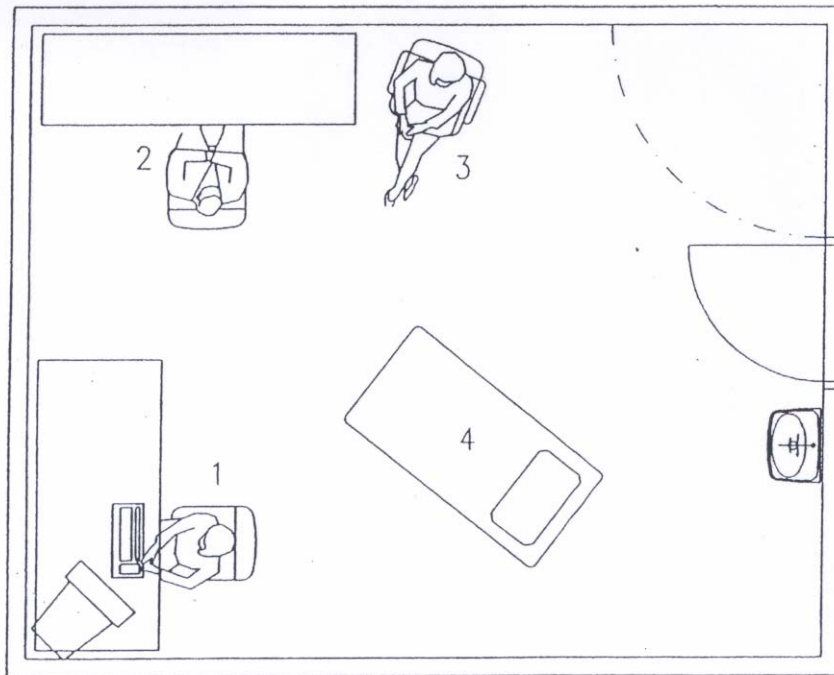
'Jopa suunniteltiin ite tää poliklinikka, silloin kun tää meni remonttiin. Mehän suunniteltiin ite kaikki, miten me otetaan vastaan ne potilaat huoneisiin ... et mitä nyt tapahtuu, on inhimillisempää.' (H2)

Tutkimusyksikössä asioivat potilaat pääasiassa kiittelivät osaston miellyttävyyttä. Hoitoympäristön arvostuksen suhteen he eivät eronneet muista terveydenhuollon palvelujen käyttäjistä. Esimerkiksi yksityisyyden huomioiminen, myös tilaratkaisuissa, on yksi potilaiden toistuvasti esille ottama toive aikaisempien tutkimusten mukaan (mm. Nykänen 2002, 50; Poikajärvi 1998, 90; Renholm & Suominen 2000, 116; Töyry ym. 2000, 226-227). Yksityisyyden lisäksi hoitoympäristön viihtyvyys ja mukavuus mielletään osaksi palvelun laatua (Hiidenhovi 2001, 73).

'Miettikää, miten estäisitte asioitteni kuulumisen käytävään; lukemista odotustilaan - muutakin kuin Pirkka-lehtiä; tehokas palvelu, kaikki koneet samassa talossa.' (D:AKH)

'Kaunis aula; täällä on miellyttävä sisustus; yksityiskaari ilmoittautumisluukun edessä hyvä idea.' (R&R)

Tutkimusyksikössä oli neljä vastaanottohuonetta. Potilaat ohjattiin niihin diagnoosien mukaan eli kussakin huoneessa pyrittiin hoitamaan tietyn tyyppinen *'potilasmateriaali'*. Ulkonaisesti vastaanottohuoneet eivät juurikaan eronneet toisistaan, yleisilme oli sama. Huonetta hallitsivat tutkimuspöytä ja sen ympärille sijoitetut tutkimuslaitteet ja hoitovälinepöydät. Huoneessa oli sekä lääkärille että hoitajalle oma työpöytä, mutta vain hoitajalla oli tietokone. Potilasta varten huoneessa oli riisuuntumiseriö ja lääkärin pöydän viereen sijoitettu tuoli. Vastaanottotilanteessa lääkärillä ja potilaalla oli mahdollisuus suoraan katsekontaktiin. Sen sijaan hoitaja istui enimmäkseen selkä potilaaseen päin. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Vastaanottohuoneen pohjapiirustus. (1= hoitaja, 2= lääkäri, 3= potilas, 4= tutkimuspöytä.)

Myös lähempi huoneiden tarkastelu osoitti niiden muistuttavan hämmästyttävästi toisiaan. Tämä yhteneväisyys oli huolella suunniteltua, ja sen tavoitteena oli lisätä toiminnan sujuvuutta. Lisäksi sillä oli potilasturvallisuutta kohottava vaikutus.

'Silloin kun me muutettiin tänne poliklinikalle, me huomattiin, että joka huoneessa on kaapeissa tavarat eri tavalla. Sitten me yhden tommoisen osaston yhteisen päivän jälkeen perustettiin muun muassa kaappitoimikunta ja niin me rynnättiin tonne huoneisiin ja laitettiin jokaiselle hyllylle mitä siellä pitää olla, niin siel ei sitten saa olla mitään muuta ja kirjoitettiin jokaiseen...' (H 4)

Tietokone oli tärkeä väline potilaan hoidossa, joskaan se ei ole tyystin korvannut perinteisiä paperisia potilasasiakirjoja. Tietokonetta käyttivät vain hoitajat, eivät lääkärit. Harisalo ym. (1996, 957), jotka tutkivat sairaalatyön rutiineja, havaitsivat ATK:n olevan toisaalta rutiineja ja kaavamaisuutta lisäävä tekijä, toisaalta ATK:n toivottiin vähentävän niitä.

'Toi ATK. Mitä kaikkea sinne pitää kirjata... siin niinku joskus tuntuu, että on kaikkia turhia koodeja ja juttuja, mitä pitää muistaa'. (H 3)

Tietokoneeseen syötettävän tiedon määrä kasvoi tutkimusprosessin kuluessa. Tutkimuksen loppuvaiheessa käyttöön oli otettu palautejärjestelmä, ns. *'töppilista'*. Mikäli koneelta puuttui tarvittavia tietoja, ilmeni tämä kerran kuussa osastolle tulevasta listasta, joten ennemmin tai myöhemmin kirjaaminen oli tehtävä, ja jälkeenpäin asioiden korjaaminen oli työläämpää. Tutkimusyksikössä lista oli lyhyt: *'Kone voi hyvin, GPKL:lla ei juurikaan ollut töppejä'*. Uuden hoitajan perehtymisestä osaston toimintaan vei valtaosan tietokoneen käyttöön perehtyminen. *'ATK aiheuttaa eniten stressiä.'* Ehkäpä *'töppilista'* kannusti huolellisuuden oppimista. Stressiä se joka tapauksessa näytti aiheuttavan.

'Töppilista tulee kuin pommi, ja minkä jätät tekemättä, sen löydät edestä.' (PK 197)

Toisaalta ATK:sta oli hyötyä arkipäivän toiminnassa. Osastolla asioineen potilaan soittaessa puhelimeen vastaaja pystyi tarkistamaan soittajan tilanteen hoitosuunnitelmasta ja näin turvaamaan hoidon jatkuvuuden.

'On kiva kun näkee tietokoneelta heti, milloin käynyt ja mitä tehty tai suunniteltu – pystyy paremmin vastaamaan. Ihan hyvä etu. Kyllä se sillä tavalla palvelee.' (PK 196)

Lisäksi tietokoneen avulla vastaanotot etenivät jouhevasti. *'Siistiä hommaa. Kun koneella on kaikki tiedot, on päivä paketissa.'* Sujuvuus tavoitteena toteutui niin potilaan kuin myös henkilökunnan kannalta. ATK:hon liittyi välinearvoa, samoin sen käytön hallintaan. *'Katso sieltä koneeltasi!'* Hoitajan ja koneen yhteispanosta vastaanotolla voi kuvailla termillä jaettu tai ositettu asiantuntijuus. (Lehtinen & Palonen 1997, 22-23.)

'...sitte mä sillä aikaa kun lääkäri haastattelee, niin mä teen, meilhän on tarkoitus se, että kun potilas lähtee pois siitä huoneesta, niin korkeintaan sen labrassa pitää käydä. Että kaikki muu ois tehty, niin mä laitan kaikki valmiiks silleen, että mä napin painalluksella saan niin kun labralähetteen ja tällaiset tehtyä, et mä teen ne esivalmistelut.' (H 4)

ATK:n ohella hoitajien keskeisiä työvälineitä olivat kynä ja kirjallinen hoitotyön suunnitelma, johon *'pitäisi kirjoittaa enemmän, se on kumminkin aika tärkeä osa meidän työstä'*, sekä luonnollisesti omat tiedot ja taidot, oma persoona kaiken kaikkiaan.

'Kynä tärkeä väline, et kirjaa mitä on tehnyt ja sitä niinku tarvii, vaikka on toi ATK, niin se ei oo kynää syrjäyttänyt ... hyvä merkata, mitä näytteitä on ottanut

potilaasta ja tossakin kun sitten kirjoittaa niitä kirjeitä, pitää merkata, koska potilas on saanut tiedon ja kyl siinä tarvii aika paljon merkata niihin hoitosuunnitelmiin asioita, niin että toisetkin tietää niistä.’ (H3)

Vastaanottohuoneiden lisäksi poliklinikalla oli toimenpidehuone ja heräämö, jossa potilaat valmisteltiin toimenpiteisiin ja jossa heitä tarkkailtiin sen jälkeen. Kahvihuone, joka oli yhteinen naapuriosaston henkilökunnan kanssa, toimi hoitajien sosiaalisena tilana. Siellä pidettiin myös *tutkimusyksikön raportit*, kaksi kertaa vuorokaudessa (klo 8.00 ja 14.00). Ne erosivat vuodeosaston raporttitilaisuuksista. Potilasasioiden sijaan painotus oli yleisissä ja tiedotusluontoisissa asioissa. Raporteilla keskusteltiin myös aiheeseen liittyvistä lehtiartikkeleista ja TV –ohjelmista.

’Ne ovat kyllä aika vähäisiä. Siis eroavat tietenkin vuodeosaston pitkistä raporteista. Jos on jotain infoasioista, niitä puhutaan. Joskus on joku potilasasia - esim. iltapäivällä, jos joku aamupäivällä aloitettu asia jää iltaan, se käydään läpi. Joskus hoitajat kyselevät joistain potilaista.’ (PK 19)

Tutkimusyksikön hoitajat eivät kyseenalaistaneet eivätkä epäilleet raporttitilaisuuksien tarpeellisuutta. Sen sijaan Harisalon ja kumppaneiden (1996, 958) tutkimuksessa hoitohenkilöstö koki nykyisen raportointijärjestelmän turhana. Monin paikoin onkin siirrytty suullisesta raportointikäytännöstä kirjalliseen raportointiin (mm. Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003). Toisaalta raporttien tarkoitus ole pelkkä tiedon siirto, vaan ne palvelevat henkilökunnan yhteen kokoontumisen tarpeita, työtilanteeseen orientoitumista ja osaston kokonaistilanteen hahmottamista. Tämän havaitsivat muun muassa Lang ja Nikkonen (1994, 112) tutkiessaan kättilöiden hoitokulttuuria. Ehkäpä myös tutkimusyksikön raportit olivat muodostuneet osittain rituaaleiksi, kollektiivisiksi toiminnoiksi, jotka teknisessä mielessä olivat liki tarpeettomia, mutta joita noudatettiin niiden itsensä vuoksi, koska ne koettiin sosiaalisesti välttämättömiksi. Raportteja voi pitää kalendaarisina riitteinä. Ne ovat ryhmäkohtaisia, ennakoitavissa olevia ja toistuvia; ne luovat sosiaaliseen elämään rytmin ja vahvistavat ryhmän kiinteyttä. (Helman 2000, 156; Honko & Pentikäinen 1970, 59). Myös Tammelin (2000, 22) luokittelee raportit kalendaarisiksi riiteiksi.

’Ne selkeyttävät päivää. On ollut tapana tehdä niin, päivä lähtee siitä käyntiin. (PK 188).

Toimisto oli poliklinikan hermokeskus, jossa riitti aina töitä ja jossa puhelimet soivat taukoamatta. Myös ajanvaraus hoidettiin toimistosta käsin. Vastaanoton selkeydestä ja

täsmällisyydestä saattoi toimistovuorolainen vain unelmoida. Vaihtelua, josta hoitajat kertoivat pitävänsä, oli jopa liian kanssa.

'Itse asiassa rankin päivä on semmoinen, että sä olet toimistossa, koska siellä kaikkienkokoista puhelua tulee ja sit pitää hoitaa se asia loppuun.' (H 4)

'Mä luulen, ettei sinne niinku kukaan kauheesti niinku halua varmaan koko päiväksi toimistoon. Siin tulee niin monenlaista. Siin tulee näitä, et pitää antaa aika ja ja sitten tota se puhelinjuttu ja sitten kiireelliset leikkaukset pitää sopia. Se on niinku monipuolinen paikka se toimisto...Sitä ei tiedä, mitä tulee. Et se ei oo pelkästään, et sä avaat paperin ja luet sen.' (H 3)

Yhä useampi terveydenhuollon työntekijöistä kokee työturvallisuutensa heikentyneen: työssään väkivaltaa kohdanneiden määrä on peräti kaksinkertaistunut viime vuosikymmenellä (D:TV; Rasimus 2002, 156-157; Wickström, Laine, Pentti, Elovainio & Lindström 2000, 73). Tämä ilmiö ei rajoitu ainoastaan suomalaiseen terveydenhuoltoon, vaan on kansainvälinen (Jackson, Clare & Mannix 2002; Markkanen 2000; Paterson, Leadbetter & Bowie 1999; Rippon 2000; Saarela 1999). Tutkimusyksikössä työskentelevät hoitajat arvioivat työympäristönsä turvalliseksi. Fyysinen väkivalta oli vasta uhka. Kielellinen ja psyykinen väkivalta oli vähäistä.

'Hyvin harvoin kukaan huutaa ja meuhkaa, että olette olleet ilkeitä ja tämmöistä.' (H 2)

5.1.4 Osaava henkilöstö kanssasi

'Vaikea sanoa käyntiä sinällään mukavaksi, kun raskaudenkeskeytys ja uusinta-kaavinta masentaa, mutta henkilökunta on kaikin puolin mukavaa ja luottamusta herättävää ja tuntuu, että minua hoidetaan hyvin.' (R&R)

Hoitotyö poliklinikalla eroaa hoitotyöstä vuodeosastoilla. Polikliiniselle hoitotyölle on luonteenomaista ennakoimattomuus (erityisesti päivystyspotilaiden hoito tutkimusyksikössä), vaihtelevaisuus ja hoitokontaktien lyhyys. Toiminta edellyttää jatkuvaa korkeaa valmiustasoa ja ammatillista erityisosaamista samoin kuin saumatonta eri ammattiryhmien yhteistyötä. (Hietanen, Pitkänen & Vilmi 1995, 11-12, 39.) Moniammatillisuus, joksi luetaan paitsi ryhmätyö myös erilaisten ammattilaisten työpanoksen koordinaatio

asiakkaan hyväksi, on asiakaslähtöisyyden ohella sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan lähtökohta. (D:LK)

Tutkimusyksikössä työskenteli osastonhoitaja, neljä kättilöä, viisi sairaanhoitajaa, puoli-päiväinen erikoissairaanhoitaja, neljä perushoitajaa, kolme osastonsihtööriä, kanslisti ja välinehoitaja (tutkimuksen I vaihe). Hoitotyön erityisosaaminen gynekologisella poliklinikalla painottui naisen hoitotyöhön ja tältä osin potilaiden kokonaisvaltaisen hyvän edistämiseen.

'Tein sairaanhoitajan tehtäviä mukaan lukien toimistosihteerin, perushoitajan, välinehuoltajan ja siistijän yms. toimet tarvittaessa. Tarkoitin täällä, että toimenkuvat eivät ole tiukkarajaisia. Perushoitajatkin ovat tasavertaisia (paitsi esim. iv-lääkkeet, kirjeenkirjoitus).' (H 7)

Poliklinikoilla työskentelevien hoitajien tyypilliset ominaisuudet kuvasivat hyvin tutkimusyksikön hoitajia. Hietanen kollegoineen (1995, 11) on nimittäin todennut, että poliklinikalle hakeutuvat työhön ja siellä ensisijaisesti viihtyvät työntekijät, jotka pitävät nopeatempoisesta, vaihtelevasta sekä niin ruumiillisesti että henkisesti vaikeita tilanteita sisältävästä sairaalatyöstä. Tutkimusyksikön hoitajat korostivat omaa soveltumistaan nimenomaan polikliiniseen työhön: *'Sopii minun ruumiinrakenteelle'* ja *'Vuodeosastot eivät sovi minun temperamentille'*.

'...jotka niinku kestää sen, et se saattaa vaihtuu viides minutis ihan toiseks, eikä se että sä alotat joka päivä lämmönmittaamisella ja petaamisella ja pesuilla.' (H6)

Tutkimusorganisaatiolla, *'naisten omalla sairaalalla'* (D:E), oli vahvan ja hyvän synnytysairaalan maine. Naistentautien yksiköt tahtoivat jäädä varjoon: *'Ällistyttävän vähän puhutaan naistentautien puolesta.'* Johtuiko se sankaritarinoiden puutteesta?

'Naistentautien alalta ei julkisuuteen nouse sankarilääketiedettä. Sitäkin kuitenkin tehdään, pieninä arkisina tekoina.' (D:TV)

Hiljaisuuteen saattoivat vaikuttaa – osaltaan - naistentautien puolella yleensä ja siten myös poliklinikalla hoidettavien potilaiden terveysongelmat, joista oli vaikeampi puhua kuin lapsen saannista ja vanhemmuuteen kasvusta. Esimerkiksi yhteiskunnassamme suhtautuminen aborttiin on yhä varauksellista, mikä toisaalta hillitsee sen käyttöä raskaudenkeskeytysmenetelmänä, mutta toisaalta se ylläpitää aborttiin liittyviä kielteisiä vaikutuksia, kuten naisten tuntemaa syyllisyyttä ja häpeää (Sihvo & Koponen 1998, 49; ks. myös McQueen 1997, 773).

'...mitä me toimenpiteissä tehdään, ne on niin kuin kaavinta keskenmenon jälkeen, kyllähän ne sillai onnistuu hyvin, mutta ei ne mitenkään positiivisia ole, et sehän on potilaalle sellainen rankka kokemus...ne on jotenkin vähän sellaisia surullisia hoitotilanteita. Meillä ei semmoisia iloisia ole, niin kuin lapsen syntymä tuolla toisella puolella.' (H 3)

Jos tutkimusorganisaatio oli leimautunut synnytyssairaalaksi, on myös kätilön ammatti perinteisesti liitetty synnyttäjän hoitoon, vaikka kätilö on myös naisen hoitotyön asiantuntija. Tästä johtuen tutkimusyksikössä työskentelevät hoitajat saattoivat joutua selittämään tekevänsä oikeaa kätilön työtä.

'Oot sä nyt valmistumisen jälkeen niitä varsinaisii kätilön töitä tehnyt ollenkaan? Mä sanon, että kyllä, joka päivä paitsi vapaa päivinä... Et kyllä sitä joutuu selittään, mut hirveen nopeesti ihmiset hiljenee sitten kun 'Ai, '(nimi) sairaala' ja sitten ne alkaa kertoon synnytysjuttuja... niin sit mä sanon, et ei, mä en oo ollenkaan siellä synnytyspuolella, mä oon siellä keskenmeno-, vuotohäiriö-, syöpä-, sukupuolitauti-, vaihdevuosispuolella.' (H 4)

Toiminnasta vaikeneminen ei ole kummankaan – ei potilaan eikä henkilökunnan – edun mukaista. Tutkimusyksikön hoitajat peräänkuuluttivat oikeuttaan saada toiminnastaan palautetta ja arvostusta. Syksyn 1997 avointen ovien päivällä poliklinikka mainosti itseään seuraavasti: *'Tiesittekö, että ...sairaalassa hoidetaan myös naistentautipotilaita?'* Tätä viestiä ei ollut suunnattu ainoastaan asiakkaille vaan myös johdolle ja päättäjille.

Ammatinarvostuksella tarkoitetaan toisaalta ammattiin kohdistuvaa yleistä arvostusta ja toisaalta yksilön tietoisuutta erityisesti oman ammatin arvosta (Asp & Peltonen 1991, 66). Suomalaiseen kulttuuriin kuuluu kaiken kaikkiaan vahva työn arvostus ja oman arvon mittaaminen työn kautta. Terveysthuolto on perinteisesti ollut sosiaalisesti arvostettua, johon käsitykseen työntekijän on (ollut) helppo tukeutua. Terveysthuollon rakenteiden ja työkäytäntöjen pitkät perinteet luovat pohjaa koetulle ulkoiselle arvostukselle. Lisäksi hoitohenkilöstö itse ja eritoten erikoissairaanhoidossa työskentelevät hoitajat arvostavat omaa ammattiaan ja työtään sekä pitävät toimintaansa kaiken kaikkiaan laadukkaana (mm. Pahkala, Pahkala & Laippala 1999a, 91; 1999b, 261). Tämä ei kuitenkaan riitä. Kaivataan ulkopuolelta ja johdon taholta tulevaa suoraa palautetta. Palautteen saanti on yksi työtyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä (mm. Irvine & Evans 1995, 249; Mettiäinen ym. 2003) ja kasvua tukevan ympäristön piirre (mm. Ruohotie 1996a, 429-430; 1996b, 20-21).

Valitettavasti esimiespalaute on nimenomaan sosiaali- ja terveysalalla vähäistä. Tutkimukset muun muassa osoittavat, että esimerkiksi suomalaisissa sairaaloissa keskimäärin joka kolmas pitää saamaansa palautetta vähäisenä tai riittämättömänä (Mettiäinen ym. 2003; Narinen 2000, 148; Olofsson, Bengtsson & Brink 2003). Jos ja kun *'töppilistat'* näyttävät kohentavan tutkimusyksikön hoitajien ATK:hon paneutumista, mitä voitaisiinkin saada aikaan positiivisilla *'hyvin menee'* –palautteilla?

Hoitotyön organisointi. Hoitotyö voidaan organisoida eri tavoin. Yksi organisointia kuvaava perusjako on seuraava: tehtäväkeskeinen, ryhmätyöhön perustuva ja yksilövastuinen (potilaskeskeinen) työnjako. Ensiksi mainittu tarkoittaa potilaan hoidon jakamista useaan osatehtävään eri työntekijöille, jälkimmäisessä työnjaossa potilaille nimetään omat hoitajat vastaamaan hoidosta koko hoitajakson ajaksi. Mikäli hoitajan kokonaisvaltainen vastuu potilaasta kestää ainoastaan työvuoron ajan, puhutaan potilas/tapauskohtaisesta työnjaosta (ns. case-malli), jota käytetään etenkin teho- ja toimenpideyksiköissä sekä poliklinikoilla. Ryhmätyömallin määrittely vaihtelee sen mukaan, korostuvatko ryhmän kokonaisvastuu vaiko suoritettavat tehtävät.

Työnorganisoinnilla on merkitystä paitsi tuotettujen palvelujen laatuun myös työntekijöiden tyytyväisyyteen. Tehtäväkeskeisissä yksiköissä työmotivaatio saattaa olla heikompa ja kiinnostus hoitotieteellisten tutkimusten lukemiseen vähäisempää kuin yksilövastuisen mallin mukaan toimivissa yksiköissä (Kitson 1998, 57-59). Toisaalta on vaikeaa määrittellä yksiselitteisesti tietyn toimintayksikön hoitotyön organisointitapaa, jolloin myöskin toiminnasta vedettäviin johtopäätöksiin on syytä suhtautua varauksella. Lisäksi eri työmallien väliset erot eivät ole suuria (mm. Mäkinen, Kivimäki, Elovainio & Virtanen 2003b; Sormunen ym. 2001). Silti yksilövastuisen hoitotyön arvioidaan mahdollistavan potilaalle yksilöllisten palveluiden saannin ja hoitotyön henkilöstölle mielekkään työtavan ja ammatillisen kasvun (Grönfors ym. 2001, 234; Lundgren & Segesten 2001, 19; Munnukka 1993, 112-116).

Tutkimusyksikössä hoitotyö oli tehtäväkeskeistä. Hoitajien päivittäiset työpisteet vaihtelivat huoneittain, tehtävittäin ja *'naamoittain'*. Vaihtelu oli hoitajien toiveiden mukaisista, jopa yksi oman työn parhaista puolista. Lisäksi toimipisteen vaihtelun avulla säilyi tuntuma kaikkeen poliklinikalla eteen tulevaan: *'Se on kumminkin sen verran erilainen potilasmateriaali joka huoneessa'*. Tutkimusyksikön hoitajat näkivät seuraavan päivän

sijainnin *'horoskoopista'*, johon oli merkitty kunakin päivänä työssä olevien hoitajien tehtävät ja työpisteet.

*'Mä tykkään siitä, että on paljon näitä potilaskontakteja ja vaihtuvuutta ja erilais-
ta työtä...ettei oo samanlaista päivää.'* (H3)

Toiminnasta oli tunnistettavissa myös tapaus/potilaskohtaisen työjakomallin piirteitä ja parhaimmillaan se olikin lähes sellaista. Hoitaja tutustui ajanvarauspotilaan papereihin etukäteen, haastatteli päivystyspotilaan, oli vastaanottohuoneessa tutkimuksen aikana ja antoi tarvittaessa jatkohoito-ohjeet. Hoitajalla ei kuitenkaan ollut kokonaisvastuuta potilaan käyntikohtaisesta hoidosta, niinpä tapauskohtaisuus joko toteutui tai sitten ei. Tavoite se ei ollut. Myöskään potilaan papereiden käsittely sanelun jälkeen, tarvittavien kirjeiden postitus ja mahdollinen puhelinohjaus eivät sisältyneet vastaanotolla työskennelleen hoitajan tehtäviin.

Tämän tutkimusprosessin loppuvaiheessa osastolla kokeiltiin mallia, jossa sama hoitaja oli samassa huoneessa kaksi viikkoa. Hanke oli tyrmätty, se oli tullut osastolle annettuna: *'...Ei soveltunut ... ajanvarauspoliklinikalla, jossa 50-70 potilasta päivässä, ei voi olla mitään omahoitajasysteemiä.'* Hoitajien mukaan yksilövastuisen hoitotyön tavoitteet eivät toteutuneet, sen sijaan haittavaikutukset sitäkin voimakkaampina.

'Me niinku katsottiin, että me hoidetaan yksilövastuisesti sit niitä papereita, harvoin kahden viikon aikana se sama potilas käy siellä samassa huoneessa... Et me kyllä siihen sanottiin ei.'

'Me kokeiltiin...se oli aika raskasta.' (PK 210)

Vastaanottotoimintaan ja puhelinneuvontaan liittyvien tehtävien ohella tutkimusyksikön jokaisella hoitajilla oli omia erikoistehtäviä ja vastuualueita. Vastuualueet olivat laajempia toimintakokonaisuuksia, kuten opiskelijoiden ohjaus. Sen sijaan erikoistehtävät olivat yksittäisiä, jopa yllättävän vähäpätöisiltä ja kapea-alaisilta vaikuttavia tehtäviä.

'Mä katson, ettei noi (...) pyöri täällä, ettei meille keräänny noita (...) tänne.' (H3)

Muita vastuualueita ja tehtäviä olivat muun muassa kaappien täyttö, ruokatilaukset, ATK:n pääkäyttö, kolposkopiat, läheteiden käsittely ja työvuorojen laatiminen. Horoskoopin teko oli kiertävä erikoistehtävä.

Toimisto näytti olevan hoitohenkilökunnalle tärkeä kokoontumispaikka. Siitä ehkä johdettiin, että etenkin iltapäivisin toimisto vaikutti ulkopuolisen silmin katsottuna, mutta myös hoitajien itsensä kokemana, ruuhkaiselta. Toimistoon ehkä kokoonnuttiin joka tauolla, ja ohikulkijasta näytti siltä, kuin hoitajat oleskelsivät siellä kaiken aikaa.

'Eräs lääkäri totesi kerran: Kansliassa on niin ja niin monta hoitajaa! Mitä ne siellä tekee?' (PK 19)

Keskustelu tapahtui pääsääntöisesti toimistossa ja/tai kahvihuoneessa. Hoitajien kertomukset, joita kerrottiin uudelle työntekijälle ja ulkopuolisille, liittyivät yleisimmin joko avustettavaan lääkäriin tai rankkoihin ja ruuhkaisiin päivystystilanteisiin, joista kuitenkin selvittiin kunnialla. Myös Kuronen (1993, 66) havaitsi tutkimiansa hoitajien mielellään esittelevän samankaltaisia onnistumiskertomuksia.

'Se oli todella kiirastorstai, me tehtiin kaavintaa kaavinnan perään. Me saatiin homma pysymään hanskassa, mutta meillä ei ollut yhellekkään potilaalle tarpeeksi aikaa.' (H4)

5.1.5 Yhteenveto: tutkimusyksikkö fyysisenä ja sosiaalisena ympäristönä

Tässä luvussa kuvataan tutkimusyksikköä, erikoissairaanhoidon avopalveluja tuottavaa gynekologista poliklinikkaa, fyysisenä ja sosiaalisena työ- ja hoitoympäristönä.

Tutkimusyksikkö toimi sekä ajanvaraus- että päivystyspoliklinikkana. Terveyspalvelujen käyttäjä nimettiin tutkimusyksikössä potilaaksi, joskin pyrkimyksenä oli siirtyä asiakasnimityksen laajempaan käyttöön. Tutkimusyksikössä valinta näytti perustuvan tulosyyhyn. Potilaan tulosyy oli sairaus ja sen hoito, asiakkaan tulosyy oli joku muu terveysongelma kuten ehkäisymenetelmän suunnittelu. Tutkimusyksikkö on osa palvelulinjaa, jolla tarkoitetaan potilaan kokemaa kokonaisuutta, useimmiten hoitajaksoa. Tutkimuksen ajankohtana tutkimusyksikön toiminnassa korostui käynti- ja poliklinikkakohtainen ajattelumalli, joka muistutti teollisuuden *'tuotantoliukuhinaa'*. *'Potilas-materiaali'* ohjattiin vastaanottohuoneisiin diagnoosien mukaan. Organisaatio-, palveluyksikkö- ja työntekijälähtöinen asiointiprosessin sujuvuus korostui.

Fyysisenä ja sosiaalisena hoito- ja työympäristönä tutkimusyksikkö oli päällisin puolin viihtyisä ja miellyttävä. Potilaat arvioivat sekä ilmapiirin että hoidon ystävälliseksi ja asialliseksi. Henkilökuntaan kohdistuvan väkivallan kasvu oli vasta uhka tutkimusyksikössä. Hoitajat mielsivät työnsä vaativaksi ja tärkeäksi. Hoitajien toiminta oli tehtäväkeskeistä. Huoneiden ja lähityötovereiden vaihtuvuus oli hoitajien toiveiden mukaista, se jopa arvioitiin yhdeksi oman työn parhaista puolista. Toimenkuvat eivät olleet tiukka-rajaisia, kaikki tekivät lähes kaikkea. Tutkimusyksikön hoitajat korostivat omaa soveltumistaan nimenomaan polikliiniseen työhön. Hoitajien puhelinpäivystys oli kokopäiväistä. Puhelimeen vastaaminen koettiin vastuulliseksi.

Vastaanottohuoneen tilajärjestelyt ja varusteet heijastivat hoitajan roolia ja tehtäviä: hoitajan paikka vastaanottohuoneessa oli tietokoneen ääressä. ATK:n käyttöoikeus oli hoitajilla ja sen hallinta korosti hoitajan arvoa vastaanottotilanteessa. Hoitajat kertoivat osallistuneensa aktiivisesti saneeraussuunnitteluun ja ilmaisivat olevansa tyytyväisiä tulokseen.

Tutkimusyksikön raportit olivat osittain rituaalisia ja kollektiivisia toimintoja, jotka teknisessä mielessä ovat lähes tarpeettomia. Ilmeisesti niistä ei ollut luovuttu niiden sosiaalisen merkityksen vuoksi. Niitä voidaan pitää kalendaarisina riitteinä.

Tutkimusorganisaatiolla oli vahvan ja hyvän synnytyssairaalan maine, naistentautien yksiköt tahtoivat jäädä varjoon kuten myös kättilön ammatti naisen hoitotyön asiantuntijana. Poliklinikan hoitajat peräänkuuluttivat oikeuttaan saada toiminnastaan palautetta ja arvostusta.

5.2 Seuraava potilas, olkaa hyvä

'Olen joutunut käymään täällä tänä kesänä usein ja varsin ikävissä merkeissä. Palvelu on ollut erittäin asiallista ja huomaavaista.' (R&R)

Tässä luvussa on tavoitteena vastata *toiseen tutkimusongelmaan* ja sitä täsmentäviin yksityiskohtaisiin tutkimuskysymyksiin (kysymykset 3-5) kuvaamalla, analysoimalla ja tulkitsemalla tutkimusyksikön hoitokulttuuria näkyvänä ja kuuluvana käyttäytymisenä siten kuin se ilmenee vastaanottotilanteessa ja siihen liittyvässä välillisessä ja välittömässä hoitotyössä. Luvun alaotsikot ovat muotoutuneet aineistosta, eivät tutkimuskysymyksistä käsin. Yhteenveto toisen tutkimusongelman tuloksista esitetään luvussa 5.2.6. Liitteestä kaksi selviävät tutkimusaineistoon viittaavat, tekstissä käytetyt lyhenneet. (Liite 2; alaviite viisi.)

5.2.1 Potilaan parhaaksi

'Tärkeintä on se, että me pystytään tukemaan asiakasta siinä negatiivisessa tilanteessa ja yrittää sanoa, että kaikesta negatiivisestakin voi löytyä positiivistaki ja yrittää niinku tukea, että negatiiviset asiat ehkä kasvattaa ihmistä.' (H 4)

Kuten terveydenhuollossa yleensä myös tutkimusorganisaation laatu politiikan keskeisiä toimintaperiaatteita oli potilas/asiakaslähtöisyys, jonka toivotaan kohottavan palvelujen laatua ja vähentävän resurssien hukkakäyttöä (Sukula 2002, 22). Toiminnan tulee täyttää paitsi asiakkaan/potilaan oikeudet hyvään hoitoon ja itsemääräämiseen myös tämän muuttuvat tarpeet ja odotukset. Palvelujen käyttäjä ei ole tahdoton toimenpiteiden kohde. (Kiikkala 2000, 116-118.)

Käytännössä potilaan osallistumis- ja vaikuttamiskulttuuri on heikko. Potilaskeskeisyyden toteutumattomuus ei johda sanktioihin, eikä toteutuminen palkkioihin. Myös tutkimusyksikössä potilaslähtöisyys jäi toimintaa ohjaavaksi ihanteeksi. ATK:n tarpeet ohit-

tivat potilaiden tarpeet. Jos esimerkiksi tutkimusyksikössä asioivan potilaan ohjaus jäi puutteelliseksi tai toteutumatta, ei se johtanut moitteisiin, mutta jos ATK:lta puuttui vähäenkään tieto, kirjautui se oitis *'töpiksi'*, eräänlaiseksi häpeärangaistukseksi. Potilaiden tyytyväisyyttä kyllä mitattiin (D:LK; D:TT), mutta mittauksista saatuja tuloksia ei pidetty riittävän merkittävänä toimintakäytäntöjen muuttamiselle, koska ne kohottivat *'esille itsestään selviä asioita'*. Ilmeisesti itsestään selville asioille ei kannata tai voi tehdä mitään tutkitussa hoitokulttuurissa.

Potilaslähtöisyyttä voi tarkastella vallitsevasta potilaskäsityksestä käsin. Perinteiseen potilaskäsitykseen liitetään tietty passiivisuus, ainakin suhteessa haluun ottaa vastuuta omasta elämästä. Lisäksi potilaalta odotetaan kiitollisuutta ja kuuliaisuutta sekä annettujen ohjeiden noudattamista kyselemättä ja kritiikittä. (mm. Kim 2000, 151-154; Kiviniemi 1983, 15-16.) Perinteistä potilaan roolia voi kuvata patriarkaalisten perheroolien avulla: kun hoitajalla on äidin ja lääkäriellä isän rooli, jää potilaalle lapsen rooli (Helman 2000, 113; Littlewood 1991b, 156).

Mikäli toimintaa ohjaa perinteinen näkemys potilaan roolista, tuottanee potilaan vastuullisuuden ja omaehtoisuuden huomioiminen ongelmia. Muutos kohti osallistuvaa asiakkaan ja kuluttajan roolia on Kiikkalan (2000, 120) mukaan tapahtumassa, joskin prosessi etenee tuskallisen verkkaisesti. Prosessia ei suinkaan nopeuta se, että potilaat itse saattavat pitää tiukasti kiinni perinteisestä käsityksestä, mikä toisaalta on potilaiden aito oikeus.

Potilaan aktiivisuuden korostaminen sisältyy palvelulinja-ajatteluun (Ruotsalainen 2000, 20). Potilaan aktiivisemmän roolin odotetaan ilmenevän tiedostavuutena, vaativuutena ja kriittisyytenä sekä haluna olla oman hoidon subjekti ja pitää kiinni oikeuksistaan (mm. Kiikkala 2000, 116-118; Kinnunen & Vuori 1999, 28-29; Perälä 1997, 36-37). Hiidenhovin (2001, 61-62) haastattelemat potilaat eivät pitäneet itseään passiivisina, vaan pikemminkin aktiivisina; palvelu riippuu myös heistä. Toisaalta samat potilaat kuvasivat henkilökunnan auktoriteettina, vallankäyttäjänä tai tehtävien ja velvollisuuksien hoitajana.

Tutkimusorganisaation hoitofilosofiaan sisältyvä käsitys potilaasta oli kokonaisvaltaisempi kuin tutkimusyksikön arjessa todentuva käsitys. Hoitofilosofia määritteli ihmisen

fyysiseksi, psyykkiseksi, sosiaaliseksi ja henkiseksi kokonaisuudeksi. Tämän mukaan potilas ei ole ainoastaan sairas tai terve, vaan yksilö, ikäryhmänsä edustaja ja yhteisönsä jäsen (D:HF). Sen sijaan tutkimusyksikön hoitajien toimintaa ohjaava potilaskäsitys oli sairaus- ja diagnoosikeskeinen, minkä mukaan potilas oli ensisijaisesti biofyysinen, akuuttia tautia sairastava olento.

'En oo vielä löytänyt sellaista positiivista diagnoosia, jolla meille tultais, sellaista ei oo. Siis lopputilanne voi olla ihan hyvä, että ei löytyis mitään ja kaikki on ihan hyvin ja syöpää ei osoittaudu, et on hyvänlaatuista, mut tulotilanne on se negatiivinen.' (H 4)

Tutkimusyksikössä asioivia potilaita yhdisti *'negatiivinen diagnoosi'*. Potilaiden ongelmat olivat hoitajille arkipäivää, niiden surullisuus, ainutkertaisuus ja rankkuus potilaille tiedostettiin, joskaan työn touhussa niitä ei aina ennätetty huomata, saatikka paneutua.

'...meillä oli yks semmonen ... se oli kyllä aika hankala potilas kaiken kaikkiaan... se seiso tossa, heräämön ovipieleen nojas ja katto, kun me juostiin. Mulla ei ollut aikaa, kuin välillä huikata, et kai sä jaksat hyvin ... sille ei ollut aikaa, silloin kun olis pitäny olla. ... Se ei ollut missään vaiheessa tajunnut se potilas, että se raskaus ei ole normaali, että se menee kesken... Meille niin itsestään selvyys, että...kukaan ei ollut muistanut kertoa sitä potilaille. Me unohdetaan kertoa potilaille.' (H4)

Tutkimusyksikön hoitajat arvioivat, että suurin osa heidän potilaistaan oli vastuullisia omasta hoidostaan ja osasi hoitaa itseään. Myöskään potilaiden toiveiden täyttämistä ei pidetty mahdottomana tehtävänä – ei ainakaan vielä, koska hoitajien mukaan potilaat eivät olleet kohtuuttoman vaativia, päinvastoin hyvin realistisia ja jopa vähään tyytyväisiä. Näitä potilaita oli hyvä hoitaa.

'No semmoinen, mikä noin ottaa itekin vähän vastuuta terveydestään. No, semmoinen on ainakin kiitollinen.' (H 5)

Toisaalta tutkimukset osoittavat potilaiden pyrkivän olemaan niin sanottuja *'helppoja potilaita'*. Näitä löytyi myös tutkimusyksiköstä. *'Mut sitten toiset ovat sellaisia, että he tyytyy mihin vaan.'* Potilas käyttäytyy näin, mikäli kokemukset ovat osoittaneet tämän koituvan heidän omaksi edukseen. Kkun henkilökunta jaksaa kuunnella, on hoito on tarkoituksenmukaista ja laadukasta. (Ketola & Kevätsalo 1994, 55). Potilaat vaistoavat kiireisen ilmapiirin, mikä johtaa omien tarpeiden vähättelyyn. Omilla pikku ongelmilla ei haluta lisätä hoitajien taakkaa. Munnukka (1993, 109) havaitsi yksilövastuuisen hoitotyön olevan eräs ratkaisu tilanteen korjaamiseen. Hoitajan ja potilaan yhteistyösuhteen

kehittymisen myötä potilaat uskalsivat ilmaista toiveensa ja odotuksensa tuntematta syyllisyyttä hoitajien kiireen vuoksi.

Lisähaasteita tuovat mukanaan toisesta (esim. kansallisesta tai uskonnollisesta) kulttuurista tulevat potilaat. Tavoitteellisen toimijan ja omasta elämästään itsenäisesti päättävän asiakkaan ihanne edustaa vahvasti länsimaisia arvoja, jotka saattavat olla outoja muualta tulleelle – ja päinvastoin. Muun muassa tämän takia kulttuurisen taustan huomioiminen on välttämätöntä potilaan ymmärtämiseksi (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 236-237; Helman 2000, 5). Metsämuuronen (1998, 154) nimesi kansainvälisyysosaamisen hoitajan tulevaisuuden osaamisalueeksi. Myös Vääntinen (1996, 109) ja Pelttari (1997, 234) sekä Dreher ja MacNaughton (2002) ovat päätelleet tulevaisuudessa tarvittavan vahvaa monikulttuurista osaamista. Tutkimusyksikössä työskentelevien hoitajien esittämässä toiminnan kehittämistarpeissa eivät kulttuurien kohtaamiseen liittyvät ongelmat korostuneet. Toisaalta ei mikään muukaan asiakkaaseen liittyvä yksilöllinen piirre painottunut hoitotyön suunnittelussa. Hoito ohjautui lääketieteestä ja diagnoosista käsin.

'Ja sittenhän heil on nää miehet koko ajan mukana, mitkä toimii heidän puolestaan, vastailee heidän puolestaan, että sitä ei sitten tiedetä, onko se naisen vai miehen tahto usein.' (H 5)

Yleisin törmäys toisesta kulttuurista tulevan asiakkaan kanssa liittyi hoitohenkilökunnan sukupuoleen kohdistuviin vaatimuksiin: *'Ensinnäkin ne tahtois naisgynekologin ja sitten noin naistulkinkin useet'*. Nolouden tunteet miespuolista hoidonantajaa kohtaan liittyivät niemenomaan kulttuurisiin tekijöihin naisen hoitotyössä. Tämän ovat havainneet myös Hassinen-Ali-Azzani (2002, 158) sekä Lodge, Mallett, Blake ja Fryatt (1997, 900-902). Vaikka tutkimukset osoittavat myös suomalaisten naisten asioivan mieluusti naispuolisen lääkärin kanssa (Hirvonen 2001, 171; Sihvo & Koponen 1998, 10), hyväksyvät he, useimmiten ilman suurempaa hälyä, myös miespuolisen hoidonantajan. Tutkimusyksikössä pyrittiin huomiomaan kaikkien kohdalla hoidonantajan sukupuoleen kohdistuvat toiveet, *'mut eihän se aina oo mahdollista.'*

'Varmaan sitä kaikista eniten rassas se, et se ei päässyt naislääkärille, vaikka se oli halunnut ja halunnut. Mut ku me ei pystytä tarjoon sitä, ku meil ei oo. Me ei voida sille mitään.' (H 1)

'Et voi mua inhottaa tää tilanne, kun mä en oo koskaan tykänny miesgynekologilla käydä ... mä olin että ääk.' (H 8)

Joidenkin potilaiden kanssa on hankalampi tulla toimeen. Tällaista tapahtui myös tutkimusyksikössä. Syyt potilaan hankalaksi kokemiseen vaihtelivat, ne saattoivat joutua potilaasta itsestään, hoitajasta tai järjestelmästä. Syytä ei aina pystytä selvittämään - toisaalta harvoin niitä pysähdytään pohtimaan, epäilevät Ketola ja Kevätsalo (1994, 92-94). Hankaluuden ja vaikeaksi koetun potilaan määrittelyssä korostuu usein hoitajien näkemys asiasta. Mutta olipa potilaan hankalaksi kokemisen aiheuttaja mikä tahansa, tämä vaikuttaa haitallisesti hoitotulokseen. Palvelun laatu heikkenee. Näin arvioitiin myös tutkimusyksikössä.

'Ja sit on tietysti tällaisia, jotta menee niin kemiat vastakkain jonkun potilaan kanssa. Täällä tietysti harvoin, mutta joskus.' (H4)

'Sen yleensä tunnistaa ... jo kun se tulee tohon luukulle ... niinku menee jo ensi hetkestä potilaan kanssa sukset ristiin, tietää että se potilas-hoitaja-suhde ei tuu koskaan toimimaan... Jos potilas ja hoitaja eivät tule toimeen, ei sitä silloin, hirvee sanoo, mut ei sitä silloin anna 100%:sti potilaalle, mitä muuten antais.' (H1)

Tutkimusyksikön hoitajat joutuivat vastaanottamaan potilaiden kiukkua tilanteissa, joihin he eivät voi vaikuttaa, kuten vastaanottoaikojen saatavuuteen ja lääkärin odottamiseen.

'...esim H3 on koko kesän kiinni, mikä taas johtaa siihen, että aikojen antaminen on vaikeaa. Potilaat ovat vihaisia "ei oo" -vastauksiin ja hoitajien mukaan on epäreilua joutua ottamaan vastaan tällaista.' (PK 188)

'Mut onhan sit aina sellaisia, jotka ei kuuntele mitään ja on äkäisiä. Ja jos on myöhässä ajat ja vaikka kuinka yrittää selittää, että lääkäri on jossain käymässä toisen potilaan luona osastolla, ne tuiskii, ettei meillä oo aikaa.' (H 2)

Kaikkia potilaita ei poliklinikan tarjoamilla hoitopalveluilla voitu auttaa. Tällaiset tilanteet ahdistivat ja tuntuivat turhauttavilta. Ahdistavuutta pyrittiin torjumaan tarjoamalla potilaalle edes jotain, esimerkiksi hänet ohjattiin joihinkin tutkimuksiin, vaikka toisaalta ymmärrettiin tämän avun riittämättömyys potilaan todellisten ongelmien kannalta. Työkokemusten karttuessa oppi hyväksymään ja myöntämään myös itselleen tosiasian: kaikkia ei voi aina auttaa.

'No, ainakin semmoinen ku tänäänkin on ollut liikenteessä. Hän on ollut harva se päivä, hän niinku puhuu ja puhuu, eikä mikään tahdo mennä perille. Ja sitten se vielä juoksee tuolla kaupungilla muissa lääkäreissä, et semmonen on niinku hirveen turhauttava.... Ehkä sitä niinku nuorempana vielä enemmän murehti jonkun asioita, otti niin kuin, suri niitä, mut nyt ei kyllä enää jaksa. Ja ymmärtää, ettei kaikkea pysty tekeen.' (H 5)

Eräs keino suojautua ahdistusta vastaan on vetäytyä ammattiroolin tai tehtäväkeskeisyyden ja tietyn kaavamaisuuden taakse. Nämä estävät läheisten potilassuhteiden synnyn, ja kun potilas jää vieraaksi ja 'kasvottomaksi', on tämän hätä on helpompi kohdata. Potilaasta ei myöskään tarvitse ottaa kokonaisvastuuta, riittää kun tekee vain oman osuutensa ajallaan hyvin. (Kinnunen 1994, 179-180; Miettinen & Miettinen 1997, 56; Poikajärvi 1998, 91.) Joskus vaikeita tilanteita vältellään perustellen niiden ahdistavuutta potilaalle. On kuitenkin syytä pohtia, kumpaa – potilasta vai hoitajaa – tämä vetäytyminen suojelee?

'Keskusteltiin mahdollisuudesta, että GPKLN:n hoitaja kävisi tapaamassa potilasta osastolla. Johon joku: vaikea toteuttaa. Ja toinen: Haluaako potilas? Epäili, että saman hoitajan näkeminen tuo kipeän asian esiin.' (PK 107)

Tutkimusyksikössä koettiin hankalaksi myös ne tilanteet, jolloin potilas jätti tulematta vastaanotolle, vaikka tutkimustulosten perusteella siihen olisi ollut tarvetta, ja vaikka heille oli lähetetty tästä tieto ja jopa useampia kutsukirjeitä. Hoitajissa tämä herätti närkästystä. Käyttämättömyyttä ei mielletty asiakkaalle kuuluvaksi valinnanvapaudeksi, vaan sen katsottiin heijastavan muun muassa välinpitämättömyyttä ja motivoitumattomuutta. (vrt. Kuronen 1993, 105.)

'Osa ei huolehdi. On määrätty ihmistyyppi, niitähän kutsutaan tänne useaan kertaan ja jättävät tulematta. Taas lähetetään kirje. Et osa on sellaisia, et ei yhtään välitä, oli mitä löydöksiä tahansa.' (H 2)

Hoitoon hakeutumattomuus saattaa johtua muustakin syystä kuin välinpitämättömyydestä tai vastuuttomuudesta. Hoitajat myönsivät, että vastaanotolla käyvät potilaat pelkäävät ja joillekin potilaille pelko voi olla syynä hoidosta kieltäytymiseen. *'Suurin osa pelkää...ne pelkää ihan hirveästi... enimmäkseen mitä löytyy.'* Pelko ja sen huomioimisen tärkeys kohosi myös Leinosen (2002, 82) tekemistä havainnoista. Leinosen haastattelemat hoitajat uskoivat tukeneensa potilaita onnistuneesti, sen sijaan potilaat olivat eri mieltä. He olisivat kaivanneet tehokkaampaa ahdistuksen lievitystä.

'Niin silloin se ajatus pelotti, että mikähän mulla nyt on? Ja aina tulee se pahin vaihtoehto mieleen, et nyt mulla tietysti on joku syöpä täällä, ja kuinka mä uskal-lan ylipäätään mennä lääkäriin sen takia, ja sitä sit venytti ja venytti, että ei sitä lähtenyt mihinkään heti.' (H 8)

Perhekeskeisyys on nimetty yhdeksi niin tutkimusorganisaation kuin myös kättilön ammatin toimintaperiaatteeksi (D:KF; D:KL). Vanttinen (1996, 108) pitää perhekeskeisyyttä yhtenä tulevaisuuden kvalifikaationa. Naisen hoitotyössä on tiettyjä erityisiä piir-

teitä, jotka McQueenin (1997, 770-773) mukaan kohoavat seksuaalisuudesta ja naisuudesta sekä gynekologisen potilaan terveysongelmien luonteesta, ja jotka useimmiten tavalla tai toisella heijastuvat potilaan kumppaniin ja perheeseen. Tästä johtuen esimerkiksi puolison tuen tarpeeseen olisi syytä vastata (mm. Lindholm, Rehnsfeldt, Arman & Hamrin 2002; Maugham, Heyman & Matthews 2002, 33; Åstedt-Kurki, Paavilainen, Tammentie & Paunonen-Ilmonen 2002). Hyvässä sosiaalisessa hoitoympäristössä huomioidaan omaiset.

Tutkimuksen ajankohtana tutkimusyksikössä ei omaisten – olipa tämä mistä kulttuurista tahansa - mukanaoloa välttämättä katsottu suopeasti usein käytännön syistä: tilat ovat ahtaat ja vastaanotot venyvät. Silti voi kysyä, olisiko vastaanottokäytännöissä ja hoitoympäristössä voitu paremmin varautua kumppanin ja lasten mukana oloon? Ehkäpä se ei ole kohtuuton vaatimus vaan pikemminkin olennainen kehittämiskohde, onhan kyseessä sentään *'naisten oma sairaala'* (D:E).

'Ja tietysti tää sama rouva tuli meille herraties kuinka monta kertaa, ja aina sil oli se mies ja kaks pientä lasta mukana, vaikka me oltiin sanottu, että ei kannata ottaa niitä mukaan koska täällä aina kuitenkin kuluu aikaa. No sit se oli täällä niiden kiukkuisten lasten kanssa ja kiukutteli meille...' (H4)

Potilaan ja asiakkaan yhteistyösuhde. Tutkimusyksikössä, kuten terveydenhuollossa ylipäätään, kannattaa tarkastella hoitajan ja potilaan rooleja sekä niihin liittyvää vastuuta ja velvoitteita. Millaisessa yhteistyösuhteessa asiakas voisi sekä säilyttää tunteen oman elämänsä hallinnasta että saada tarvitsemansa avun?

Launis (1994, 153), joka tutki hoitajan ja asiakkaan välistä yhteistyösuhdetta, on laatinut tutkimustulostensa perusteella neljä asiakasyhteistyötä koskevaa käsitystyyppiä. Nämä olivat

- a) asiantuntijakeskeinen yhteistyön malli - hoitaja tekee päätökset asiakkaan puolesta.
- b) asiakaskeskeinen yhteistyön malli - asiakas päättää itse omista asioistaan.
- c) itsehoidon ja vuorovaikutuksen malli - asiakkaan verkosto korvaa osittain asiantuntijan, asiantuntija kokoaa verkoston.
- d) yhteisen työstämisen malli - molempien osapuolten tasavertainen osallistuminen.

Launin (1994, 154) omasta aineistosta löytyi eniten asiantuntijakeskeistä yhteistyötä edustavaa käsitystyyppiä. Asiantuntijakeskeisen mallin mukaan asiakas on oman elämänsä suhteen melko avuton ja tarvitsee vähäpätöisissäkin asioissa asiantuntijan neuvon: asiantuntija on oikean tiedon edustaja ja huolissaan tiedon perille menosta. Asiak-

kaalla on vähän päätäntävaltaa, eikä tämän elämismaailmaa oteta huomioon. Työntekijä määrittää asiakkaan parhaan ja jos yhteistyö epäonnistuu, on syy asiakkaassa. Sen sijaan yhteistyö onnistuu, jos ja kun asiakkaat toimivat annettujen ohjeiden mukaan.

Myös tutkimusyksikön arkipäivässä toteutuva, potilaan ja hoitajan välinen yhteistyö oli lähinnä 'asiantuntijakeskeisen yhteistyön' –mallin mukaista. Potilaan aktiivisuus oli hoitajalähtöistä ja hyvin säädeltyä, sillä hyvä hoitaja *'osaa rajata, eikä mene mukaan kaikkiin hömpötyksiin'*. Tällä tavoin hoitaja pidätti itsellään oikeuden määrittää asiakkaan hyvän. Mikäli potilas ei luovuttanut suosiolla, leimautui tämä hankalaksi potilaaksi. Sen sijaan tutkimusorganisaation hoitofilosofiaan kirjattu malli potilaan ja asiakkaan välisestä yhteistyöstä edusti 'asiakaskeskeistä yhteistyön' –mallia.

'Sairaalassa ollessaan potilas on vastuussa asioistaan, hän toimii omaehtoisesti ja hänen tulee olla tietoinen omista oikeuksistaan.' (D: HF)

Asiantuntijan erityisosaamiseen perustuva päätäntävalta korostui myös Kettusen (2001, 95) tutkimissa neuvontakeskusteluissa, Hirvosen (2000, 172-173) kuvaamalla äitiysneuvolavastaanotoilla ja Viitasen (1997, 131) tutkimien fysioterapiayksiköiden ammattikulttuurissa. Ideologiassa painottuivat palvelukulttuuri ja asiakaskeskeisyys, mutta teot edustivat asiantuntijakeskeistä työorientaatiota. Asiakkaan vällanpuute on ongelma etenkin julkisen sektorin asiantuntijaorganisaatioissa.

Ammatillistuminen ja toiminnan sisäinen eriytyminen uhkaavat potilaan itsemääräämisoikeutta, mikäli asiantuntijatietaa pidetään arvokkaimpana tekijänä, jonka avulla potilaan elämän suunta ja sisältö määritetään. Terveystenhuollossa puhutaan medikalisaatiosta, jolla tarkoitetaan tieteellisesti perusteltujen terveys-sairaus –kysymysten painotumista ihmisten elämässä. Lääketiede määrittelee sen, mikä on hyvää, oikeaa ja tervettä elämää. (Helman 2000, 114; Lindqvist 1995, 68-69; Myllykangas, Elo & Tuomainen 1995, 38; Robertson 1987, 335-337.)

Asiakkaiden tietojen puute ja heiltä vaadittava pakkoaktiivisuus tukee Tuorilan (2000, 141-143) mukaan medikalisaatiokehitystä. Potilaiden on kyettävä ilmaisemaan tiedontarpeensa saadakseen vastauksia. Toisaalta itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen nimissä potilaan päätettäväksi jätetään asioita, joihin heidän tietonsa yksinkertaisesti eivät riitä. Niinpä potilaat käyttävät itsemääräämisoikeuttaan siirtämällä yhä enemmän

päätävältä omaan terveyteensä liittyvissä asioissa terveydenhuollon ammattilaisille ja menettävät samalla mahdollisuutensa oman elämänsä hallintaan. Potilaan todelliseen osallistumisen toteutumiseen ei näytä riittävän pelkästään tämän oikeuden tarjoaminen, vaan potilasta on aktiivisesti rohkaistava ja tuettava osallistumaan omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja mahdollistettava se riittävällä tiedolla (Leinonen 2002, 82).

5.2.2 Vastaanoton pyörittäjä

'Mä oon yleensä se, joka pyörittää sen vastaanoton sillä tavalla varsinaisesti. Tietenkin lääkäri tutkii ja silleen, mut me kutsutaan sisään, pistetään labrat, avustetaan tutkimisessa, pyoritetään paperit eteenpäin, ohjataan potilasta eteenpäin yleensä. Monesti ollaan viimeisessä kädessä se, joka selittää potilaille, mitä lääkäri on puhunut.' (H1)

Tutkimusyksikkö tarjosi asiakkailleen polikliinisia erikoissairaanhoidon palveluja. Millainen oli hoitajan ja hoitotyön rooli näiden palvelujen tuottamisprosessissa? Vastaanotolla mukana olo muodosti ainoastaan osan hoitajan päivittäisistä tehtävistä. Aikaa vievä osa hoitajan työstä toteutui kulissien takana: valmistautuminen vastaanottoon ja potilasasiakirjojen selvittely vastaanoton jälkeen. Toiminnan kitkaton eteneminen riippui hoitajan taidoista suoriutua tästä vastaanoton pyörittämisen hiljaisesta puolesta.

Vastaanottoon valmistautuminen alkoi yleensä jo edellisenä päivänä, jolloin luettiin potilasasiakirjat, täydennettiin hoitotyön suunnitelmaa ja varmistettiin, että tarvittavat laboratoriovastaukset olivat mukana.

'Kun ajat on varattu, siin on tota nää potilasasiakirjat käytettävissä, niin että niihin pitäisi olla aikaa etukäteen perehtyä, et tietää, mitä on, katsoo, että siel on kaikki nää näytevastaukset, mitä pitää olla, mitä sit niinku odotetaan. Monestihan potilaat tulee kuulemaan vastauksia.' (H 3)

Ennen vastaanottoa kunnostettiin huone: tarkistettiin välineet, aseteltiin instrumentit paikoilleen ja haettiin tarvittavat näytteenottovälineet. Samoin huolehdittiin, että kaikki oli paikallaan ja tarvittaessa käytettävissä.

'Sitten on tota muutenkin sen vastaanoton valmistelu. Katsoo, että siellä on kaikkia tarvittavia välineitä huoneessa ja instrumentteja, ettei sitten tarvii koko ajan juosta sieltä hakemassa jotain.' (H 3)

'Kun lääkäri ilmoittaa "nyt nämä punaiset loppuvat", aukaisee hoitaja oman pöytänsä laatikon, ottaa sieltä kaivattuja punaisia ja laittaa niitä nipun lääkärin eteen.' (PK 200)

Vastaanottotilanteessa hoitajan rooli oli ristiriitainen. Hoitajat itse korostivat oman asemansa tasavertaisuutta lääkärin kanssa ja läsnäolonsa merkitystä potilaalle, vaikka nimenomaan tästä näkökulmasta tarkasteltuna läsnäolo vaikutti vähäiseltä.

'Et kyllä mä uskon, että ne potilaat tykkää, että siinä lähellä on. ... Ennen kuin hän tulee siihen, niin mä oon siinä vieressä seisomassa, sen ei tarvi nousta semmoiselle pöydälle, joka nököttää siinä keskellä... Et sehän on tiimi, joka toimii yhdessä. Lääkärit ei pärjäis ilman meitä, eikä me pärjättäis ilman heitä. Ei se oo mitenkään niin, että jompikumpi on jommankumman apulainen, Kyllä siinä on hyvin tasavertaisena ne ihmiset siellä vastaanotolla ... ei se lääkäri pysty siellä jalkovälissä niitä näytteitä ottaan ja muuta, niin ei se ehdi tukemaan sitä potilasta samalla tavalla, kun seisoo siinä vierellä' (H 4)

'Mä oon kyllä siellä potilaan tukemista varten ...en mä koe, että mä olisin turhaan siellä, vaan silloin mä koen, että me tehdään sitä yhteistyötä siellä.' (H6)

Lisäksi hoitajat arvelivat, että heidän mukanaolonsa vastaanottotilanteessa varmisti ja takasi hoidon laadukkuuden. Hoitajat olivat jopa huolissaan tilanteista, joissa

'...kättilö ei ole vastaanotolla mukana, lääkäri soittaa kelloa, jos tarvitsee apua, kyllä siinä on vähän huoli hoidon laadusta.' (PK 188)

Toimintakäytännöt puhuivat toista. *'Työ on paperin pyörittelyä. Sihteerin työhön tottuminen oli suurin haaste.'* Hoitaja oli taustahahmo - äänetön ja näkymätön käsi, joka istui oman pöytänsä ääressä, enimmäkseen selkä potilaaseen päin, järjesteli papereita tai käytti tietokonetta: katsoi sieltä tarvittaessa laboratoriovastauksia, tilasi uusia tutkimuksia ja antoi jälkitarkastusaikoja. Tutkimuksen ajaksi hoitaja siirtyi tutkimuspöydän luokse, jossa avusti lääkäriä ja tuki potilasta. (Taulukko 4.)

'... papereissa ja koneen ääressä: kun kuulee lääkärin sanovan potilaalle, että "jt on 3 kk päästä", alkaa heti etsiä ko aikaa koneelta. Ja potilaan ollessa pukemassa ottaa pkl -kortin ja merkitsee ajan siihen. Antaa sen P:lle ja sanoo "sitten pitäis käydä laboratoriossa, joka on toisessa kerroksessa".' (PK195)

Taulukko 4. Vastaanottotapahtuma

HOITAJA	LÄÄKÄRI	POTILAS
<ul style="list-style-type: none"> - tarkistaa koneelta, onko potilas tullut; antaa lääkäri- le paperit. - hakee potilaan; tervehdys - siirtyy pöytänsä /ATK:nsa ääreen 	<ul style="list-style-type: none"> - tutustuu potilasasiakirjoihin ja toteaa: 'Saa hakea!' - tervehtii potilasta 	<ul style="list-style-type: none"> - tulee, tervehtii ja istuu osoitettuun tuoliin.
<ul style="list-style-type: none"> - täydentää hoitosuunnitelmaa potilaan lääkärille antamista vastauksista - kirjaa ATK:hon tarvittavat asiat. 	<ul style="list-style-type: none"> - kartoittaa potilaan tulosyytä ja senhetkistä tilannetta. - ohjaa / kehottaa potilaan riisuuntumaan 	<ul style="list-style-type: none"> - vastailee lääkärin esittämiin kysymyksiin - riisuuntuu ja nousee tutki- muspöydälle.
<ul style="list-style-type: none"> - seisoo potilaan vieressä ja tarvittaessa lohduttaa / ohjaa tätä (jos ei ole tekemässä muuta tai muualla) - avustaa näytteiden otossa ja huolehtii otetuista näytteistä 	<ul style="list-style-type: none"> - tutkii ja selostaa potilaalle, mitä tekee. - ottaa tarvittavat näytteet 	<ul style="list-style-type: none"> - tutkimuksen jälkeen pukeu- tuu. Saa tarvittaessa hoitajal- ta siteen. - tulee takaisin istumaan
<ul style="list-style-type: none"> - järjestää tutkimuspöydän seuraavaa potilasta varten. - huolehtii papereista ja kirjaa ATK:hon tarvittavat asiat. Tilaa lab -näytteitä ATK:lla. - antaa potilaalle poliklinik- kakortin, jossa seuraava aika (jos tarvitaan). Jos antaa po- tilasohjeita, kertoo, mitä ne ovat. Ohjaa labraan. - 'Hei, hei' potilaalle 	<ul style="list-style-type: none"> - selostaa potilaalle tutkimuk- seen perustuvan jatkosuun- nitelman. - lähtötervehdys 	<ul style="list-style-type: none"> - enimmäkseen kuuntelee ja myöntelee; joskus kysyy ja tarkentaa jotain. - lähtee. Lähtötervehdykset
<ul style="list-style-type: none"> - kuuntelee sanelua ja täyden- tää ATK:hon tehdyt toimen- piteet, kirjaa diagnoosit. (jos missaa sanelun, selvittää diagnoosin lääkärin potilas- luetteloon tekemistä mer- kinnöistä.) - merkitsee papereihin otetut näytteet ja tehdyt toimenpi- teet - huolehtii paperit kuntoon. Vie ne + sanellut kasetit ko- nekirjoittajille samantien tai vastaanottojen jälkeen. 	<ul style="list-style-type: none"> - sanelee. - saa seuraavan potilaan pape- rit luettavakseen. 	

Myös lääkärille ja potilaalle saattoi muodostua käsitys, että hoitaja on vastaanottotilanteessa mukana pikemminkin lääkäriä kuin potilasta varten. Kaiken kaikkiaan hoitajien rooliin saattaa liittyä hankaliin ristiriitoihin johtavia epäselvyyksiä, eikä suinkaan yksin tutkimusyksikössä, vaan monessa muussakin terveydenhuollon organisaatioissa. Opiskelijan harjoitteluajan kokemusten ja hoitajien ammatillisen kasvun kannalta tilanne ei ole paras mahdollinen, sillä roolien epäselvyydellä ja ristiriitaisuudella saattaa olla kasvua heikentävä vaikutus.

'Elikkä meidän lääkäritkin hirveen usein ajattelee sen sillä tavoin, et me hoitajat niin kuin ollaan se näkymätön osa vastaanottoa, et meitä ei oikeastaan tarvittaiskaan siellä.' (H1)

'Kirjoittihan se hoitaja omakätisesti jälkitarkastusajan PKL -korttiin. Lääkäri sanoi: hoitaja antaa jälkitarkastusajan.' (PK 155)

Hoitajan roolin kapeus saattaa heijastua tutkimusyksikön potilaspalautteista: vastaajat eivät ilmeisesti odota – osaa odottaa - mitään erityistä hoitajilta, jo pelkkä ystävällisyys näyttää riittävän vastaanotolla asioivalle potilaalle. Hoitotyön asiantuntijuus kaipaisi selkiyttämistä ja kirkastamista tutkimusyksikössä. Lisäksi hoitajan olisi opittava markkinoimaan omaa osaamistaan ja tehdä itsensä näkyväksi (mm. Metsämuuronen 1998, 154; Peltari 1997, 234).

'En mä nyt varsinaisesti kaivannutkaan. ... Haki jotain tavaroita siinä vaiheessa, kun mä olin riisuuntumassa...ja ei muuta auttanut, kun autto siitä pukilta sitten ylös. Ei puhunut mitään ja näin lääkäri oli sit siel ainut, joka oli äänessä.' (H8)

Myös Hiidenhovin (2001, 61-62) ja Poikajärven (1998, 90-95) tutkimat potilaat arvostivat henkilökunnan aktiivista huomaavaisuutta, johon he lukivat ymmärtämisen osoittamisen, lohduttamisen, rohkaisun ja pelottavan tilanteen jakamisen. Varsinaiseen tutkimustilanteeseen hoitajaa ei välttämättä kuitenkaan kaivattu, tutkimusyksikössä asioineet potilaat ovat esittäneet jopa toiveita saada keskustella lääkärin kanssa kahden *'ilman ylimääräisiä.'* Lääkärin toimintaan kohdistuvat toiveet olivat täsmällisiä ja konkreettisia.

'Olisi hyvä saada olla kaksin lääkärin kanssa.'

'Potilas voitaisiin huomioida enemmän yksilönä lääkärienkin suhteen, eikä liukuihin hihnatyötä.'

'Lääkäreillä saisi olla enemmän aikaa potilaalle.'

'Toivoisin, että lääkärit selittäisivät asiat selvällä suomen kielellä..'

'... voisi olla puheliaampi.' (D:AKH)

Tutkimusyksikön hoitaja ei yleensä osallistunut spontaanisti – *'sotkeutunut'* - lääkärin ja potilaan väliseen keskusteluun, joka sekin oli todellista dialogia itse asiassa hyvin harvoin. *'Hoitajan rooli on hiljainen, ei osallistuva'*, mitä perustellaan *'hienotunteisuudella'*: potilas on tullut nimenomaan lääkärin luokse. *'Molempien ei tarte puhua päällekkäin.'* Hoitajan hiljainen ja avustava rooli vahvisti lääkärin valta-asema vastaanottotilanteessa. Lääkäri ja hoitaja eivät työskennelleet tiiminä, jonka jäsenet ovat tasa-arvoisia.

Vastaanottohuoneen tilajärjestelyt kuvastivat hoitajan roolia ja tehtäviä vastaanottotilanteessa. Järjestelyt eivät edistäneet potilaan ja hoitaja välisen vuorovaikutuksen kehittymistä. Toisaalta hoitaja sai näin parhaan työrauhan toimilleen, ja potilaiden kulku eteni sujuvasti. (Ks. kuvio 6.)

Sujuvuus näytti olevan merkittävä ja ensisijainen arvo tutkimusyksikön potilaan hoidossa. Sujuva hoito oli hyvää hoitoa, se oli sekä teknisesti erinomaista että ripeää. Sujuvuus arvona ilmeni jo tilaratkaisuissa. Sujuvuus korostui sekä onnistuneen että epäonnistuneen tilanteen kuvauksissa.

'Kun tulee päivystyspotilas, ja kaikki menee hyvin: saa nopeasti lääkärin paikalle ja lääkäri saa diagnoosin selville ja saadaan hoidettua, ne on minun mielestä hyviä ... et on saatu kaikki asianmukaisesti etenemään.' (H 3)

'Annettu aika on ollut ihan väärä aika ja sitten on jouduttu soitteleen ja tämmöisiä.' (H 5)

Sujuvuuden arviointi tutkimusyksikössä ei kohonnut potilaan tarpeista, vaan pikemminkin se oli työntekijä- ja organisaatiolähtöistä. Potilas, joka toki arvosti vastaanotolle pääsyä kohtuullisen nopeasti, päivystystilanteiden ripeää etenemistä sekä sovitusta ajoista kiinnipitämistä, odotti kiireetöntä kohtelua varsinaisessa hoitotilanteessa.

'... saisi olla enemmän aikaa potilaalle...; Ihmisiähän tässä hoidetaan, mutta ei tunnu siltä' (D:AKH)

Koska sujuvuus oli tutkimusyksikössä ensisijainen arvo, jäivät muut arvot pelkiksi ihanteiksi, jotka toteutuivat ainoastaan sujuvuuden ehdoilla. Näin oli käynyt ***kokonaisvaltaisuu-delle, asiakas- ja perhekeskeisyydelle sekä jatkuvuudelle.***

'Koska on erikoissairaanhoidon yksikkö, ei pysty kovin kokonaisvaltaisesti hoitamaan, jos on jotain muuta, nehan lähtevät jatkamaan ...' (PK 205)

Jatkuvuus ei korostunut toiminnassa. Välttämättä ei edes itsestään tarjoutuvia tilanteita hyödynnetty. Parhaimmillaankin jatkuvuus miellettiin käyntikohtaisena jatkuvuutena, ei hoitajaksoa koskevana. Esimerkiksi päivystyspotilaan hoidossa hoitajat pyrkivät siihen, että sama hoitaja haastatteli ja oli mukana vastaanotolla. Tämä toteutui ainoastaan, ellei väliin tullut muuta tehtävää. Jatkuvuuden toteutuminen ontuu muissakin terveydenhuollon toimintapisteissä (mm. Poikajärvi 1998, 90).

'Eli kolmannella kerralla (jälkitarkastus) oli ollut tuttu hoitaja ja lääkäri: kumpikaan ei ollut osoittanut eleelläkään tai puolella sanalla, että olisi muistanut potilaan.' (PK 155)

'Jälkitarkastuksessa ei ollut mukana sama hoitaja, joka hoiti potilasta prosessin alkaessa. Ko. hoitajalle oli kyllä laitettu työvuoro ko. päivälle ja sijoitus samaan huoneeseen, mutta sitten olikin käynyt niin ..että hän oli ollut tekemässä jotain muuta, kun potilas jälkitarkastettiin. (PK 106)

Tutkimusyksikössä asioivalta potilaalta odotettiin aloitetta jatkuvuuden toteutumiseksi. Toisaalta potilailta sai positiivista palautetta, jos ja kun hoitaja oli tuttu. Potilaat arvostivat hoitosuhteen jatkuvuutta. Myös tutkimusyksikössä toteutetun aikaisemman tutkimushankkeen yhteydessä potilailta kerätyissä palautteissa korostui jatkuvuuden toive, joskin se kohdistui lähinnä lääkäriin.

'Jotenkin sen näkee potilaasta. Jos ja kun potilas viestittää tuttuuden, hän tarttuu tilaisuuteen.' (PK 168)

'Tuttu on turva, siitä potilaat kiittelevät. Ai, sä oot täällä. Kiva et sä oot täällä.' (H2)

'Taas aivan outo lääkäri, toivoisin joskus tapaavani edelliskertaisen'; 'Hieman vaikeata on, kun lääkärit vaihtuvat usein.' (D:AKH)

Terveysalaan, kuten ylipäättään työelämään, kohdistuneiden muutosten seuraukset ovat osin positiivisia, osin negatiivisia. Hildénin (1999, 173) tutkimat sairaanhoitajat pitivät kiirettä ja kuormittavuutta kielteisinä muutoksina; myös Leinosen (2002, 82) tutkimat hoitajat kokivat nämä seikat ongelmina. Työuupumus on jopa nuorten työntekijöiden ongelma, mitä osaltaan pahentaa työsuhteiden epävarmuus. Sekä kiire ja stressi että epätyypilliset työsuhteet vaikeuttavat ammatillista kasvua. (mm. Kauppinen, Heikkilä, Lehtinen, Lindström, Näyhä, Seppälä, Toikkanen & Tossavainen 2000, 12-13; Lindström 1999, 47-48; Paloposki ym. 2003, 161-162; Wickström ym. 2000, 67-68.)

Epävarmuus työsuhteen jatkuvuudesta ilmenee monenkaltaisina ja ristiriitaisina seurauksina kuten poissaolojen vähenemisenä.

'Et ei oo kyllä mitään turhia poissaoloja, eikä paljoo sairauksiakaan oo ollut ... kyllä tää tilanne on vaikuttanut ... tää kiree tilanne, et kyllä se on ihan eri lailla ihmiset suhtautuu työntekoon.' (H 5)

Sinänsä hyvä asia saattaa johtaa pahempiin ongelmiin, mikäli työntekijä työskentelee puolikuntoisena ja pitkittää hoitoon hakeutumistaan työsuhteen katkeamisen pelossa. Toisaalta vähentyneiden poissaolojen taustalta saattaa löytyä Kangaksen (1999, 106) ennustamia hoitotyön muutoksia kuten työn merkityksen, työhön sitoutumisen ja työmotivaation kasvu. Edelliset muutokset eivät kuitenkaan näy poissaolotilastoissa, sen sijaan tilastot osoittavat poissaolojen lisääntyneen tasaisesti kaikissa ikäryhmissä (Vahtera, Kivimäki & Virtanen 2002, 21).

Kiire oli tuttu myös tutkimusyksikön hoitajille. *'Pyörä ei saa pysähtyä; ajallaan on tapahduttava'*. Työtä vastaanotolla sääteli tiukka aikataulutus, joka oli mitoitettu lääkärin toiminnasta käsin. *'Melkein hän se lääkäri sen tahdin siellä määrää'*. Hoitaja oli mukautuja, jonka itsenäiselle hoitotyölle, tukemiselle ja ohjaamiselle ei ollut varattu riittävästi aikaa, tuskin lainkaan. Ajoituksen tiivyyttä perusteltiin potilaiden odottamiseen liittyvillä tekijöillä: mikäli ajanvarausvastaanotto ei etene aikataulun mukaisesti, joutuvat potilaat odottamaan. Päivystyspotilaiden vastaanotoilla odotusajat venyivät toki monista muistakin syistä. Avointa keskustelua vastaanoton etenemisvauhdista ja siihen mahdollisesti liittyvistä ongelmista ei käyty.

'Ei niille voi hirveen herkästi sitä sanoo, että nyt pidetään stoppi, että ohjaa paremmin ja tälleen.' (H1)

Täysin ulkoa ohjatun aikataulutuksen uhreja hoitajat eivät kuitenkaan olleet, vaan heillä oli omat keinonsa vauhdin säätelyyn ja kiireen hallintaan: tarvittaessa vastaanoton etenemistä voitiin vaihkaa joko nopeuttaa tai hidastaa. Vastaanottoa hidastettiin vitkuttelemalla uuden potilaan kutsumista. Hitaampien lääkäreiden vastaanottoa sen sijaan nopeutettiin esittelemällä seuraavan potilaan paperit heti, kun edellisen potilaan asioita oli hoitajan mielestä setvitty riittävän kauan.

'...mä voin siinä vaiheessa pistää sen stop, kun mä en anna sille niiden seuraavia papereita, ja vähän muutenkin silleen hidastelemalla tai hakemalla vähän hitaammin tavaroita. Silleen vähän itteensä ... ja vastaanottoa tasaannuttaa.' (H1)

'No joskus mä, kun on oikein tämmöinen hidastempoinen lääkäri ... sellainen nukkuja, ni kyllähän sitä voi vähän niin kuin työntää eteenpäin: että täs on seuraava potilas. Toisethan jää sitten ihan kuin lörpötteleen niitten potilaiden kanssa, mut kyllähän se on aika harvinaista.' (H5)

Työkokemus kasvatti kiireenhallintakykyä, *'ei se enää ole vaikeaa, se on vaan järjestyksymys'*, eikä ajatus vastanoton pysäyttämisestä tuntunut mahdottomalta, joskaan sitä ei välttämättä toteutettu käytännössä.

'Jos on iso asia, se hoidetaan. Vastaanotto seisoo. Hoitajan pitää saada tehdä oma työ.' (PK 205)

Vastaanoton jälkeen, kun potilasasiakirjat olivat tulleet konekirjoituksesta, alkoi toimistossa niiden käsittely ja kirjeiden kirjoitus. Vaikka tutkimusyksikön hoitajien tehtäviin sisältyi paljon ATK-työskentelyä ja muita toimistotehtäviä ja vaikka niiden aikaa vievä vaikutus tiedostettiin, eivät hoitajat pitäneet tilannetta mitenkään outona, eriskummallisena tai heidän osaamistaan aliarvioivana. Päinvastoin näitä tehtäviä arvostettiin ja korostettiin, että he ovat pohtineet paljon näitä *'paperiasioita'*, jotta ne sujuisivat hyvin. Sen sijaan aikaisemmissa tutkimuksissa (Harisalo ym. 1996, 957; Kukkola 1986, 76; Partanen 1999, 45) on pohdittu, onko tarkoituksenmukaista käyttää hoitajia sihteerinä erilaisissa toimisto- ja taloushallintotehtävissä?

'Alkuvuokolla raportilla ohjattiin hoitajia parempaan huolellisuuteen papereiden lukemisessa: potilaan paperit ovat löytyneet hyllystä, vaikka tutkimuksia on vielä tullut.' (PK 28)

Jos näytteissä oli jotain erikoista (esim. positiivinen arvo tai epänormaali löydös), siitä ilmoitettiin kirjeitse potilaalle. Kirjeitä lähti todella paljon. Niiden kirjoittamisoikeutta laajennettiin tutkimusjakson aikana, erään kehittämisiltapäivän tuloksena. Alun perin se oli sairaanhoitajien ja kättilöiden luottotehtävä, nyt myös perushoitajat saivat kirjeenkirjoittamisluvan (D:KM).

'Nythän meillä on niinku aika pirstoutunut tää työ, et sitten kun lääkäri on katsonut vastausta, se laittaa siihen kirjelaatikkoon. Jos on ilmoitettavaa potilaalle, sen voi hoitaa kuka tahansa vaan.' (H3)

Kirjalliset hoitotyön suunnitelmat ovat osa potilasasiakirjoja. Poliklinikalle oli kehitetty omat lomakkeet hoitotyön suunnittelua varten. Näin hoidon jatkuvuus turvautui poliklinikakäyntien välillä. Toisaalta se katkaisi hoitolinja- ja hoitopisodijatkuvuuden. Kirjaaminen oli vähäistä, *'lyhyttä ja ytimekästä'*. Usein se rajoittui tulosyyn eli diagnoosin merkitsemiseen, lähetteen kirjaamiseen, tarvittavien laboratoriotulosten ympyröimiseen sekä mainintaan mitä tehty, kuten *'Seuraava aika annettu (päiväys). Activelle® -resepti annettu.'*

Varsinainen hoitotyön osuus jätettiin kirjaamatta. Tätä selitettiin toiminnan itsestään selvyydellä: *'Kun se on niin itsestään selvää meille, ei niitä huomaa kirjata.'* Toisaalta vähäinen kirjaaminen saattoi heijastaa tehtäväkeskeistä ja rutiininomaista toimintaa, johon yksittäinen potilas elämäntilanteineen ja odotuksineen, ongelmineen ja tavoitteineen ei vaikuttanut. Ei todellakaan ollut mitään sellaista kirjattavaa, jota muut eivät olisi tienneet.

Kirjaamatta jäi useimmiten myös potilaan tunnetila, vaikka todettiin *'olisi hyvä kirjata näitäkin asioita.'* Potilaslähtöisessä kirjaamisessa nämä asiat ovat olennaisia. Lisäksi ne tukisivat osaltaan moniammatillista yhteistyötä. Kirjaamattomuus on tiedostettu paitsi tutkimusyksikön myös monen muunkin hoitoyhteisön ongelmaksi (mm. Partanen 1999). Kirjaamista pyrittiin edistämään ja sen merkitys potilaan hoidon laadun varmistajana ja hoitotyön kehittämiseen vaikuttavana osatekijänä ymmärrettiin, joskin tämä ilmeni vasta sanoissa, ei niinkään teoissa. Mielenkiintoista oli havaita, ettei kirjaamiskäytäntö ollut muuttunut tutkimusprosessin kuluessa (vuodesta 1997 vuoteen 2001). Samana oli myös säilynyt haave kehittää kirjaamista.

'Kyllähän tää hirveen hyvä on, että hoitajallakin oma kaavake, mihin kirjataan semmoisia asioita, mitä on tarpeellista tietää. ... Nyt täytyis koittaa mahdollisimman tarkkaan kaikki kirjata, kun ei tiedä koskaan, mitä sitten jälkikäteen tulee....' (H 5)

'Minua kiehtoisi kehittää KHS:a (=kirjallisia hoitotyön suunnitelmia), niihin kirjaamista. Sitä potilaan tunnetilaa pitäisi kirjata enemmän.' (PK 210)

Eräs perustelu kirjaamiselle on potilaiden ja henkilökunnan oikeusturva. *'Näistä merkinnöistä saisi näihinkin asioihin lisävalaistusta.'* Hoitotyön suunnitelmaan ja muihin potilasasiakirjoihin tehdyt merkinnät helpottavat potilaan hoitoon liittyvien seikkojen selvitystä jälkikäteen esimerkiksi potilasvahinkotapauksissa ja potilaiden tekemien valitusten käsittelyssä. Kirjaaminen ja omien nimikirjainten merkintä potilaan papereihin selkiyttää ja kirkastaa hoitajan yksilövastuuta tekemästään työstä. Tehtäväkeskeisessä työskentelyssä ja kirjaamattomuuskulttuurissa on mahdollista paeta kollektiivisen vastuun turvaan.

5.2.3 Hoitotyötä – jos aikaa jää

‘Eräs toinen hoitaja mainitsi hoitajuuden olevan haasteellista ja vaikeaa poliklinikalla.’ (PK 31)

Hoitotyö voidaan määritellä monin tavoin ja monesta näkökulmasta, ja se millainen näkemys ohjaa toimintaa, muovaa vallitsevaa hoitokulttuuria näköisekseen. Hoitotyö voi olla lääketiedeorientoitunutta, jolloin se on kapeaa ja alisteista tai se voi olla hoitotiedeorientoitunutta, jolloin se on laajaa ja itsenäistä. (Krause & Salo 1993, 14.) Itsenäiselle hoitotyölle luonteenomaisen tehtävien toteuttaminen saattaa olla joko välillistä tai välitöntä. Lisäksi hoitajan tehtäviin kuuluu välillisiä ja välittömiä epäitsenäisiä tehtäviä. Airaksisen (1993, 25-26; ks. luku 2.1.2) näkemys hoitotyöstä puoliammattina perustuu ilmeisesti lääketiedeorientoituneeseen tulkintaan hoitotyöstä. Vahvempi hoitotiedeorientoituneisuus kohottaisi hoitotyötä kohti varsinaista, kehittynyttä ammattia, professiota.

Millaista polikliinisen toiminnan luonne on ja millaista hoitotyö on poliklinikalla? Poliklinikkatyö on nopeatempoista, ja sitä on pidetty ja pidetään edelleenkin hyvin teknisenä työskentelynä. Poliklinikkatoiminnalle on tyypillistä lääketiedeorientoitunut tehtäväkeskeinen toiminta, jolloin mielenkiinnon kohteena on tehtävä, ei se millä tavalla tehtävä suoritetaan tai kenelle siitä vastataan. Tehtävät kyllä suoritetaan erinomaisesti, mutta vastuu potilaan kokonaisvaltaisesta hoitamisesta jää hämäräksi.

Tutkimusyksikön hoitajien päivärutiini osoittautui hyvin selkeäksi ja yhteneväiseksi. Samankaltaisuus edellä kuvatun polikliinisen hoitotyön kanssa on ilmeinen. Toiminnan ytimeksi muodostui vastaanotto toiminta – joko ajanvaraus- tai päivystysvastaanotto. Lopultakin lähes kaikki muu toiminta palveli vastaanottopalvelujen sujuvaa ja asianmukaista toteutumista. Tutkimusyksikön hoitajat totesivat: *‘Vastaanotot ovat tätä, ne on otettava sellaisena. Sitten on muu hoitajan työ.’* Valitettavasti poliklinikalta ei tahdo löytyä sitä muuta. Toisaalta ei siihen olisi aikaakaan, joka riittää juuri ja juuri vastaanottojen pyörytykseen. Vai löytyisikö sittenkin? Clarke ja Wilcockson (2001) havaitsivat kehittyneeseen hoitotyön asiantuntijuuteen liittyvän kyvyn havaita vaihtoehtoisia mahdollisuuksia oman työn hyvälle toteuttamiselle. Sen sijaan aloittelijalle oli tavanomaista

vedota kehittämistä estäviin tekijöihin, kuten aikaan ja resursseihin sekä johdon tuen puutteeseen.

Valtaosa vastaanotoista eteni toivotulla tavalla, tavoitteen mukaan - ideaalisti, joustavasti, nopeasti sekä hyvin kaavamaisesti ja rituaalisesti. Työskentely oli tehtäväkeskeistä, toistui saman kaavan mukaan, eikä kehitys tämän tutkimushankkeen aikana (aineistonkeruu v. 1997 – v. 2001) suinkaan muuttanut tilannetta parempaan suuntaan, vaan *'... varmaan vielä enemmän on mennyt tehtäväkeskeiseen ajanvarauspuolella.'* Syyksi nimettiin ATK -tehtävien lisääntyminen, *'siihen se aika menee sen vastaanoton aikana.'* Tutkimusyksikön toimintakäytännöt vahvistivat hierarkiaa, lääkärin valta-asemaa ja hoitajan alisteisempaa roolia. (Vrt. Tammelin 2000, 22-23.)

Kaavamaisuus ja rutiinimaisuus eivät - valitettavasti - ole vain polikliinisen toiminnan piirteitä, vaan ne haittaavat monen muunkin terveydenhuollon yksikön toimintaa, toteaa Harisalo työryhmineen (1996, 958). Myös Poikajärvi (1998, 90) nimesi palvelujärjestelmän ongelmiksi rutiininomaisuuden, toimenpide- ja organisaatiokeskeisyyden. Työt jaetaan tehtävittäin ja tehtävät puolestaan jäävät yksittäisiksi ja irrallisiksi. Tämä taas saattaa vaikeuttaa työsuoritusten mielekkään kokonaisuuden hahmottamista ja muodostua hyvän työn toteuttamisesteeksi.

Tutkimusyksikön hoitajat eivät pitäneet oman toimintansa tehtäväkeskeisyyttä, kaavamaisuutta ja rutiininluontoisuutta sinänsä ongelmana. Päinvastoin. Tehtävien ja toimipisteiden vaihto koettiin hyväksi ratkaisuksi ja rutiinit miellettiin hyödyllisiksi, eikä niistä haluta luopua, koska *'päiväjärjestys toimii.'*

'Mä en varsinaisesti oikeestaan tähän meidän päiväjärjestykseen puuttuis millään tavalla. Tähän toimii hirveen hyvin.' (H 1)

'Se on siitä kivaa, kun me vaihdetaan paikasta toiseen.' (PK 190)

Hoitajien tehtävien ja roolin vaihtelu vastaanoton luonteen mukaan. Hoitajien tehtävät ja rooli vaihtelivat tutkimusyksikössä sen mukaan, työskentelikö hoitaja ajanvarausvai päivystysvastaanotolla. Myös Kukkola (1986, 73) havaitsi vastaanottojen luonteen muuttavan hoitajan roolia. Kukkolan tutkimuksessa ajanvarausvastaanotolla työskentelevien hoitajien roolimalli oli ammatillisempi ja itsenäisempi, kun taas päivystyspotilaan hoidossa toiminta oli alisteisempi ja ohjautui lääkärin odotuksista käsin. Tutkimusyksi-

kössä tilanne oli melkein päinvastoin: ajanvarausvastaanotolla hoitajan rooli oli perin kapea ja rutiininomainen, kun taas päivystyspotilaan hoidossa hoitajilla oli laajempi mahdollisuus käyttää ammattitaitoaan ja hyödyntää osaamistaan, joskin nämä haasteet kohosivat lääketieteellisen hoidon ja teknisten kvalifikaatioiden hallinnasta, ei niinkään potilaan kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta.

Tutkimusyksikön ajanvaraus- ja päivystysvastaanotolla työskentelevän hoitajan rooleja voi tarkastella tehtävien edellyttämän itsenäisen päätöksenteon suhteen. Hoitajan ammatin itsenäisyyteen liittyy vapaus sekä tehdä ammatillisia päätöksiä että toimia näiden päätösten mukaisesti (Kangas 1999, 99). Ajanvarausvastaanottotilanteissa korostui hoitotoimenpiteiden ja hoito-ohjelmien toteuttaminen pääsääntöisesti hoitajan epäitsenäisenä toimintana, joka ei edellyttänyt tutkimusyksikön hoitajilta itsenäistä ja omaan ammatilliseen tietoon pohjautuvaa päätöksentekoa juuri nimeksikään.

'Mä en tee sillai niinku mitään potilaan henkeä koskevia päätöksiä ollenkaan. Se ei kuulu sillä tavalla mun työsarkaani, se kuuluu lääkärille.' (H 1)

Sen sijaan päivystyspotilaan hoitoon sisältyi välitöntä hoitotyötä, itsenäistä päätöksentekoa ja kaiken kaikkiaan enemmän vastuuta; potilaan hoidossa painottuivat Bennerin (1989, 52) esittämistä hoitotyön osa-alueista diagnosointi ja potilaiden tarkkailu sekä nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinta.

'Meille voi tulla kovasti vuotava potilas, niille pitää laittaa laboratoriot ja verta tippumaan ja kaikkee. Päivystyspoliklinikallahan kun on tää mahdollisuus, et tule semmoisia tilanteita, et täytyy osata toimiakin nopeasti.' (H 3)

Päivystysvastaanotolla hoitaja teki tulohaastattelun ja ratkaisi keräämänsä tiedon sekä tekemiensä havaintojen perusteella muun muassa hoidon kiireellisyyden, tärkeysjärjestyksen ja päätti päivystyspotilaalta otettavista kliinisistä tutkimuksista - siis mitä otetaan ja otetaanko ennen vai vasta lääkärin tarkastuksen jälkeen. Hoitajat pitivät päivystyspotilaan hoitoa haasteellisina, koska niissä *'saa käyttää omaa järkeä'* ja omaa ammattitaitoa. Tilanteita ei koettu mitenkään ahdistavina tai ylivoimaisina. Päinvastoin niistä selviäminen tuntui kohottavan ammatillista itsetuntoa. Kasvio (1997, 147) totesi erääksi hyvän työn ominaisuudeksi *'kykyjen ja osaamisen monipuolisen käytön'*, tutkimusyksikössä nimenomaan päivystystilanteissa osaamisen monipuolinen käyttö mahdollistui.

'Se on sen verran itsenäisempää toi haastattelu, siin ei kumminkaan oo mitään lääkärii mukana, siin on pelkästään minä ja potilas. Se on niinku minun päätettä-

vissä, mitä tehdään ja mitä otatetaan. Eli siellä päivystyspuolella mä teen niitä omia ratkaisuja.’ (H I)

Poliklinikan aukioloaikojen supistaminen vähensi siellä asioivien päivystyspotilaiden määrää (ks. luku 5.1.1). Hoitajat vastustivat muutosta ja kokivat sen kaventavan heidän tehtäviään. Erityisesti hoitajat pelkäsivät kädentaitojen ruostumista ja äkillisten tilanteiden hallintakyvyn menettämistä. Tilanteita, joissa nimenomaan tämä osaaminen olisi joutunut koetteelle, harjaantunut ja vahvistunut, tuli nykykäytännössä tuskin lainkaan.

’Joo kyllä mun ainaskin nää käden taidot ja sen sellaiset, ne jää vähemmälle. Päivystysaikana tuli potilaita, joille piti laittaa tipat ja oli kaavintoja...ja sit niinku että mukautuu tämmöiseen nopeaan tilanteeseen, sekin niinku alkaa ruostua...niitä tulee sen verran vähän...ja ne tulee aina sinä aikana kun on lääkäri yleensä paikalla, eli ei oo iltaa ja viikonloppuu, jolloin sä joudut ottaa vastuun koko potilaan hoidosta – kuin silloin kun ei saatu lääkäreitä – että silloin sun piti tosiaan tehdä hyvin itsenäisii ratkaisuja .. et nyt kun me tehdään pelkkää päivää, niin siellä on aina... (lääkäri)...niin siinä on eri leima. Onhan se kaventunut tietysti.’ (PK 189)

Lauri ja Salanterä (1995, 69-71; 1998, 447-448) ovat tutkineet **hoitotyön päätöksenteon vaihtelua**. Tulosten mukaan suomalaisten sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien käyttämät päätöksentekomallit, jotka vaihtelivat toimintaympäristöittäin, voidaan nimetä seuraavasti:

- a) *Sääntöorientoitunut päätöksentekomalli*, jossa päätöksenteko on pääosin ulkopäin ohjautuvaa. Malli edustaa *rationaalista päätöksentekoteoriaa*. Siinä toteutetaan melko mekaanisesti, kaavamaisesti ja rutiininomaisesti potilaan ongelmaan tai tautiin liittyviä hoito-ohjeita tai hoitosuunnitelmia. Hoitotyö kohdistuu potilaan sen hetkisiin ’tässä ja nyt’ –ongelmiin.
- b) *Prosessi- ja malliorientoitunut päätöksenteko malli*, jossa päätöksentekoa ohjaavat sekä hoitotyön oma tietoperusta että erilaiset hoitotyön mallit. Myös tämän mallin taustalta löytyy osittain rationaalinen päätöksentekoteoria.
- c) *Hoitaja- ja potilasorientoituneet päätöksentekomallit*, jotka edustavat *informaation prosessointiin liittyvää päätöksentekoteoriaa*. Potilasorientoituneessa päätöksentekomallissa potilas ja tämän omainen ovat kiinteästi mukana hoidon kaikissa vaiheissa ja hoitotyö painottuu terveyskeskeisesti. Myös hoitajaorientoituneessa päätöksenteossa hoitaja toimii potilaskeskeisesti, mutta varsinaiset päätökset tekee hoitaja, joskin varmistaa tekemiensä tulkintojen oikeellisuuden.
- d) *Luova ja monipuolinen päätöksentekomalli*, joka pohjautuu kokonaistilanteesta lähtevään, osittain *intuitioon perustuvaan päätöksentekoteoriaan*. (Lauri & Salanterä 1995, 69-71; 1998, 447-448.)

Kun tutkimusyksikön hoitajien potilashoitoa koskevaa päätöksentekoa vertaa Laurin ja Salanterän esittämään malliin, näyttäisi se painottuvan rationaaliseen päätöksentekoteoriaan pohjautuvaan sääntöorientoituneeseen päätöksentekomalliin, etenkin ajanvarausvastaanotolla. Hoidon painopiste oli potilaan 'tässä ja nyt' -ongelmissa ja lähes poikkeuksetta potilaat saivat tämän avun sujuvasti. Lisäksi tulos oli teknisenä suoritteena yleensä onnistunut.

'Se on tärkeintä mun mielestä, että asiakas saa sen avun, minkä takia hän on tänne tullut.' (H 3)

'10+, erittäin huolellinen ja tunnollinen hoito.' (D:AKH)

Päivystysvastaanotolla työskentelevät hoitajat tekivät rutiiniratkaisujen lisäksi myös välittömiä päätöksiä. Hämmästyttävää kuitenkin oli se, että vaikka päivystyspotilaan hoito koettiin haastavaksi sekä kaikin puolin ammatillista itsetuntoa kohentavaksi, pyrittiin myös päivystystilanteita muuttamaan kohti sääntöorientoituneisuutta. Toisin sanoen kaivattiin toimintaa ohjaavia selkeitä ja yksiselitteisiä tehtäväkohtaisia ohjeita, joiden avulla päätöksenteko sujuisi rutiinilla ja vastuu tilanteesta siirtyisi ohjeen antaneelle taholle. Hoitajat esimerkiksi halusivat vapautua – sanoutua irti - päivystyspotilaan toimenpiteen jälkeisen tarkkailun kestoa koskevasta itsenäisen päätöksenteon vastuusta ja vaativat tarkkailuajan pituudesta selkeää ja yksiselitteistä ohjetta.

Myöskään uusia tilanteita ei hyödynnetty. Inkontinenssipotilaan ohjaustilanne, jossa olisi voitu käyttää luovaa ja monipuolista päätöksentekomallia, muotoiltiin silkaksi lomakkeen täyttämiseksi ja pääosin rutiiniratkaisuja vaativaksi, ulkoa ohjautuvaksi toiminnaksi.

Tiukka sääntöorientoituneisuus ja pitäytymien rutiiniratkaisuissa saattavat kuvata tutkimusyksikön hoitajien asiantuntijuuden kasvun keskeneräisyyttä; asiantuntijalla on paitsi rohkeus tehdä itsenäisiä, luovia ja vaihtoehtoisia ratkaisuja myös kyky irrottautua ja joskus jopa rikkoa sääntöjä ja ohjeita. Ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaidot ovat osa hoitotyön asiantuntijuutta, joissa kehittyminen edellyttää teorian ja käytännön sopivaa vuorovaikutusta.

5.2.4 Tukemista ja ohjaamista

'No, kyllä varmasti hyvä hoitaja olis sellainen, joka kertois vähä enemmänkin, mitä itte älyää kysyä, ja mahdollisesti kävis siinä välilläkin, sitten kun potilas esimerkiksi siellä lepoahuoneessa makaa, niin kävis kysymässä, että onko mitään ongelmia? En mä nyt oikeesti kaivannutkaan, vaan sellainen olis varmaan hyvää hoitoo.' (H8)

Edellisessä luvussa kuvattiin tutkimusyksikön toimintaa potilaan tulositynän olevan sairauden ja sen oireiden eli 'tässä ja nyt' -ongelman näkökulmasta. Tutkimusyksikön hoitofilosofia opastaa potilaan kokonaisvaltaisempaan hoitoon. Hoitofilosofiassa todetaan, että tavoitteena on *'tukea potilaan itsehoitoa, auttaa ja vahvistaa häntä tekemään hyviä itsensä hoitoa koskevia päätöksiä'* (D:HF). Kinnusen ja Vuoren (1999, 35) mukaan jokaisen potilaan hoidossa on pyrittävä laajempiin tavoitteisiin niin, että hoidettava kokee hoitotapahtuman korkeatasoiseksi ja annetulla hoidolla on *todellisia terveyttä edistäviä vaikutuksia*. Sekä Pelttari (1997, 234) että Metsämuuronen (1998, 153) ennustavat, että tulevaisuudessa hoitajan työssä painottuvat entistä enemmän terveydenedistämismuutokset.

Tukeminen ja ohjaaminen ovat osittain päällekkäisiä, osittain omia tehtäviään. Lauri ja Elomaa (1999, 68), kuten myös McQueen (1997, 770) sisällyttävät ohjauksen ja tukemisen hoitotyöhön hoitamisen, auttamisen ja hoivaamisen lisäksi. Tässä työssä *'ohjaus'* on asiakkaan tavoitteellista tiedollista tukea terveyteen, sen edistämiseen ja ylläpitämiseen liittyvissä kysymyksissä. Ohjaus voidaan nimetä myös terveyskasvatukseksi, -neuvonnaksi, -valistukseksi, -viestinnäksi ja opettamiseksi. (Kettunen 2001, 14-15; Torkkola 2002, 5-9; Wiio & Puska 1993, 16-17; Whitehead 2001, 829-980.) Ohjauksen laaja-alaisia tavoitteita ei saavuteta, mikäli ohjaus kattaa ainoastaan jatkotoimenpiteiden selvityksen ja kirjallisten ohjeiden jakamisen. *'Tukemisella'* tarkoitetaan tässä työssä erityisesti emotionaalista tukemista ja se määritellään potilaan kanssa olemiseksi ja hänen tilanteensa syvälliseksi ymmärtämiseksi.

'Paljon on lappuja, joita joutuu antamaan ja ojentelemaan.' (PK197)

Ohjauskeskustelua voidaan tarkastella myös mahdollistavana instituutiona, jonka avulla saadaan kosketus yksittäiseen potilaaseen. Kuten arkikeskusteluun myös institutionaaliseen keskusteluun eli ammattilaisen ja asiakkaan väliseen kohtaamiseen liittyy valtapäiirteitä, jotka toteutuvat toisaalta toiminnan rajoitteina ja toisaalta eroina siinä, mitä osanottajan oletetaan tietävän. Seurauksia tuottava valta operoi toiminnan rajoitteiden kautta; auktoriteetissa on kyse toimijoiden erilaisista tiedollisista asemista. Jokainen puhuja jokaisessa keskustelussa käyttää toiminnan rajoitteita asettavaa valtaa suhteessa mahdollisiin seuraaviin puhujiin. Keskustelu on mahdollista vasta sitten, kun kaksi tai useampi toimija vuorottelee tämän vallan käytössä. (Peräkylä 1996, 89-100.)

Tutkimusyksikön hoitajat eivät erota tukemista ja ohjaamista toisistaan, joskin saattavat puhua ohjaamisesta ja tukemisestä erillisinä toimintoina. Tukeminen näyttää koostuvan sekä tiedollisen että emotionaalisen tuen antamisesta. Tukeminen on vierellä seisomista, konkreettista läsnä olemista, mutta myös ohjaamista ja ohjeiden perille menon varmistamista.

'...mun työssä on tärkeintä just se potilaan tukeminen. Mä en voi lähteä siitä, jos mä nään ettei potilas ole niin kuin sisäistänyt sitä asiaa.' (H1)

Entä miten tutkimusyksikön hoitaja onnistui sijoittamaan ohjaamisen ja tukemisen kii-reiseen ja tehtäväkeskeiseen työpäiväänsä? Huonosti, johtuen aika- ja tilaongelmista, jotka estivät ja rajoittivat tukemisen ja ohjauksen toteuttamista. Tiedonsaantiin liittyvät ongelmat ovat tutkimusten mukaan yleisiä (D:TV; Aarva 1995, 108-110; Hiidenhovi, 2002, 84-85; Nykänen 2002, 51; Poikajärvi 1998, 90-95; Renholm & Suominen 2000, 116; Russell, Daly, Hughes & op't Hoog 2003).

Tähän tutkimukseen haastateltu opiskelija (H 9), joka harjoitteli osastolla tutkimuksen II:ssa vaiheessa (v. 2001; ks. liite 1) arvioi, että hän oli saanut harjoitella ohjausta nimenomaan koska oli opiskelija. Valmiilla hoitajilla ei siihen liikene aikaa, *'ensin on huolehdittava niin monta asiaa.'* Voi kuitenkin pohtia, oppiiko opiskelija tällaisessa ohjauskulttuurissa todella ohjausta ja ymmärtääkö hän sen kuuluvan hoitotyön asiantuntijuuteen? Mieltääkseen terveyskasvatuksen osaksi hoitajan tehtäviä opiskelijat tarvitsevat vahvaa terveyskasvattajan roolimallia. Muun muassa Chalmers, Seguire ja Brown (2003, 110; vrt. myös Engeström 1999, 313; Kuronen 1993, 102) havaitsivat opiskeli-

joiden epäilevän oikeuttaan puuttua potilaan yksityiselämään neuvoineen ja ohjeineen. Samankaltaisia puolusteluja ohjauksen laiminlyönnille esiintyy yleisesti.

'Opiskelijan rooli on erilainen – ennättää olla potilaan kanssa - käsi olkapäällä – puhella. Opiskelijalta puuttuu ATK:n näpyttäminen, vakituinen henkilökunta joutuu tästä huolehtimaan... Opiskelijana hoitaa potilasta, valmiina konetta.' (H9)

Tutkimusyksikössä toteutunutta ohjausta voi tarkastella analysoimalla hoitajan puheetta. Hoitajan ja potilaan välinen keskustelu (sanallinen vuorovaikutus) vastaanottotilanteissa oli vähäistä ja vaatimatonta. Teitittely tai persoonaton puhuttelu oli yleistä. Suhtautuminen potilaaseen oli hillityn ystävällistä ja tyynen asiallista. Hoitajan puheenvuorot potilaalle olivat lyhyitä, eikä niihin edes odotettu suoranaista vastausta. Näissä tilanteissa auktoriteettivalta oli väistämättä läsnä sekä toiminnan rajoitteina että hoitajan ja potilaan erilaisina tiedollisina asemina (Peräkylä 1996, 95).

Luonteeltaan hoitajan puhe oli tulkittavissa joko lohduttavaksi, hoivaavaksi tai ohjaavaksi. Havainnot ohjaavista puheenvuoroista olivat yleisimmät. Niiden tavoitteena oli auttaa potilasta selviytymään vastaanottotilanteesta, minkä sujuva eteneminen edellytti myös potilaalta tiettyä käyttäytymistä. Ohjaus rajoittui useimmiten sairauteen ja jatkohoitoon liittyvien kirjallisten ohjeiden jakamiseen ja annettujen ohjelappujen nimeämiseen. Lisäksi ohjaus oli pääosin luokiteltavissa välittömään epäitsenäiseen hoitotyöhön ja perustui rutiiniratkaisuihin ja kliiniseen osaamiseen, ei niinkään ohjaustaitoihin. (Taulukko 5.)

'Itse asiassa vastaanottotilanteissa näitä ohjeita jaeltiin harvoin... Päivystyspotilaiden vastaanottaja antaa ilmeisesti tarvittaessa esim herpesestä tai klamydiasta lehtisen potilaalle. Kerran potilas tuli vastaanotolle ja lääkäri kysyi: mikäs teillä on hätänä? Potilas viittasi saamaansa ohjelappuun ja sanoi: tuo.' (PK 33)

Taulukko 5. Hoitajan puheen luokittelu

1	2	3	4
TERVEHDYS-PUHE	LOHDUTTAVA PUHE	OHJAAVA PUHE	HOIVAAVA PUHE
Esimerkki: - <i>Hei, hei!</i> - <i>Huomenta, tuonne voitte jättää takin.</i>	Esimerkki: - <i>Ei tämä satu.</i> - <i>Ei kestä enää kauan.</i>	Esimerkki: - <i>Tuolla verhon takana voi riisua</i> - <i>Vielä vähän alemmaksi.</i> - <i>Sitten pitäis käydä labrassa, joka on toisessa kerroksessa.</i> - <i>Kirjeitse.</i> - <i>Mä voin tuolla vähän kertoa.</i> - <i>Saatte jumppaohjeet.</i> - <i>Tässä on nämä... (ojentaa ohjeen)</i>	Esimerkki: - <i>Onko tyyny hyvin?</i> - <i>Tässä on paperia, jos haluatte pyyhkiä.</i> - <i>Mä olinkin ajatellut sulle tätä. (ojentaa terveysiteen)</i>

Osa hoitajan ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta vastaanottotilanteessa oli sanatonta: hymyilyä, nyökyttelyä ja kädellä ohjaamista. Sanattomasta vuorovaikutuksesta oli löydettävissä kaikki sanallisen puheen funktiot: potilasta paitsi tervehdittiin myös lohdutettiin, hoivattiin ja ohjattiin sanattomasti. (Vrt. taulukko 5). Esimerkiksi kun potilas tuli riisuuntuneena verhon takaa, hoitaja – mikäli oli paikalla ja suinkin muilta töiltään ennätti - nousi pöytänsä äärestä, hymyili ja viittasi kädellään tutkimuspöytänsä päin (=ohjaavaa). Huonokuntoisen potilaan laskeutuessa tutkimuspöydältä hoitaja seiso i vierellä, kädet valmiina tukemaan potilasta (=hoivaavaa).

'...ja ei muuta auttanut, kun autto siitä pukilta sitten ylös. Ei puhunut mitään...'
(H8)

Jos tutkimus oli kivulias tai muuten epämiellyttävä, saattoi potilas siirtää kätensä paikkaan, jossa se oli tiellä tai häiritsi tutkimusta tekevää lääkäriä, tällöin hoitaja tarttui potilaan käteen, siirsi sen takaisin potilaan vatsan päälle (=ohjaavaa) ja joskus jopa jätti oman kätensä potilaan käden päälle (=lohduttavaa tai hoivaavaa). Potilaat näyttivät hyväksyvän tämän hiljaisen vuorovaikutuksen ja vastaavasti osa heidän omasta puheestaan, etenkin hoitajan kanssa, oli sanatonta.

'Joskushan niistä täytyy pitää kiinni. Ja silleen että kyllä tää tästä...' (H5)

Missä ja milloin tutkimusyksikön hoitajat toteuttivat ohjauksensa? Hoitaja, joka työskenteli ajanvarausvastaanotolla, saattoi antaa ohjauksen tutkimushuoneessa vain ja ainoastaan, jos lääkäri oli suojea. Muussa tapauksessa, mikäli hoitaja piti ohjausta välttämättömänä, joutui hän tekemään sen käytävällä toiselle potilaalle varatulla ajalla. Tämä puolestaan häirtasi vastaanoton seuraamista: miten lääkäri toimi ja tarvittiinko hänen ohjauspanostaan taas seuraavan potilaan kohdalla? Toisaalta vastaanoton kulun kaavamaisuus ja rutiinomaisuus palvelivat käytävältä palavaa hoitajaa ja auttoivat tätä orientoitumaan tilanteeseen hetkessä.

'Ennättäis hoitajakin. Mutta nyten sitä hommaa säätelee lääkäri. Jos se pääsee nopeammin siitä, niin se uus potilas tulee äkimmin. Meillä on kyllä lääkäreitä, jotka eivät ole niin kiireisiä, et voi ihan siinä vastaanottohuoneessakin antaa ohjeet...Joo, kyllä se joittenkin lääkäreiden kanssa onnistuu, kun rupee vaan antaa. Mut usein se jää siihen, et potilas odottaa tossa käytävässä, sä meet antamaan siihen ne ohjeet ja on jo vähän kiire seuraavan potilaan luokse.' (H3)

'... mä sanon potilaalle, et oottakaa pikkuisen aikaa käytävällä, mä tuun kohta perässä. Ja läiskäsen lääkärille seuraavat paperit ja pyydän seuraavan potilaan siihen ...oon sit jonkun aikaa siin käytävällä toisen potilaan kanssa. Siltä jää siltä toiselta potilaalta jonkunlainen osuus ...kyl siin sitten jossain vaiheessa kerkee takaisin. (H1)

Toinen vaihtoehto oli käydä pyytämässä työtoveri apuun, joko ohjaamaan potilasta tai tuuraamaan vastaanotolle. Tämä ratkaisu ehkäisi hoitajakohtaisen jatkuvuuden toteutumisen.

'Ja jos ei kerkee, niin yleensä voi käydä tuolta toimistosta pyytämässä apua, et menee siks aikaa sen potilaan kaa sinne. Et jos on semmonen potilas, joka niinku tarttee todella tukea ja halua vielä jutella tarkemmin. (H1)

Kukkola (1997, 134-135) joka tutki halutun ja saadun kommunikation vastaavuutta terveyskeskuksen vastaanotolla, havaitsi potilaiden ennakko-odotusten ja vastaanoton jälkeisen tilanteen eroavan toisistaan. Potilaat odottivat etukäteen sosioemotionaaliseen kommunikatioon liittyviä asioita kuten kuuntelua, kannustamista ja hyvää kohtelua. Tilanne on ymmärrettävä, koska *'ne pelkää ihan hirveesti ... enimmäkseen, mitä löytyy.'* Sen sijaan instrumentaalisen kommunikation osatekijät (tieto sairaudesta, sen syistä, etenemisestä ja hoidosta) kohosivat vasta vastaanoton jälkeen sosioemotionaalisen kommunikatioulottuvuuden rinnalle. Kukkolan tutkimat hoitajat puolestaan painottivat instrumentaalisen kommunikation merkitystä ennen ja jälkeen vastaanoton.

Instrumentaalinen kommunikaatio korostui myös tutkimusyksikön hoitajien toiminnassa. Potilaat kiittelivät saamaansa gynekologiseen sairauteen liittyvää ohjausta ja sen asiantuntevuutta, joskin arvostivat myös hoitajien empaattisuutta, ystävällisyyttä ja ymmärtäväisyyttä. Ilmeisesti poliklinikalla asioineiden potilaiden sosioemotionaalisiin tarpeisiin vastattiin riittävästi, tapahtuipa se sitten sanallisen tai sanattoman vuorovaikutuksen keinoin.

'Olen saanut erittäin hyvän kohtelun ja hoidon; olen tyytyväinen, ystävällistä henkilökuntaa; henkilökunta miellyttävää...' (D:AKH)

Tutkimusyksikön hoitajat liittivät tukemiseen ajan antamisen ja läsnäolon, potilaan hädän oivaltamisen ja rohkeuden puuttua tilanteeseen eli sosioemotionaalisiin tarpeisiin vastaamisen. Välttämättä ei tarvinnut puhua mitään; vuorovaikutus saattoi jäädä sanattomaksi ollen esimerkiksi vaan *'se pieni ele...tarttuu olkapäähän tai jotain.'* Tukemisen taitoa pidettiin vaativana ja hyvän hoitajan ominaisuutena, joka oli opittavissa ja jossa haluttiin kehittyä. Hoitajien kokemus onnistuneesta hoidosta muodostui usein juuri tukemisen onnistumisesta. Vastaavasti epäonnistuneissa kokemuksissa korostuivat oma riittämättömyys ja tukemisen puuttuminen, esimerkiksi kiireen vuoksi.

'.. se on semmoinen asia, joka on opeteltavissa, ettei lähde karkuun, vaan jää siihen...Usein se riittää, ettei tule semmoista tunnetta, että hei, nyt kauheesti luetaan vaan, et nyt labraan ja sitten seiskalle huomenna ja sitten sitä asiatietoo, eihän se mee perillekään, jos potilas on ihan sokissa.' (H 6)

'Mulla ei ollut aikaa, kun välillä huikata, et kai sä jaksat hyvin...sille ei ollut aikaa, silloin kun olis pitäny olla.' (H4)

Onneksi työpäivään mahtui myös tilanteita, jolloin potilasta onnistuttiin auttamaan kokonaisuutena ja subjektina. Tällöin sekä potilaat että hoitaja olivat tyytyväisiä tilanteeseen.

'Just kiittävät sitä, että mä just olen heidän kanssaan, koska osa pelkää, suurin osa pelkää.' (H2)

'...yks meidän kojo-potilaita ... lääkärit oli sitä mieltä, että viedään kohtu siltä rouvalta....Se oli... järkyttynyt siitä. Se oli just se potilas, jonka kanssa mä juttelin hirveen kauan täällä ja hankin niitä puhelinnumeroita. Ja annoin oman numeron tänne töihin, että se vois jos siltä tuntuu soittaa tänne. Me ollaan täällä kyllä. ... Ja siinä olis onneks semmoinen vastaus, että se oli vain vakava-asteinen solu muutos... Ja se potilas on tyytyväinen siihen, ja mä oon tyytyväinen siihen, että se potilas ei menetä kohtuunsa.' (H 1)

Taitava hoitaja hallitsee paitsi ohjaussisällön myös ohjausmenetelmät. Hän osaa valita ja vaihtaa kuhunkin tilanteeseen soveltuvan ohjaustyylin. Terveysneuvontatyyppiä on verrattu toisiinsa muun muassa vuorovaikutuksen, neuvonnan luonteen ja ilmapiirin suhteen (Liimatainen, Kettunen & Poskiparta 1996, 83-86). Vertailun tuloksena on löytynyt kolme terveysneuvonnan lähestymistapaa: hallitseva, osallistuva ja konsultti.

Tutkimusyksikössä toteutuva neuvonta muistuttaa *hallitsevaa ohjaustyyppiä* jonka piirteitä ovat vuorovaikutussuhteen subjekti-objekti –luonne, neuvontamateriaalin hallitsevuus, ohjautuminen organisaation tarpeista, asiantuntija(hoitaja)keskeisyys, ilmapiirin asiallisuus ja muodollisuus sekä potilaan passiivinen vastaanottajan rooli. Hallitseva ohjaustyyli korostaa hoitajan asemaa auktoriteettina ja valtaa tiedon omistajana. (vrt. Peräkylä 1996, 97.) Tilanne tutkimusyksikössä ei ollut poikkeuksellinen. Samankaltainen traditionaalinen, asiantuntijalähtöinen, sairauskeskeinen ja yksilön riskitekijöitä painottava terveydenedistämisen lähestymistapa on yleinen niin hoitotyön koulutuksessa kuin myös käytännössä.

Ohjaustaitojen kehittäminen on yksi ammatillisen kasvun haasteista. Toisaalta, elleivät toimintakäytännöt muutu samanaikaisesti, ei uusilla taidoilla ole käyttöä. Tutkimusyksikössä vallitseva ohjauskäytäntö oli ristiriidassa organisaation hoitofilosofiassa esitettyjen ohjauksellisten päämäärien kanssa. Toteutuva ohjaus ei myöskään kata naisen terveyden kokonaisuutta (Luoto 2001, 115; Whitehead 2001, 829-980), eikä sen turvin vastata terveydenhuollolle asetettuihin terveyden edistämistä koskeviin vaateisiin.

Tutkimusyksikön hoitajien antaman suullisen ohjauksen vähäisyys saattoi osaltaan joutua työnjaollisista seikoista ja ylipäättään työyksikön byrokraattisuudesta ja hierarkkisuudesta. Lääkärin tehtävä oli kertoa potilaalle taudista ja sen hoitovaihtoehdoista sekä suunnitella yhdessä potilaan kanssa tämän jatkohoitoa; hoitajan tehtäväksi jäi tilanteen seuraaminen. Nimittäin jos lääkäri ei ohjannut riittävästi tai ymmärrettävästi, hoitaja teki tämän, mutta mikäli lääkäri toteutti ohjauksen mallikkaasti, ei hoitajan tarvinnut enää puuttua asiaan. Hoitajan oli pysyttävä tarkkana havaitakseen milloin, kenelle ja missä määrin hänen panostaan tarvittiin.

'...paikkaamista. Kyl mää sitä melkein joka päivä joudun tekeen. Monesti ollaan viimeisessä kädessä se, joka selittää potilaille, mitä lääkäri on puhunut...' (H1)

'Joskus hoitaja saattaa kyllä täydentää lääkärin antamaa ohjausta. Kun potilas kysyy: ovatko kuulat hyviä? Ja lääkäri vastaa: ovat, niin hoitaja selostaa hieman tarkemmin.' (PK)

Aina paikkaaminen ei onnistunut - *'moni lähtee ihan ymmyrkäisenä pois'* - tällöin potilas joutui etsimään tarvitsemansa tiedot muualta. Hoitaja ei kuitenkaan mieltänyt tai myöntänyt omaa vastuutaan ohjauksen laiminlyömisestä näissä tilanteissa, vaan sysäsi vastuun takaisin lääkärille tai potilaalle itselleen. Esimerkiksi tähän tutkimukseen haastateltu potilas selvitti tautinsa nimen vasta työterveyslääkäriltä, vaikka oli käynyt poliklinikalla peräti kolme kertaa saman vaivan vuoksi. Hoitajat totesivat tämän kuultuaan: *'Miksei kysynyt?'* Potilaan oma vastuu korostui myös irtosolunäytteiden oton yhteydessä: *'Jos kysyy, kerrotaan.'* Kun eräs potilas kääntyi hoitoonsa liittyvissä asioissa häntä hoitaneen vuodeosaston puoleen, kehoitus ohjauksen tehostamisesta suunnattiin lääkärille, ei hoitajille.

'Eräs potilas oli mennyt tutulle osastolle kysymään: mitä minulle sanottiin siellä pkl:lla? Vuodeosaston osastonhoitaja raportoi sen pkl:lle. No, pkl:n osastonhoitaja lupasi sanoa sen kyseiselle lääkärille: tehostahan vähän ohjeitasi!' (PK 26)

Aika- ja tilaongelmien lisäksi ohjaukseen liittyi sisällöllisiä ongelmia sekä annettavan ohjauksen päällekkäisyyttä. Jos ja kun joidenkin potilaiden ohjaus ontui tai puuttui tyystin, saattoivat toiset potilaat saada saman ohjauksen useammalta ammattiryhmältä. Osa potilaista joutui jopa vastaamaan useampaan kertaan samoihin kysymyksiin ja täyttämään tismalleen samoja lomakkeita eri toimintayksiköissä.

'Kysyy samoja asioita, joita hoitaja oli jo kysynyt (aap –potilaat) – vastaanotot venyvät sen takia.' (PK 25)

'Tuntui tyhmältä, juuri kun hän oli kyselty sen häitta-astelomakkeen, kysyi lääkäri samat kysymykset. Silloin totesivat muut: just samoin käy päivystyspotilaiden kanssa.' (PK 165)

Sisältöongelmien syynä saattoi olla käytön puutteesta johtuva tietojen ruostuminen. Yksinkertaisimmatkin perusasiat unohtuvat, ellei niitä tarvita. Toisaalta huoli osaamattomuudesta oli suuri, jolloin potilaan kohtaamista nokikkain pyrittiin välttämään.

'(Nimi) komensi VH:n:n tekemään pöytäkirjaa ja huolehtikin tarkkaan, että kaikki tärkeät asiat tulivat kirjoitettua muistiin. Nimittäin esim. kun (nimi) kertoi 'montako kertaa ihminen yleensä virtsaa vuorokaudessa', antoi (nimi) käsillään merkin: kirjoita ylös. Ja VH kirjoitti.... Eli perustiedot ruostuvat ja unohtuvat. Kokouksen lopussa (nimi) sanoi: kysykää nyt hyvät ihmiset, kohta me joudutaan ohjaamaan näitä!'(PK 133)

Tukemisen ja ohjauksen vähäisyyteen saattavat vaikuttaa muutkin syyt kuin tila-, aika- ja sisältökysymykset. Ajan ja tilojen puute saattavat olla verukkeita, joilla tutkimusyksikön hoitajat peittävät vaikeammin tunnistettavia tekijöitä. Kaiken kaikkiaan työyksikkö näytti pyrkivän välttämään sellaisia uudistuksia, joissa hoitajan ja potilaan välinen kanssakäyminen tiivistyi. Mitä viileämpänä ja etäisempänä suhde säilyy, sitä vähemmän potilastilanteet ahdistavat. Johtuiko tästä, että hoitajat antoivat ohjausta puhelimesta vapaammin ja laajemmin kuin vastaanotolla? *'Siinä pystyy ne potilaatkin paljon vapautuneemmin puhumaan.'* Kinnunen (1994, 179-180) osoitti hoitajien käyttävän tämäntyyllisiä selviytymiskeinoja. Myös Poikajärvi (1998, 91) päätteli hoitajien turvautuneen vastaavankaltaisiin ratkaisuihin kohdatessaan raskaudenkeskeytyspotilaita.

Kun yksikkö valitsi kehittämishankkeekseen inkontinenssipotilaan ohjauksen, varattiin jokaiselle potilaalle, jonka lähetteessä oleva diagnoosi viittasi tähän ongelmaan, puoli tuntia niin sanottua *'hoitajan aikaa'* tehostettua ohjausta varten. Lisäksi ohjauksen antavasta hoitajasta oli tarkoitus tulla potilaan omahoitaja. Jopa tilat löydettiin ohjauksen antoa varten. Suunnitelma sai aikaan voimakkaan vastareaktion – nimesin sen *'1/2-tuntin ahdistukseksi'*. Nyt kun oli aikaa ja paikkakin, kohosi ydinkysymykseksi: *mitä minä teen sillä ajalla?*

Inkontinenssipotilaan ohjaus päädyttiin toteuttamaan täyttämällä potilaan kanssa haitta-astelomake, joka tätä aikaisemmin oli ollut lääkärin ja fysioterapeutin käytössä. Ohjaukseen varatun ajan käyttö lomakkeen täyttöön estää *'vapaan sanan'* eli hoitaja voi hallita tilanteen ja ohjaus pysyy asiatasolla. (Jalava & Virtanen 1995, 46.)

'Kysyin miten toiset HUR (inkontinenssipotilaiden) –haastattelut olivat menneet. VH kertoi, että ne olivat epäonnistuneet. Ongelmia olivat aiheuttaneet sairaudet: yksinkertaisesti ihmisiä ei ollut riittänyt puuhaan. (Nimi) oli kansliassa ja totesi, ettei toimi muutenkaan, hässäkkää on liikaa. Lisäksi on herännyt kysymys, onko aikaa liikaa ja onko 1/2 tuntia ennen lääkäriä lainkaan tarpeellinen?' (PK 177)

Vapaalle sanalle ei myöskään jätetty aikaa, kun hoitajat ottivat *'hoitajapapoja'*. Toteutus oli sääntöorientoitunutta ja päätöksenteko rajoittui rutiiniratkaisuihin. Tulos oli *'tylsää ja kliinistä'*, vaikka hoitajat itse totesivat, että potilas olisi voitu kohdata kokonaisvaltaisemmin tukemisen ja ohjauksen avulla.

'...niistä voisi tehdä kokonaisvaltaisemman, Niihin voisi liittää vaikka rintojen tutkimisen. Se on hoitajan itsenäistä työtä. Selittää koko prosessi, jotkut ovat pelästyneitä, ja sitten on tyynnyttelyä.' (PK 190)

Kettusen (2001, 96) mukaan hoitajien kyky havaita potilaiden kielellisiä vihjeitä on puutteellista. Hoitajat eivät myöskään paneudu riittävästi kielelliseen viestintään. Joh-
tuiko tutkimusyksikössä ohjauksen vähäisyys tämänkaltaisista syistä? Toisaalta vaati-
mattoman ohjauksen taustalta saattaa löytyä kehittymätön käsitys itsestä naisen hoito-
työn asiantuntijana. Tätä kuvastaa hoitajien perustelu oman roolinsa kapeudesta ja ve-
täytymisestä lääkärin selän taakse: *'Me ollaan hienotunteisia. Potilas tulee lääkärin
vastaanotolle.'* Mutta jos ja kun sairaala mainostaa itseään erikoissairaanhoidon palve-
luja antavana, *'naisten omana sairaalana'* (D:E) ja työyksikkönä on gynekologinen
poliklinikka, voidaan siellä työskentelevältä hoitajalta odottaa tätä asiantuntijuutta. Lää-
kärin avustaminen – pelkästään – ei vastaa kättilön ammattikuvaa *'ajan tasalla pysyväs-
tä lisääntymisterveydenhuoltoa toteuttavasta henkilöstä'*. (D:KL). Tutkimusyksikön
hoitajien käsitys hoitajuudesta ei myöskään vastaa sairaanhoitajan 3½ tai kättilön 4½
vuoden mittaisen koulutuksen tavoitteita. Niinikään kansallisessa hoitotyön toiminta-
suunnitelmassa peräänkuulutetaan vahvempaa hoitajuutta. (Perälä 1997, 44-45.)

5.2.5 Yhdessä vai erikseen?

*'Työskentelemme kiinteässä yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa. Moniamma-
tillisella yhteistyöllä sairaalan sisällä ja sen ulkopuolella varmistamme poti-
laiden asioiden sujuvuuden ja hoidon jatkuvuuden.'* (D:HF)

Hoitotyö on yksi terveydenhuollon ammateista, joiden kaikkien tehtävänä on edistää
ihmisten terveyttä ja hyvinvointia. Työ on eri ammattiryhmien keskinäistä yhteistyötä,
jossa toimitaan moniammatillisena ryhmänä potilaan parhaaksi. *'Yhteistyö ja keskinäi-
nen arvonanto'* ovat jopa terveydenhuollon palveluja ohjaavia ihanteita. Yhteistyötä
tarjotaan usein terveydenhuollon kasvaviin haasteisiin vastaamisen ideaaliksi välineeksi
pohtimatta sen kummemmin, mitä se itseasiassa tarkoittaa konkreettisesti (Nikander
2002, 55).

Tiimi voidaan määritellä pysyväksi työryhmäksi, jolla on yhteinen tehtävä ja mahdolli-
suus suunnitella itse työtään ja päättää keskinäisestä työnjaosta. Tiimityön lisäksi yh-

teistyö voi olla eri ammattiryhmien toiminnan saumatonta ja sujuvaa koordinoitua, ei sinänsä yhdessä tekemistä. Yhteistyöllä on myönteisiä vaikutuksia työntekijöille itselle. Keskinäinen avunanto luonnehtii Wariksen (1997, 110-111) mukaan hyvin toimivaa työyhteisöä, mikä puolestaan heijastuu työssä jaksamiseen. Yhteistyö, hoidon laatu ja hoitajien tyytyväisyys ovat kiinteässä vuorovaikutuksessa toinen toisiinsa (Coeling & Cukr 2000, 69-70; Elovainio ym. 2001, 192; Vahtera, Kivimäki & Virtanen 2002, 47); oman työn arvo peilautuu yhteistyökumppanin sitä kohtaan osoittamasta arvostuksesta (Chaboyer, Najman & Dunn 2001, 159). Moniammatilliset yhteistyövalmiudet ovat tärkeitä kvalifikaatioita nyt ja tulevaisuudessa (mm. Hojat, Nasca, Cohen, Fields, Rattner, Griffiths, Ibarra, Alcorta-G. de Conzalez, Torres-Ruitz, Ibarra & Garsia 2001; McQueen 1997, 78-79; Metsämuuronen 1996, 147; Nikander 2002, 70; Nousiainen 1998, 58-60; Pelttari 1997, 235).

Tämän tutkimuksen kohteena olevassa sairaalarakennuksessa työskenteli henkilökuntaa seitsemästä eri tulosyksiköstä, mikä aiheutti toimivuudelle suuria haasteita. Tutkimusorganisaatiossa arvostettiin sujuvaa yhteistyötä ja se olikin kirjattu hoitofilosofiaan selkeäksi tavoitteeksi (D:HF). Tutkimusyksikön arkinen todellisuus ei kuitenkaan ollut näin auvoinen. Erilaisia ja eri syistä johtuvia työyhteisön ristiriitoja ja yhteistyöongelmia sekä niiden käsittelyn kyvyttömyyttä esiintyi kuten muissakin terveydenhuollon organisaatioissa. Virallisissa raporteissa korostettiin sairaalan pienuutta, mitä jo itsessään pidettiin yhteistyöongelmia ehkäisevänä tekijänä.

'Onneksi sairaala on sopivan pieni, tämä mahdollistaa työtovereihin tutustumisen ohi tulosyksikkörajojen (D:LK).

Tutkimusyksikössä työskentelevien hoitajien yhteistyökumppaneita ja -yksiköitä lääkärin ohella olivat laboratorio, leikkaus- ja röntgenosastot, fysioterapia, vuodeosastot sekä sosiaalihoitaja, psykiatrinen hoitaja ja sairaalateologi. Lääkäri oli lähin yhteistyökumppani, jonka kanssa tehtävä yhteistyö oli määrällisesti ja laadullisesti merkittävintä. Poliklinikalla ei kuitenkaan ollut vakituisia lääkäreitä, vaan nämä kiersivät sairaalan eri osastoilla ollen aina muutaman kuukauden samoissa tehtävissä. Hojat kumppaneineen (2001) vertaili hoitajien ja lääkärin keskinäiseen yhteistyöhön liittyviä asenteita ja havaitsi toimivan yhteistyön vaikuttavan hoitajien työtyytyväisyyteen enemmän kuin lääkäreiden työtyytyväisyyteen. Saattoi olla, ettei myöskään tutkimusyksikössä toteutuva yhteistyö vastannut täysin hoitajien siihen kohdistamia odotuksia.

'Kyllä kait ne on osa työyhteisöä, mutta eihän ne paljon meidän kanssa. Niillä on oma maailmansa.' (H 2)

Hoitajien nimeämät yhteistyötahot rajoittuivat omaan organisaatioon, seikka, mihin kannattaa kiinnittää huomiota. Palvelulinja-ajattelun kehittäminen on ajankohtainen haaste, jonka sujuva ja saumaton toteutuminen edellyttää paitsi organisaation sisäistä myös organisaatorajojen ylittävää yhteistyötä. Ammatti- ja organisaatiolähtöisen yhteistyön laajentaminen moniammatilliseksi, organisaation ulkopuolelle yltäväksi toiminnaksi kangertelee muuallakin kuin tutkimusyksikössä. Niinpä esimerkiksi Narisen (2000, 143) tutkimista osastonhoitajista suurin osa arvioi organisaation sisäistä yhteistyötä olevan enemmän kuin yhteistyötä organisaatiosta ulospäin, erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tai päinvastoin.

Hoitajien keskinäinen yhteistyö oli tiivistä. Tavoitteena oli, että kuka tahansa tutkimusyksikön hoitaja, milloin tahansa ja tehtävästä riippumatta, pystyi auttamaan ja tuuraamaan toista hoitajaa. Hoitajat korostivat, että yleensä omaan ammattiryhmään kuululta työtoverilta voi ja uskaltaa hakea apua. Hyvä työtoveri määriteltiin *'luotettavaksi, ammattitaitoiseksi, joka tietää hirveesti näistä asioista, on tehnyt monta vuotta tätä hommaa'* ja johon voi *'sit viimeisessäkin hädässä turvautua.'* Keskinäinen avunpyyntö ja -anto olivat luottamuksen osoittimia. Vastaavasti se, että työtoveri ei pyytänyt eikä huolinut apua, vaan teki mieluummin kaiken itse, tulkittiin herkästi toiseen kohdistuvaksi epäluottamukseksi.

'Silleen huono työkaveri, jos ei pysty luottamaan sen toisen tekemisiin yhtään, vaan itte halua tehdä kaikki.' (H 1)

'Niin joskus tulee sellainen olo, et nyt mä en jaksa vastata heti, mutta silloin siinä on yleensä joku toinen, jolle voi sanoa, nyt mä en jaksa...' (H4)

Avun antamisen ja saamisen mahdollisti tehtäväkeskeinen työjako. Toiminnan vaiheet olivat yhteneväiset ja kaikilla tiedossa – tehtiin samoja asioita, samalla tavalla joskaan rutiininomaisuutta ei julkisesti ihannoitu, eikä omaa toimintaa mielletty sellaiseksi.

'Kun me kuitenkin pyöritetään tätä, eihän me millään rutiinilla pyöritetä, mutta kumminkin sillä tavalla, että kaikki tekee aika paljon samalla tavalla asiat.' (H1)

Hoitajan henkilöllisyydellä ei sinänsä näyttänyt olevan merkitystä vastaanoton kululle. Potilaan ja lääkärin näkökulmasta riitti, että paikalla oli hoitaja. Esimerkiksi mikäli hoitaja joutui olemaan poissa vastaanottohuoneesta, sijaisti toinen hoitaja häntä. Tai vas-

taavasti toista hoitajaa saattoi pyytää antamaan tarvittavat lisäohjeet potilaalle, mikäli vastaanotolla mukana ollut hoitaja ei ennättänyt tai pystynyt irrottautumaan. Tutkimusyksikön toimintakäytännöt eivät tukeneet hoitajakeskeistä hoidon jatkuvuutta eivätkä luottamuksellisen hoitosuhteen kehittymistä. Vallitseva hoitokulttuuri näytti korostavan pikemminkin hoitajan välineellisyyttä kuin tämän persoonallisuutta.

Yhteistyön toteutuminen ja onnistuminen on riippuvainen monesta tekijästä. Mäkelä, Leino-Kilpi ja Suominen (2000, 82), samoin Chaboyer kumppaneineen (2001, 159), havaitsivat hyvien ihmissuhteiden ja toisen työn kunnioittamisen edistävän yhteistyötä. Vastaavasti yhteistyön ongelmat johtuivat muun muassa kiireestä ja persoonallisista tekijöistä. Tutkimusyksikön hoitajat totesivat oman työyhteisönsä ilmapiirin olevan hyvä: *'Meil on ollut hirveen vähän semmosii klikkejä niinku periaatteessa; terve työyhteisö'*. Tällä ilmeisesti tarkoitettiin ensisijaisesti hoitajien muodostamaa yhteisöä.

Kuten tutkimusyksikön hoitajien keskinäinen niin myös *eri ammattiryhmien välinen yhteistyö* perustui luottamukseen, että jokainen tekee ja kykenee tekemään oman osansa. Vastaanottotilanteessa tämä tarkoitti, että lääkäri luotti kulloinkin paikalla olevan hoitajan osaavan tehdä, mitä tämän kuuluikin osata, joskin hoitajan laaja-alaisemmasta roolista, hoitotyön asiantuntijuudesta käsin nähtynä odotukset olivat perin vähäisiä.

'Ne luottaa, että mulla on kaikki siinä valmiina, annan heille järjestyksessä pape-rit, kaikki. Ihan hyvin on mennyt.' (H 2)

Suhteet lähityötoiveihin vaihtelivat: *'riippuen lääkäristä ihan hyvät suhteet yleensä'*. Joidenkin kanssa työskentely *'vaati rohkeuden keräämistä'*. Yhteistyö onnistui, mikäli hoitaja osasi sopeuttaa oman toimintansa lääkärin rytmiin, ja tuttujen lääkäreiden kanssa se oli helppoa.

'Sen kyllä oppi sen työrytmin niitten lääkäreiden kanssa ... kun ne sitten nois huoneissa on ne kumminkin kuukauden pari kerrallaan, et tulee sen verran useasti niitä päiviä niitten kaa.' (H 1)

Uutta työtoveria perehdytettiin sekä tehtäviin että lääkäreihin: *'Ihan turhaan häntä oli peloteltu, edellisessä sairaalassa oli hankalampia lääkäreitä.'* Opastusta tehostettiin omakohtaisilla sankaritarinoilla siitä, miten itse oli selvinnyt voittajana haasteellisim- mastakin tilanteista. Itse tilanteissa ojennettiin auttava käsi – uutta työtoveria ei jätetty pulaan.

'Toinen hoitaja, joka oli siis kokeneempi, auttoi tätä uutta selviämään. Jos esim. huomasi, ettei uusi ennättänyt tai ymmärtänyt tehdä jotain (eikä siis pysynyt lääkärin vauhdissa), kävi äänettömästi tekemässä toisen puolesta jonkun jutun.' (PK 34)

Onnistunut yhteistyö perustuu paitsi oman osaamisen arvostukselle, myös yhteistyökumppanin erityisosaamisen arvostamiselle. Terveystieteidenhuollossa, eikä pelkästään polikliinisessa tai suomalaisessa hoitokulttuurissa, näyttää moniammatillisen yhteistyön kehittymistä ja todellista toteutumista hidastavan lääketieteellisen osaamisen ylivalta sekä hoitajien arkuus toimia vakuuttavasti oman asiantuntijuutensa tietoa ja taitoa edellyttävissä tilanteissa. (Coeling & Cukr 2000, 63-74; Gair & Hartery 2001, 9-10; Hammond, Bandak & Williams 1999, 34-36; Long ym. 2002, 77; Nikander 2002, 70; Paukunen ym. 2003, 86.)

Tutkimusyksikössä tapahtuvan yhteistyön laatua ja luonnetta voi tarkastella Launiksen (1994, 73-74) laatiman luokituksen avulla:

- | | |
|--|---|
| 1 Työ on omalla vastuulla. | 4 Oman ammattiryhmän yhteistyö. |
| 2 Yhteistyö on avun saamista omaan työhön. | 5 Työryhmän ja pienryhmän yhteistyö. |
| 3 Yhteistyö on avun antamista toiselle. | 6 Työryhmän ja pienryhmien välinen yhteistyö. |

Kolmessa ensimmäisessä (tyypit 1-3) on yhteistyön tekijä yksilö ja jälkimmäisissä (tyypit 4-6) pienryhmä. Tyypit kaksi ja kolme Launis tulkitsi *perinteisen yksilöllisen asiantuntijuuden työmalleiksi*, joissa yhteistyön tarpeen arvioinnin perusta oli oma työ ja sen sujuva hoitaminen. Käsitetyyppejä neljä ja osittain käsitetyyppejä viisi Launis piti *byrokraattisen asiantuntijuuden yhteistyön malleina*. Käsitetyyppi neljä kuvaa yhden ammattiryhmän keskinäistä yhteistyötä. Käsitetyyppi viiden Launis jakoi kahtia yhteistyön kohteen perusteella: byrokraattista yhteistyön asiantuntijuuden mallia edusti yhteistyö, joka rajoittui yhteisten rutiinien ja ongelmatilanteiden käsittelyyn. Yhteistyö oli tiimi-pohjaista, mikäli pienryhmän yhteistyön sisällöksi oli kuvattu yhteiset asiakkaat tai pienryhmän toimintatavat. Käsitetyyppi kuusi edusti Launiksen tyypittelyssä *tiimien verkostoitumisen yhteistyömallia*. Launiksen tutkimasta aineistosta löytyi eniten käsitetyyppejä kaksi ja viisi.

Tutkimusyksikön hoitajien yhteistyö lääkäreiden ja muiden ammattiryhmien kanssa oli vähäistä edustaen Launiksen kuvaamaa byrokraattista yhteistyömallia (käsitetyyppi 5).

Sen sijaan hoitajien keskinäinen yhteistyö toimi hyvin, sitä luonnehti vahvimmin perinteinen yksilöllisen asiantuntijuuden malli (käsitetyypit 2 & 3), joskin mukana oli jonkun verran myös byrokraattista asiantuntijuuden mallia (käsitetyyppi 4). Myös Viitasen (1997, 88) kuvaamassa fysioterapian ammattikulttuurissa korostui tämänkaltainen yhteistyö.

Yhteistyötä voi tarkastella myös sen laadullisista ulottuvuuksista käsin. Engeström (1987, 333; 1994, 128-131) kuvailee niitä Fichtneriä mukaillen seuraavasti: 1) *koordinaatio* on alkeellisin yhteistyön muoto. Ihmiset, joilla on yhteinen työn kohde, tekevät oman osuutensa työnjaon ja ulkoisten sääntöjen puitteissa. Yhteistyö on satunnaista ja palvelee ennen kaikkea omista tehtävistä selviämistä ja reviiireistä sopimista. 2) *Kooperaatio* on edellistä kehittyneempi yhteistyön muoto. Siinä yhteistyötä tekevä ryhmä kohdistaa huomionsa tietoisesti yhteiseen kohteeseen ja tavoitteeseen. Oma työ suhteutetaan toisen työhön ja laajempaan kokonaisuuteen. 3) *Reflektioiva kommunikaatio*, jossa toimiva yhteisö suhteuttaa omat toimintatapansa tietoisesti ja reflektioivasti yhteiseen kohteeseen, on kehittynein yhteistyön muoto.

Mikäli tutkimusyksiköstä löytyvää yhteistyötä arvioi näiden laadullisten ulottuvuuksien avulla, jää moniammatillinen yhteistyö laadullisten ulottuvuuksien suhteen alimmalle eli koordinaation tasolle, sen sijaan hoitajien keskinäistä yhteistyötä voi luonnehtia kooperaatioksi. Reflektioivaa kommunikaatiota ei löytynyt tutkimusyksiköstä, jos sitä esiintyi, se jäi tähän tutkimukseen tehtyjen havaintojen ulkopuolelle.

Tutkimusyksikön hoitajien keskinäistä kooperaatiota voi kuvata seuraavasti: hoitajat auttoivat toinen toisiaan vastaanotolla ja toimenpidehuoneessa. Heillä oli yhteinen työn kohde, joskaan se ei ollut potilas ja tämän hyvinvointi, vaan lääkärin avustamisesta selviäminen. Tavoitteena oli sujuva toiminta. Yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa jäi koordinaation tasolle ollen esimerkiksi konsultointia kuten puhelinneuvonnassa. Konsultointi oli satunnaista, tähtäsi tilanteesta selviämiseen ja rajoittui ongelmatilanteiden ja ristiriitatilanteiden ratkaisemiseen.

Koordinaatio oli vastaanottotilanteissa yleisin lääkärin ja hoitajan välisen yhteistyön muoto. Koska lääkärin ja hoitajan toiminnan kohde ei ollut sama, yhteistyö ei yltänyt kooperaation tai todellisen tiimityöskentelyn tasolle toisensuuntaisista näkemyksistä

huolimatta (vrt. hoitofilosofia). Kun lääkärin toiminnan kohteena oli potilaan sairaus ja diagnoosi, oli hoitajan toiminnan kohde puolestaan lääkäri ja tämän avustaminen sekä vastaanottotilanteen sujuvuuden varmistaminen. Lisäksi hoitajan tehtävänä oli varmistaa potilasasiakirjojen virheetön kulku. Lääkärille hoitajan rooli oli avustava ja välineellinen. Hoitajuuteen ei liittynyt asiantuntijuutta eikä tasavertaista työtoveruutta. Seuraavassa taulukossa on vertailtu tutkimusyksikössä työskentelevän lääkärin ja hoitajan sekä siellä asioivan potilaan toiminnan kohdetta, tavoitteita ja tarvittavia välineitä vastaanottotilanteessa. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Toiminnan vertailu toimijan mukaan.

TOIMIJA	KOHDE	TAVOITE	VÄLINE
Lääkäri	Potilaan 'tässä ja nyt' terveys- ja sairausongelmien ja hoidon määrittäminen sekä tilanteen etenemisen selvitys	Diagnoosi Taudittomuus / Oireettomuus	Kliininen tutkimus, laboraatio- ja muut tutkimukset + näihin tarvittavat instrumentit ja laitteet. Sairauskertomukset. Hoitajat ym. muu henkilöstö
Potilas	Oma 'tässä ja nyt' terveys- ja sairausongelma	Taudittomuus / Oireettomuus Hyvinvointi	Lääkäri GPKL:n henkilökunta
Hoitaja	Lääkärin toiminta ja tämän tarvitseman avun kartoitus Potilasasiakirjat	Lääkärin avustaminen ja tarvittavan avun saannin varmistaminen Vastaanoton sujuvuus Potilasasiakirjojen kulun virheettömyys	Potilaan tutkimisen tarvittavat laitteet ja instrumentit Sairauskertomukset ATK

Hoitajan ja lääkärin välisestä yhteistyöstä löytyi koordinaation lisäksi joitain kehittyneemmän yhteistyön, kooperaation piirteitä. Tarvittaessa hoitaja saattoi tavallaan avustaa lääkäriä, esimerkiksi kiinnittämällä hienovaraisesti tämän huomion potilaan hoidon kannalta merkittävään asiaan. Tilanteissa korostui hoitajien käyttämä, Telarannan (1999, 184-185) kuvaama passiivinen kommunikaatiotyyli. Tämänkaltaista toimintaa on kutsuttu *'hoitaja-lääkäri –peliksi'*, jossa hoitaja saa lääkärin toimimaan tietyllä tavalla ja jopa uskomaan tämän tehneensä itse ko. ratkaisun. Wainwright (1996, 4; vrt. Robertson 1988, 179-180) pitää hoitajia etevinä pelaajina.

'Kyllä mä meen siihen väliin, jos siellä on sellainen näyte, jota lääkäri ei niinku huomaa, niin mä meen siihen vaan, otan sieltä papereista, laitan sen ...eteen.... Kyllä mä puutun sit, jos mä tunnen, että nyt mennään ihan hakoteille, tai esitän po-

tilaalle kysymyksen siitä tietystä asiasta, et potilas vastaa, ni lääkärikin sen kuulee.’ (H6)

Työyksikön hoitajat halusivat tehostaa yhteistyötään muiden ammattiryhmien kanssa.

Yhteistyön tehostamiseksi järjestettiin kokouksia, joiden tarkoituksena oli tarkistaa tehtävien päällekkäisyyttä ja täsmentää työnjakoa sekä sopia yhteisistä menettelytavoista ja ohjeista. Koordinaatio kuvastaa parhaiten näitä tutkimusosaston järjestämiä yhteistyökokouksia muiden toimintayksiköiden kanssa. Yhteistyöongelmia ehkäistiin ja ratkaistiin laatimalla selkeitä sääntöjä ja seikkaperäisiä ohjeita. Kaikkia kokouksia ei välttämättä pidetty hyödyllisinä, hoitajat napisivat tehottomista ja turhista kokouksista (vrt. Harisalo ym. 1996, 958; Pahkala, Pahkala, Utriainen & Laippala 1998, 132). Kokousten antia tutkimusyksikössä saattoi heikentää niiden pinnallisuus. Myöskään päätösten toimeenpanosta ei välttämättä kukaan ottanut vastuuta, kuten seuraavat samaa kokousta koskevat päiväkirjamerkinnot osoittavat.

’Kokous oli hyvä, toiminta selkiytyi, jäi turhia lappuja pois. (PK 110)

’Ei, mitään ei ollut tapahtunut, vaikka (nimi)kin oli luullut, että siinä kokouksessa sovitut asiat olisivat astuneet voimaan samantien.’ (PK 135)

Eivät tutkimusyksikön yhteistyöpalaverit suinkaan täysin tuloksettomia olleet. Lisäksi kevään aikana (v. 1998) sovittiin ja toteutettiin muutamia tutustumiskäyntejä lähimpiin yhteistyöyksikköihin. Tutustumiskäyntejä pidettiin kokouksia hyödyllisempinä ja yhteistyötä konkreettisesti kehittävimpinä. Monet yhteistyöongelmat johtuivat yksinkertaisesti siitä syystä, ettei tiedetä, mitä toinen tekee tai odottaa. Tutustumiskäynnit valaisivat sanallisia kuvauksia tehokkaammin sitä todellisuutta, missä yhteistyökumppanit työskentelevät.

’RTG – osaston kanssa käyty neuvottelu sujui edellistä paremmin ja oli hengeltään rakentava, sanoivat kokouksessa mukana olijat...Pöytäkirjasta kävi ilmi, että tiedonkulussa oli ongelmia: poliklinikalle ei ollut tullut uusia RTG -osaston laatimia ohjeita... Mutta nyt on ohjeet saatu ja jaettu joka huoneeseen.’ (PK 163)

’Laboratorioon tutustumiskäynnit ovat alkaneet...kuin olisi käynyt jossain teollisuuslaitoksessa. Mutta kyllä nyt paremmin ymmärtää, miksi joskus tulokset tulevat nopeasti ja joskus taas kestää tosi kauan. Myös hyviä käytännön juttuja oli tullut esille: minä olin aina laittanut sen pissapurkin siihen pöydälle, kun se pitääkin laittaa jääkaappiin.’ (PK 164)

Tutkimusyksikössä avoin moniammatillinen keskustelu, joskin muukin, oli kovin vähäistä. Terveystieteidenhuollossa on tyypillistä, että keskustelu ja yhteydenpito – etenkin va-

paamuotoinen - rajoittuvat omaan ammattikuntaan kuuluviin jäseniin (West 2000, 123). Eräs tapa – myös tutkimusyksikön suosima - välttää keskustelua on viestiä asiansa kirjallisesti myös niissä tilanteissa, joissa suoraan kommunikaatioon olisi mahdollisuudet. Kirjallisten ohjeiden toivottiin selkiyttävän toimintaa ja ehkäisevän ristiriitoja. Toisaalta kirjallisten muistioiden taakse saattoi lymytä. Jos esimerkiksi muistiota - syystä tai toisesta - ei ollut käytettävissä, vapautti se tietämisen vastuusta. Tiedon välitys kirjallisessa muodossa on tyypillistä byrokraattisille organisaatioille (Miettinen & Miettinen 1997, 56). Valitettavasti osaston suuresti arvostamat kirjalliset muistiot ja seikkaperäiset ohjeet eivät ratkaisseet tiedonkulun ongelmia.

'Kysyin, mitä eväitä saitte siitä Joensuun matkasta? ...Johon joku vähän nolostuneena: itse asiassahan me ei olla puitu sitä. Joku [matkalla mukana ollut!] mainitsi, että ei olla saatu sitä muistiotakaan.'(PK 160)

'(nimi) sanoi, ettei hän tiennyt koko hässäkästä mitään... Onko niin, ettei ole juteltu muutenkaan niistä simulaatiopäivän asioista, koska tämäkin oli jäänyt puhumatta. Kaikki odottavat pöytäkirjaa, mutta onko kaikki yksin luetun varassa?'(PK 162)

Tutkimusyksikön hoitajat tunnistivat puutteita organisaation sisäisessä tiedonkulussa. Tiedonkulun heikkous ja ylipäättään keskustelemattomuus vaikeuttavat moniammatillista yhteistyötä ja heikentävät työyksikön toimivuutta, mikä puolestaan on riskitekijä ja saattaa johtaa monenlaisiin ongelmiin (Coeling & Cukr 2000, 63-74; Pahkala ym. 1998, 132; Pahkala ym. 1999b, 264; Vuori 2001, 173; West 2000, 126.) Yhteistyön parantamiseksi Mäkelä kumppaneineen (2000, 84) ehdottaa keskusteleavamman kulttuurin suosimista ja hoitajien aktiivisempaa osallistumista muun muassa hoitosuunnitelmakeskusteluihin. Keskusteleavamman kulttuurin luontevaa sisäistämistä hidastaa osaltaan sairaalan hierarkkisuus.

Turhan puheen välttämistä, jopa hiljaisuutta, voi pitää normina, suotavana käyttäytymissäantönä tutkimusyksikössä. Vastaanottotilanteessa ei pidetty sopivana osallistua lääkärin ja potilaan väliseen keskusteluun, mitä perusteltiin hienotunteisuudella. Potilaan ja hoitajan välinen keskustelu oli asiallista ja ystävällistä, mutta rajoittui hoitotilanteeseen; muu *'ei suoranaisesti potilaan hoidon tarvetta kartoittava'* keskustelu oli vähäistä. Kiire selittää osan hiljaisuudesta, muttei kokonaan. Hiljaisuuden taustalla vaikuttanevat muun muassa tutkimusyksikön arvot.

*'...odotin erään potilaan kanssa aulassa, kun hoitaja tuli hakemaan tätä vastaan-
otolle. Hoitaja kysyi, oliko potilas minun tuttuni? Tämä käsitys ilmeisesti syntyi,
kun juttelimme keskenämme, potilas ja minä.'* (PK 36)

Hämmästelin hoitajien vähäpuheisuutta jo laulukoulutukseen osallistuessani (ks. liite 2). Koulutukseen osallistuneiden hoitajien puheenvuorot jäivät yhteensä muutamaaan. Joko koulutus ei herättänyt kommentoitavaa tai sitten vallitsevat normit ohjasivat käyttäytymistä. Hoitajien ei ollut sopivaa osallistua keskusteluun. Sen sijaan lääketieteen edustajat olivat aktiivisempia. Koulutustilaisuuden myötä molemmat ryhmät aktivoivat asemansa ja paikkansa. Hoitajien alisteinen ja lääkäreiden valta-asema organisaatiokulttuurissa vahvistuivat. (Nikander 2002, 60.)

'Aika jännä seurata hierarkiaa tilaisuudessa, jossa puhutaan vuorovaikutuksesta ja yhteistyöstä... Eturiveillä istui ylin johto, muut taaempänä... Kommentteja luennoitsijan esittämiin kysymyksiin esittivät (nimi) ja eräs toinen lääkäri.' (PK 59)

Vuorovaikutustyyli voidaan määritellä joko passiiviseksi tai aggressiiviseksi (Telaranta 1999, 184-185). Aggressiivisesta tyylistä löytyy määräävän ja riitaisen puheen piirteitä (Coeling & Cukr 2000, 68). Millaista oli lääkärin ja hoitajan välinen kommunikaatio tutkimusyksikössä? Vastaanottotilanteissa lääkärin kommunikaatiota voi luonnehtia aggressiiviseksi, mikä Telarannan mukaan tähtää suoraan päämäärään tai tulokseen. Viesti esitetään selvästi minä-sinä –suhteessa, jolloin ei jää epäselvyyttä viestin kohteesta. Ilmapiiri on virallinen ja tilanteessa saattaa esiintyä vihamielisyyttä ja vastakkainasettelua. *'Katso, että tekevät. Sellaista välinpitämättömyyttä.'* Vastaanoton aikana tapahtuva lääkärin ja hoitajan välinen keskustelu oli harvoin dialogia. Lääkäri kääntyi hoitajan puoleen, mikäli halusi tarkistaa tai kysyä jotain, johon hoitaja antoi tarvittaessa vastauksen: *'Onko tämä printti? Missä on reseptejä? Nyt nämä punaiset loppuivat!'* Lisäksi lääkäri antoi selkeitä määräyksiä kuten *'soita sinne; tarkista, että ottavat; katso siltä koneeltasi.'*

Hoitajan kommunikaatiotyyliä tutkimusyksikössä voi kuvata passiiviseksi, jonka Telaranta (1999, 184-185) määrittelee syrjäänvetäytyväksi, ujoksi ja naiselliseksi. Hoitajan rooli oli hiljainen, ei-osallistuva ja hillitty. *'Molempien ei tarte puhua päällekkäin.'* Passiivista kommunikaatiota kuvastaa myös ryhmätilanteista vetäytyminen ja pelko ilmaista itseään. Tyypillistä on, että tunteet ja mielipiteet puretaan jälkeenpäin ja ryhmässä, joilla ei ole todellisia vaikuttamismahdollisuuksia. Tutkimusyksikön hoitajat saat-

toivat suunnitella keskenään tomerasti parannuksia, *'en mä enää lähe käytävälle ...odottakoon'*, mutta oli vallan eri asia toteuttaa uudistukset käytännössä.

5.2.6 Yhteenveto: tutkimusyksikön näkyvä ja kuuluva käyttäytyminen

Tässä luvussa esitetään yhteenveto tutkimusyksikön hoitokulttuurista näkyvänä ja kuuluvana käyttäytymisenä siten, kuin se ilmene vastaanottotilanteissa ja niihin liittyvässä välillisessä ja välittömässä toiminnassa.

Tutkimusyksikön vastaanottotilanteisiin liittyviä yhteisiä toimintakäytäntöjä. Potilaslähtöisyys jäi tutkimusyksikössä ihanteeksi. Toiminta heijasti *'asiatuntijakeskeisen yhteistyön'* –mallia, jonka mukainen potilaan rooli on passiivinen ja perinteinen. Potilaskäsitys oli sairaus- ja diagnosikeskeinen. Potilas oli ensisijaisesti akuuttia tautia sairastava olento. Tutkimusyksikössä asioivan potilaan aktiivisuus oli hoitajalähtöistä ja hyvin säädelyä. Hoitaja pidatti itsellään oikeuden määrittää asiakkaan hyvän.

Vastaanotolla työskentely muodosti näkyvän osan hoitajan päivittäisistä tehtävistä. Muu hoitajan työ koostui valmistautumisesta vastaanottoon ja potilasasiakirjojen selvittely vastaanoton jälkeen. Vastaanottoa säätelä lääkäriin aikataulu, jossa hoitotyölle ei jäänyt aikaa. Hoitajan rooli oli ristiriitainen. Olemisen oikeutusta perusteltiin potilaan tukemisella, silti lääkäriin avustaminen näytti ensisijaiselta tehtävältä. Hoitaja oli taustahahmo, joka ei yleensä osallistunut vastaanotolla käytävään keskusteluun. Potilaan tukeminen oli rituaalista. Tutkimusyksikön toimintakäytännöt ja tilajärjestelyt vahvistivat hierarkiaa, lääkäriin valta-asemaa ja hoitajan alisteista roolia.

Sujuvuus ensisijaisena arvona korostui tutkimusyksikön potilaan hoidossa. Sujuva hoito oli hyvää hoitoa. Se oli teknisesti erinomaista ja ripeää. Sujuvuuden arviointi oli organisaatio- ja työntekijälähtöistä. Muut arvot, kuten yksilöllisyys, omatoimisuus, perhekeskeisyys, jatkuvuus ja kokonaisvaltaisuus, jäivät ihanteiksi. Jatkuvuus oli poliklinikka- ja käyntikohtaista; myös kirjalliset hoitotyön suunnitelmat turvasivat sen. Kirjaaminen

rajoittui useimmiten tulosityn merkitsemiseen ja tarvittavien laboratoriokokeiden ympyröimiseen.

Hoitotyön ja hoitajan rooli tutkimusyksikössä kaipasi selkiyttämistä ja kirkastamista. Tutkimusyksikön hoitajien päivärutiini oli yhteneväinen. Toiminnan ydin oli vastaanotopalvelujen sujuva ja asianmukainen toteutuminen. Hoitajan tehtävänä oli tukea lääketieteellistä hoitoa. Toiminnassa korostui hoitotyön epäitsenäisyys ja tehtäväkeskeisyys.

Hoitajien tehtävät ja rooli vaihtelivat vastaanoton mukaan. Ajanvarausvastaanotolla rooli oli kapea ja rutiininomainen, kun taas päivystyspotilaan hoitaja pystyi hyödyntämään osaamistaan. Työskentely ajanvarausvastaanotolla ei edellyttänyt itsenäistä ja omaan ammatilliseen tietoon pohjautuvaa päätöksentekoa. Valtaosa tehdyistä päätöksistä oli rutiiniratkaisuja. Sen sijaan päivystyspotilaan hoitoon sisältyi välitöntä hoitotyötä, itsenäistä päätöksentekoa. Rutiiniratkaisujen lisäksi tehtiin myös välittömiä päätöksiä. Hoitotyö oli sääntöorientoitunutta. Vaikka päivystyspotilaan hoito koettiin haastavaksi ja ammatillista itsetuntoa kohentavaksi, pyrittiin päivystystilanteita muuttamaan kohti sääntöorientoituneisuutta ja pelkkiä rutiiniratkaisuja vaativiksi.

Työnjaolliset tekijät kavensivat tutkimusyksikön hoitajien ohjausvastuuta. Ohjaus oli perinteistä ja sairauskeskeistä. Se rajoittui seuraavien käyntiaikojen antoon, jatkohoitosten selostamiseen ja kirjallisten ohjeiden jakoon. Muu potilaan tarvitsema ohjaus kuului lääkärin tehtäviin. Jos lääkäri ei suorittanut ohjausosuuttaan, pyrki hoitaja paikkaamaan puutteen. Oman ohjausosuutensa hoitaja antoi useimmiten käytävällä. Aika- ja tilan ongelmien lisäksi ohjaukseen liittyi menetelmällisiä ja sisällöllisiä ongelmia. Määräävä ja hallitseva ohjaustyylit korostui. Sisältöongelmien syynä saattoi olla käytön puutteesta johtuva tietojen ruostuminen.

Hoitajien keskinäinen ja moniammatillinen yhteistyö tutkimusyksikössä. Hoitajien mukaan työyhteisön ilmapiiri oli hyvä. Keskinäistä yhteistyötä luonnehti perinteinen yksilöllisen asiantuntijuuden malli. Sen sijaan yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa oli vähäisempää edustaen ja edusti byrokraattista yhteistyömallia. Moniammatillinen yhteistyö jäi koordinaation tasolle. Se oli satunnaista sekä rajoittui ongelmatilanteiden ja ristiriitatilanteiden ratkaisemiseen. Sen sijaan hoitajien keskinäistä yhteistyötä voi luonnehtia kooperaatioksi: hoitajat auttoivat toinen toisiaan vastaanotolla ja toimenpidehuo-

neessa. Heillä oli yhteinen työn kohde, joskaan se ei ollut potilas ja tämän hyvinvointi, vaan lääkärin avustamisesta selviäminen. Tavoitteena oli sujuva toiminta. (Taulukko 6.)

Koordinaatio oli vastaanottotilanteissa yleisin lääkärin ja hoitajan välisen yhteistyön muoto. Koska lääkärin ja hoitajan toiminnan kohde ei ollut sama, yhteistyö ei yltänyt kooperaation tai todellisen tiimityöskentelyn tasolle. Lääkärille hoitajan rooli oli avustava; hoitaja oli väline. Hoitajan kommunikaatiotapaa voi luonnehtia passiiviseksi. Epäsuoria kommunikaatiomenetelmiä käytettiin myös vastaanoton etenemisvauhdin säätelyssä.

Yhteistyötä muiden toimintayksiköiden kanssa kehitettiin kokousten ja tutustumiskäyntien avulla. Kirjalliset ohjeet ja muistiot korostuivat tutkimusyksikön yhteistyömuotoina. Niiden toivottiin selkiyttävän toimintaa ja ehkäisevän ristiriitoja. Yhteistyössä korostui ammattiryhmittäinen ja organisaation sisäinen yhteistyö, organisaation ulkopuolelle suuntautuva yhteistyö oli vähäistä.

5.3. Askel kohti asiantuntijuutta

'Et kyllä ammattitaito on huomattavasti parempi, kuin mitä silloin kun tuli tänne. Kyl tääl pystyy kehittyä.' (H 4)

Tässä luvussa on tavoitteena vastata ***kolmanteen tutkimusongelmaan*** ja sitä täsmentäviin yksityiskohtaisiin tutkimuskysymyksiin (kysymykset 6-7) kuvaamalla, analysoimalla ja tulkitsemalla tutkimusyksikön hoitokulttuuria hoitotyön asiantuntijuutta vahvistavana ja ammatillista kasvua tukevana ympäristönä. (Yhteenvedo luku 5.3.4.) Samalla hyödynnetään ja kootaan edellisissä luvuissa esitettyä, tutkimusyksikössä vallitsevan hoitokulttuurin kuvausta. Parhaimmillaan tämä arkinen toiminta, *'vastaanottojen pyörittys'* mahdollistaa sekä työyhteisön että yksittäisen työntekijän ja opiskelijan ammatillisen kasvun työssä ja työstä. Liitteestä kaksi selviävät tutkimusaineistoon viittaavat lyhenteet (liite 2; ks. alaviite viisi).

5.3.1 Teknistä taituruutta ja heräävää asiantuntijuutta

'Mutta sen kyllä sanon tähänkin, että varmaan vielä enemmän on mennyt tehtäväkeskeiseen ajanvarauspuolella, se ATK syö kaikki sen hoitotyön ajan entistä enemmän.' (PK 196)

Asiantuntijuuden edellyttämä ammattitaito kehittyy asteittain ja rakentuu käytännön ammattityössä. Työkokemuksen määrä sinänsä ei turvaa hoitajan ammatillista kasvua, jotta työssä ylipäättään kehittyy, työn täytyy täyttää tiettyjä vaatimuksia. Olennaisia tekijöitä ovat työstä saatu säännöllinen palaute ja työtovereiden osoittama kiinnostus. (Bjørk & Kirkevold 1999, 83; Hart & Rotem 1995; Paloposki ym. 2003, 159-160; White 2003, 115-116.) Tämän tutkimuksen mielenkiinto kohdistuu tutkimusyksikössä vallitsevaan hoitokulttuuriin. Millaisia oppimiskokemuksia se tarjoaa työntekijöilleen ja miten se tukee heidän ammatillista kasvuaan? Ja millaisen mallin hoitotyön asiantuntijasta se tarjoaa yksikössä harjoittelevalle opiskelijoille?

Aluksi tarkastelen ammatillisen koulutuksen roolia tutkimusyksikön hoitajien ammattiin kasvun prosessissa. Ammatillinen koulutus tarjoaa muodollisen pätevyyden, joka saattaa erota työtehtävien edellyttämästä pätevyydestä huomattavasti. Muodollisen ja työn vaatiman pätevyyden lisäksi voidaan puhua todellisesta ja kysytystä pätevyydestä. (Kuvio 2; Ellström 1992, 37-42; Ruohotie 2002, 236.) Tutkimusyksikön hoitajilta vaadittu muodollinen pätevyys vastasi kysyttyä pätevyyttä. Tehtävän hoitoon vaadittiin joko kättilön tai sairaanhoitajan tutkinto, minkä arvioitiin takaavan ko. tutkintojen ammattitaitovaatimuksissa ilmaistun osaamisen.

'(Tutkija:)...et suunta on...et kättilöitä palkataan sijaisiksi (Hoitaja:) joo, kyllä, siihen se on menossa.' (H6)

Tutkimusyksikön hoitajien ammatilliseen peruskoulutukseen kohdistamat odotukset olivat suuret ja epärealistiset. Koulutuksen toivottiin tarjoavan muodollisen pätevyyden ohella myös gynekologisen polikliinisen työn vaatiman täsmäpätevyyden. Koulutus ei vastannut hoitajien odotuksiin. Anti arvioitiin vähäiseksi, ja muodollisen ja kysytyn pätevyyden ero työtehtävien edellyttämän pätevyyden suhteen tuntui suurelta. Hoitajien mukaan koulutus tarjosi pelkkää teoretietoa – 'know that' -tietoa - ja sitäkin rajatusti. Tutkimusyksikön hoitajat kaipasivat saadun teoreettisen opetuksen käytettävyyttä eli

enemmän 'know how' -tietoa kuten Koskisen ja Silén-Lipposen (2001, 127-128) tutki-
mat opiskelijat.

'Enhän määhän naistentaudeista tiennyt muuta kuin, mitä pitää leikata ja mitä ei.'
(H6)

Toisaalta tutkimusyksikön hoitajat totesivat koulutuksen merkityksen olevan *'itsestä kiinni'*. Samaan havaintoon on päädytty myös ammatillista kasvua käsittelevässä kirjallisuudessa ja tutkimuksissa. Esimerkiksi itseluottamus ja -tietoisuus, samoin kuin oma motivaatio, edistävät hoitotyön opiskelijan ammattiin sitoutumista sekä kehittymistä asiantuntijuuden vaatimien kvalifikaatioiden (mm. päätöksentekotaidot) hallinnassa (Howkins & Ewens 1999; Löfmark & Wikbland 2001, 49; Sirkka 2001, 123-124; White 2003, 117). Yksilökehitystä ohjaavat itsesäätelyvalmiudet ovat Ruohotien (2002, 245-248; 2003, 72) mukaan avainkvalifikaatioita. Motivaatiolla ja tahdolla on itsesäätelyprosessissa keskeinen sija.

Sormunen, Koponen ja Hemminki (2001) tutkivat terveydenhoitajien ja kättilöiden koulutuksen ja työn vastaavuutta. Tulosten mukaan suurin osa vastaajista, etenkin sairaaloissa työskentelevät, katsoi voivansa hyödyntää ammattitaitoaan hyvin. Myös Hildénin (1999, 173) tutkimat sairaanhoitajat arvioivat saamaansa koulutusta tutkimusyksikön hoitajia positiivisemmin. Olisiko tutkimusyksikön hoitajien kokema kuilu saadun ja tarvittavan tiedon välillä johtunut poliklinikalla toteutuvaan tai ylipäätään polikliiniseen hoitotyöhön liittyvistä ominaispiirteistä?

Riittien näkökulmasta tarkasteltuna koulutus edustaa siirtymäriittiä, jonka avulla yksilö siirretään statuksesta toiseen – siirtymä opiskelijasta hoitajaksi. Kivekkään (1999, 240) mukaan siirtymät työelämään ovat yksilöityneet ja moninaistuneet. Irtaantumisriitit ovat siirtymäriittejä. Ne irrottavat ja loitontavat yksilön aikaisemmasta roolistaan. Onko ohjauksen lopettaminen valmistumiseen tulkittavissa eräänlaiseksi irtaantumisriitiksi? Opiskelijaa ohjataan pyytämättä, valmistuneen hoitajan neuvominen oli pulmallisempaa.

'Kerran kävi toinen hoitaja... kysymässä, onko meillä sen ja sen paperit, kysytään puhelimesta. Toinen hoitaja mietti, onkohan tämä toinen miettinyt, voiko tietoja ylipäätään antaa. Totesi, no, hänhän on meillä hoitajana, ei opiskelijana.'(PK 29)

Ammatillisen koulutuksen jälkeen ammatillinen kasvu jatkuu, mikäli olosuhteet ovat tälle prosessille otolliset. Mahdollisuus kykyjensä ja osaamisensa käyttöön on hyvän työn ominaisuus (Kasvio 1997, 147) ja edellytys ammatilliselle kasvulle työssä ja työstä. Kuten Kinnunen ja Vuori (1999, 35) toteavat: jokaisen potilaan hoidossa on pyrittävä laajempiin tavoitteisiin siten, että samalla kun hoidettava saa parhaan mahdollisen hoidon, voi hoitaja käyttää omia taitojaan laaja-alaisesti, ilman että työn haasteellisuus ja oppimishalu katoaisivat fyysisen väsymyksen ja henkisen turhauman seurauksena.

Vaikka erikoissairaanhoidossa työskentelyä pidetään ammattitaitoa kehittävänä (mm. Pahkala ym. 1999a, 91; Pahkala ym. 1999b, 261; Sormunen ym. 2001, 257), ei se ollut sitä tutkimusyksikössä, päinvastoin. Vallalla oleva hoitokulttuuri ei tukenut ammatillista kasvua. Lisäksi viimeaikainen kehitys kavensi entuudestaan hoitajan mahdollisuuksia toteuttaa hyvää hoitotyötä ja kehittää omaa asiantuntijuuttaan, koska *'varmaan vielä enemmän on menty tehtäväkeskeiseen ajanvarauspuolella.'* ATK:n käyttö rohmusi hoitajan aikaa ja tarkkaavaisuutta: *'Se ATK syö sen kaikki sen hoitotyön ajan entistä enemmän.'*

Tilanne haittaa paitsi työntekijöiden ammatillista kasvua ja ammatin kehittymistä myös organisaation toimivuutta ja tuloksellisuutta. Toiminta tutkimusyksikössä oli ohje- ja sääntöorientoitunutta, kaavamaisista ja epäitsenäistä *'vastaanotonpyöritystä'*, annettujen välillisten ja välittömien tehtävien toteuttamista. Potilaan ja hoitajan välinen yhteistyösuhde oli asiantuntijakeskeinen (luku 5.2.1); potilasohjauksessa korostuivat hallitseva ohjaustyyli ja hoitajan auktoriteettivalta (luku 5.2.4). Hoitajien vuorovaikutustyylit olivat passiivisia. Itsenäinen päätöksenteko oli vähäistä ja pääosin rutiinimaista (luku 5.2.3). Yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa jäi koordinaation tasolle (luku 5.2.5). Toimintaa voi luonnehtia sarjaksi erilaisia toimenpiteitä, joiden tehtävänä on tukea lääketieteellistä hoitoa (Krause & Salo 1993, 14).

V. 1997. 'Vastaanotto alkoi klo 8.45, jolloin aloin kutsua potilaita vastaanotolle järjestyksessä. Ensiksi potilas juttelee lääkärin kanssa ja sen jälkeen hän menee riisuuntumaan varattuun tilaan verhon taakse. Avustan ja ohjaan potilasta tutkimuspöydälle, selitän tarvittaessa, mitä tapahtuu, autan lääkäriä näytteiden otossa. Tutkimuksen jälkeen potilas saa pukea päälleen. Sitten lääkäri kertoo jatkosuunnitelman ja ohjasi potilaan. Hoitajana yleensä annoin tarvittavat ajat, tutkimuslähetteet ja ohjaukset potilaalle huoneessa tai lääkärin sanellessa vähän syrjimmässä. Tällä tavoin päivä kului vastaanoton merkeissä.' (H 7)

V. 2001. 'Mitä, olenko minä kirjoittanut tämän? Aika samalta näyttää... Oma tieto on lisääntynyt.' (PK204)

Hoitajalta edellytettiin osaston erikoisalalan mukaista hyvää ja vahvaa kliinistä osaamista, *'et meillähän on tuol leikkaussalissa niinku kaikenlaisii kojeita ja kystoskopia'*. Uuden oppiminen liittyi useimmiten erilaisten lääketieteellisten hoito- ja tutkimusmenetelmien hallintaan. Mutta koska toiminta oli pääosin toistavaa, tuli uusia oppimishaasteita harvoin.

'Mikä viimeinen kysymys on ollut? Ää, se oli lääketieteellinen, koska lääketiede on mun mielestä hyvä hoitotyötä tukeva tiede. ... Mä kysyin, että vaihdevuosien hormonihoidossa, riittääkö... Niin kuulemma se riittää, että pelkkää estrogeeniä sitten levon lisäksi. Et siis tällaisia ihan käytännön asioita.' (H3)

'En voi oikeen sanoo, et mistä pidän vähiten, mut tota just tällä hetkellä luulen et se on noi meidän kystometriat ... siinä mul on niinku kaikista vähiten tietoo... Mä luulen et mä en just sentakia niistä hirveesti pidä.' (H1)

Ollakseen **hyvä** hoitajan täytyi pystyä osallistumaan käytännön työhön ja selvitä eteen tulevista tehtävistä. Tutkimusyksikön kehittämishankkeet nimettiin diagnoosiryhmittäin. Esimerkiksi tähän tutkimukseen suunniteltu hanke liittyi inkontinenssipotilaan ohjaukseen. Simulaatiopelissä tarkasteltiin keskenmenopotilaan hoitoa ja samanaikaisesti suunniteltiin toiseen laatukoulutukseen osallistumista aiheena alavatsakipuisen potilaan hoito. Siten diagnoosit näyttivät ohjaavan ammatillisen kasvun suuntaa ja laatua. Ammattitaidon kasvu vaikutti määrälliseltä ja näytti riippuvan siitä, kuinka monen eri tautiryhmän hoitoon hoitaja oli perehtynyt ja lisäkouluttautunut. Jopa omahoitajatarve koettiin diagnoosilähtöiseksi.

'Meillä on sen verran kumminkin näitä omia potilasryhmiä, mitkä tarttee sitä tukea ja ohjausta. Sitä kautta itensä lisäkouluttaminen.' (H1)

'Syöpää sairastaville saisi olla oma hoitaja, jolla olisi vastaanotto, johon potilaat voisivat tulla juttelemaan asioistaan ja ongelmistaan, peloistaan ja muista asioista.... Samanlaista keskustelua tarvitsisivat myös kondyloomia sairastavat, keskenmenopotilaat ja ehkäpä myös vaihdevuosissa olevat...' (H7)

Päivystystoiminnan vähenemisen (luku 5.1.1) myötä tilanteita, joissa hoitajien mieluisiksi kokemat polikliiniseen toimintaan liittyvät piirteet kuten nopeatempoisuus ja vaihtelevuus korostuivat, tuli yhä harvemmin. *'Onhan se kaventunut, tietysti'*. Päivystyspotilaiden vastaanotoilla tarvittu ja sen myötä kehittynyt osaamisalue *'nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinta'* rapistui. Samalla väheni työn mielekkyys. Hoitajat olivat hakeutuneet tutkimusyksikköön nimenomaan toiminnan luonteen vuoksi.

'Sit niinku, että mukautuu tämmöiseen nopeaan tilanteeseen, sekin niinku alkaa ruostumaan.' (PK 189)

Tutkimusyksikköön siirtyneen uuden hoitajan suurimmat oppimishaasteet liittyivät lähimpien yhteistyökumppaneiden tapoihin perehtymisen ohella ATK:hon ja *'sihteerin töihin oppimiseen'*. Puoliksi leikkimielellä heitetty ajatus: *'Ainakin muistaa mikä päivä, kun on päivämäärän niin monta kertaa kirjoittanut, ainakin 150 kertaa!'*, saattaa paljastua karuksi totuudeksi. Uuden oppiminen jää vaatimattomaksi, jos ja kun työ on *'paperin pyörittelyä'*.

Tutkimusyksikössä harjoitteleva opiskelija (H9) puolestaan ymmärsi opiskelijan ja hoitajien roolin ja tehtävien eroavan toisistaan. Samalla kun opiskelija harjoitteli kokonaisvaltaista hoitamista, hän tiedosti, että näihin tehtäviin ei sitten valmistuneena enää riitä aikaa, koska se menee siihen *'ATK:n näpyttelyyn'*. Tämänkaltaiset ristiriidat eivät välttämättä edistä ammatillisen identiteetin kehittymistä.

Ammattitaitoa ja siihen kohdistuvia osaamisvaatimuksia voidaan tarkastella kvalifikaatioiden avulla. Tutkimuksen ajankohtana tutkimusyksikön arkitodellisuudesta kohoisi ylitse muiden vahva tekninen osaaminen, vaikka hoitofilosofiassa ja laadunhallinnan periaatteissa korostuivat sosiaaliset ja normatiiviset kvalifikaatiot. Tutkimusyksikön hoitajien voi arvioida vastanneen keskeisimpiin odotuksiin. He hallitsivat toiminnan vaatimat, etenkin potilaan lääketieteellisestä hoidosta kohoavat tekniset kvalifikaatiot erinomaisesti ja ylsivät tällä alueella jopa niiden kehittämisen tasolle. *'Esimerkiksi siinä vaiheessa kun tähän pepes -luokitukseen siirryttiin papasta, me oltiin täynnä kysymyksiä.'* Sosiaalisten kvalifikaatioiden hallinnan taso ylsi tietojen ja taitojen soveltamisen tasolle.

'Esimerkiksi semmoisessa henkisessä on varmaankin aika hirveesti vielä kehitettävää, sitä ei välttämättä osaa silleen niin kuin vielä, niin kuin kohdata oikeesti, en tiedä osaako sitä koskaan.'(H 1)

'Öö...kyl mä luulen, että kaikki sen havaitsee, että sitä puhumisen tarvetta on, mutta kaikki ei oo yhtä valmiita tekemään sitä.' (H 4)

Sen sijaan normatiivisten kvalifikaatioiden hallinta oli heikointa jääden tiedonhallinnan tasolle (tarkemmin luku 5.3.3). On kuitenkin ilmeistä, että tutkimusyksikön hoitajat – ennemmin tai myöhemmin - tarvitsevat toimivia normatiivisia valmiuksia selviytyäkseen kunnialla tulevaisuuden haasteista. Aluksi se edellyttää toimintakulttuurin kehitty-

mistä, jolloin normatiivisten kvalifikaatioiden hallinnan tarve kohoaa työstä ja samalla niiden oppiminen työssä mahdollistuu. Valitettavasti ne laadunvarmistus- ja kehittämishankkeet, joissa yksikkö tähän mennessä oli ollut mukana, eivät tukeneet ammatillista kasvua normatiivisten valmiuksien hallinnan alueella. Malli siirtyy puutteineen ja rajoitteineen tutkimusyksikössä harjoitteleville opiskelijoille ja uusille hoitajille. Toimintayksikön normit ja säännöt ohjaavat ammatillisen kasvun suuntaa koulusta saatua mallia voimakkaammin (Sarajärvi 2002, 100; myös Paukkunen ym. 2002, 32). Seuraava kuvio havainnollistaa tilannetta tutkimusyksikössä. (Kuvio 7.)

KVALIFIKAATIO	KVALIFIKAATIOIDEN HALLINNAN TASO		
	Kvalifikaatioiden edellyttämien tietojen hallinta	Kvalifikaatioiden edellyttämien tietojen ja taitojen soveltaminen	Kvalifikaatioiden kehittäminen
TEKNINEN	+	+	+
SOSIAALINEN	+	+	?
NORMATIIVINEN	+	?	?

Kuvio 7. Kvalifikaatioiden hallinta tutkimusyksikössä (muk. Kankaanpää 1995, 3-4).

Tutkimusyksikössä oli työn edellyttämä toiminnallinen osaaminen hyvää. Osaamisalueet, joita ei kysytty päivittäisessä toiminnassa, kuten yhteiskunnalliset, ajattelun ja päätöksenteon taidot, eivät päässeet harjaantumaan ja kehittymään laaja-alaisesti. Ylipäänsä toiminta tutkimusyksikössä ei tarjonnut hoitajille riittävästi kasvun haasteita. Oppimista luonnehtii pikemminkin negatiivisuus ja tilanteisiin sopeutuminen kuin positiiivisuus ja tilanteiden kehittäminen. Ellei toimintakulttuuri muutu ja mahdollista ammatillista kasvua, on tutkimusyksikön hoitajien todellinen pätevyys vaarassa kaventua. Nykykäytäntö hukkaa hoitajien voimavaroja ja tuhlaa organisaation resursseja, mikä ei suinkaan ole ainoastaan tutkimusyksikön ongelma (Kevätsalo 1999, 314-315; Krejci 1999, 24; Pahkala ym. 1998, 132).

Onneksi tutkimusyksikön tilanne ei siellä työskentelevien hoitajien mukaan ollut epätoivoinen tai pysähtynyt. Jonkinasteista ammatillista kasvua tapahtui työkokemuksen

myötä, joskin itsenäisen hoitotyön ja asiantuntijuuden osalta se pääasiassa ilmeni vasta hoitajien puheissa ja tavoitteissa, ei toiminnassa. Koska itsenäiselle hoitotyölle ei juuri-kaan jäänyt tilaa, aikaa ja energiaa, ei sitä riittänyt myöskään näissä taidoissa kehittymiselle. Sen sijaan kliinisen osaamisen ja hoitajalle annettujen, epäitsenäisten tehtävien alueella hoitoyksikössä toimivien hoitajien kehittymismahdollisuudet oli turvattu koh- tuullisesti. Hoitajat kertoivat panostaneensa toiminnan kehittämiseen, *'ollaan istuttu ja pohdittu, et mitä vois tehdä paremmin'*. Etenemistä kohti hyvää inhimillistä hoitoa kohti pidettiin ilmeisenä. Hoitajat kokivat pääsevänsä riittävästi koulutukseen.

'Kyllä, täällä ollaan niinku sillai kiinnostuneita kouluttamaan itseensä enem- män...ja nuoret, vaikka tulevat koulutuksesta, niin vielä haluavat lisää. Täältä on kyllä sillai päässyt...' (H 2)

Myös hoitajan ja hoitotyön merkitys hoitoprosessissa oli kasvanut tutkimusyksikössä työskentelevien hoitajien mielestä. Tutkimusyksikön hoitajien suhtautumista omaan ammatilliseen kasvuun kohti hoitotyön asiantuntijuutta voi luonnehtia toiveikkaaksi.

'Aikaisemmin se oli enemmän tommoista lääkärikeskeistä, että nytte paljon enemmän niinku hoitajat tuota on potilaiden kanssa, ne enemmän tota kyselee esi- tietoja ja kirjaa potilaiden asioita ja antaa ohjeita. Meillä on paljon kehitetty noi- ta kirjallisia ohjeita ja nähdään niinku et sekin on tärkeätä, et potilaalle selvite- tään, et mitä on niinku jatkossa. Et se on kyllä kehittyny.' (H3)

Tutkimusyksikön hoitajat tunsivat, että työkokemuksen karttuessa he alkoivat tarkastel- la kriittisemmin omaa rooliaan potilaan hoidossa. Hoitaja ei ole ainoastaan lääkärin avustaja, vaan hoitajalla on annettavaa potilaalle, *'antaa heille hetki aikaa'*. Potilaan kanssa voi keskustella tämän ongelmista *'ja muista asioista, jotka eivät vastaanotolla tule esille. Aina ei riitä pelkkä lappunen.'* Toiminnan painopiste siirtyi kohti hoitotyön ominta, itsenäistä aluetta, kuten potilaan tukeminen ja ohjaaminen. Tämä puolestaan auttoi tutkimusyksikön hoitajia kohtaamaan paremmin potilaan hätää ja ahdistavia tilan- teita. Samalla kasvoi taito ja rohkeus vaatia tasavertaisempaa yhteistyökumppanuutta lääkärin kanssa, joka puolestaan ilmenee muun muassa tilan ja ajan vaatimisena potilaan jatkohoitojen selostamiseen vastaanottohuoneessa silläkin uhalla, että vastaanoton suju- vuus kärsii.

'En mä enää lähe käytävälle, must se on ala-arvosta. Mä annan kaikki ne ohjeet, kaikki, jopa kaavintaan tulo-ohjeet siinä huoneessa ... odottakoon. ... Kyllä, on- han se rohkeutunut siis paljon siitä... varmaan nuorena hoitajana ni ei sitä uskal- la herra tohtorille mitään sanoo, mut mulla on semmonen nyt hävinnyt koko- naan...' (H 6)

5.3.2 Hoitotiede- vai lääketiedeorientoituneisuus?

'Mille rakentuu hoitotyön tietopohja? ... Helpotan kysymystä. Tiesitte heti, mitä lääketieteen opiskelija opiskelee, siis mikä on hoitotyön tietopohja? Siis hoitotiede.' (D:LM)

Hoitotyö voi olla itsenäistä, jolloin se ohjautuu hoitotieteestä käsin. Toisaalta se voi olla lääketiedeorientoitunutta ja epäitsenäistä. Tämän tutkimuksen alkuvaihetta ohjannut käsitykseni hoitotyöstä korosti hoitotyön itsenäisyyttä ja hoitajan asiantuntijuutta. Sen yhteneväisyys Munnukan ja Kiikkalan (1994, 16) hoitotyön asiantuntijuuden määrittelyn kanssa on ilmeinen (ks. luku 2.3). Tutkimusyksikön hoitotyöhön liittyvä työhypoteesini oli:

'Naistentautien poliklinikalla hoitaja edustaa hoitotyön asiantuntijuutta ja hoitotyöllä on oma selkeä tehtävänsä ja merkityksensä tutkimusyksikössä. Hoitotieteen merkitys kohoa sen voimasta uudistaa ja muokata kehittämistä vaativia toimintakäytänteitä.'

Työhypoteesini romuttui oitis havainnointijaksolla. Se, etten opettajana ollut pysynyt työelämän kehityksessä mukana, ei ole poikkeuksellista, pikemminkin sääntö niin suomalaisten kuin myös kansainvälisten tutkimusten mukaan (mm. Johnsen & Aasgaard 1999; Koskinen & Silén-Lipponen 2001, 127; Könnilä 1999, 238; Landers 2000; Manninen 1995, 129-130; Ring & Danielson 1999; Salminen 2000, 92). Ongelman yleisyys ei kuitenkaan vapauta osaamisen päivittämisvastuusta.

Tutkimusyksikön hoitaja ei tämän tutkimusten tulosten perusteella edustanut hoitotyön laaja-alaista asiantuntijuutta, jos ja kun asiantuntijuudella tarkoitetaan perinteisiin ammatteihin kiinnittyvää tai niihin liittyvää ja tiukasti tietämiseen perustuvaa erityisosaamista (Eteläpelto 1994, 21; Launis 1995, 77; Munnukka & Kiikkala 1994, 16). Hoitotyön omin alue, jolla hoitaja olisi voinut osoittaa jo Hendersonin (1966, 11) peräämää *'etevämmyyttään'*, oli kateissa. Hoitotyöllä ei ollut omaa selkeää, itsenäistä tehtäväänsä tutkimusyksikössä, eikä hoitotieteellä ollut sijaa ammatillisessa kasvussa tai toimintakäytäntöjen kehittymisessä. Tutkimusyksikössä harjoitteleva opiskelija ja siellä työskentelevä hoitaja oppivat, jopa erinomaisesti, naistentautien potilaan lääketieteelli-

sen hoidon ja lääkärin avustamisen tässä hoidossa, sen sijaan naisen hoitotyön oppimiskokemukset saattoivat jäädä vähäisiksi.

Hoitotyöhön kohdistuva alkuorientaationi perustui teoriaan, ei todellisuuteen. Samankaltaista arjesta vieraantumista tapahtuu ilmeisesti myös hoito-organisaatioiden sisällä, käsitys hoitotyöstä ei ohjaudu käytännöstä vaan visioista ja kirjallisuudesta. Esimerkiksi tämä saattaa selittää, miksi Isolan ja Voutilaisen (1998, 85) mukaan vanhusten pitkäaikaishoidon laatuun ja nykytilaan oltiin sitä tyytyväisempiä, mitä kauempana ydintehtävistä vastaaja toimi.

Tutkimusyksikön arkitoiminta eroaa siitä käsityksestä, joka syntyy organisaation hoitofilosofiaan ja julkisiin raportteihin sekä hoitokirjallisuuteen tutustumisen avulla. Hoitotyön kirjallisuus ja hoitotieteen innoittama tutkimus luovat kuvan hoitoajattelun kehittyneisyydestä, hoitoammatin itsenäisyydestä ja professionaalisuudesta. Tavoitteiden ja todellisuuden sekoittaminen on mahdollista. Väärälä (1995, 184) kuvaa tapahtumaa koulun toiminnasta käsin. Tutkimusyksikön julkiteoria ja käyttöteoria erosivat toisistaan, mikä sinänsä ei liene ainutlaatuisia: hoitoyhteisöjen julkisesti ulospäin puolustama malli on harvoin sama kuin käytännön toiminta. Tutkimusyhteisössä ilmeni ristiriitoja toivotun ja todellisen välillä sekä moniammatillisuudessa (luku 5.2.5), asiakaslähtöisyydessä (luku 5.2.1) ja potilasohjauksessa (luku 5.2.4) että ylipäätään hoitotyön tavoitteiden ja periaatteiden toteutumisessa (luku 5.2.2).

Tutkimusyksikön hoitajat olivat tyytyväisiä näkyvään ja kuuluvaan toimintaansa todeten yksimielisesti *'päiväjärjestykseen en puuttuis'* ja halusivat, että tämä kuva heijastuu myös ulospäin. Vaikka muutos toisi mukanaan uusia haasteita ja ammatillisen kasvun mahdollisuuksia, ei tehtäväkeskeisen työskentelymallin tiedostaminen ja muuttaminen ole helppoa (Hietanen ym. 1995, 262). Lisäksi kulttuurin edustajat itse ovat useimmiten sokeita oman kulttuurinsa piirteille.

Simulaatiopeliin valittiin tapaus, jossa toiminnan ongelmaton sujuvuus korostui (luku 5.3.3). Ehkäpä se, ettei tapauksesta tämän vuoksi löytynyt kummoistakaan kehitettävää, oli mairittelevaa ja osoitti oman toiminnan erinomaisuutta. Samoin huolehdittiin tarkoin, että minä tutkijana saan mahdollisimman hyvän kuvan toiminnasta varmistamalla,

että siinä vastaanottohuoneessa, jossa havainnoin, toteutuu hyvä polikliininen hoito. Hyvyys liitettiin lääkärin toimintaan; hoitajan rooli ei korostunut.

'Minut määrättiin ensin H3: een, mutta se vaihdettiin H2:ksi. Kolmosessa on kuulema lääkärinä varsinaisen jörrikkä - murahtelee vain potilaille, en saisi siellä hyvää kuvaa hoidosta. (PK 195)

Ero toivotun ja todellisen eli hyvän hoitotyön ja poliklinikalla toteutuvan hoidon välillä ei suinkaan ollut jäänyt hoitajilta tiedostamatta. Hoitajien puheesta saattoi aistia jonkin asteista puolustelua ja syyllisyyttä toteutuneen hoitotyön laadusta, mikä ei vastaa hoitotyön arvoja ja ihanteita: *'Näinhän se on, ikävä kyllä'*. Samanaikaisesti painotettiin: *'Et se on kyllä kehittynyt'*, koska *'mitä nyt tapahtuu, on inhimillisempää'*. Hyvän hoitotyön esteiksi nimettiin polikliinisen toiminnan luonne: *'Vastaanotot on tätä, ne on otettava sellaisena, sitten on muu hoitajan työ.'* Myös toiminta erikoissairaanhoidon yksikkönä näytti sitovan käsiä: *'Mehän ollaan erikoissairaanhoidon yksikkö'* ja *'potilas tulee lääkärin luokse'*. Hoitajan hiljaisen sivustakatsojan roolin taakse vetäytyminen oli yleistä: *'Me ollaan hienotunteisia. Ei molempien tartte olla äänessä'*.

Kiire selitti osaltaan hoitotyön laiminlyönnin: *'Mulla ei ollut aikaa kuin välillä huikata...'*. Toisaalta hoitotyön osuus oli vähäinen kaiken kaikkiaan tutkimusyksikössä. Työn organisoinnilla oli vaikutusta ongelmaan. Mutta johtuipa ajanpuute mistä syystä tahansa, hoitajat saattoivat potea huonoa omaatuntoa sen vuoksi. Myös Nuikka (2002, 94-95) havaitsi kuormittaviksi tilanteet, joissa hoitajalla ei ollut toimintaedellytyksiä hoitaa potilasta hyvin.

'Et ainakin ois ollu parempi omatunto sitten. Se on se, ettei oo aikaa, se on se, mistä tulee huono omatunto, et ne pääsee menemään ohi.' (H4)

Hoitotiede näkyi tutkimusyksikön hoitokulttuurissa vasta ideologiassa ja julkiteorioissa. Vastaavanlaiseen johtopäätökseen päätyi myös Eriksson-Piela (2003, 69) omassa tutkimuksessaan. Toimintaa ohjaa lääketieteellinen asiantuntijatietämys, hoitotieteellinen retoriikka kytkeytyy potilashoidon inhimillisyyksivaatimukseen.

Niinpä vaikka tutkimusyksikön hoitajien koulutustilaisuudessa hoitotiede nimettiin toimintaa ohjaavaksi tieteenksi (D:LM), ei hoitotiedeorientoituneisuus näkynyt tutkimusyksikön jokapäiväisessä toiminnassa. Päätöksenteko kohdistui potilaan 'tässä ja nyt' – ongelmiin ja sitä ohjasi jäsentymätön tietorakenne (Lauri & Salanterä 1995, 67-71;

1998, 447-448). Tutkimusyksikön työssäoppimis-, koulutus- ja kehittämishaasteissa korostuivat diagnoosit ja lääketieteellinen hoito. Hoitotieteen hallinnan puute ja opiskelunaikana opittujen seikkojen unohtaminen oli ymmärrettävää ja sallittua. Se ei ollut hoitajien kammoksumaa *'tyhmyyttä'*. Myös oman toiminnan arviointi ja reflektointi saatettiin liittää opiskeluun, ja mitä vähemmän reflektointi, sitä vaikeampaa se oli. Jo oman työkokonaisuuden hahmottaminen saatettiin kokea liian hankalaksi: *'Se johtaa umpikujaan.'* Reflektiivisen ja kriittisen ajattelun ongelmat ovat Nurmela (2002, 198-199), Karttunen (1999, 188) ja Greenwoodin (2000, 434) tekemien havaintojen mukaan yleistä hoitokulttuurissa.

'Luennoitsija: Mitkä ovat hoitotieteen keskeiset käsitteet?

Joku: Terveys, ihminen, ympäristö...ja hoitotyö.

Muut: Se on just tullu koulusta. (naurua)' (D:LM)

'Kauhee kun joutuu itsearviointiin, vaikka on siitä opiskelusta niin kauan.... Vaikeeta.' (H4)

Tutkimusyksikön toiminta ohjautui lääketieteestä käsin. Toimintaa ohjaavissa arvoissa painottuivat tehokkuus ja sujuvuus. Hoitajan tehtäviin kuului vähän - tuskin lainkaan - itsenäisiä, autonomisia, hoitajan omasta aloitteesta lähteviä toimintoja, koska päivä hupeni johdetuissa, lääkärin määräyksestä ja aloitteesta lähtevissä toiminnoissa. Tukeminen ja ohjaaminen toteutuivat ainoastaan, mikäli aikaa jäi. Kirjaaminen supistui tehtyjen toimenpiteiden nimeämiseen, mainintaan annetuista lääkkeistä ja otettujen tutkimusten ympyröimiseen. (Luvut 5.2.2 ja 5.2.3.) Hoitotieteellisten tutkimusten käyttö, kuten myös keskustelu (esimerkiksi raporteilla) hoitotyön ongelmista jäi vähäiseksi.

'Raporteilla puhutaan myös, jos lehdessä tai TV:ssä on ollut ko. alueeseen liittyvä. Tällä viikolla puhuttiin yhdestä lehtijutusta ja kahdesta TV-ohjelmasta.' (PK 19)

Kaiken kaikkiaan oman tiedeperustan tunnistaminen jäi perin hataraksi. Suhtautuminen tieteellisyyteen ja tieteellisen jatkokoulutuksen hankkineisiin oli ristiriitaista. Se ilmeni esimerkiksi jakona lääkärit – hoitajat eli akateemiset – ei-akateemiset: *'Teitä akateemisiä ei ole riittävästi'; '...sitten kun akateemiset ovat lähteneet.'*

Samankaltaisia oman tiedeperustan vierauteen liittyviä ongelmia löytyy tutkimusten mukaan valitettavan monesta muustakin terveydenhuollon toimintayksiköstä (mm. Bernhard & Walsh 1995, 2-4; Eriksson-Piela 2003, 69; Leino-Kilpi & Suominen 1997, 64; Oranta ym. 2002, 30-34; Stenfors 1999, 104). Mikä osuus tutkimusyksikön työnor-

ganisoinnilla oli oman tiedeperustan heikkouteen? Tehtäväkeskeisyys saattaa liittyä lääketiedeohjautuvuuteen. Mutta onko se syy vai seuraus? Kitsonin (1998, 57-59) mukaan tehtäväkeskeisessä toimintaympäristöissä oli kiinnostus hoitotieteellisiin tutkimuksiin vähäistä. Telaranta (1999, 16) puolestaan toteaa, että tehtäväkeskeiseen työn organisointiin ajaututaan sellaisissa toimintayksiköissä, joissa hoitotieteellinen viitekehys on heikko tai puuttuu kokonaan.

Tilanne muuttunee lähitulevaisuudessa myös tutkimusyksikössä. Siirtymistä näyttöön perustuvaan hoitotyöhön velvoitetaan, ei vain suositella. Jotta näin todella tapahtuu, täytyy hoitokulttuurin muuttua perinpohjaisesti ja syvällisesti. Eriksson työtovereineen (2000, 91-95) kaipaa vahvempaa ja näkyvämpää akateemisuutta, hoitavaa hoitokulttuuria, missä teoria ja käytäntö yhdistyvät hoitamiseen ja jossa hoitaja rohkenee toteuttaa näyttöön pohjautuvaa hoitotyötä.

Tutkimusyksikössä tämänkaltainen muutos edellyttää hoitajien ammattikulttuurin voimistumista. Ammattikulttuurin arvot ja uskomukset sitovat jäseniään tiukemmin kuin organisaatiokulttuuri, etenkin vahvassa ammattikulttuurissa pidetään omista perusoleuksista napakasti kiinni. Tällöin ongelmatilanteissa, joissa mahdollisesti joudutaan valitsemaan puoli – organisaatio tai ammattiryhmä, voittaa yleensä ammattikulttuuri. Vastavasti heikolle kulttuurille on tyypillistä luopua omista toimintaa ohjaavista periaatteista ja arvoista. (Buchanan & Huczynski 1997, 530-531; Maanen & Barley 1985, 50.) Tutkimusyksikössä hoitajien ammattikulttuuri oli heikko ainakin suhteessa lääkäreiden ammattikulttuuriin (ks. taulukko 1). Lääkäreiden ammattikulttuurin vahvuus saattaa korostua byrokraattisessa kulttuurissa (Gair & Hartery 2001; Kangas 1999, 101).

Olivatko tutkimusyksikön hoitajat hoitotyön asiantuntijoita? Edellisten tarkastelujen perusteella eivät. Hoitajien osaamista voi verrata hoitotyön asiantuntijuusmääritelmiin (mm. Lauri & Elomaa 1999, 68; Munnukka & Kiikkala 1994, 16; Krause & Salo 1993, 8-9). Hoitotyö on luokiteltu ala-ammattiksi. Näin tekee esimerkiksi Airaksinen (1993, 45-26) vedoten lähinnä tiede- ja tietoperustan heikkouteen. Myös hoitotieteilijät itse pitivät kehittyneen ammatin, profession tunnusmerkkinä tiedeperustaa. Tutkimusyksikön hoitajat olivat tämän perusteella ala-ammattilaisia, heidän toimintansa ei vastannut kehittyneen ammatin tunnusmerkkejä. Toisaalta hoitotyö ei ylipäätään näytä edenneen

kaikilta osin ja kaikkialla kehittyneen ammatin, profession tasolle. (Bernhard & Walsh 1995, 13; Lauri 2003, 152; Leino-Kilpi & Suominen 1997, 64).

Tutkimusyksikön hoitajia voi luonnehtia ammattihenkilöiksi, jos ja kun tehtävänä on suoriutua hyvin omasta toimialueestaan nykyisessä kontekstissa. Heillä oli työn edellyttämä muodollinen ja kysytty sekä työtehtävien vaatima pätevyys (kuvio 2); myös työstä kohoaviin teknisiin kvalifikaatioihin hoitajat vastasivat erinomaisesti (kuvio 7). Hoitajan tehtävät tutkimusyksikössä edellyttivät ammattitaidon kehittymistä ekspertiksi teknisten kvalifikaatioiden osalta. Ammattilaisuuden kriteerit täytyivät ongelmitta.

'(Nimi) arvioi itseään: "Taidan olla toimija". Ja lisäksi, ettei sillä lailla pohdi, mutta kuitenkin pyrkii tekemään työnsä niin hyvin kuin pystyy. Hyvin tekikin. Ei siinä mitään.'(PK204)

Paitsi päteviä ammattihenkilöitä tutkimusyksikön hoitajat olivat asiantuntijoita, mikäli asiantuntijuudella tarkoitetaan oman alan tuntemista ja profession takaamaa valtuutta toimia tietyssä ammatissa tietyn alan tuntijana, joskin tutkimusyksikön hoitajan mahdollisuudet olivat melko kapeat ja rajatut. Hoitaja oli toimenpideteknikko (Tammelin 2000, 20-21) ja rutiiniasiantuntija (Hakkarainen ym. 2001, 79-80). Tämänkaltaiselta asiantuntijalta puuttuu kyky siirtää tietoa toisesta toimintaympäristö toiseen sekä taito arvioida toiminnan onnistuneisuutta, hahmottaa kokonaisuuksia ja nähdä asioiden merkitys laajemmasta kuin vain oman työnsä näkökulmasta.

Tutkimusyksikössä työskentelevien hoitajien ammatillisen kasvun turvaaminen vaatii pikaisia toimenpiteitä, muuten hoitajien todellinen pätevyys kutistuu työn vaatiman pätevyyden tasolle. Ilman toimintakäytännön perustavanlaatuista muutosta hoitajien ammatillinen kasvu ei myöskään etene ammattitaidosta kohti hoitotyön asiantuntijuutta. Nykyinen pätevyys riittää tehtävien suorittamiseen muuttumattomissa olosuhteissa.

5.3.3 Kehitetään, mutta kehitytäänkö?

'Palvelumme perustuvat henkilökunnan vahvaan tieto- ja taitopohjaan. Meillä on yhteinen ammattietiikka. Työn laadulle asetetaan selvät yhdessä sovitut tavoitteet. Työn laatua pyrimme valvomaan ja kohottamaan jatkuvan laadun mittauksen avulla.' (D:HF)

Laatuasiat olivat vahvasti esillä tutkimusorganisaatiossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan periaatteista ensimmäiselle *'laadunhallinta on osa jokapäiväistä työtä'* oli siten luotu hyvä perusta. Esimerkiksi vuonna 1997 järjestettiin johdolle ja esimiehille laatu-koulutusta (liite 3), jonka edellytettiin johtavan erilaisiin kehittämishankkeisiin. Koulutukseen osallistujien valintakriteerit herättivät närkästystä hoitajien keskuudessa.

'Miksi vain johdolle? Vastaavaa koulutusta tarvitsee koko henkilökunta.' (PK5)

Hoitajien kritiikki oli aiheellista, koska toiminnan kehittämisessä tarvitaan jokaisen panos. Tätä korostetaan myös tutkimusorganisaation omassa, virallisessa laatuajattelussa, joka pohjautui kokonaisvaltaiseen laadunhallintaan (TQM) ja sen mukaiseen näkemykseen laatujohtamisesta ja jatkuvasta laadunparantamisesta (D:LK; Evans & Lindsay 1996). Laadunhallinnan periaatteet olivat:

- asiakasnäkökulman korostuminen on laatu-prosessin ydin
- laatu perustuu työyhteisön osaamiseen
- laadun hallinta edellyttää kaikkien osallistumista
- kustannustietoisuus liittyy laatuun
- laadun hallinta edellyttää jatkuvaa kehittämistä
- johtaminen luo edellytykset laadun kehittämiselle ja toimintakulttuurin muuttumiselle. (D:LK).

Tutkimusyksikön henkilökunta osallistui syksyllä 1997 laadun kehittämishankkeeseen, jossa käytettiin kehittämisvälineenä simulaatiopeliä (Ruohomäki 2002; Ruohomäki & Pankakoski 1996). Pelin suunnitteluryhmä, johon kuului ulkopuolisen kouluttajan lisäksi osaston henkilökuntaa, määritteli aluksi toimintaa ohjaavat tavoitteet. Myöhemmin henkilöstö sanoutui näistä irti toden *'nehän oli niiden kouluttajien tekemät'*. (D:SP)

Tutkittavaksi prosessiksi simulaatiopeliin valittiin päivystykseen tulleen kaavintapotilaan hoitoprosessi, joka hoitohenkilökunnan mukaan sujui normaalilla tavalla, ehkäpä

jopa tavallista paremmin ollen *'helppo, tyypillinen liukuhihnahomma.'* Toteutetun simulaatiopelin tulokset jäivät vaatimattomaksi. *'Ihannetapauksen'* ongelmaton kulku kuvattiin ja todettiin *'tähän me jo tiedettiin'*. Pelin jälkipuinti oli hedelmällistä, mutta sen antia ei hyödynnetty, koska sitä ei videoitu, eikä siitä tehty myöskään muistiota, minkä vuoksi keskustelu tutkimusyksikössä oli vähäistä. (D:SP)

'Kun GPKL:n hoitaja totesi, että kyseessä on helppo, tyypillinen liukuhihnahomma PKL:n näkökulmasta, aristeltiin kuitenkin tämän luonnehdinnan kirjaamista ryhmäraporttiin. (PK 108)

Simulaatiopelin palautepäivänä kouluttaja luonnehti peliä onnistuneeksi: *'Tavoitteet saavutettiin hyvin ja erityisesti onnistuttiin yhteistyössä'*. Yhteistyökumppanin arvio pelistä oli täysin toisenlainen: *'(nimi) kysyi, mitä pelipäivänä oli tapahtunut? Hän oli kuullut siitä vain huonoja asioita, ei mitään hyvää.'* (PK 135). Tutkimusyksikössä sen sijaan pelipäivästä ei ilmeisesti keskusteltu tässä laajuudessa, ei edes sen synnyttämästä kohusta.

'(nimi) sanoi, ettei hän tiennyt koko hässäkästä mitään ...Onko niin, ettei ole jutteltu muutenkaan niistä simulaatiopäivän asioista, koska tämäkin oli jäänyt puhumatta?' (PK 162)

Tutkimusyksikön laatua valvottiin hoitoon pääsyn, palvelujen peittävyiden, hoidon porrastuksen, kliinisen laadun ja potilastyytyväisyyden osalta (D:LK). Mittauksissa käytettiin (tutkimuksen ajankohtana) pelkästään määrällisiä kuvaajia ja taloudellisia tunnuslukuja; valtakunnalliset suositukset kehottavat käyttämään myös laadullisia mittareita. Henkilökunnan osaamisen ja ammatillisen kasvun kehittymisen systemaattinen arviointi oli unohdettu – *'töppilistaa'* lukuun ottamatta (luku 5.1.3). Tämä on puute, jolla saattaa olla merkitystä tutkimusyksikön toimivuuteen ja ilmapiiriin. Työstä saatu informatiivinen palaute on palkitsevampaa kuin kontrolloiva palaute. Palautteella on myös vaikutuksia kehittämishalukkuuteen. (mm. Honka & Ruohotie 1999, 16.)

Tutkimusyksikössä asioivien potilaiden tyytyväisyyttä mitattiin STAKESin kehittämällä tyytyväisyysmittarilla (Peiponen, Brommels & Kupiainen 1996), josta on kehitetty avo-
hoitopalveluihin soveltuva versio. Tätä mittaria käytettiin ensimmäisen kerran joulukuussa 1997. Tulosten mukaan tutkimusyksikön potilaat olivat keskimääräisen tyytyväisiä saamaansa palveluun. Asteikolla 5 (erittäin tyytyväinen) – 1 (erittäin tyytymätön) oli tutkimusyksikön keskiarvo 3.62; ero muiden poliklinikoiden keskiarvosta oli 0.05. Gynekologisen poliklinikan potilaat olivat tyytyväisimpiä tilojen viihtyvyyteen: ka.

4.34, ero muihin oli 0.44. Tyytymättöimpiä tutkimusyksikössä oltiin lääkärin odotusaikaan: ka. 3.61, ero muihin -0.20. (D:TV) Tyytymättömyys palvelujen saatavuuteen ilmenee myös tutkimusyksikössä asioivien potilaiden esittämistä valituksista, joista suurin osa liittyi jonotusajan pituuteen ja vastaanotolla odottamisen keston. Vuoden 2001 uusintamittauksessa tulokset olivat samansuuntaiset (D:TV).

'Mut semmonen, mistä noi asiakkaat eniten valittaa, niin on toi, että ne joutuu odottamaan...Se on siitä, että ei oo niin tarkkaa toi vastaanottojen toi työaika. Et esimerkiksi jos lääkärillä menee jonkun potilaan kanssa kauemmin, et se on vähän tollai niinku käytännön syistä.' (H 3)

Hoitajat pystyivät vaikuttamaan päivystysvastaanoton alkamisen ajankohtaan alkuhaastattelussa tekemänsä hoidon kiireellisyyssarvioin perusteella. Hoitajat pyrkivät muullakin toiminnallaan vähentämään vastaanotolla jonottamista. He soittivat tarvittaessa lisäapua, 'ylimääräistä lääkäreitä' tai siirsivät päivystyspotilaita hoidettavaksi toiseen huoneeseen, mikä joskus onnistui ja toisinaan ei.

'Perjantaina kävi joku hoitaja kysymässä H3:n hoitajalta, voiko ko. huoneen lääkäri ottaa yhden ylimääräisen. Hoitaja vastasi, OK, yritän ujuttaa sen sekaan. Ujuttaminen kävi ongelmitta. Hoitaja vain totesi, meille tuotiin tällöinen potilas.' (PK24)

'Joskus tämä siirto tehtiin potilaiden jo ollessa paikalla, ja silloin oli hankalaa, jos toinen kieltäytyi ottamasta vastaan (hoitajat olivat noloja potilaan puolesta).' (PK 53)

Tutkimusorganisaatiossa toteutuva laadun arviointi kuvastaa kapeaa ja yksipuolista näkemystä hyvästä palveluprosessista. Taka-alalle ovat jääneet organisaation hoitofilosofian periaatteet ja laadunhallinnan kriteerit, jotka olisivat osaltaan varmistaneet samanaikaisesti niin taloudellisuuden toteutumisen kuin myös korkealaatuisen palveluprosessin ja lopputuloksen potilaalle sekä mielekkään ja antoisan työskentelyn henkilökunnalle (Kinnunen & Vuori 1999, 35).

Hoitajien valmiudet osallistua oman toimintansa kehittämiseen ovat aikaisempien tutkimusten mukaan ylipäätään heikot (mm. Manninen 1995, 130; Sinkkonen & Taskinen 2002, 139; Walsh 1996). Lisäksi tunne, ettei voi kuitenkaan vaikuttaa asioihin, saattaa johtaa turhautuneisuuteen (Hogston 1995, 123).

Tutkimusyksikössä laadunvarmistus- ja kehittämistoimintaan liittyvät haasteet eivät välttämättä johtuneet hoitajien tiedollisten valmiuksien puutteesta. Jo tutkimusorgani-

saation laatukoulutuksessa (ks. liite 3) kävi selville, että kehittämisvälineitä kyllä tunnettiin, jopa niin, että tilaisuudessa käsitellyt *'aiheet ovat liian tuttuja'*. Ongelmana oli pikemminkin välineiden käyttämättömyys ja kerätyn tiedon hyödyntämättömyys. Tämä puolestaan saattoi johtaa kielteisiin ja turhautuneisiin asenteisiin paitsi laadunmittausta, myös kehittämistoimintaa kohtaan ylipäättään: *'Mitä vielä, mikään ei kuitenkaan muutu?' 'Mitä hyötyä?'* Esimerkiksi tyytyväisyysmittauksiin ei suhtauduttu kovin toiveikkaasti, koska niiden koettiin kohottavan esille *'itsestään selviä asioita'*. Mittauksista saatava hyöty jää todella olemattomaksi, jos ja kun näihin, ilmeisesti ilman mittauksia-kin tiedossa oleviin, itsestään selviin ongelmakohtiin ei mittausten jälkeenkään kajota.

'17.6.97...laatukoulutus. (Nimi) esitteli erilaisia laatutyökaluja ja kysyi, ovatko ne tuttuja. Olivat. Seuraavaksi (nimi) kysyi, kuinka moni on käyttänyt ko. työkaluja? Ei kukaan.' (PK3)

Arviointitiedon hyödyntämättömyys ei ole ainoastaan tutkimusorganisaation ongelma, vaan valitettavan yleistä. Tokko arviointitietoa kannattaa kerätä, ellei sille ole kysyntää tai ellei sitä osata käyttää. Laadunmittauksen merkitys ilmenee hyvin Hiidenhovin (2001, 73) tutkimustuloksista: systemaattinen palautteenkeruu ja siihen perustuva kehittämistoiminta kohensivat selkeästi palvelun laatua.

Hoitajien mielestä tutkimusyksikössä tapahtuvan hoitotyön laadunvarmistus- ja kehittämistoiminnan näkyvin este oli ajanpuute – sitä ei tahtonut löytyä: *'Et ku melkein se aika menee aina tähän rutiinin pyörittämiseen'*. Myös tutkimusyksikössä tapahtuneet sisäiset myllerrykset - *'raskasta aikaa'* – samoin kuin laajemmat organisaatiomuutokset verottivat voimia kehittämistoiminnalta *'(...) vei mehut'*. Hoitajat avustivat joissakin lääketieteellisissä hankkeissa. Esimerkiksi tämän tutkimusprosessin loppuvaiheessa (II vaihe) oli menossa tutkimus, *'mikä liittyy papoihin ja virusten tyypittelyyn, jotta voidaan hoitaa vain ne, jotka pitää hoitaa ja jättää turhat pois.'* Jotkut hankkeet puolestaan auttoivat palvelujärjestelmän kehittämistä ja potilasvirtojen ohjailua yleensä. Ne koettiin annetuiksi ja tavallaan pakollisiksi. Sitoutuminen oli mukautumista.

'Ainoo mikä nyt on menossa, on miten ne päivystyspotilaat tulee, koska se on vähän niinku johdon taholta tullut pakko, että täytyy tietää kuinka monta prosenttia tulee ilman lähetettä ja kuinka monta ei.' (PK 190)

Kehittämistyötä jarruttaviksi tai estäviksi tekijöiksi saattoivat tutkimusyksikössä kohota moniammatillisen yhteistyön vähäisyys sekä siellä vallitseva hiljainen kulttuuri ja hoitajien tapa kommunikoida passiivisesti (luku 5.2.5). Muut tutkimusyksikön kehittämis-

toimintaa hankaloittavat tekijät liittyivät työvuoroihin ja vapaapäiviin, vastaanottojen venymiseen ja päivystyspotilaisiin.

Tutkimusyksikön byrokraattisuus ja tehtäväkeskeinen työn organisointi eivät tukeneet hoitajien osallistumista kehittämistoimintaan. Miettinen ja Miettinen (1997, 55-56) toteavat, että innovatiivisuutta tukahduttavat erilaiset, myös tutkimusyksikön toimintakäytännöistä löytyvät, byrokraattiset piirteet, jotka korostavat muodollisuutta, standardointia ja kirjallisessa muodossa välitettyä tietoa.

Tutkimusyksikön hoitajilla oli kyllä myönteisiä kokemuksia aikaisemmista kehittämishankkeista. Hoitajat tunsivat saaneensa paljon aikaan. Ja olivatkin, joskaan parannukset eivät kohdentuneet hoitotyöhön, eivätkä hoitajan rooliin, sen sijaan potilaan kokemaa palvelujen laatua esimerkiksi *'sanelujen puhtaaksi kirjoittaminen nopeutui'*, *'lähiodotus'* ja *'lääkäreiden puhelinajat'* todennäköisesti kohensivat. Tutkimusyksikössä toteutettujen hankkeiden tulosten ja todellisten vaikutusten arviointi on kuitenkin vaikeaa, ehkäpä jopa mahdotonta, koska lähtötilanteen analyysi ja arviointi puuttuivat. Myöskään muutosten pysyvyydestä ei ole näyttöä.

'Sit siinä on semmonenkin hyvä puoli, et noi lääkärit kaikki sit tulee ajoissa töihin, silloin aikaisemmin sitäkin sai odotella, et viipy vastaanotto jo sen takia, ne tulee nyt siihen puhelinaikaan. Se oli hyvä uudistus edellisestä kehittämisestä.'
(H3)

Hoitotyön oma rooli tutkimusyksikössä oli niin vähäinen, ettei sen kehittämistarpeita välttämättä tiedostettu selkeästi. Hoitotyön osuus unohdettiin jopa poliklinikan saneeraus suunnitelmassa, johon voitiin vaikuttaa ja jonka tuloksiin oltiin hyvin tyytyväisiä, *'nythän se on paljon inhimillisempää'*, siitähän huolimatta, että hoitajat oli *'saneerattu'* käytävälle antamaan ohjaustaan. Vastaanottohuone oli pyhitetty lääkärin toiminnalle.

Kokemukset inkontinenssipotilaan ohjauksen kehittämishankkeesta havainnollistavat tutkimusyksikön toiminnan kehittämistä hankaloittavia tekijöitä. Hankkeen alussa laadittiin huolellinen etenemissuunnitelma. Valittiin jäsenet pikkuryhmiin sekä vastuuhenkilö (VH) ja johdon edustaja hankkeelle. Samoin määriteltiin työn- ja vastuunjako suunnitteluryhmän (PIKKU RYHMÄ) ja osastolla työskentelevien hoitajien (ISO RYHMÄ) välille. Myös kokousajat sovittiin hyvissä ajoin, jotta vastaanotot voitaisiin sulkea näiksi ajoiksi.

Suunnitelman toteutuminen epäonnistui. Kokemattomuuteni ja epävarmuuteni tutkijana paljastuivat armotta. Henkilövalinnat epäonnistuivat, kokouksiin osallistuminen - niin PIKKU kuin myös ISOON RYHMÄÄN - oli sattumanvaraista, potilaiden vastaanottoja ei lukittu eikä työvuoroja suunniteltu kokouksia silmällä pitäen. Henkilökunnan sitoutuminen hankkeeseen ontui, enkä minä tutkijana onnistunut tukemaan sitä. Tunsin, että minulta odotettiin valmista suunnitelmaa, mitä ja miten kehitetään, jolloin *'kenen hankkeesta oikein on kyse'* -kysymys olisi muodostunut ongelmaksi. Johdon taholta tullut tuki oli kahdensuuntaista: toinen kannatti toiminnan jatkamista, toinen lopettamista.

'...osastolla tuntui jälleen olevan kiire ja kaaos. Minulle sanottiin 'Mene vain sinne kahvihuoneeseen, ehkä sinne joku ennättää'. Kun odottelin 'niitä jotain', kävi huoneessa eräs hoitaja, joka sanoi: et taida saada ketään mukaan kokoukseesi.' (PK 71)

'Minua lukuun ottamatta kukaan muu kokouksessa mukana olleista ei ollut edellisessä isossa ryhmässä, joten selostin parhaan kykyni mukaan edellisen kokouksen kulkua...' (PK 80)

'Kysyin ... myös sitä, että kun hän etukäteen oli luvannut lukita vastaanotot, eikä kuitenkaan tehty. (Nimi) totesi lyhyesti: "En ruvennut siihen."' (PK 92)

'...tänään on PIKKU RYHMÄN (suunnitteluryhmä) viimeinen, syksyille sovittu kokous. Kuulemma tänään on saatavilla vain .. (kaksi nimeä). Eli kokouspäivä ei edelleenkään ole vaikuttanut esim. työvuorojen laadintaan.' (PK 111)

'Sanoin, että (nimi) pitäminen ...projektin vetäjänä (= vastuuhenkilönä) ei ollut hyvä ratkaisu....(Nimi) sanoi, että olisi voinut sanoa sen etukäteen, muttei sanonut. Hassua, ymmärrän kyllä sanomatta jättämisen...mutta kuitenkin.' (PK 122)

Muutosvastarinnan takana voi olla halu karttaa tilanteita, joissa omat tiedot osoittautuvat riittämättömiksi. Hoitokäytännön muutokset rikkovat hyvin toimivat rutiinit, mikä puolestaan saattaa johtaa tilanteisiin, joista selviäminen on epävarmaa ja takeltelevaa. *'Tuntuu tyhmältä... Mä en tykkää siitä tunteesta, että mä en osaa.'* Sujuvuus arvona olisi romuttunut ja hoitajan hyvyys huolehtia toiminnan ripeästä etenemisestä olisi karsinyt. Tämänkaltainen muutos vaatisi toimintaa ohjaavien arvojen tarkistamista sekä oman ammatillisen identiteetin uudelleen rakentamista.

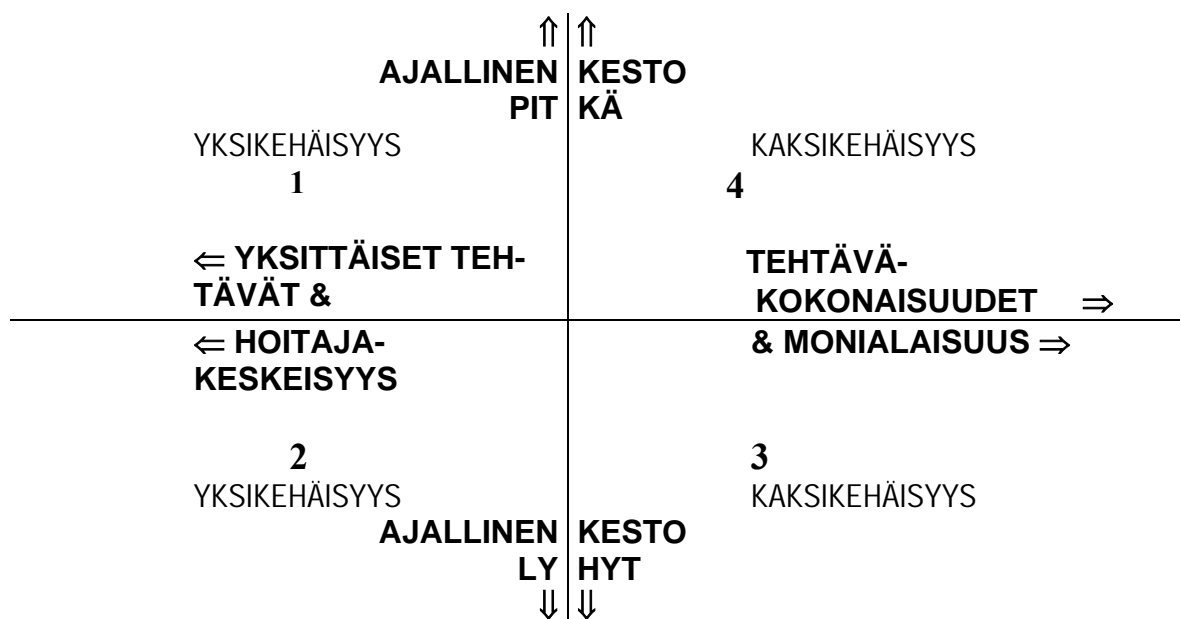
Paitsi uuden oppimista, koulutuksiin osallistumisilla ja kehittämishankkeilla oli myös muita vaikutuksia. Esimerkiksi ne tuovat vaihtelua päivittäiseen rutiiniin. *'Niin, se vähän virkistää. Se on yks syy, miks ihmiset mieltii tätä työtään.'* Tämä sinällään myönteinen motiivi kääntyy kehittämistoimintaa vastaan, ellei ymmärretä, että hankkeen eteen

täytyy olla valmis lisäämään työpanostaan ennestäänkin kuormittavissa olosuhteissa. Toisaalta mikäli runsaan koulutuksissa ja kehittämishankkeissa mukana olon perusteena on silkka vaihtelunhalu, osallistuminen sinänsä riittää. Ehkäpä kaikenlaatuinen virkistytymisen tavalla tai toisella vaikuttaa tuotettujen palvelujen laatuun? Lisäksi osallistuminen koulutuksiin ja kehittämishankkeisiin saattaa ylläpitää uskoa vakavasti oman toimintansa kehittämiseen suhtautuvasta työyksiköstä (Albæk 1997).

Tutkimusyksikön kehittämishankkeet näyttivät useimmiten eriytyvän ammattiryhmittäin, ja koska kaikilla oli riittävästi omia hankkeitaan menossa, ei moniammatillisille yhteishankkeille löytynyt aikaa, ehkäpä ei kiinnostustakaan. Esimerkiksi pyrittäessä kehittämään inkontinenssipotilaan ohjausta tutkimusyksikön hoitajat harmittelivat lääkärin puuttumista suunnitteluryhmästä, *'ja sit ois kyl kans tärkeetä, et me saatais lääkärin niinku mukaan, koska tää on yhteistoimintaa'*, mutta jättivät pyytämättä, koska *'ei niitä saa kuitenkaan mukaan'*. Tämän tutkimushankkeen alkuneuvotteluissa rajattiin lääkärit hankkeen ulkopuolelle kyseisen ammattiryhmän ylityöllisyyden vuoksi. (PK 3)

Seuraava kuvio (kuvio 8), jossa kehittämistoimintaa tarkastellaan ajallisen keston, ongelmaratkaisun monimutkaisuuden, kohteen laajuuden ja moniammatillisuuden suhteen, havainnollistaa sen moniulottuvaisuutta. Kuvio on synteesi erilaisiin laatu- ja projekti-koulutuksiin osallistumisen myötä kertyneestä tietopääomasta (D:LK) sekä kehittämis- ja projektitoimintaa käsittelevästä kirjallisuudesta (mm. Close 1997, 89-108; Finger, Mercier & Bürgin Brand 2001; Lepola 1998; Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen 1999, 65-80; Seppänen-Järvelä 2000; Silberberg 1996, 12-27; Perälä 1990; Unsworth 2000).

Tutkimusyksikön hoitokulttuuri näytti pikemminkin vastustavan todellista toiminnan muutosta kuin tukevan sitä. Tämä ei suinkaan ole ainutlaatuista etenkin byrokraattisissa toimintaympäristöissä (Lindholm ym. 2000, 330; Kinnunen & Vuori 1999, 49; Miettinen & Miettinen 1997, 50). Parhaimmillaan kehittämishankkeet ovat monialaisia ja tehtäväkokonaisuuksiin kohdentuvia. Kehittämiselle on varattu riittävästi aikaa. Hankkeen myötä oppiminen on kaksikehäistä ja muutos ylettyy organisaation syväkentteisiin (alue 4, kuvio 8).



Kuvio 8. Kehittämistoiminnan moniulottuvuus.

Tutkimusyksikössä toteutuneet kehittämishankkeet jäivät lyhytkestoisiksi ja vaikka osa hankkeista oli moniammatillisia, kohdistuivat korjaustoimet useimmiten yhden ammattiryhmän yksittäisiin tehtäviin kuten esimerkiksi sanelujen puhtaaksikirjoittamiseen (alue 2, kuvio 8). Tavoitteena oli ensisijaisesti toimintaprosessin sujuvuus. Tämänlainen kehittämistoiminta ei välttämättä tue ammatillista kasvua. Toimintatapojen muutos jää pintatasolle, koska muutos ei ylety kulttuurin syvärakenteisiin, aikaisempiin ajatus- ja toimintatapoihin saakka. Oppiminen oli yksikehäistä. Ne eivät myöskään harjaannuta hoitajia kehittämistoimintaan vääjäämättä liittyvään suunnitteluun, vastuullisuuden ja pitkäjännitteiseen sitoutumiseen. Lähtötilanteen arviointi, samoin kuin tulosten seuranta unohtuvat, prosessista sinänsä tulee itsetarkoitus. Tutkimusyksikön hankkeet olivat ohjaajavetoisia ja etenivät, mikäli kouluttajat vetivät ne loppuun.

5.3.4 Yhteenveto: tutkimusyksikkö hoitotyön asiantuntijuuden tukena

Tässä luvussa kuvataan tutkimusyksikössä vallitsevaa hoitotyön asiantuntijuutta sekä tutkimusyksikköä oman toimintansa kehittäjänä.

Ammatillinen kasvu kohti hoitotyön asiantuntijuutta. Ammatillinen koulutus ei vastannut hoitajien odotuksia; anti arvioitiin vähäiseksi tutkimusyksikössä vaadittavan asiantuntijuuden ja erityisosaamisen kannalta. Toisaalta tutkimusyksikön hoitajat totesivat koulutuksen merkityksen olevan 'itsestä kiinni'.

Tutkimusyksikön hoitajalta edellytettiin vahvaa kliinistä osaamista, ja koska uuden oppiminen liittyi useimmiten erilaisiin lääketieteellisiin hoito- ja tutkimusmenetelmiin, näyttivät diagnoosit ohjaavan ammatillisen kasvun suuntaa ja laatua. Uuden hoitajan ensisijaiset oppimishaasteet painoutuivat lähimpien yhteistyökumppaneiden tapojen oppimisen ohella ATK:hon ja potilaspapereiden käsittelyyn.

Tutkimuksen ajankohtana toimintayksikön todellisuudesta kohoava vahvan teknisen osaamisen tarve oli ristiriidassa hoitofilosofiassa ja laadunhallinnan periaatteissa korostuvien sosiaalisten ja normatiivisten kvalifikaatioiden kanssa. Teknisten kvalifikaatioiden hallinnassa ei ollut ongelmia. Tällä alueella oli edetty jopa niiden kehittämisen tasolle (kuvio 7). Sen sijaan normatiivisten kvalifikaatioiden hallinta oli heikointa jääden tiedonhallinnan tasolle, eivätkä tutkimusyksikössä toteutetut kehittämishankkeet tuke-neet näiden valmiuksien kehittymistä.

Tutkittu hoitokulttuuri ei tarjonnut siellä työskenteleville hoitajille riittävästi ammatillisen kasvunhaasteita eikä siten tukenut hoitotyön asiantuntijuutreen kasvua. Oppimista luonnehti pikemminkin negatiivisuus ja tilanteisiin sopeutuminen kuin positiivisuus ja tilanteiden kehittäminen. Lisäksi viimeaikainen kehitys tutkimusyksikössä kavensi entuudestaan mahdollisuuksia kehittää hoitotyön asiantuntijuutta.

Hoitajien mukaan työkokemus vahvisti hoitajuutta ja ammattitaitoa, sen myötä alettiin tarkastella kriittisemmin omaa roolia potilaan hoidossa. Samalla kasvoi taito ja rohkeus vaatia tasavertaisempaa yhteistyökumppanuutta lääkärin kanssa. Hoitajat kokivat pääse-

vänsä riittävästi koulutukseen. Hoitotyöllä ei ollut omaa selkeää, itsenäistä tehtäväänsä tutkimusyksikössä, eikä toiminta ohjautunut hoitotieteestä käsin. Hoitotiede näkyi vasta ideologiassa ja julkiteorioissa.

Tutkimusyksikön arkitoiminta erosi organisaation hoitofilosofian julkituomasta käsityksestä. Hoitajat olivat tyytyväisiä näkyvään ja kuuluvaan toimintaansa eikä päiväjärjestykseen haluttu puuttua. Vastaanotto toiminnan hyvyys liitettiin lääkärin toimintaan; hoitajan rooli ei korostunut. Tehokkuus ja sujuvuus arvoina korostuivat. Ero toivotun ja todellisen eli hyvän hoitotyön ja poliklinikalla toteutuvan hoidon välillä tiedostettiin. Hoitajien puheesta saattoi aistia jonkinasteista puolustelua toteutuneen hoitotyön laadusta, mikä ei vastaa hoitotyön arvoja ja ihanteita.

Tutkimusyksikön hoitajien toiminta ei tähän tutkimukseen tehtyjen havaintojen perusteella täyttänyt kehittyneen ammatin tunnusmerkkejä. Asiantuntijuus oli rutiiniasiantuntijuutta. Tutkimusyksikön hoitajia voi luonnehtia ammattihenkilöiksi, jos ja kun tehtävänä on suoriutua hyvin omasta toimialueestaan nykyisessä kontekstissa. Heillä oli työn edellyttämä muodollinen ja kysytty sekä työtehtävien vaatima pätevyys, ja työstä koivoaviin teknisiin kvalifikaatioihin hoitajat vastasivat erinomaisesti. Ammatillisuuden kriteerit täyttyivät ongelmitta.

Tutkimusyksikkö oman toimintansa kehittäjänä. Tutkimusorganisaatiossa toteutuva laadun arviointi kuvasti kapeaa ja yksipuolista näkemystä hyvästä palveluprosessista. Laatu valvottiin hoitoon pääsyn, palvelujen peittävyiden, hoidon porrastuksen, kliinisen laadun ja potilastyytyväisyyden osalta. Mittauksissa käytettiin määrällisiä kuvaajia ja taloudellisia tunnuslukuja. Henkilökunnan osaamista ja ammatillista kasvua ei arvioitu.

Tutkitun hoitokulttuurin kehittämistoimintaan liittyvät haasteet eivät välttämättä johtuneet hoitajien tiedollisten valmiuksien puutteesta, ongelmallista oli välineiden käyttämättömyys ja kerätyn tiedon hyödyntämättömyys. Hoitotyön kehittämistoimintaa hankaloittivat ajanpuute, tehtäväkeskeinen työn organisointi ja moniammatillisen yhteistyön vähäisyys sekä tutkimusyksikössä vallitseva hiljainen kulttuuri ja hoitajien tapa kommunikoida passiivisesti.

Hoitajilla oli myönteisiä kokemuksia aikaisemmista kehittämishankkeista: oli saatu paljon aikaan, joskaan parannukset eivät kohdentuneet hoitotyöhön, eivätkä hoitajan rooliin. Hoitotyön kehittämistarpeita ei tiedostettu. Tutkimusyksikön kehittämishankkeet, jotka olivat ohjaajavetoisia ja lyhytkestoisia, nimettiin diagnosoisryhmittäin. Lähtötilanteen arviointia ja tulosten seuranta ei tehty. Koska muutos ei ylettynyt syvärakenteisiin, saattoi oppiminen jäädä pinnalliseksi. (Kuvio 8.)

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

*'Tehtävänä ei ole niinkään nähdä sellaista,
mitä kukaan ei ole aikaisemmin nähnyt,
vaan ajatella sitä,
mitä kukaan ei ole vielä ajatellut siitä, mitä jokainen on nähnyt.'*

Schopenhauer

6.1 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu

6.1.1 Tutkimuseetiikan arviointi

Hyvään tieteelliseen toimintaan liittyy eettinen ulottuvuus. Tutkija on moraalinen toimija, joka harjoittaessaan ammattiaan ottaa huomioon toimintaa ohjaavat eettiset periaatteet (Pietarinen 2002, 58). Seuraavassa tarkastelen tämän tutkimuksen eri vaiheissa tehtyjä eettisiä ratkaisuja.

Aluksi pohdin tämän tutkimuksen aiheenvalintaa ja lähestymistapaa eettisestä näkökulmasta. Varto (1992, 14) korostaa, ettei ihmistä tutkivissa tieteissä ole lupa tehdä mitään sellaisia toimia, jotka esineellistävät tai ohentavat tutkimuskohdetta siten, että tutkimuskohteeseen kuuluva merkitysten kokonaisuus tuhoutuu. Varton mukaan laadullisten menetelmien käyttö mahdollistaa ihmisen tajunnallisuuden tunnistamisen ja huomioimisen. Laadullisten menetelmien valintaan tässä työssä osaltaan vaikutti nimenomaan tutkittavien ja tutkittavan ilmiön luonne (ontologiset perustelut; ks. luku 4.2.1)

Tutkimusympäristöön pääsy oli helppo. Menin sinne toivottuna ja odotettuna *'kehittäjänä'*. Jos petyin kehittämishankkeen typistymisestä pelkkään lähtötilanteen kartoitukseen, pettyivät myös tutkimusyksikön hoitajat. Näkemyksemme tutkijan roolista sekä toimijoiden omasta vastuusta ja sitoutumisesta eivät kohdanneet. Houkutus viedä hanke läpi vaikka runnoen oli suuri. Tähän en kuitenkaan ryhtynyt, koska olin vakuuttunut, ettei se olisi kehittänyt sen enempää tutkittavaa yhteisöä kuin itseäni tutkijana. Tästä huolimatta koin tutkijana vastuuta hankkeen myötä syntyneistä mahdollisista negatiivisista oppimiskokemuksista. Eettisesti ongelmalliseksi ratkaisun tekee se, että lopullisen

rajauspäätöksen teki tutkija; tutkimusyhteisö ei osallistunut tähän pohdintaan (vrt. Kelles-Viitanen 1982, 77).

Tutkimuksen tuloksista on prosessin eri vaiheissa on pidetty kolme erillistä tilaisuutta: '...ilahduttavan moni oli päässyt mukaan...' (ns. peilit; liite 3). Esitysten tavoitteena oli toimia peilinä, josta yksikön oma toiminta heijastuu. Tilaisuuksista saadulla palautteella oli merkitystä minulle tutkijana: prosessin kuluessa ymmärsin eteneväni oikeassa suunnassa ja loppuvaiheessa tunsin onnistuneeni.

'Olin hänen mielestään tehnyt hyviä havaintoja ja oivaltanut oleellisen. Hän oli kysellyt asiaa osastoltakin; sielläkin olivat olleet tyytyväisiä antiini.' (PK183)

'Esitykseni aikana (nimi) oli oivaltanut, että "nyt vasta tajusin, että olisi pitänyt valmentaa hoitajia paremmin." (PK 211)

Tutkimusyksikön hoitajat arvioivat tutkimuksesta saatavaa hyötyä: *'Ei tämä ihan turha tutkimus ollut...'*, yhteistyö fysioterapiayksikön kanssa tehostui ja on jatkunut sellaisenaan siitä lähtien (kevät 2001; 3. peili). Tutkijana näen tuloksilla olevan laajempaa merkitystä. Kerätty tieto hyödyntää tutkimusyhteisöä monin tavoin sekä suoraan että välillisesti. Lisäksi tulokset on siirrettävissä tietyin edellytyksin muihin konteksteihin ja toimintaympäristöihin. Työ tarjoaa monipuolista tietoa - ei vain tutkimusyksikön pintarakenteesta vaan myös sen kulttuurista - sekä osastolla tapahtuvalle kehittämistoiminnalle että opetuksen ja opetussuunnitelmien kehittämiseksi. (Kuvio 4; Close 1997, 91-92.)

Tärkeitä eettisiä kysymyksiä ovat tutkimuslupiin liittyvät kysymykset (Kelles-Viitanen 1982, 73-75). Tutkimusluvan myönsivät tutkimusorganisaation ylihoitajat, joille tutkimusyksikön hoitajat olivat ilmaisseet halunsa kehittää itseään. Tutkimuksen tarkoituksesta, tutkijan roolista ja osaston omasta vastuusta keskusteltiin henkilökunnan kanssa useamman kerran. Lupa vastaanottojen havainnointiin ja haastatteluun kysyttiin henkilökohtaisesti hoitajilta ja potilaalta. Toisin sanoen tutkittavien perehtyneisyydestä pyrittiin huolehtimaan (vrt. informed consent -periaate).

Laadullisessa tutkimuksessa 'informed consent' -periaate kattaa koko prosessin (Liukkonen & Åstedt-Kurki 2001; Munhall 1993, 402). Tutkittavat on pidettävä ajan tasalla tutkimusprosessin muutoksista ja muutosten merkityksestä kerättävän tiedon luonteeseen. Tässä suhteessa en täysin täyttänyt vaatimuksia. En kyennyt ennakoimaan kaikkia tutkimusprosessissa tapahtuvia muutoksia, minkä vuoksi tutkittavien informointi saattoi

jäää vajaaksi (vrt. Kelles-Viitanen 1982, 74-75). Taitoni tutkijana kasvoivat prosessin etenemisen myötä.

Suurimpiin eettisiin ongelmiin tunsin törmänneeni vasta raportin kirjoittamisvaiheessa. Lähtökohtana oli Suojasen (1982a, 12) ohje, ettei tutkimus saa aiheuttaa vahinkoa eikä loukata tutkittavia tai tutkittavaa yhteisöä. Schein (1987, 152) puolestaan toteaa, että ammattitaitoisen kulttuurintutkijan velvollisuus on olla selvillä tutkimuksen mahdollisista seurausvaikutuksista. Kulttuurin paljastaminen ulkopuoliselle saattaa tehdä tutkimusyhteisön haavoittuvaksi. Koska tämän tutkimuksen tuottama kuva poikkesi hoitotyön ideaalista, pelkäsin juuri näin käyvän. Tunsin tavallaan pettäneeni tutkimusyksikön hoitajat. Viitanen (1997, 140) raportoi samantyyppisistä kokemuksista. Toisaalta vasta todellisuuden rehti kuvaus mahdollistaa kehittämiskohteiden ja –tarpeiden oivaltamisen. Suojasen (1996, 12) mukaan tutkimuksesta voi joskus joutua julkaisemaan vesitetyn version. Tällaiseen ei kuitenkaan tässä työssä ollut syytä turvautua.

Tutkittavien anonymiteetistä pyrittiin huolehtimaan tarkoin. Yksittäisiä hoitajia ei voi tunnistaa tutkimusraportista. (Liukkonen & Åstedt-Kurki 1994.) Toisaalta tämän tutkimuksen kohteena oli yhteisö, eivät yksittäiset hoitajat. Miten tutkimusyhteisön anonymiteettiä varjellaan? Tässä työssä asia ratkaistiin seuraavasti: tutkimusorganisaation nimeä ei mainita, joskaan täysin tuntemattomaksi sitä ei voi häivyttää, jo tutkimuksen luotettavuuden arviointi vaatii määrätynlaajuisen kontekstin esittämisen.

6.1.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteereistä ei olla yksimielisiä (Tynjälä 1991, 397). Cuban ja Lincolnin (1989, 233-234; ks. myös Aaltonen 1989, 153-155, Perttula 1995, 42) mukaan peruskysymyksiä ovat totuusarvo, yleistettävyyys ja sovellettavuus, yhtäpitävyys ja neutraalisuus. Cuba ja Lincoln esittävät totuusarvon kriteeriksi uskottavuutta ja vastaavuutta, yleistettävyyden kriteeriksi siirrettävyyttä, yhtäpitävyyden (tai pysyvyyden) kriteeriksi tutkimustilanteen arviointia ja käyttövarmuutta sekä neutraalisuuden kriteeriksi vahvistuvuutta.

Miten *uskottava* ja *todellisuutta vastaava* tämän tutkimuksen tuottama kuva tutkimusyksikön hoitokulttuurista on? Laadullisen tutkimuksen pääasiallisin luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. Tutkijan taustan ja lähtöoletusten sekä tutkimusprosessin tarkka kuvaus muodostavat lukijan luotettavuuden arvioinnin perustan. (mm. Honkasalo 1994; Suojanen 1986, 12; Varto 1992, 112-114.)

Laadullisena tutkijana olin paitsi kokematon myös arka – etenkin prosessin alkuvaiheessa, mikä osaltaan saattaa heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Samoin tekemieni havaintojen kattavuutta saattoi rajoittaa se, että roolini muotoutui liian moninaiseksi koulutus- ja kokoustilanteissa (ks. luku 4.2.3). Vastaavasti työn uskottavuutta kohottaa hoitotyön vankka tuntemus ja sen tuoma varmuus arvioida kerätyn tiedon ja tehtyjen havaintojen oikeellisuutta sekä niistä tehdyn analyysin ja luodun rekonstruktion uskottavuutta. Toisaalta hoitaja- ja opettajakokemuksiini liittyy omat vaaransa: olen saattanut tulkita tutkimaani kulttuuria aikaisempien kokemusteni perusteella.

Tiivis alkuhavainnointijakso ja yli vuoden osallistuminen tutkimusyksikön koulutus- ja kehittämistilaisuuksiin puolestaan auttoivat pääsemään sisälle tutkittavaan kulttuuriin ja havaitsemaan sen olennaiset piirteet. (Liitteet 1 ja 3.) Uskon, että hoitaja- ja opettajakokemukseni yhdessä kenttäjakson kanssa auttoivat erottamaan todellisuutta ja ideaalia kuvaavan tiedon. Germain (1993, 265), toisin kuin Holloway ja Wheeler (1998, 93-94), arvostaa sairaanhoitajaetnografin luotettavuutta hoitokulttuurin havainnoitsijana, koska tämä osaa *'lukea'* tutkimusympäristöä ja ennen kaikkea siksi, että sairaalamaailman tuntemus ehkäisee kulttuurishokin ja siten havaintojen vääristymisen.

Maanen (1985, 42-44) toteaa, että nimenomaan etnografia on altis virheille. Etnografian harhaantuminen voi johtua valehtelusta, tietämättömyydestä ja *'otetaan annettuna'* – oletusten vuoksi. Aineistonkeruumenetelmiä olivat tässä työssä havainnointi, haastattelut ja dokumentit. Tavoitteena oli kohottaa tutkimuksen luotettavuutta menetelmätriangulaation avulla (Burns & Grove 2001, 240). Toisaalta sekä haastattelu että havainnointi ovat Liukkosen ja Åstedt-Kurjen (1994) mukaan subjektiivisia

menetelmiä ja tämän vuoksi herkkiä tiedon vääristymiselle ja epätarkkuuksille. Tässä työssä haastattelun tulos ei muuttanut havainnoinnin ja dokumenttien avulla muodostunutta käsitystä hoitokulttuurista. Siten eri menetelmillä kerätyllä tiedolla oli toinen toistaan vahvistava vaikutus.

Tämän tutkimuksen luotettavuutta saattaa heikentää kokemattomuuteni niin etnografina kuin myös havainnoitsijana ja haastattelijana. Tästä huolimatta arvioin useampien menetelmien samanaikaisen käytön kohottaneen tutkimuksen tuottaman kuvan uskottavuutta ja kokonaisvaltaisuutta sekä auttaneen kiertämään Maanenin esittämiä virhekariikoita. Myös Schein (1987, 148) arvostaa triangulaatiota ja nimeää sen luotettavimmaksi kulttuuritutkimuksen aineistonkeruutavaksi. Raportissa on käytetty runsaasti suoria lainauksia, joiden avulla pyrin osoittamaan tekemieni tulkintojen ja aineiston välisen yhteyden (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36). Lisäksi tämän tutkimuksen luotettavuutta kohottaa aineistonkeruun monivaiheisuus ja sen tuloksena hankittu ymmärrys tehtyjen havaintojen pysyvyydestä (Liukkonen & Åstedt-Kurki 1997).

Laadullista aineistoa voidaan pitää riittävänä, kun uudet tapaukset eivät tuota tutkimusongelman kannalta mitään uutta tietoa. Puhutaan aineiston kylläntymisestä. Kenttäjakson pituus ajassa mitattuna vaihtelee tutkimuksittain, mitään joka tilanteeseen soveltuvaa ohjepituutta on mahdotonta määrittellä. Myöskään haastateltavien lukumäärälle ei voi antaa sääntöjä. (mm. Maanen 1985, 37-38; Patton 1990, 184; Sandelowski 1995a). Itse asiassa kysymyksen määrällisyydestä voi sivuuttaa – tärkeintä on kerätä tietoa sen verran, että saa vastauksen tutkimusongelmiin. Tähän pyrittiin tässä tutkimuksessa.

Havainnoidut vastaanotot olivat sekä päivystys- että ajanvarausvastaanottoja. Vastaanottohuoneiden valinta oli harkinnanvaraista ja sen tekivät tutkimusyksikön hoitajat yleensä aamuraportilla. Valintakriteerinä oli hoitajien arvio vastaanotolla toteutuvan hoidon laadukkuudesta, mikä arvioitiin lääketieteellisestä hoidosta käsin. Osallistuva havainnoitsija saattaa vaikuttaa havainnoitavaan toimintaan (Liukkonen & Åstedt-Kurki 1994). On kuitenkin todennäköistä, ettei paikallaoloni muuttanut toimintatapoja tai hoitajien suhtautumista potilaaseen, koska hoitajat ovat tottuneet työskentelemään erilaisen opiskelijoiden läsnäollessa.

Avaininformanttien valinta on etnografioissa harkinnanvarainen. Tässä työssä tavoitteena oli edustavuus (Patton 1990, 172). Tein omat valintani havainnointijakson jälkeen. Haastateltujen hoitajien edustavuus oli tietyiltä osin hyvä: ikä, ammattitausta ja työssäolon kesto vaihtelivat. Opiskelija sijoittui ammattiurajakumon alkuun. (Luku 4.3.) Edustavuutta saattoi kuitenkin heikentää haastateltujen hoitajien kehittämisinnostus, mikä ei välttämättä ole yhtä vahva kaikilla työyksikössä toimivilla.

Sorrell ja Redmond (1995) ovat esittäneet onnistuneelle etnografiselle haastattelulle kriteerejä, joihin kaikkiin tämä tutkimus ei yllä. Haastattelujen antia olisi mahdollisesti syventänyt erilaisten kysymysten tietoisempi käyttö, kuten tarkentavien: *'No, millä keinoilla sä sitä tukemista teet?'*, rakenteellisten: *'Eli se jää huonommalle vai?'* ja vastakohtakysymysten: *'Miten muuten vois olla?'* Kuvailevat kysymykset painoutuivat aineiston keruussa: *'Kuvailepas semmoinen tyypillinen ajanvarausvastaanottotilanne, ei päivystys'*. Kaiken kaikkiaan etnografisen menetelmän hallinta tämän tutkimuksen alkuvaiheessa oli ilmeisen puutteellinen, mikä osittain johtui siitä, että tutkimus täsmentyi puhtaaksi etnografiaksi vasta prosessin käynnistyttyä.

Tuttuus saattaa heikentää laadullisen haastatteluaineiston luotettavuutta. Tunsin hoitajat, ns. avaininformantit, jotka haastattelin, joskaan varsinaisesti tuttuina en heitä pitänyt. Opiskelijan ja potilaan tunsin nimeltä. Se, että perehdyin tutkimusyhteisöön ja siellä vallitseviin toimintakäytäntöihin jo ennen haastatteluja, kohotti haastatteluaineiston luotettavuutta ja tuki haastateltavien pysymistä totuudessa, koska en vain kuullut, vaan myös näin (vrt. Maanen 1985, 44-50.). Myös haastateltavat itse näyttivät arvostavan havainnointijaksoani ja viittasivat haastatteluissaan siihen, että *'sinähän näit'*. *'Noinhan se on. Tarkkaan olet seurannut'* (PK 212).

Etnografisessa tutkimuksessa on tavoitteena päästä sisälle tutkimusyhteisöön ja tutustua tutkittaviin kuitenkin siten, ettei kyky toimia puolueettomasti kärsi. Olin tutkimusprosessin jossain vaiheessa ehkäpä liikaa *'meidän'* puolella *'muita'* vastaan. Irtaantuminen tapahtui vasta tiiviin kanssakäymisen lakattua (ks. luku 4.2.2). Tästä johtuen mahdolliset puolueettomuusongelmani ovat vaikuttaneet lähinnä aineistonkeruuseen, eivät enää sen analysointiin.

Kulttuuritutkimuksen analyysi on altis virheille (mm. Sandelowski 1995b). Tässä tutkimuksessa luodun rekonstruktion uskottavuutta olisivat voineet kohottaa tiiviimmät kollegakeskustelut, mutta ne jäivät vähäisiksi. Tutkimusosastolla työskennellyt työtoverini tutustui ensimmäiseen tulosten ulospurkuun. Hänen kommenttinsa olivat arvokkaita. Myös tutkimusprosessin aikana ylihoitajan ja tutkimuksen vastuuhenkilön kanssa käydyt keskustelut olivat tärkeitä luotettavuuden kannalta. Samoin luotettavuutta (face-validiteetti) kohottavana tekijänä voi pitää tutkimustulosten esittelyä tutkimusyhteisölle prosessin eri vaiheessa (Burns & Grove 2001, 612; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 37).

'Hyvin osasit kuvata.' *'Hyvin olit löytänyt meidän työn.'* *'Vastaanotot ovat tätä, ne on otettava sellaisina. Sitten on muu hoitajan työ.'* *'Hyviä havaintoja olit tehnyt'.* (PK 209)

'...se ½-tunnin ahdistus oli hyvä huomio.' (PK211)

Siirrettävyydessä sovellettavuuden kriteerinä arvioidaan, ovatko saadut tulokset sovellettavissa vastaavaan ilmiöön toisissa samantyyppisissä olosuhteissa, joskaan ideografisissa tutkimuksissa identtisyyttä ei voi saavuttaa. (Perttula 1995, 42; Tynjälä 1991, 390.) Tämä tutkimus kohdentuu yhteen tutkimusorganisaatioon, sen yhteen toimintayksikköön ja yhden ammattiryhmän toimintakulttuuriin (ks. taulukko 1, luku 1). Siirrettävyyden arvioimiseksi on tutkimusraportissa pyritty *'tiheään kuvaukseen'*. Tulosten tarkastelu suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin ja teoreettiseen tietoon antaa selkeitä viitteitä siitä, ettei tutkimusyksikkö suinkaan ole lajissaan ainutlaatuinen. Toisaalta vertailut aikaisempiin tutkimuksiin ja etenkin sellaisiin, joissa tutkimuskohteena on ollut muu kuin suomalainen terveydenhuollon organisaatio, on tehtävä varoen, koska kulttuurisia eroja saattaa ilmetä näennäisestä samankaltaisuudesta huolimatta. Siirrettävyyttä tukee kuitenkin käsitys, jonka mukaan kulttuuriset erot ovat oletettua vähäisempiä ja pikemminkin pintatasolle liittyviä seikkoja. Esimerkiksi ammattikulttuurien piirteet saattavat olla ylikansallisia. (Morgan 1993, 114; Wiili-Peltola 2000.) Lisäksi on syytä muistaa, ettei tutkija yksin voi tehdä johtopäätöksiä siirrettävyydestä. Tynjälän (1991, 390) mukaan osavastuu tulosten sovellettavuusarvioista jää tutkimustulosten hyödyntäjälle.

Sekä siirrettävyyden että tutkimuksen **varmuuden ja vahvistavuuden** arvioimiseksi on tutkimuksen kulku, aineisto ja tulokset esitetty yksityiskohtaisesti. Myös henkilökohtaiset, teoreettiset ja metodologiset taustasitoumukset on pyritty raportoimaan huolella. (Appleton 1995, 997; Perttula 1995, 43.) Tutkimuspäiväkirja on toiminut reflektoinnin

metodina ja dokumenttina. Suojasen (1996, 12) mukaan kulttuurin tutkimusta ei voi harjoittaa 'tabula rasa' -asetelmasta. Itseanalyysin ja itsetiedostuksen avulla kuvaa tutkimuskohteesta voidaan tarkentaa.

6.2 Tutkimustulosten tarkastelu

6.2.1 Tutkimusyksikkö ammatillisena kasvu ympäristönä

Muutokset työelämässä ovat todellisuutta. Lisäksi muutosvauhti muuan muassa terveydenhuollossa on pikemminkin kiihtyvä kuin laantuva, mikä puolestaan edellyttää sekä yksittäisen työntekijän että työyhteisön ammatillista kasvua. Parhaimmillaan hoitokulttuuri ammatillisena kasvu ympäristönä mahdollistaa kykyjen ja osaamisen monipuolisen käytön sekä turvaa asiantuntijuuden kehittymisen. Kasvuhaasteet kohoavat työstä ja niiden onnistunut ratkaisu kehittää sekä opiskelijaa ja hoitajaa että työyhteisöä ja ammattia (Hart & Rotem 1995; Kasvio 1997, 142; Kivistö & Kalimo 2000, 141; Paloposki ym. 2003). Haasteellisella ja kasvua tukevalla työympäristöllä on vaikutusta tuotettujen terveystalvelujen laatuun (Davies ym. 2000; Farmer 1998; Grönfors ym. 2001; Guskey 2000; Hughes 1997; Leveck & Jones 1996; Lövgren ym. 2002; Pahkala ym. 2000).

Mikäli tutkittua hoitokulttuuria vertaa ammatillista kasvua tukevan ympäristön piirteisiin (ks. luku 2.1.4; Manninen 2000, 30; Nummenmaa 2002, 129-130; Raehalme 1999, 74-75; Ruohotie 1996a, 429-430), on vastaus melko tyly: vallitsevaa hoitokulttuuria ei voi luonnehtia ammatillista kasvua edistäväksi. Se ei mahdollista sen enempää opiskelijoidensa kuin työntekijöittensä kehittymistä. Nykykäytäntö hukkaa hoitajien voimavaroja ja tuhlaa organisaation resursseja, mikä ei suinkaan ole yksin tutkimusyksikön ongelma (Kevätsalo 1999, 314-315; Krejci 1999; Pahkala ym. 1998). Ellei tutkimusyksikössä vallitseva hoitokulttuuri muutu, hoitajien ammatillinen kasvu tyrehtyy ja heidän todellinen pätevyytensä saattaa kutistua työn vaatiman pätevyuden tasolle.

Tutkitussa hoitokulttuurissa hoitotyön ja hoitajan rooli oli alisteinen, mikä ei tue aktiivisuutta ja itseohjautuvuutta. Hoitokulttuuria kuvaa hiljaisuus ja hoitajien vuorovaikutus-

tyyliä passiivisuus. Yhteistyössä korostui organisaatio- ja ammattiryhmäkeskeinen toiminta, minkä vuoksi erilaisten oppimista tukevien moniammatillisten asiantuntijaverkostojen kehittyminen oli hidasta. Hoitajan rooliin kohdistui perin kapea-alaisia odotuksia. Ja koska olemassa olevaakaan osaamista ei hyödynnetty, saattoi työssäoppiminen supistua olemattomaksi. Ammatillisen osaamisen arviointi oli vähäistä, lähinnä tekemätömiä ATK-merkintöjen julkaisua ns. töppilistalla (luku 5.1.3).

Koska tutkimusyksikön hoitajien tosiasiallinen toiminta oli epäitsenäistä, annettujen tehtävien rutiininomaista ja sääntöorientoitunutta suorittamista, eivät hoitajien ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaidot kehittyneet. Eivät myöskään opiskelijan, joka sosiaalistuu hoitajiin sitä voimakkaammin, mitä pitemmälle opiskelu on edennyt. Valitettavasti tutkimusyksikön laatu- ja kehittämishankkeet eivät kaikilta osin laajentaneet innovatiivisten kvalifikaatioiden hallintaa. Koulutustilaisuudet ja hankkeet, joihin hoitajat osallistuivat, olivat useimmiten lyhytkestoisia, ohjaajavetoisia ja rajoittuivat potilaan kokonaishoidon asemesta lääketieteelliseen hoitoon. Eikä oppimista suinkaan edistänyt kehittämiseen varatun ajan vähäisyys. Aika tahtoi huveta rutiinin pyörittämiseen.

Paunonen (1993) pitää hoitoyhteisöjen toimivuutta hyvän hoidon edellytyksenä. Toimivuudella tarkoitetaan hoitoyhteisön jäsenten toimintaa perustehtävänsä suunnassa hyvän hoidon toteuttamiseksi. Hoitoyhteisöön kuuluvat Paunosen mukaan kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tahot. Tutkimusyksikön hoitajien näkemys omasta hoitoyhteisöstään oli suppeampi, asia, joka sinänsä saattaa vaikuttaa yksikön toimivuuteen. Hoitajat tarikoittivat työyhteisöllä lähinnä hoitajien muodostamaa työyhteisöä. He olivat epävarmoja jopa siitä, kuuluvatko lähimmät yhteiskumppanit, lääkärit heidän työyhteisöönsä.

Työyhteisöt voivat olla joko *'haastavia'* tai *'tukea antavia ja sopusointuisia'*, toteaa Paunonen (1993). Toisaalta ne voivat olla *'jähmettyneitä ja ahdistusta torjuvia'* tai pahimmillaan *'tulehtuneita ja painostavia'* yhteisöjä. Paunonen luonnehtii haastavaa ja kehittävää työyhteisöä oppivaksi organisaatioksi, jonka piirteitä ovat tulevaisuusorientuneisuus, korkeatasoinen eettisyys, erilaisuuden sieto ja kannustavuus. Keskeisenä työskentelymotiivina korostuu sitoutuminen yhteisiin tavoitteisiin. Tukea antavaa ja sopusointuista yhteisöä, jossa korostuvat tavoitteiden saavuttamisen ohella henkilökohmainen vastuu ja oman uran kehittäminen, leimaavat seuraavat piirteet: ystävällisyys, auttavaisuus, joustavuus, virheistä oppiminen ja yksilöllisyyden korostaminen.

Tutkimusyksikön toimivuus ei ollut paras mahdollinen. Hoitokulttuurissa eivät painotuneet edellä kuvatut haastavan eikä tukea antavan ja sopusointuisan yhteisön piirteet. Sen sijaan hoitokulttuurista löytyi tiettyä samankaltaisuutta Paunosen (1993) kuvaaman 'jähmettyneen ja ahdistusta torjuvan yhteisön' kanssa, mitä luonnehtivat velvollisuuden täyttäminen, etäisyys, muodollisuus, turhien sääntöjen noudattaminen ja rutiinit sekä ahdistus ja torjunta.

Tutkimusyksikön hoitajat kokivat oman erityisalansa arvostuksen jäävän heikoksi jopa omassa organisaatiossa verrattuna siellä tapahtuvaan muuhun toimintaan. Tilannetta ei suinkaan kohentanut, mikäli kätilö joutui todistelemaan tekevänsä '*oikeita kätilön töitä*' toimiessaan naisen hoitotyön alueella. Saattoiko kokemuksiin vaikuttaa tietoisuus siitä, ettei tutkimusyksikön hoitokulttuuri aina suinkaan edistänyt naisen terveyttä kokonaisvaltaisesti, vaan keskittyi erilaisten yksittäisten sairauksien ja niiden oireiden hoitamiseen? Myös kapea hoitajan ja hoitotyön rooli saattoivat murentaa hoitajan ammatillista itsearvostusta ja siten vahvistaa kokemusta, ettei heidän toimintaansa huomioida riittävästi edes omassa organisaatiossa.

Byrokraattisuus ja hierarkkisuus verottivat osansa tutkimusyksikön toimivuudesta, joustavuudesta ja hoitajien todellisista vaikuttamismahdollisuuksista. Terveystieteiden tutkimusten mukaan byrokraattisia (mm. Cavén 1999; Enckell 1998; Eriksson-Piela 2003; Harisalo ym. 1996; Kinnunen 1994), tarkemmin määritellen ammatillisia byrokraatioita. Byrokraattisille organisaatioille on leimallista muun muassa keskitetty päätöksenteko, hierarkkinen rakenne ja tarkat tehtäväkuvaukset sekä toiminnan laadun riippumattomuus tehtävän suorittajasta (Jalava & Virtanen 1995, 43-44; Kasvio 1997, 77). Hierarkkinen hoitotyön johtamistyyli ylläpitää perinteistä kulttuuria (mm. Lindholm ym. 2000).

Byrokraattisilla toimintatavoilla on etunsa, maamme terveydenhuoltojärjestelmän korkeatasoisuus rakentuu osittain niiden varaan. Byrokraattisuus ei kuitenkaan ole pelkästään positiivista (mm. Wiili-Peltola 2000). Ongelmia voi aiheutua, mikäli byrokraattisuus on juurtunut liian tiukkaan sairaalaorganisaatioiden perustuksiin ja haittaa uusien toimintamallien omaksumista. Kinnunen ja Vuori (1999, 42) epäilevät juuri näin käyneen. Julkisen sektorin terveydenhuollon palvelujärjestelmän on arvioitu olevan yksi-

tyistä palvelujärjestelmää byrokraattisempi ja joustamattomampi; tutkittu toimintayksikkö toimi julkisen sektorin puolella. Toisaalta hierarkkisuutta, samoin kuin muutakin julkisen sektorin 'huonommuutta', löytyy myös yksityiseltä puolelta (Vuori 1995, 265).

Ammatillinen byrokraatia perustuu kaavamaisuuteen. Toistuvasti eteen tuleviin tehtäviin kehitetään mahdollisimman päteviä, toimivia ja tehokkaita työtapoja, jotka varmistavat toiminnan onnistumisen. (Jalava & Virtanen 1995, 46.) Tutkimusyksikössä asiointiprosessin sujuvuus oli hyvän laadun kriteeri. Hoitajat eivät valittaneet toiminnan kaavamaisuudesta, vaan arvostivat selkeitä ohjeita, ja pyrkivät kehittämään toimintaansa keskittymällä yksittäisten diagnoosiryhmien hoitoon ja suunnittelemalla näille hoitokaavioita.

Työn rutiininomaisuus saattaa johtaa työn haasteettomuuteen. Byrokraatiaan sisältyvä ihmiskäsitys ei vastaa nykyistä käsitystä työntekijästä osaavana ammattilaisena, päämääräkykyisenä oman työnsä kehittäjänä. Työntekijöiden osaamisen alikäyttö on tyypillistä tämänkaltaisille organisaatioille. Vuoren (1995, 257) mukaan tämä ongelma korostuu julkisissa organisaatioissa. Byrokraattiset piirteet kuten muodollisuus, standardointi ja kirjallisten viestintämuotojen suosiminen lamaannuttavat työyhteisön kehittämisenokkuuden. Haluttomuus panostaa omaan ammatilliseen kasvuun saattaa ilmetä esimerkiksi luovuttamisena, sääntöjen taakse kätkeytymisenä, työmotivaation laskuna ja ole-mattomana kiinnostuksena seurata oman alan uusinta tutkittua tietoa. Jotkut näistä prosesseista olivat selkeästi nähtävissä tutkitussa hoitokulttuurissa.

Byrokraattisuus ja hierarkkisuus eivät tue moniammatillisen yhteistyön toteutumista. Moniammatillinen yhteistyö oli tutkimusyksikössä melko vähäistä ja luonteeltaan pääasiassa koordinaatiota. Tutkimusyksikön hoitajan hiljaisuutta ja taka-alalle jättäytymistä vastaanottotilanteissa sekä ylipäättään ammattiroolin taakse vetäytymistä voi pitää tyy-pillisenä hierarkkiseen organisaatioon kuuluvanana piirteenä. Hierarkiassa ylempänä oleva käyttää puheenvuoroja.

Ajattelu- ja toimintamallien muutos ei tapahdu nappia painamalla, vaan ensin on oival-lettava muutoksen tarve. Todellinen, organisaation syvärakenteisiin yltävä kehittäminen vie väistämättä aikaa ja vaatii perusteellista asioihin paneutumista (vrt. kuvio 8, alue 4). Lisäksi siihen kaivataan useimmiten tukea ja työnohjausta. Tuen tarpeen voi olettaa korostuvan tutkimusyksikön kaltaisissa jähmettyneissä hoitokulttuureissa, joissa oman

alan asiantuntijuus on jäänyt kehittymättä. Ammatillisen kasvun myötä vetoaminen kehittymistä/kehittämistä estäviin tekijöihin (mm. aikaan, resursseihin tai johdon tuen puutteeseen) vähenee, samalla kun kyky löytää vaihtoehtoisia mahdollisuuksia oman työn hyvälle toteuttamiselle kasvaa.

Tutkimusyksikkö ei suinkaan ole ainutlaatuinen. Samankaltaisten ongelmien kanssa kamppailevat monet terveysalan toimintayksiköt. Ilmeisesti harva terveydenhuollon organisaatio on työntekijöidensä ammatillista kasvua edistävä. Toisaalta on selvää, että on olemassa tutkimusyksikköä kehittyneempiä ja kannustavampia hoitokulttuureja.

Terveydenhuollossa tapahtuvat muutokset heijastuvat terveysalan ammatilliseen koulutukseen uudenlaisten kvalifikaatioiden ja vahvan asiantuntijuuden tuottamisena, ja jotta kehitys etenisi halutunsuuntaisesti, on työelämän odotukset sekä ammatti- ja organisaatiokulttuurit huomioitava yhä vahvemmin koulutuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa (Davies ym. 2000; Helakorpi & Olkinuora 1997, 46; Kinnunen 1990, 180; Laakkonen 1999, 182; Mäkisalo 1998, 175-176; Paloposki ym. 2003; Paukkunen ym. 2003). Koulutuksen tavoitteena on paitsi yksilöiden ja työyhteisöjen kehittyminen myös edellytysten luominen jatkuvalla kasvulla. Opettajan tehtävänä on osaltaan huolehtia ammatillisen kasvuympäristön suotuisuudesta.

6.2.2 Hoitokulttuurista heijastuvien arvojen tarkastelu

Heikkinen (1995, 30-32) määritteli ammatikasvatuksen *'kasvatukselliseksi interventiksi, joka vaikuttaa persoonallisen identiteetin muodostumiseen siltä osin kuin se perustuu tai suuntautuu johonkin ammatilliseen elämänmuotoon'*. Tässä työssä ammatillinen elämänmuoto ymmärretään hoitokulttuuriksi, jonka arvot, normit, tavoitteet ja toimintakäytänteet muodostuvat osaksi hoitajan persoonallista identiteettiä kasvatuksellisen intervention tuloksena. Yhteisiin virallisiin ja epävirallisiin 'pelisääntöihin' sitoudutaan. Vallitseva kulttuuri muotouttaa sekä ammatilliset että kasvatukselliset elämänmuodot näköisikseen. Kulttuuri muodostaa eräänlaisen sosiaalisen rakenteen, jonka kautta tietoa

tulkitaan. Asiantuntijaksi tuleminen on siten eräänlainen kultturoitumisprosessi, yhteisön jäseneksi kasvamista.

Terveydenhuollon organisaatiot, samoin kuin koulutusorganisaatiot ovat palveluorganisaatioita, joiden tarjoamat palvelut eroavat kaupallisista palveluista (Julkunen 1991, 60). Palveluorganisaatioissa painottuvat asiantuntijaulottuvuus ja ammattietiikkaan perustuva professionaalisuus. Hoitotyön hyvyys riippuu viime kädessä hoitajan ammattitaidosta ja hoitotyön arvoperustan sisäistämisestä. Sen sijaan kaupalliset markkinapalvelut korostavat kannattavuuslaskelmointia ja palvelu-ulottuvuutta, joiden mukaan 'asiakas on aina oikeassa.'

Jos palveluorganisaatio toimii yksityissektorilla, toiminnan tavoitteena voi olla voiton maksimointi, sen sijaan julkisella puolella toimivan organisaation perustehtävä on turvata väestön perustarpeet. Viime aikoina taloudellisiksi arvoiksi luokiteltavien sujuvuuden ja tehokkuuden käyttö toiminnan laadun arvioinnin kriteereinä on yleistynyt myös julkisella puolella - ja yleistyneet edelleen: markkinaohjautuvuus valtaa terveysalaa. Taloudelliset tekijät vaikuttavat yhä voimakkaammin sekä hoitotyöhön että ylipäätään terveydenhuoltoon ja sen piirissä tehtäviin ratkaisuihin. (Mm. Enckell 1998, 3310-313; Julkunen 1999, 99; Niskanen 1997, 175; Sarvimäki & Sandelin Benkö 2001.)

Tutkimusyksikön hoitajien toiminnasta kohoavien arvojen tarkastelu edellisen valossa on mielenkiintoista. Työskentely vastaanottotilanteissa oli yhtenäistä. Yhtenäisyys oli tavoite, jolla varmistettiin hoitajien keskinäinen yhteistyö. Hoitajat olivat päiväjärjestykseen kaikin puolin tyytyväisiä, sen kulku tiedostettiin, *'tähän me jo tiedettiin'*, eikä siihen haluttu kajota. Sujuvuutta voi pitää toimintaa ohjaavana ensisijaisena arvona. Sujuva ja ripeä hoito oli hyvää hoitoa, ja hoitaja, joka toimi sujuvasti, oli hyvä. Myös lähityötovereita arvioitiin tällä kriteerillä. Hidas ja *'semmoinen nukkuja'* työtoverina ei ollut mieluisa. Toiminta eteni liukuhihnaperiaatteella (Borgman 1998, 195; Helman 2000, 64; Hughes 1997, 6; Ketola & Kevätsalo 1994, 35-36; Sveiby 1990, 191). Sujuvuus arvona ohitti hoidon perhekeskeisyyden, yksilöllisyyden, potilaslähtöisyyden ja jatkuvuuden, jotka puolestaan ovat tärkeitä arvoja hoito-ajattelussa.

Tutkimuksen paljastama kuva hoitokulttuurista oli alkuorientaation vastainen. Ilmiötä voi tarkastella todellisuuden ja tavoitetason välisenä ristiriitana. Tutkimusyksikön hoito-

filosofia vastasi hoitotieteellisen kirjallisuuden luomaa kuvaa hoitotyöstä ja hoitajasta hoitotyön asiantuntijana. Samoin tutkimusyksikössä tehtyjen hankkeiden selvitykset korostivat niiden onnistuneisuutta ja siten toiminnan kehittyneisyyttä. Olivatko viralliset raportit sekä hoitofilosofia alkaneet elää omaa elämäänsä, jonka yhtymäkohdat todellisuuteen jäävät vähäisiksi? (vrt. Borgman 1998, 195.)

Arvojen ja todellisuuden törmäminen saattavat lisätä työn rasittavuutta ja työuupumusta. Hoitotyön ideaali korostaa hoitotyön arvoja (mm. Eriksson-Piela 2003, 183, Lang & Nikkonen 1994; vrt. Mahlamäki-Kultanen 1998, 159). Tämä saattaa johtaa ristiriitaisiin ja toisaalta jopa turhautuneisuuteen. Tärkeäksi koettuja ja teoriassa painotettuja seikkoja ei ole mahdollista soveltaa käytännössä.

Tutkimusyksikössä vallitsevia arvoja voi tarkastella hoitajan roolista käsin. Hoitotyön ja hoitajan roolit olivat kehittymättömiä ja alisteisia tutkitussa hoitokulttuurissa, jossa hiljaisuutta voi pitää normina. Kangas (1999, 98-99) korostaa hoitajan roolia laillistetun ammatin edustajana. Ammatin itsenäisyys edellyttää Kankaan mukaan oman tehtävän selkeää hahmottamista ja siihen sisältyvän vastuun hyväksymistä. Tai kuten Pelttari (1997, 234) esittää asian: *'...rohkeaa, tietävää, taitavaa toisen ihmisen puolesta puhua ja taistelija sekä yhteiskunnassa vaikuttajaa.'* Valitettavasti hoitajien heikko ammatillinen itsetunto ja identiteetti saattavat jarruttaa tämänkaltaisen hoitajuuden ilmenemistä (Roberts 2000). Tässä tutkimuksessa päädyttiin tulokseen, etteivät tutkimusyksikön hoitajat hahmottaneet rooliaan hoitotyön asiantuntijana. Hoitotyöhön ja hoitajuuteen ei liittynyt arvoja, joita olisi suosittu muiden kustannuksella ja joiden puolesta olisi taisteltu.

Tutkimusyksikön hoitajan rooliin liittyi hoitotyön asiantuntijuuden kannalta perin köykäisiä odotuksia. Tärkeää oli oppia lääkärien toiminta, jotta tämän avustaminen sujuisi kitkatta. Vastaanottojen etenemisvauhti ohjautui lääkäristä käsin. Hoitotyölle ei jäänyt aikaa. Vastaanottotilanteessa muodostui keskeiseksi suhteeksi lääkäri-hoitaja –suhde. Sen onnistumiseksi ponnisteltiin, ja iloittiin, mikäli selvittiin vaikeaksi koettujen yhteistyökumppaneiden kanssa. Potilaan ja hoitajan väliseen hoitosuhteen kehittymiseen ei panostettu. Vastaanottotilanteessa potilaan odotusten ja toiveiden havainnointi ei ollut tärkeintä, sen sijaan tietokoneen käyttö ja paperiasioiden hoitaminen olivat.

Kaiken kaikkiaan tutkimusyksikössä hoitajien ammattikulttuuri oli heikko ja jäi taustalle tutkimusyksikön hoitokulttuurissa toisin kuin Kinnusen (1990, 111) tutkimassa organisaatiokulttuurissa, jossa hoitajien ammattikulttuuri oli voimakas. Tutkimusyksikön hoitajat eivät vaalineet omaa autonomiaansa eivätkä myöskään omasta ammatista kohoavia auttamistapojaan ja arvojaan tai omia toimintaperiaatteitaan, hoitotyön periaatteita. Sekä hoitajan että lääkärin ensisijaisina arvoina olivat sujuvuus ja vastaanottotoiminnan ripeä eteneminen.

Tuomisto (1997, 29) pohtii ammattikulttuurin merkitystä ammattiin samastumisen kannalta. Ammattikulttuurin korostaminen ei ole nykyisten trendien mukaista. Tämä samoin kuin epätyypillisten työsuhteiden yleistyminen ja tuloksellisuuden painottaminen vaikeuttavat niin opiskelijan kuin myös valmiin hoitajan ammatillisen identiteetin kehittymistä. Koska tutkimusyksikön hoitajien ammatillinen elämänmuoto muotoutui voimakkaasti tutkimusorganisaation tarpeista ja muiden ammattiryhmien – lähinnä lääkärin - odotuksista käsin, oli hoitotyön merkityksen heiveröisyys tutkimusyksikössä ymmärrettävää.

Mikäli terveysalan ammatillinen koulutus (erityisesti ammattikorkeakoulut) onnistuu sille asetetuissa tavoitteissaan, kehitys saattaa kääntyä toiseen suuntaan. Valmistuvilta hoitajilta nimittäin odotetaan kykyä kehittää sekä omaa työtään ja osaamistaan että ammattialaansa. Tällä puolestaan saattaa olla positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia. Ammattikulttuurin voimistuessa pidetään tiukemmin kiinni omista perusoletuksista, mikä saattaa jarruttaa moniammatillista yhteistyötä sekä yhteisiä kehittämishankkeita. Toisaalta kulttuurin vahvuus on voimavara nimenomaan muutostilanteissa (Buchanan & Huczynski 1997, 530-531; Maanen & Barley 1985, 48; Weick 1985, 386).

Olivatko hoitotyön asiantuntijuudesta kohoavat vaatimukset kohtuuttomia tutkimusyksikön hoitajien toteutettavaksi? Tutkimusyksikön hoitajat eivät suinkaan laiskotelleet, työpäivät olivat kiireisiä. Mikäli tutkimusyksikön hoitajien käsitys omasta ammatista olisi vastannut Kankaan (1999, 99) ja Pelttarin (1997, 234) esittämää näkemystä, olisiko hoitotyö tutkimusyksikössä muotoutunut erilaiseksi? Johtuiko se siitä, etteivät hoitajat tunnistanee hoitotyön arvoperustaa ja omaa 'tehtäväänsä' hoitajana, toiminnan luonteesta? Mitä hoitotyön asiantuntijuus ylittää tarkoittaa polikliinisessä työympäristössä? Kysymys on ajankohtainen, koska terveydenhuoltoa kehitetään avohoitopainottei-

seksi. Poliklinikka on tulevaisuudessa yhä useamman hoitajan työympäristö ja opiskelijan oppimisympäristö.

Avohoitoa suosivan rakennemuutosten lisäksi tutkimusyksikköön kohdistuu erikoissairaanhoidon sisällöllisiä kehittämismuutoksia, joiden tavoitteena on raivata erikoissairaanhoidosta pois kaikki *'hoivaksi'*⁸ luettava, jäljelle jää *'hoito'*. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan *'aikaa, jolloin potilaalle tehdään tutkimuksia tai hoitotoimenpiteitä tai häntä valmistellaan niihin tai intensiivisesti tarkkaillaan niiden jälkeen'* (Marjamäki, Lehto & Rissanen 1996, 124). Muu on hoivaa, perustehtävän kannalta vähempiarvoisempaa toimintaa.

Hoivan ja hoidon erottaminen toisistaan ei kuitenkaan ole mahdollista, koska hoitoon sisältyy aina hoivaaminen ja huolenpito (vrt. Krause & Salo 1993, 131-132). Lauri ja Elomaa (1999, 99) pitävät hoivaamista, auttamista ja tukemista yhtenä hoitotyön ulottuvuutena hoitamisen, ohjaamisen ja opettamisen ohella. Myös Bennerin (1989, 52) sairaanhoidon osa-alueissa on mukana auttaminen. Jos hoitotyöstä karsitaan inhimillinen vuorovaikutus ja läheisyys, ja jos hoitotyön arvot korvataan tuottavuudella, aktivoinnilla ja kannustavuudella, jää jäljelle pelkkä tappava rutiini (Julkunen 1991, 80; 1999, 99). Onko tämänkaltainen muutosprosessi jo käynnistynyt tutkimusyksikössä - kuten ehkä muuallakin - kiireen ja väsymyksen seurauksena?

Mihin erikoissairaanhoidon saneerauksella pyritään? Tuottavuuteen ja tehokkuuteen? Sairaala alkaa muistuttaa yhä voimakkaammin tehdaslaitosta, jonka raaka-aineena on *'sairas materiaali'* ja tuotteena terveys (Helman 2000, 64; Hughes 1997, 6). Prosessi vaikuttaa hoitotyön perimmäisiin arvoihin ja hoitokulttuuriin *'ammattillisena elämänmuotona'*. Pihlaisen (2000, 122; myös Paukkunen ym. 2002) mukaan hoitajien julkituomat arvo- ja arvostuskäsitykset ovat yleviä ja ihanteellisia eli hoiva-ajatteluun suuntautuneita. Luotolan ja kumppaneiden (2003) tutkimat tehosairaanhoidajat jopa nimesivät eettisen osaamisen tärkeimmäksi kvalifikaatiokseen.

⁸ Tässä ei oteta kantaa hoiva- ja hoitotyön tai huolenpito- ja terveystyön erillisyyteen.

Myös tutkimusyksikössä näitä arvoja korostettiin vakuuttelemalla: *'Se just on tärkeintä mun työssä...'* siitäkin huolimatta, ettei arkinen aherrus mahdollistanut tämänkaltaista toimintaa, ja että jokainen tiesi sen: *'Näinhän se on, ikävä kyllä.'* Koska terveydenhuollon palvelujen laatu pohjautuu viime kädessä toimijoiden etiikkaan, eikä mikään muutos, joka ehkäisee hoitajilta mahdollisuuden ammentaa työn merkitystä auttamishalustaan, kuten Vuori (1995, 261) asian ilmaisee, voi olla kannatettava.

Hoivan ja erikoissairaanhoidon keskinäistä erilaisuutta voidaan kuvata käsitteillä vastuuli eli hoivarationaliteetti ja professionaalinen rationaliteetti (Silius 1995, 57). Vastuuli rationaalinen toimija punnitsee ja arvioi oman toimintansa seurauksia muille, kun taas professionaalinen rationaliteetti vaatii teknistä pätevyyttä, yhteisesti sovittuja menetelmiä ja yhtenäistä kohtelua tilanteissa, jotka ulkonaisesti ovat samanlaisia. Vastuuli rationaliteetti korostaa empatiaa sekä luovia ja yksilöllisiä toimintatapoja.

Hoitotyön arvot, kuten myös tutkimusyksikön hoitofilosofia, edustavat pikemminkin hoiva-ajattelua ja vastuuli rationaliteettia kuin erikoissairaanhoidonäkemyksiä ja professionaalista rationaliteettia. Hoivan erityisyyttä kuvaa Borgmanin (1998, 195) mukaan syklistisyys eli inhimillisten tarpeiden toistuvuus yhä uudelleen vuorokausikierrossa. Julkunen (1991, 78) liittyy hoivaan potilaan ja hoitajan välisen 'minä-sinä' -hoitosuhteen, kokonaisvaltaisuuden, yksilöllisyyden, ainutkertaisuuden ja välittämiseen pohjautuvan ihmiskäsityksen.

Tutkimusyksikön hoitajien työpäivään ei juurikaan kuulunut hoivaamista ja huolenpitoa, ei myöskään ohjaamista ja opettamista. Heidän toimintaansa luonnehtii ystävällisyys, mutta samalla se oli ammatillisen etäistä. Toiminta ei tukenut hoitosuhteiden kehittymistä eikä kannustanut tunteiden ilmaisuun, joita Sarvimäki ja Sandelin Benkö (1998) pitävät erityisesti hoitokulttuuria kuvaavina piirteinä. Silkkaa teknisten taitojen hallintaa eivät myöskään potilaat odota hoitajalta (mm. Pelttari 1997, 234; Vanttinen 1996, 108-111). Toisaalta eivät hoivapainotteisessa vanhustyössäkään hoivaan liitetyt arvot välttämättä toteudu. Valtaosa hoitajien työajasta saattaa huveta välillisiin ja pakollisiin tehtäviin, jotka usein tehdään rutiininomaisesti ja kaavamaisesti (Isola & Laitinen 1995; Jinks & Hope 2000; Liukkonen 1991).

Jako hoivaan ja hoitoon saattaa näyttäytyä myös jakona arvostettu ja vähempiarvoinen tai haasteellinen ja haasteeton työ. Poliklinikkatyöskentely vetosi nopeatempoisuudellaan ja vaativuudellaan tutkimusyksikön hoitajiin. Samoja erikoissairaanhoitoa kuvaavia piirteitä arvostavat monet muutkin hoitajat (mm. Pahkala ym. 1999a; 1999b). Valitettavasti vaativuutta ja haasteellisuutta ei liitetä hoivaan, minkä vuoksi esimerkiksi hoivapainotteinen vanhustyö ei kiinnosta hyvin koulutettuja hoitajia. Mahdollisuudet oman ammattitaidon hyödyntämiseen koetaan erikoissairaanhoidossa paremmiksi. (McKinlay & Cowan 2003; Sinervo 2000, 84; Sormunen ym. 2001.)

Toisaalta näkemys, että erikoissairaanhoidossa voisi hyödyntää paremmin omaa osaamistaan, on arvottava ja erikoissairaanhoitoa ihannoiva. Varmasti muuallakin, esimerkiksi vanhustyössä, pystyy ja saa käyttää ammattitaitoaan, joskin siellä painottuvat erilaiset osaamisalueet kuin erikoissairaanhoidossa, jossa korostuvat potilaan lääketieteellisestä hoidosta kohoavat tekniset kvalifikaatiot. Hoitotyön asiantuntijuudesta käsin arvioituna saattaa hoitajan itsenäinen rooli erikoissairaanhoidossa olla jopa kapeampi kuin vanhustyössä. Tutkimusyksikössä oli pikemminkin keskitytty hoitajan roolin kaventamiseen kuin laajentamiseen. Valtaosa hoitajan ajasta kului ATK:n ääressä ja erilaisiin sihteerin töihin tai välilliseen ja epäitsenäiseen hoitotyöhön.

Ammatillinen koulutus vastaa työelämän haasteisiin, joskaan ”*ammattikasvatus ei ole työtehtävissä tapahtuvien muutosten passiivinen myötäilijä, vaan toimii myös muutosten aktiivisena muokkaaja*”, toteaa Ruohotie (2000a, 284). Muutossuunnat terveydenhuollossa eivät kaikin osin ole suotuisia. Ne eivät välttämättä palvele potilasta eivätkä tämän hoitajaa - olipa tämä opiskelija, työuransa alkuvaiheessa oleva noviisi tai ammatillisessa kasvussaan pidemmälle edennyt hoitotyön asiantuntija. Esimerkiksi yleistynyt pätkätyö ei välttämättä edistä laaja-alaisen asiantuntijuuden kehittymistä (mm. Paloposki ym. 2003). Lyhytaikaiset työsuhteet hidastanevat myös organisaatioiden pyrkimyksiä kehittää omaa toimintaansa, koska sitoutuminen erilaisiin kehittämishankkeisiin voi jäädä pinnalliseksi.

Myöskään edellä kuvattu ajatus kaiken hoivan irrottamisesta erikoissairaanhoidosta ei vaikuta kannatettavalta. Se ja taloudellisten arvojen ylivalta saattavat kaventaa erikoissairaanhoidon edellyttämän pätevyyden teknisten kvalifikaatioiden hallinnaksi ja hoitajan roolin pelkäsi toimenpideteknikoksi. Tämänkaltainen muutos ei tue terveydenhuol-

lolle asetettujen pitkän aikavälin tavoitteiden saavuttamista eikä hoitajien oikeutta mielekkääseen työhön ja hoitokulttuuriin, joka mahdollistaa ammatillisen kasvun.

Ammattikasvatukseen piiriin kuluvat myös ammattien tutkiminen sekä niiden kehittymiseen vaikuttaminen. Hoitoammattien kehittyminen kohti professiota muuttaa toiminnan perusteita. Tieteen logiikka eroaa hoitotyön logiikasta, jolloin hoitotyön tieteellistäminen ja professionaalistuminen saattavat jopa kääntyä todellisten muutosten uhaksi, kuten esimerkiksi Borgman (1998, 195) epäilee. Toisaalta Silius (1995, 63) toteaa professioiden ja professionaalistumisprosessien muuttuvan naisistuessaan. Ehkäpä hoitotyö professionaalisenä toimintana välttää niitä professioihin liittyviä maskuliinisia käytäntöjä, jotka uhkaavat hoitotyön arvoperustaa? Se, että kehitys etenee myönteisessä suunnassa, edellyttää Sinkkosen (1999) mukaan johtamisfilosofiaa, joka ottaa huomioon ihmisen tietävänä, tahtovana ja tuntevana kokonaisuutena. Valitettavasti organisaatioita johdetaan korostamalla yksipuolisesti rationaalisuutta ja tehokkuutta.

Millaisia haasteita tämä asettaa terveysalan ammatilliselle koulutukselle? Ovatko kaikki työelämässä tapahtuvat muutokset – tai toisaalta muuttumattomuus ja pitäytyminen perinteisissä toimintatavoissa - uhka vai mahdollisuus hoitoammattiteille, niiden arvoperustalle ja itsenäisyydelle? Entä onko muutossuunta suotuisa potilaalle ja organisaatioille?

Tutkimusyksikön hoitajat totesivat, että hoitajuus on haasteellista ja vaikeaa tutkimusyksikössä. Sitä se todella oli. Tutkimuksen ajankohtana näytti tutkimusyksikön muodollinen ja kysytty pätevyys perustuvan enenevässä määrin kättilön tutkintoon. Tutkimusyksikössä työskentelevien kättilöiden kannalta hoitajuus näyttäytyy vielä ongelmallisemmalta johtuen kättilön ammattiarvostuksen synnytyssalikeskeisyydestä ja siitä johtuvasta jonkinasteisesta toisarvoisuuden tunteesta, jos toimi naisen hoitotyössä. Miten ja missä laajuudessa koulutus tukee ammatillista kasvua naisen hoitotyön asiantuntijaksi? Arvottuvatko esimerkiksi synnytyksen hoidon opettaminen ja osaaminen korkeammalle kuin inkontinenssipotilaan ohjaus ja näissä taidoissa kehittyminen? Suomessa, jossa syntyvyys on alhainen ja ikääntyvien naisten määrä kasvava, uskoisi naisen hoitotyön hallinnalla olevan laajaa kysyntää ja jopa kansanterveydellistä merkitystä. Naisen hoitotyön sisällöllisen kehittämisen ja arvostuksen kohottaminen vaatii avointa ja rohkeaa keskustelua kättilön ammatin oppimispainotuksista.

6.2.3 Hoitotyön ja hoitajan roolin kehittyneisyyden arviointi

Tämän tutkimuksen hoitotyöhön liittyvä alkuorientaatio oletti tutkimusyksikön hoitajan edustavan hoitotyön asiantuntijuutta ja hoitotyöllä olevan oma selkeä tehtävänsä ja merkityksensä potilaan hoidossa. Hoitotyön oletettiin ohjautuvan hoitotieteestä käsin. Oman tieteenalan vahvuus puolestaan on kehittyneen ammatin, profession keskeinen tunnusmerkki (Krause & Salo 1993, 8). Nämä näkemykset heijastuivat myös asiantuntijuuden käsitteelliseen määrittelyyn. Hoitotyön asiantuntijuus ymmärrettiin hoitajan ammattiin kiinnittyväksi ja hoitotieteeseen perustuvaksi laaja-alaiseksi erityisosaamiseksi, joka kehittyäkseen tarvitsee paitsi koulutusta myös työkokemusta.

Tutkimusyksikössä vallitsevan tilanteen tarkastelu hoitotyön ja hoitajan roolin kehittyneisyydestä käsin on mielenkiintoista. Hoitotyön kirjallisuudessa kuvataan paitsi hoitajan asiantuntijuuden kasvua (mm. Benner 1989; Benner ym. 1999; Janhonen & Pyykkö 1996) myös hoitotyön ja sen tietoperustan kehittymistä erilaisten vaiheiden avulla. Seuraavassa esitettyjä kuvauksia ja jaotteluja voi kritisoida pelkästään siksi, että luokittelut perustuvat pysähtyneisyyteen, pelkistykseen ja dikotomiaan: piirre joko esiintyy tai ei, mikä ei vastaa todellisuudessa valitsevaa monimuotoisuutta ja ilmiön liikehdintää ajassa ja paikassa. Lisäksi jotkut tässä esitetyt hoitotyön kehittyneisyyttä valottavat kuvaukset liittyvät tiettyyn hoitotieteen kehitysvaiheeseen, jota leimasi voimakas tarve löytää oma paikka tiedekartalta ja erottaa hoitotiede lähitieteistä, etenkin lääketieteestä. Toisaalta hoitajat halusivat oikeuttaa hoitotyön ammatillista asemaansa, joten tiedeperustan korostaminen on ymmärrettävää.

Hoitotyön koulutuksessa käytetyn hallinnon ja johtamisen kirjallisuuden sekä *Ylihoitaja*-lehden artikkeleiden (vuosilta 1958 - 1990) mukaan alisteinen ja ohjaava suhde lääkäriin heijastaa 70-lukua. Samaa aikaa kuvaa myös pirstoutunut tehtävien mukaan eriytynyt toiminta, toteaa Vatanen (1994, 227-234), joka on analysoinut em. aineiston. Lisäksi aineistosta kohoaa näkemys, jonka mukaan passiivinen, omaan hoitoon osallistumattoman potilaan rooli on jäänyt 1950-60-luvuille. Tutkimusyksikössä kuvatuunlaiset toiminnan piirteet vaikuttivat vielä 1990-luvulla ja siirtyivät jopa uudelle vuosituhannelle.

Eriksson (1986, 29-31) puolestaan arvioi hoitoajattelun siirtyneen jo 80-luvulla hoitotieteelliselle kaudelle. Eriksson hehkutti: *”Nyt elämme hoitotieteen kautta, ts. olemme lopullisesti saavuttaneet vaiheen, jossa itsenäinen hoitotiede muodostaa pohjan hoitajien työn ja koulutuksen kehittämiseksi.”* Muita ajanjaksoja olivat esiteoreettinen kausi (n. 1880 – 1920), lääketiedekeskeinen kausi (n. 1920 - 1960) ja monitieteellinen kausi (n. 1960 - 1980). Esiteoreettista kautta ohjasivat traditio ja kokemus, lääketieteellistä kautta leimasivat jäsentymättömyys, hajanaisuus ja lääketieteellinen teknologia. Monitieteellisellä kaudella hoitokäsitteistö sai vaikutteita muun muassa sosiologiasta ja psykologiasta. Erikssonin mukaan vasta hoitotieteellisellä kaudella alkoi kehitys kohti omaa tietopohjaa omine käsitteineen, malleineen ja teorioineen. Hoitotyö tutkimusyksikössä oli pikemminkin lääketiede- kuin hoitotiedeorientoitunutta.

Myös Raatikainen (1992) arvioi hoitotyön kehittyneisyyttä eri vaiheiden avulla. Hän nimeää kolme kehitysvaihetta: traditionaalisen mallin, yksilöllisyyttä korostavan mallin ja kehityksellisen muutosmallin. Raatikainen toteaa, että todellisuudessa kaikkia mallin piirteitä esiintyy yhtä aikaa. Näin varmaan myös tutkimusyksikössä, joskin traditionaalisen kehitysvaiheen voi todeta korostuneen, samankaltaisuus tutkimusyksikön toimintakäytäntöjen kanssa on ilmeinen. Raatikaisen mukaan se näyttää seuraavalta: hoitajan toiminta ei perustu hoitotietoon. Hoito on tehtäväkeskeistä, rutinoitunutta, teknistä ja pirstoutunutta. Yhteistyö on vähäistä. Tehokkuus ja kustannus-hyöty –ajattelu ohjaavat toimintaa. Potilaan rooli on passiivinen ja hoitajan rooli avustava.

Tammelin (2000) perehtyi sairaanhoitajan roolimallin muutokseen 1960-1990 –luvulla. Roolimallien kehityksen kautta ilmenee muun muassa se, miten sairaanhoitajan rooli on kehittynyt suhteessa lääkärin rooliin ja miten naiseuteen liittyvät käsitykset ovat muokanneet sairaanhoitajan roolia. Tammelin kuvaa neljää roolimallia: äitihahmoa, hoitoteknikkoa, moduulihoitajaa ja oma(vastuu)hoitajaa.

Äitihahmo-roolimallivaiheen arveli Tammelin (2000) vallinneen aina sairaanhoitajakoulutuksen aloittamisesta 1960-luvun lopulle. Niinpä myös Henderson (1966, 11) mainitsee sairaanhoitajia joskus nimitetyn *’ammattiäideiksi’* ja jatkaa: *’Kuten äiti, joka reagoi lapsensa tarpeisiin, joutuu sairaanhoitaja monesti tarttumaan varsin outoihinkin tehtäviin.’* Tammelinin kuvaamassa äitihahmo-roolimallissa sairaanhoitaja-lääkäri-potilas -suhde perustui valtasuhteelle miehen, naisen ja lapsen välille partiarkaalisessa perheessä

(vrt. Helman 2000, 113; Littlewood 1991b, 156; Wainwright 1996, 4). Patriarkaalisen perheideologian naisellisuus- ja äitiyskäsitykset olivat osaltaan muokanneet sairaanhoidon nykypäiviin asti jatkuneeseen alisteiseen asemaan suhteessa lääketieteeseen. Toiminta oli tehtäväkeskeistä ja epäitsenäistä. Osastonhoitaja toimi linkkinä tiedonkulun ja tehtävänjaon välillä.

Hoitoteknikkoiheessa erikoissairaanhoito ja tehtäväkeskeisyys korostuivat entisestään. Toiminta ohjautui lääketieteestä käsin. Hoitoteknikko-sairaanhoitajan tavoite oli voittaa sairaus mahdollisimman nopeasti. Ne toimenpiteet, jotka eivät suoraan liittyneet parantamiseen (kuten potilasohjaus), jäivät vähemmälle huomiolle. Tehtäväkeskeisen ja pirstoutuneen hoitoteknikkomallin virheitä alettiin korjata siirtymällä modulaariseen malliin ja samansuuntainen kehitys jatkuu edelleen oma(vastuu)hoitajamallissa.

Tammelinin (2000) mukaan suomalaisessa terveydenhuollossa ollaan nykyisin moduulihoitajan vaiheessa ja siirtymässä kohti omahoitajamallia. Tutkimusyksikön toiminnasta heijastui selkeimmin hoitoteknikkoroolimalli, joskin mukana oli jäänteitä äitihahmomallista. Lääkärin valta-asema oli yhä vakaa ja vankkumaton; hoitajan rooli oli hiljainen ja vetäytyvä. Vastaanottotilanteissa hoitaja toimi kirjurina ja avustavana toimenpideteknikkona. Kokonaisvaltaiseen terveystieteeseen ei löytynyt aikaa.

Kun tutkimusyksikön hoitokulttuuria vertaa edellisiin hoitoajattelun kehittyneisyyttä osoittaviin kuvauksiin, ei tulos ole järin imarteleva. Tutkimusyksikön hoitokulttuuri on ajastaan jäljessä tai ainakin hoitotyön kehityksessä paikoilleen juuttunut, mikä puolestaan osoittaa syvällisen muutoksen vaikeutta ulkonaisesta muutoksesta huolimatta.

Hoitajan ammatillinen kasvu tutkimusyksikössä oli pysähtynyt varmistavan hoitotyön tasalle (ks. luku 2.1.5; Janhonen & Pyykkö 1996, 12-13). Hoitotyön ja hoitajan roolit muistuttivat Raatikaisen (1992) kuvaamaa traditionaalista toimintamallia. Toiminta oli tehtäväkeskeistä ja perustui lääketieteelliselle tietoainekselle, ei hoitotieteelliseen tietoperustaan (Eriksson 1986). Tutkimusyksikön arkipäivässä eli erityisen vahvasti hoitoteknikkomalli (Tammelin 2000). Hoitajan asiantuntijaroolin ja moniammatillisen yhteistyön kehittymättömyys leimasi toimintaa, eikä potilaan asemakaan vastannut nykyistä ajattelua.

Airaksinen (1993, 25-26) luokitteli hoitotyön ala-ammattiksi. Launis (1995, 77) puolestaan nimesi hoitajat puoliammattilaisiksi. Sen sijaan monet hoitotyön edustajat pitävät hoitotyötä kehittyneenä ammattina, professiona (Krause & Salo 1993, 8), jonka osaaminen rakentuu vahvasti ammatin oman tiedeperustan, hoitotieteen varaan. Valitettavasti tutkimusaineistosta kohoava kuva kallistuu Airaksisen ja Launin suuntaan. Tutkimusyksikössä toimivaa hoitajaa ei tähän tutkimukseen tehtyjen havaintojen perusteella voi luonnehtia hoitotyön asiantuntijaksi ja kehittyneen ammatin, profession, edustajaksi, vaan pikemminkin teknisten kvalifikaatioiden ekspertiksi ja rutiiniasiantuntijaksi.

Vallitseva hoitokulttuuri vaikuttaa tutkimusyksikön hoitajan ja siellä harjoittelevan opiskelijan ammatilliseen kasvuun sekä siihen, millaisia hoitotyöhön sekä hoitajan rooliin liittyviä käsityksiä tehtyjen havaintojen pohjalta luodaan. Koska hoitotyöllä ei ollut omaa selkeää ja itsenäistä roolia tutkimusyksikössä, jäivät oppimiskokemukset naisen hoitotyöstä olemattomiksi. Sen sijaan tutkimusyksikössä harjoitteleva opiskelija ja siellä työskentelevä hoitaja oppivat - jopa erinomaisesti - naistentautien potilaan lääketieteellisen hoidon ja lääkärin avustamisen tässä hoidossa. Hoitotyön ja hoitajan roolin vahvistaminen on keskeinen ja ajankohtainen haaste tutkimusyksikössä. Se puolestaan edellyttää nykyisen hoitokulttuurin romuttamista.

Toisaalta on hyvä muistaa kirjallisuuden ja visioiden tarjoaman kuvan ja todellisuuden välinen ero. Vaikka Hildén (2002, 28) vakuuttaa, ettei *'hoitotyöntekijä enää toimi muiden ammattikuntien "palvelijana" vaan itsenäisenä toimijana ja yhteistyökumppanina'*, ei kehitys käytännössä etene samaa vauhtia kuin teoriassa. Lisäksi muutosten omaksuminen ei-materiaalisessa kulttuurissa on hitaampaa kuin materiaalisen kulttuurin muutosten. Niinpä tutkitun hoitokulttuurin havaittu kehittymättömyys ja vähäinen hoitotiedeorientoituneisuus ei olisi hälyttävä eikä harvinainen. Päinvastoin.

Kivinen (1994, 65-67), joka raportoi sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen ja työn kehittämisprojektin tuloksia, toteaa tehtäväorientoituneen ja korjaavan työotteen olevan yleistä. Myös Stenforsin (1999, 139) tekemien havaintojen mukaan hoitotiedeorientoituneisuus oli pikemminkin poikkeuksellista kuin tyypillistä. Siirtyminen näyttöön perustuvaan hoitotyöhön takkuilee, eikä sen edellyttämä osaaminen ole riittävää käytännön hoitotyössä. Tätä mieltä ovat muun muassa Elomaa (2003, 126-132), Partanen (1999, 46) ja Greenwood (2000, 434). Lisäksi Nurmela (2002, 209-212) väittää, ettei kriittistä

ajattelua ja ajattelun taitoja edes arvosteta kaikkialla hoitotyön piirissä. Ilmeisesti uudet ajatukset ja hoitamisen metodit siirtyvät toimintaan hitaasti. Taloudelliset ehdot vaikuttavat koulutusta voimakkaammin. Paasivaara (2002, 154) kuvaa ilmiötä vanhustyöstä käsin. Vanhuspolitiikan tavoitteet ilmenevät tosiasiallisessa toiminnassa usean vuoden viiveellä, jos aina sittenkään.

Hoitajan roolia ja hoitotyön kehittymistä ammattina voi tarkastella suomalaisessa yhteiskunnassa vallitsevan sukupuolisovun näkökulmasta, mihin kuuluu, etteivät naiset haasta näkyvästi hierarkiaa eikä sukupuolta konfliktoida, vaan sen kanssa eletään muodollisesti sävyisästi (Julkunen 1999, 99-100). Tutkimusyksikön toimintakäytännöt eivät riippuneet hoidonantajan tosiasiallisesta sukupuolesta – lääkärin ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa hoitaja edusti feminiinistä ja lääkäri maskuliinista osapuolta. Ehkä hoitotyön historia, kuten Borgmanin (1998, 196) mukaan myös sosiaalityön historia, korostaa nais erityisyyttä, jonka mukaan hyvän ihmisen konseptio häivyttää sukupuolen lähes kokonaan.

Vaikka toiminnan ohjautumisen lääketieteestä käsin kavensi hoitajan roolia, ei sitä kyseenalaistettu tutkitussa hoitokulttuurissa. Hoitajan käyttäytymisestä vastaanottotilanteessa oli havaittavissa hoitokulttuurin perusarvoja paljastavia rituaalisia piirteitä. Lääketieteen valta-aseman korostaminen ei perustunut yksipuolisesti lääkärin toimintaan, vaan hoitaja luovutti vallan lääkärille ja teki oman osuutensa ylläpitääkseen vallitsevaa tilannetta (vrt. Peräkylä 1996, 90). Lääkärin ylivallalla on pitkät perinteet, eikä tämä liity vain suomalaiseen tai tutkimusyksikön hoitokulttuuriin (Gamarnikow 1991, 110-129; Helman 2000, 113; Littlewood 1991a, 197-198; Wainwright 1996, 4).

6.2.4 Tutkimusyksikkö tulevaisuuden haasteisiin vastaajana

Seuraavaksi tarkastelen tutkimusyksikön pyrkimyksiä vastata terveydenhuollon muutoshasteisiin ja ammatillisen koulutuksen mahdollisuuksia tukea tätä prosessia. Tulevaisuuden työyhteisöjen on ennustettu muuttuvan seuraavasti: työn käsite laajenee, työn sisältö rikastuu ja työympäristö demokratisoituu. Nämä yleisellä tasolla ilmaistut muu-

tokset eivät – vielä - ilmenneet tutkimusyksikön hoitokulttuurista. Hoitajien työ oli pikemminkin kaventunut ja köyhtynyt. Myöskään kasvavasta demokratiasta ei ollut havaittavissa merkkejä. Tutkimusyhteisön hoitokulttuuri oli hierarkkinen ja byrokraattinen, ja hoitajien vaikutusmahdollisuudet siinä olivat vähäisiä tai vähäisiksi koetut.

Vallitsevaa kulttuuria voi tarkastella työntekijöiltä odotettavan pätevyyden ja kvalifikaatioiden hallinnan kautta. Tutkimusyksikön keskeisimmät hoitotyön kehittämistarpeet liittyivät sosiaalisiin ja normatiivisiin kvalifikaatioihin. Tekninen osaaminen oli edellisiin verrattuna hyvää tutkitussa hoitokulttuurissa ja näiden taitojen ylläpitämisestä huolehdittiin. (Kuvio 7; vrt. Eriksson-Piela 2003, 183.) Vähemmälle huomiolle jäivät moniammatillinen verkostoyhteistyö, asiakaslähtöisyys ja potilasohjaus, näyttöön perustuvan hoitotyön vaatiman osaamisen kehittäminen sekä ylipäätään hoitotyön ja hoitajan roolin vahvistaminen samoin kuin oman tiedeperustan tunnistaminen. Näillä kaikilla on viimekädessä myös potilaan kokemaa hoidon laatua kohottava vaikutus.

Tulevaisuuden muutoshaasteista ja yksikön omista kehittymispyrkimyksistä selviämisen edellyttävät *yhteistyöosaamista ja toimivia asiantuntijaverkostoja*. Haaste on valtava, koska vallitsevan kulttuurin muutosvastarinta saattaa olla vaikeasti voitettavissa ja koska uusien toimintakäytäntöjen kehittäminen vaatii samojen osaamisalueiden hallintaa, joiden puuttuminen on osaltaan johtanut havaittuun ongelmaan.

Sujuvaa yhteistyötä vaativa konkreettinen haaste, josta tutkimusyksikön on selviydyttävä lähitulevaisuudessa, on saumattomien palveluketjujen luominen. Esimerkiksi keskenmenopotilaiden hoidossa toimivalle yhteistyölle perusterveydenhuollon kanssa on Poikajärven ja Mäkelän (1998, 42; myös Poikajärvi 1998, 90) mukaan olemassa peräti sosiaalinen tilaus. Muutos edellyttää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon organisaatioiden yhteistä ponnistelua sekä ennen kaikkea työn tavoitteiden ja toiminnan kohteen yhteistä määrittelyä.

Nikanderin (2002, 67-69) mukaan moniammatillinen yhteistyö on suurelta osin puhetta, johon puolestaan vaikuttavat kulttuuriset tekijät ja erilaiset valta-asetat rajoittaen esimerkiksi puheoikeutta. Tutkimusyksikön moniammatillista yhteistyötä hidastavat hoitokulttuurin heikkous, hiljaisuus ja hoitajien passiivinen kommunikointityyli, alistuneisuus, taka-alalle vetäytyminen sekä suostuminen lääketieteellisen määräysvallan alle.

Muutosta keskustelempaan ja vahvempaan hoitokulttuuriin kaivataan ylipäättään terveydenhuollon eri toimintayksiköissä, ei ainoastaan tutkimusyksiköissä.

Terveyden edistäminen on alue, jolla hoitotyön ominta asiantuntijuutta voi hyödyntää ja vahvistaa niin tutkimusyksikössä kuin muuallakin. Samalla voi vastata terveydenhuollossa asetettuihin terveyden edistämistä koskeviin odotuksiin. Potilasohjauksen suunnittelu *'kuka, mitä, missä ja milloin'* turvaa toisaalta aukottoman, toisaalta turhaa päällekkäisyyttä sisältävän ohjauksen. Potilasohjauksen tarve korostuu lyhentyneiden hoitojaksojen ja avohoitopainotteisuuden myötä (mm. Palmu & Suominen 1999; Töyry ym. 2000). Potilasohjauksen kehittäminen kohentaa osaltaan myös asiakaslähtöisyyttä, seikka jota korostettiin tutkimusorganisaation hoitofilosofiassa ja laatuajattelussa, mutta joka arjen kiireessä oli jäänyt taka-alalle.

Tutkimusyksikön hoitokulttuuri ei varmistanut kokonaisvaltaisen, todellisiin terveysvaikutuksiin yltyvän ohjauksen toteutumista eikä näissä taidoissa kehittymistä. Käytetty ohjaustyyli oli hallitseva ja määräävä. Ohjaus oli asiantuntija- ja organisaatiolähtöistä. Siinä korostuivat potilaan sairauden hoidon vaatimien toimenpiteiden ja tutkimusten selostus sekä niitä käsittelevien ohjeiden jakaminen. Syitä ohjauksen vähäisyyteen selitettiin ajan ja paikan puutteella sekä työnjaollisilla tekijöillä: ohjaus kuului lääkärille, hoitajan tehtävä oli tarvittaessa *'paikata'* annettua ohjausta. Todennäköisesti ohjausongelmien taustalta löytyy edellisten tekijöiden lisäksi muitakin syitä kuten ohjauksellisuuden heikkoa hallintaa ja hoitotyön asiantuntijaroolin tiedostamattomuutta. Hoitajien mahdollisuudet vahvistaa omaa ohjausosaamistaan nykykäytännössä olivat olemattomat. Tästä johtuen ei myöskään tutkimusyksikössä harjoitteleva opiskelija välttämättä sisäistä ohjausta osaksi hoitotyötä.

Tutkimusyksikössä toteutuvaa ohjausta tai sen laiminlyöntiä ei arvioitu samalla intensiteetillä kuin ATK:n käyttöä *'töppilistöineen'* (luku 5.1.3). Vaikka sekä tutkimusyksikön potilaspalautteet että aihetta käsittelevät tutkimukset (mm. Aarva 1995; Hiidenhovi 2002, 84-85; Nykänen, 2002, 49; Poikajärvi 1998, 90; Renholm & Suominen 2000; Töyry ym. 2000) osoittavat potilaiden arvostavan omaa hoitoaan koskevan tiedon saantia ja vastaavasti sen puuttuminen on eräs tyytymättömyyden kohde, ei potilailta tuleva palaute näytä olevan riittävä ärsyke toiminnan muuttamiseen. Onko niin, ettei ohjaami-

sen velvoitteita oteta vakavasti, ellei ohjauksen toteutumista arvioida, eikä sen puute johda sanktioihin?

Ohjausta voi kehittää sisällöllisesti ja pedagogisesti. Esimerkiksi tutkimusyksiköstä, *'naisten omassa sairaalasta'*, löytyy lukuisia alueita kuten perhekeskeisyys ja monikulttuurisuus, joille ohjausta voi laajentaa ja samalla sekä ehkäistä seksuaaliterveyteen liittyviä ongelmia että edistää naisen ja tämän omaisten kaikinpuolista hyvinvointia ja voimaantumista (Dreher & MacNaughton 2002; Gibson 1991; Hassinen-Ali-Azzani 2002, 237-238; Kettunen 2001, 96; Lindholm ym. 2002; Luoto 2001; Maughan ym. 2001; Vánttinen 1996, 108; Åstedt-Kurki ym. 2001). Kokonaisvaltaisen ohjauksen tehosta ja voimasta on vakuuttunut myös Whitehead (2001), joskaan organisaatiolähtöiseltä – myös tutkimusyksiköstä löytyvältä - ohjauk käytännöltä on turhaa odottaa tuloksia. Hoitajien olisi herättävä havaitsemaan omat mahdollisuutensa.

Aktiivista huomiota voisi kiinnittää *'tässä ja nyt'* –terveysongelmien, toisin sanoen hoitoon hakeutumisen syynä olevasta sairaudesta kohoavien ohjaustarpeiden lisäksi yleisiin kansanterveydellisesti merkittäviin ongelmiin kuten ylipainoon ja tupakointiin. Vaikka terveystasvatuksessa ehkä pätevät ns. Wiion lait ja sen hyötysuhde saattaa jäädä vähäiseksi (Wiio & Puska 1993, 89), on muun muassa osoitettu, että potilaslähtöisellä ohjauksella on yhteys hoitomyyntyvyyteen (mm. Russell ym. 2003). Sitä paitsi tutkimusten mukaan terveystasvatus koetaan ylipäättään merkittäväksi, hyödylliseksi ja kannustavaksi (Aarva 1995; Ståhl & Kannas 2002). Esimerkiksi järjestelmällisellä kyselyillä ja henkilökohtaisella ohjausmateriaalilla on vaikutusta savuttomuustyössä (Lancaster, Stead, Silagy & Sowden 2000). Voisi kuvitella, että järjestelmällinen, hoitajien toteuttama ohjaus ja henkilökohtaiset ohjeet palvelisivat myös naisen hoitotyötä.

Ohjaustilanteiden pedagogiseen kehittämiseen voi soveltaa esimerkiksi voimavaroja vahvistavaa mallia (Kettunen, Karhinen & Poskiparta 2002; Pelkonen & Hakulinen 2002) ja jaettua asiantuntijuutta, jonka avulla valta jakaantuu tasaisemmin: potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja ohjaussisällön ja -tyylin. Näin ohjaus siirtyy asiantuntijakeskeisyydestä kohti osallistuvaa, yhteisen työstämisen mallia (luku 5.2.4; Launis 1994, 153).

Haasteet ohjauksen kehittämiseen eivät kohdistu vain käytäntöön, vaan hyvin voimakkaasti myös koulukseen. Hoitajien pedagogisen osaamisen edistäminen on haaste opettajille ja koulutukselle. Väestön terveystarpeisiin vastaaminen – tärkeä kvalifikaatio nyt ja tulevaisuudessa - edellyttää yhteisöllisempien työtapojen omaksumista jo koulutuksen aikana (Jaroma 2000, 130-131; Kettunen 2001, 96; Pelttari 1997, 234; Metsämuuronen 1998, 152; Vanttinen 1996, 108). Opiskelija kaipaa mallia ja rohkaisua sisäistääkseen ohjauksen osaksi hoitotyötä sekä kokeakseen oikeutetuksi puuttua potilaan tekemiin elämäntapavalintoihin (Cahlmers ym. 2003). Oppilaitosten kulttuuri ei tutkimusten mukaan (mm. Mäkisalo 1998, 183; Sjögren, Poskiparta & Liimatainen 2000; 2002) edistä terveyttä, eikä siten tue opetettavan asian sisäistämistä.

Edellisten haasteiden merkityksen ymmärtäminen rakentuu oman tiedeperustan tunnistamiselle ja kehittämiseksi. Hoitajalta odotetaan oman asiantuntijuutensa käyttöä ja näyttöä eli Nousiaisen (1998, 56-57) sanoin *'taitoa toimia vakuuttavasti hoitotyön tietoa ja taitoa edellyttävissä tilanteissa'*. Sellaisissa työyhteisöissä kuin tutkimusyksikkö, jossa hoitajan toiminta ohjautuu lääketieteestä ja koostuu pääsääntöisesti annetuista, epäitsenäisistä tehtävistä, tämänsuuntainen aito ja todellinen muutos vaatii uudenlaisen hoitajuuden omaksumista. Tämä puolestaan on prosessi, jota ammatillinen koulutus voi tukea, joskin avainasemassa ovat organisaatiot ja siellä työskentelevät hoitajat itse. Merkittävää on, miten organisaatio- ja hoitokulttuurissa hyväksytään ja annetaan tilaa hoitajan ammatin itsenäisyydelle?

Tutkimusten käytön lisääminen ja näyttöön perustuvaan hoitotyöhön siirtyminen ovat konkreettisia seurauksia edellisestä. Tämänkaltaista toimintaa odotetaan myös tutkimusyksikön hoitajilta. Leino-Kilpi ja Lauri (2003, 7-18) sekä Eller kumppaneineen (2003) toteavat, että hoitosuositusten käyttöönottoon vaikuttavat paitsi henkilökunnan asenteet ja tahto oppia uutta myös toimintaympäristön asenteet, tuki ja johtamiskäytäntö. Pallenin ja Timminsin (2002) mukaan organisatoriset tekijät jarruttavat näyttöön perustuvan hoitotyön etenemistä jopa voimakkaammin kuin yksittäisten hoitajien piirteet. Adamsen, Larsen, Bjerregaard ja Madsen (2003) päätyivät vastakkaiseen havaintoon: hoitajien omat asenteet ratkaisivat sen, hyödyttääkö hoitaja tutkimustuloksia työssään vai ei. Positiivisesti näyttöön perustuvaan hoitotyöhön suhtautuvat hoitajat eivät juuttuneet tutkimusten käyttöä hankaloittaviin tekijöihin, vaan onnistuivat ylittämään ne.

Toimivien normatiivisten kvalifikaatioiden tarve heijastuu voimakkaasti ammatilliseen perus- ja täydennyskoulutukseen. Koulutusta on kritisoitu, ettei se edistä riittävästi näiden valmiuksien kehittymistä. Opetus painottuu liiaksi teknisten kvalifikaatioiden hallintaan. Ammattikorkeakoulutuksen yhdeksi jatkokehittämisalueeksi onkin nimetty nimenomaan tutkimus- ja kehittämisosaamisen vahvistaminen, mikä puolestaan edellyttää opettajilta vahvoja tiedonhallintataitoja (mm. Halme & Aavarinne 1999; Könnilä 1999, 238; Lauri 2003, 153; Oranta ym. 2002, 35-36; Rekola 2003, 88-89; Stenfors 1999, 145-146; Stevens 1999, 18).

Terveysalan ammattikorkeatutkinnon suorittaneet hoitajat ovat toista mieltä. He arvioivat koulutuksensa aikana tutkimuksen teon ja opinnäytetyön sekä sivistyksellisen oppiaineksen painottuneen jopa liiallisesti. (Kilpiäinen 2003, 134; Korhonen ym. 2001, 91.) Näiden taitojen oppiminen vaikuttaa varmasti turhalta, mikäli työtehtävistä suoriutuminen ja työn vaatima pätevyys eivät edellytä näitä kvalifikaatioita kuten tutkimusyksikössä. Jopa taitojen tehostettu opetus koulutuksen aikana on hyödytöntä ja lähes resurssien tuhlaamista, ellei terveysalan toimintayksiköitä saada valjastettua mukaan muutokseen. Osastojen arjessa vallitseva käytäntö ratkaisee ammatillisen kasvun suunnan (mm. Sarajärvi 2002, 100; Sirkka 2000, 135; Paukkunen ym. 2002).

Tutkimusyksikössä kaivataan vallankumousta: hoitajan ja hoitotyön roolin näkyväksi tekemistä, hoitajien kasvua toimenpideteknikosta hoitotyön asiantuntijaksi sekä tilan ja ajan vaatimista tämän roolin edellyttämään toimintaan. Lisäksi tarvitaan aimo annos oman osaamisen arvostusta ja ripaus rohkeutta toimia hoitotyön asiantuntijana tilanteissa, joissa toisena osapuolena on joko potilas tai yhteistyökumppaneiden, johdon ja päätäjien edustaja (mm. Manias & Street 2001; Nikander 2002, 70; Roberts 2000; Pelttari 1997, 234).

Jotta uudistuminen olisi mahdollista ja jotta se olisi pysyvää, muutoksen on ulotuttava kulttuurin syvärakenteisiin ja omiin ajattelutapoihin. Valitettavasti Kinnusen (1994, 181; myös Kinnunen & Vuori 1999, 49) mukaan terveydenhuolto-organisaatiokulttuurin perusolemus näyttää olevan aikaisempia ajattelu- ja toimintamalleja säilyttävää. Koska uusien toimintatapojen yhteensovittaminen nykyisiin näkemyksiin saattaa aiheuttaa epävarmuutta ja uhkaa, pitäydytään mieluusti entisessä turvallisessa, jatkuvuuden ta-

kaavassa toimintamallissa. (Wiili-Peltola 2000.) Byrokratiasta saattaa tulla hoitajille erilaisten kokemusten kautta toimintamalli, joka Cavénin (1999, 119-120) mukaan kaikessa koetussa kankeudessaankin houkuttelee puoleensa tarjoamalla helpon ja loogisen vaihtoehdon.

Mikä herättäisi muutostarpeen ja kriisiyttäisi nykyisen 'tähän toimii hyvin' -mallin? Ilmeisesti tutkimusyksikössä ja ehkäpä hoitotyössä yleensä, kuten myös terveysalan koulutuksessa, kaivataan sisäisen yrittäjyyden heräämistä ja voimaantumista⁹. Mutta mikä käynnistäisi nämä prosessit?

Voimaantuminen edellyttää rohkeutta vaatia hoitotyön ja hoitajan ammattitaidon laaja-alaista hyödyntämistä ja uskoa sen myönteiseen vaikutukseen paitsi ammatilliseen kasvuprosessiin myös palvelujen laatuun ja organisaation toimivuuteen. Voimaantumista edistävät tekijät liittyvät hoitajan eettisyyteen, persoonalliseen eheyteen ja sosiaaliseen kyvykkyyteen sekä ammattitaidon tasoon ja tulevaisuusorientoituneisuuteen. (Gibson 1991; Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000; 2001; Kuokkanen, Leino-Kilpi & Katajisto 2002.) Vastaavasti huono henkilökohtainen ja kollektiivinen itsetunto ja identiteetti estävät voimaantumisprosessin käynnistymistä (Roberts 2000).

Vaikka voimaantuminen on ihmisestä itsestään lähtevä prosessi, voivat valinnanvapauden puute, ilmapiiri, arvostus ja turvallisuus sekä muut ympäristön olosuhteet olla ratkaisevia prosessille. Esimerkiksi Siitosen (1999, 189) mukaan jossain ympäristöissä voimaannutaan, toisissa ei. Voimaantuminen on terveen organisaation ominaispiirre (Bamford & Morton-Cooper 1997, 54), ja yksi esimiehen tärkeimmistä tehtävistä on vapauttaa alaisessa piilevät voimavarat (Laaksonen 2003; Pahkala ym. 2000).

⁹'Empoverment' käännetään tässä voimaantumiseksi (mm. Siitonen 1999). Kirjallisuudesta löytyy 'empoverment' -käsitteelle myös muita käännöksiä kuten sisäinen hallinta (Leino-Kilpi, Mäenpää & Katajisto 1999, 26-34) ja valtaantumiminen / valtautuminen / valtaistaminen (mm. Määttä & Virtanen 2000, 143; Nummenmaa 2002, 130).

Kuten voimaantumiseen myös sisäiseen yrittäjyyteen vaikuttavat sekä persoonalliset että ympäristölliset tekijät. Sisäisellä yrittäjyydellä tarkoitetaan yrittäjämäistä ajattelu-, toiminta- ja suhtautumistapaa jonkin työyhteisön jäsenenä. Byrokratisoitunut (sanan kielteisessä mielessä) ja laitostunut virkamiestyyppe on sisäisen yrittäjän vastakohta (Heinonen 1999, 210-211; Koironen & Pohjansaari 1994, 7-8, 41-42).

Määttä ja Virtanen (2000) pohtivat voimaantumisen käänköpuolta eli vaikutusta potilaslähtöisyyteen, mikä saattaa kaventua samalla kun henkilöstön vaikuttamismahdollisuuksien sekä työssä viihtymisen ja ammatillisen kasvun mahdollisuuksia laajennetaan. Samankaltaiseen ongelmaan törmätään sisäisessä yrittäjyydessä. Heinonen (1999, 241) kuvaa toimintaa, jossa työntekijän tyytyväisyys ohittaa potilastyytyväisyyden, oppimista ja kehittämisorientoituneeksi. Tavoitteena sisäisessä yrittäjyydessä on löytää potilaslähtöisyyden ja sisäisen yrittäjyyden keskinäinen tasapaino.

Ammatillisessa koulutuksessa voidaan vaikuttaa opiskelijoiden, sekä tulevien että jo valmistuneiden hoitajien, voimaantumiseen ja sisäisen yrittäjyyden kasvuun. Esimerkiksi Nummenmaa (2002, 130) toteaa oppimisympäristöjen suunnittelun tähtäävän voimaantumiseen. Oppilaitos- ja hoitokulttuuri ammatillisena kasvuympäristönä voi tukea tai edistää voimaantumisprosessia, mikäli se ei toteudu Määttän ja Virtasen esittämän uhkakuvan mukaisesti. Murentaako hoitajien voimaantuminen ennestään heikkoa potilaslähtöisyyttä? Entä käykö samoin oppilaitoksissa opiskelijalähtöisyydelle, joka puolestaan kaipaa pikemminkin vahvistamista? Nujerretusta opiskelijasta ei kasva voimaantunut hoitajaa. Riittääkö asian tiedostaminen ehkäisemään ei-suotavan kehityssuunnan?

Johtamiskulttuurin uudistaminen on yksi terveydenhuoltojärjestelmän keskeisistä haasteista (mm. Koivula & Paunonen-Ilmonen 2001; Lindholm ym. 2000; Mettiäinen ym. 2003; Olofsson ym. 2003; Suonsivu 2003). Johtaminen on myös yksi ammatillista kasvua tukevan ympäristön osatekijöistä (Hart & Rotem 1995; Ruohotie 1996a, 429; 1996b, 20-21; Kivistö & Kalimo 2000, 139). Kaiken kaikkiaan hoitajien ammatillisen kasvun mahdollistaminen ja ympäristön kehittäminen kasvua tukevaksi saattavat kantaa parempia hedelmiä voimaantumisen suhteen kuin yksittäisten tyytymättömyyttä aiheuttavien seikkojen poistaminen.

Kivistön ja Kalimon (2000, 132-140) mukaan suomalaisessa työelämässä kehittymismahdollisuudet ovat ylipäättään huonot, erityisesti naisilla. Toimintaedellytysten puute on kuormittavaa. Tutkimusyksikön hoitajien puheesta saattoi aistia jonkin asteista puolustelua ja syyllisyyttä toteutuneen hoitotyön laadusta, mikä ei vastaa hoitotyön arvoja ja ihanteita. Vuori (1995, 261) korostaa, että mikäli halutaan vaikuttaa tuottavuuteen, pitää henkilöstölle tarjota mahdollisuuksia toteuttaa laadukasta työtä, joka sinällään on palkitsevaa. Sopiva pätevyys tehtäviin nähden ja hyvät kehittymismahdollisuudet luovat sekä työtyytyväisyyttä että työssöpysymishalukkuutta.

Henkilöstön ammatillisen kasvun varmistamiselle löytyvät vahvat työsuojelulliset perusteet (mm. Vahtera ym. 2003, 31, 45, 47). Ja koska hoitotyö on voittopuolisesti naisvaltainen ala, on kyse naisen terveyden edistämisestä, missä viimeaikainen kehitys ei pelkästään ole ollut suotuisa. Esimerkiksi keski-ikäisten naisten kuolleisuus oli 1990-luvulla yllättävän korkea (Luoto 2001). Syyt ovat varmaan moninaiset, mutta pohtia voi työelämässä yleensä ja myös terveydenhuollossa tapahtuneiden muutosten vaikutusta. Murentaako yhä kiireisempi ja stressaavampi terveysala työntekijöidensä hyvinvointia? Kestääkö hoitajien työ- ja toimintakyky, jos ja kun tavoitteena on, että työelämässä jaksetaan nykyistä kauemmin?

Toisaalta hoitajien ammatillisen kasvun turvaaminen ja urakehityksen tukeminen liittyvät työvoiman saatavuuteen ja pysyvyyteen sekä sairaaloiden vetovoimaisuuden lisäämiseen. Lähitulevaisuuden uhkaavaa hoitajapulaa on tarkasteltu muun muassa hoitajien ikääntymisen ja alanvaihtohalukkuuden sekä ammatin naisvaltaisuuden näkökulmista (Muldoon & Reilly 2003; Vahtera ym. 2002, 9, 26). Työn ja työympäristön kehittämistä pidetään toimivana ratkaisuna. Ammatillista kasvua tukeva työympäristö vahvistaa hoitajan voimaantumista ja työtyytyväisyyttä, mikä ilmenee muun muassa parempana työn laatuna ja vaihtuvuuden vähenemisenä sekä ammattiin hakeutumisenä (mm. Aiken ym. 2002; Laaksonen 2003; Laschinger, Almost & Tuer-Hodes 2003; Newman, Maylor & Chansarkar 2002; Upenieks 2003; Yoder 1995).

Miten ammattikorkeakouluissa voidaan tukea työelämän kehittämissyrkimyksiä?
Lähtökohtana on vankka sosiaali- ja terveysalojen muuttuneen työ- ja hoitokulttuurin tuntemus ja huomiointi. Oppilaitoksissa tarvitaan perehtymistä kulttuurin syvärakentei-

siin, koska tutustumalla pelkästään virallisiin tavoitteisiin ei toiminnan ongelmakohtia havaita (mm. Davies ym. 2000; Laakkonen 1999, 182; Mäkisalo 1998, 192; Mäkisalo & Kinnunen 1999; Paukkunen ym. 2003).

Opettajan keskeisimpiä tehtäviä ammattikorkeakouluissa ovat oppimistilanteiden järjestäminen ja oppimismyönteisten ympäristöjen suunnittelu hoitotyön opiskelijan tai jatko-opintoja suorittavan hoitajan ammatillista kasvua tukeviksi (Guskey 2000, 149-151; Tynjälä 1999, 259-261; Manninen 2000, 30; Nummenmaa 2002, 128-141). Luottamus omaan vahvuuteen oppivana opiskelijana ja hoitotyön asiantuntijana ei kasva nykyisenkaltaisessa näennäisdemokratiassa, jossa opetusjärjestelyt ja pedagogiikka ovat perinteisen opettajajohtoisia sekä teorian ja käytännön erillisyyttä korostavia (mm. Jaroma 2000, 130-131; Konkola 2002, 171; Laakkonen 1999, 164; O'She 2003; Sandell ym. 2001; Tynjälä 2003).

Opiskelunaikaisilla kokemuksilla on kauaskantoiset seuraukset niin hyvässä kuin pahassa Rajalan (1999, 374, 376) mukaan. Esimerkiksi passiiviset oppimisstrategiat siirtyvät työelämän oppimistilanteissa käytetyiksi strategioiksi Toisaalta koulutuksen aikana hankitut käsitteelliset-analyttiset taidot, oppimistaidot ja sosiaaliset taidot näyttävät auttavan työelämään siirtymistä. Opettajalla on mahdollistajan rooli.

Koulutusta kehitettäessä kannattanee aluksi varmistaa, että opettajat ja oppilaitos itse edustavat opettamiaan ihanteita. Mäkisalons (1996, 192; 1998, 157; vrt. Mahlamäki-Kultanen 1998, 159) mukaan sekä opiskelijat että opettajat kokivat, etteivät organisaation korostamat arvot ja periaatteet näy oppilaitoksen päivittäisessä toiminnassa. Ammattikorkeakoulutuksen opistoasteelta siirtyneeksi vahvuudeksi on nimetty opettajien vahva pedagoginen osaaminen. Ilmeisesti sekin on joko vanhentunutta tai ei toimi arkipäivässä. Tämän julki- ja piiloteorioiden välisen ristiriidan havaitsi myös Rauste-von Wright (1997, 21) vertaillen toisiinsa oppimis-opettamisprosesseja käsittelevää kirjallisuutta ja koulutusprosesseja. Kirjallisuus vannoo konstruktivisen oppimiskäsityksen nimien, kun taas toiminta nojautuu vanhaan tuttuun opetusteknologiseen malliin.

Mäen (2000, 269) mukaan ammattikorkeakoulujen ilmapiiri ei rohkaise opettajia riittävästi aloitteellisuuteen ja uusien toimintatapojen käyttöön. Lisäksi palautteen saanti ja palkitseminen ovat vähäistä. Opettajien ammattitaidoista löytyy tutkimusten mukaan

monenmoisia ja samankaltaisia osaamisaukkoja kuin työelämän edustajilta (mm. Holopainen & Tossavainen 2003; Holopainen & Mäkisalo 2002; Jarnila 1998, 233). Kaiken kaikkiaan erityisesti koulutusorganisaatioilla näyttää olevan suuria vaikeuksia saada oppivan organisaation ajatuksia elämään käytännössä, toteaa Soini kumppaneineen (2003). Tilanteeseen vaikuttavat osaltaan määrälliset toiminnanarviointimittarit. Luukkainen (2004, 307) puolestaan löytää suurimmat esteet opettajien omasta ajattelusta. Olemassa olevat rakenteet sallivat radikaalienkin uudistusten toteuttamisen.

Ehkä on syytä pohtia, kuinka vahvaa roolimallia oman ammattinsa edustajana opettaja itse heijastaa? Harjoittelun ohjaus on mainio tilaisuus havainnollistaa käytännössä, mitä moniammatillisella yhteistyöllä ja jaetulla asiantuntijuudella tarkoitetaan. Harjoittelun ohjaaja on hoitotyön asiantuntija ja opettaja puolestaan on oppimisprosessin asiantuntija. Nimenomaan opettajuutta, ei opettajaa, opiskelijat kaipaavat harjoittelujaksojensa aikana (mm. Koskinen & Silén-Lippnen 2001).

Oppilaitoksilta odotetaan oma-aloitteisuutta ja aktiivisuutta työelämäyhteyksien luomisessa, ylläpitämisessä ja kehittämisessä. Tutkimusten mukaan työelämän edustajien terveysalan koulutukseen kohdistamat odotukset eivät täysin täyty, eikä koulutus uudistuksia välttämättä pidetä kaikilta osin onnistuneina (mm. Kangas 1999, 97; Könnilä 1999, 238; Mäkisalo & Kinnunen 1995). Erityisesti työelämän edustajat kaipaavat opettajia harjoittelun ohjaukseen, osaksi siksi että harjoittelun ohjaukseen suunnattuja voimavaroja on vähennetty terveydenhuollon organisaatioissa. Toisaalta työelämän edustajien olisi hyvä herätä havaitsemaan opiskelijoiden harjoittelujaksojen tuoma hyöty. Aika, minkä ohjaus vie, saadaan takaisin esimerkiksi opiskelutehtävien myötä. Opiskelijat tekevät oppimistehtävinään töitä, joihin henkilökunnan oma aika ei riitä (Tynjälä 2003; Zisberg ym. 2003).

Luopajarvi (2000, 120) on ehdottanut työelämäyhteyksien kehittämiseksi opettajien *'jalkauttamista'* ja resurssien siirtämistä tähän. Käytännön tuntemus estää opettajien vieraantuneisuuden vallitsevasta todellisuudesta. Harjoittelujaksojen aikana opiskelijan ja ohjaajien kanssa käytävien kiireettömien ohjauskeskustelujen avulla voidaan teorian ja käytännön välistä kuilua kuroa pienemmäksi ja samalla tukea kaikkien osapuolten - opiskelijan, ohjaajan ja opettajan - ammatillisen kasvun suotuisaa etenemistä (Gillespie 2001; Juvonen 2001, 127; Karttunen 1999, 188; Tynjälä 2003). Valitettavasti visiot ja

käytäntö eivät kohtaa. Opettajien todelliset mahdollisuudet osallistua harjoittelun ohjaukseen ovat entisestään kaventuneet (Perälä & Ponkala 1999, 57-59).

Opettajien työelämätuntemuksen rapistuneisuudesta ollaan huolestuneita. Onkin aiheellista pohtia, miten ja missä laajuudessa opettajan oletetaan tuntevan työelämää. Tuntea työelämää siten, että kykenee ohjaamaan opiskelijan oppimisprosessia ja ammatillista kasvua erilaisissa ja muuttuvissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä? Vai siten, että koska tahansa, missä tahansa on kykenevä tarttumaan toimeen? Vastaus voi vaihdella sen mukaan, onko hoitotyön opettaja substanssiorientoitunut, pedagogisesti orientoitunut vai tasapainoilija. Holopaisen ja Tossavaisen (2003) mukaan substanssiorientoituneet opettajat, joiden tärkein asiakas on potilas, pitävät itseään ennen kaikkea hoitotyön sisällön asiantuntijana. Sen sijaan pedagogisesti orientoituneet opettajat korostavat omaa oppimisen ja opetuksen asiantuntijuuttaan ja mieltävät opiskelijan asiakkaakseen. Tasapainoilijat yrittävät olla molempia ja siten uupuvat herkimmin. Rauste-von Wrightin (1997, 15; myös Luukkainen 2004, 316-317) mukaan suomalaisten opettajien arvostuksia hallitsevat tieteenalakohtaiset näkemykset: omaa oppiainetta arvostetaan enemmän kuin kasvatustiedettä.

Tämän työn näkemys opettajuudesta on pedagoginen. Opettaja on oppimisprosessin ja ammatillisen kasvun asiantuntija, hoitaja ja harjoittelun ohjaaja ovat hoitajuuden asiantuntijoita. Opettajuus ammattina pohjautuu eri tiedeperustaan kuin hoitajuus. Opettajuuteen kasvussa kasvatustieteellä on merkittävä rooli. Opettajan tehtävä on tukea ammatillista kasvua ja kehittää sitä edistäviä oppimisympäristöjä. Varsinaisia hoitotodellisuuden kehittäjiä sen sijaan ovat hoitajat ja tämän päivän opiskelijat, huomisen työntekijät. Tehtävä edellyttää opettajalta ennen kaikkea ammatillisen kasvu- ja oppimisprosessin tuntemista sekä oman ammattikasvattajaroolin sisäistämistä, joskin myös opetettavan asian sisällönhallintaa (vrt. Konkola 2003). Myös opettajan omilla voimaantumisen kokemuksilla lienee merkitystä (Siitonen 1999, 189-190). Mielestäni jo tämä oivallus vapauttaa opettajan voimavaroja kuluttavasta alemmuudesta ja mahdollistaa aidon moniammatillisen yhteistyön ja jaetun asiantuntijuuden kokemisen ilon ilman turhia anteeksi-pyytelyjä *'kehnoista työelämätuntemuksesta.'*

Vasta opettajan toiminta tekee harjoittelusta tavoitteellista ammattikasvatusta, ilman sitä kyse on enemmän tai vähemmän pelkästä mallioppimisesta. Ajatuksena on, ettei ole

sinänsä huonoja harjoittelupaikkoja, sen sijaan opettajan toimintaan kohdistuvat odotukset ja haasteet voivat suurestikin vaihdella paikasta toiseen. Kehittämishaasteita kohdistuu toki opettajien harjoitteluohjaukseen ja harjoittelukokemusten työstämiseen sinänsä. Esimerkiksi Konkola (2002, 171) havaitsi ohjauskeskusteluista välittyvän traditionaalisen, oppilaitosjohtoisen ajattelun, joka saattaa muodostua niin yhteistyön kuin myös oppimisen esteeksi. Myös Karttunen (1999, 188) totesi, ettei käytännöstä saatuja kokemuksia aina hyödynnetä opetuksessa.

Ammatillisen kasvun tuen tarve ei pääty valmistumiseen. Erityistä huomiota vaatii vastavalmistuneen hoitajan siirtyminen työelämään samoin kuin kokeneemman hoitajan työpaikan tai toimintayksikön vaihto (mm. Antonsson & Sandström 2000; Bjørk & Kirkevold 1999; Dearmund 2000; Olson & Vance 1999; Ramritu & Barnard 2001; Rosser & King 2003; Ruohotie 1999, 29-31; 2003, 76-77). Valmistunut hoitaja saattaa tarvita ohjausta oman urakehityksensä suunnitteluun ja toteuttamiseen. (Ruohotie 1996a, 433-434; 2000b, 57-59.) Keskustelu hoitajien urakehityksen - sekä horisontaalisen että vertikaalisen - tukemisesta on vilkastumassa hoitotyön piirissä (vrt. Sairaanhoidajien ...1998; Sairaanhoidajaliitto 2003). Hoitajien ammatillisen kasvun tulevaisuus näyttää valoisalta, mutta vasta aika näyttää, miten ja missä muodossa ideat toteutuvat käytännössä.

Ammattikorkeakoulusta valmistuneilla saattavat jotkut työtehtävien vaatimat valmiudet (esim. käden taidot) olla heikompia – vastaavasti monet valmiudet ovat todennäköisesti vahvempia - kuin esimerkiksi opistoasteelta valmistuneilla (vrt. Räisänen 2002, 53). Vastavalmistuneiden hoitajien perehdyttäminen ja ohjaus (mentorointi) edellyttävät paneutumista sekä vahvuuksien ja osaamisaukkojen tunnistamista. Myös jatkuvan ja rakentavan palautteen saanti pitäisi turvata, koska ilman sitä ei kokonaisvaltaista ammatillista kasvua tapahdu. Pintapuolisesti tarkasteluna kehittymistä näyttää tapahtuvan, koska työtehtävistä suoriudutaan nopeammin ja joustavammin. Lisäksi vaarana on pseudopätevyyden kehittyminen (Hildén 2002, 37-38). Mentorointijärjestelmän kehittäminen uuden työntekijän tueksi on ajankohtainen haaste (mm. Hart & Rotem 1995; Rosser & King 2003; Walle 2003).

Järvinen (1990, 66-74) havaitsi samankaltaisen tuen tarpeen vastavalmistuneilla opettajilla ja ehdottaa, että siirtymävaiheeseen kiinnitettäisiin jo koulutuksen aikana huomiota erityisillä pedagogisilla ja sisällöllisillä ratkaisuilla, jotta koulutuksen aikana käynnisty-

neet itsereflektio ja toiminnan reflektio eivät pysähtyisi. Järvisen tekemiä ehdotuksia voi soveltaa myös terveysalan ammatillisessa koulutuksessa. Harjoittelun suunnittelu siten, että opiskelija voi harjoitella kaikkia valmiin hoitajan toiminta-alueita, auttaa opiskelijan työelämään siirtymävaihetta. Sen sijaan opiskelijan reflektiivisten valmiuksien kehittäminen on haaste, johon voi vastata sekä harjoittelun että teoreettisen opiskelun aikana. Tarkastelun kohteena eivät ole vain suoritteet vaan kokonaisuus: opiskelijan oma toiminta, ohjaajan toiminta hoitajana ja ohjaajana sekä opettajan toiminta opettajana ja ohjaajana.

Harjoitteluohjauksen rinnalle on kehitetty uusia työelämän ja oppilaitosten yhteistyömuotoja kuten yhteistyöprojekteja. Tehdyt kokeilut osoittavat, että hyvin suunnitelluista, resursoituista ja toteutetuista hankkeista hyötyvät kaikki tahot, niin opiskelija ja opettaja, työntekijä ja työyhteisö kuin myös potilas terveydenhuollon asiakkaana (mm. Jarnila 1998, 233; Koivumäki 2002, 91-94; Konkola 2003; Pelttari & Rouhiainen 1997, 114; Paukkunen, Tossavainen & Turunen 2003; Perälä & Ponkala 1999, 58-59; Pohjonen 2001, 207-213; Vesterinen 2001, 170-182). Projektiopiskelun ja -kokemusten myötä kehittyvät hankkeisiin osallistuneiden sosiaaliset ja normatiiviset kvalifikaatiot. Lisäksi ne kehittävät moniammatillista ja verkostoyhteistyötä. Ehkäpä idea '*jalkauttamisesta*' kannattaa ottaa vakavasti ja suunnata resursseja projektioppimisen ja -opetuksen tukemiseen.

Paitsi koulutusta myös työtä sinänsä voi ja on syytä arvioida. Työ on paras kehittäjä ja ammatillisen kasvun varmistaja, jos ja kun se on riittävän kehittävää (mm. Kivistö & Kalimo 2001; Raehalme 1999, 75). Tutkimusyksikössä työskentelevien hoitajien työssäoppimisen ja ammatillisen kasvun turvaaminen vaatii pikaisia toimenpiteitä. Sen, miten tämä toteutetaan, ratkaisevat viime kädessä tutkimusyksikön hoitajat ja hoitotyön johtajat.

Luukkainen (2004, 313) siteraa Fullanin väitettä, jonka mukaan peräti 75 % opettajan ammattitaidosta perustuu työssäoppimiseen, jäljelle jäävä osuus riippuu opiskelijavalinnasta ja peruskoulutuksesta. Työssäoppimista tukevat täydennyskoulutus ja yhteisölliset työtavat. Mikä osuus hoitajan ammattitaidosta on työstä hankittua? Ehkäpä tarkalla prosenttimäärällä ei sinänsä ole merkitystä, riittänee, kun oivaltaa työympäristön merkityksen olevan suuri sekä hoitajan ammatillisen koulutuksen aikaiselle että elinikäiselle

ammattilliselle kasvulle. Näkemys ei suinkaan ole uusi. Itse Nightingale painotti ammatillista kasvua työssä ja työstä toteamalla olevansa *'vilpittömästi vakuuttunut siitä, että sitä (ammattitaitoa) on mahdoton oppia mistään kirjasta, vaan että se on perusteellisesti opittavissa ainoastaan sairaalasalissa'* (Nightingale 1859/1969, 218).

Työn kehittämiseen voi käyttää esimerkiksi erilaisia työn uudelleen organisoimien ja muotoilun keinoja, joista käytetyimpiä ovat työn laajentaminen ja rikastaminen (Peltonen & Ruohotie 1987, 79; Ruohotie 1996a, 434; 1996b, 25; Seppälä 1994, 59-60).

Työn laajentamisessa työhön lisätään uusia toimintoja, esimerkiksi hoitajalle voi siirtää lääkärin tehtäviä (Ashworth & Morrison 1996, 39-41; Jaatinen, Vanhatalo & Tasanko 2002; Klaukka, Helin-Salmivaara, Huupponen & Idänpään-Heikkilä 2002; Vallimies-Patomäki, Perälä & Lindström 2003). Hoitotyön asiantuntijuuden näkökulmasta tarkasteltuna työn todellisesta kehittämisestä tuskin voi puhua, mikäli siirrettävät tehtävät ovat rutiininomaisia, ja mikäli tehtävien siirron seurauksena lääketieteellisten, välilliseen hoitotyön kuuluvien toimintojen osuus kasvaa itsenäisen ja välittömän hoitotyön kustannuksella. Toisaalta hoitajien osaamisen käyttö esimerkiksi infektiopotilaiden hoidossa on järkevää resurssien käyttöä, jonka avulla palvelujen saatavuutta ja toimivuutta voidaan parantaa.

Työn rikastamisessa työntekijän vastuuta laajennetaan työn suunnitteluun ja arviointiin liittyvillä tehtävillä. Valitettavasti byrokraattinen ilmapiiri voi hankaloittaa näitä työn kehittämiseen tähtäviä pyrkimyksiä. On kuitenkin osoitettu, että esimerkiksi siirtymien tehtäväkeskeisestä työnjaosta yksilökeskeisempään toimintamalliin on käyttökelpoinen työn rikastamistapa. Yksilövastuisella hoitotyöllä on tutkimusten mukaan yhteyttä hoitohenkilöstön työmotivaatioon ja -tyytyväisyyteen sekä kokonaisvaltaisemman hoitotyön asiantuntijuuden ja hoitajan ammatillisen roolin omaksumiseen (Grönfors ym. 2001; Kivimäki, Koskinen & Voutilainen 1994; Lundgren & Segesten 2001; Munnukka 1993, 113-116; Räikkönen & Perälä 2003); toisaalta erot eri työnjakomallien välillä on havaittu pieniksi (Mäkinen ym. 2003b; Sormunen ym. 2001).

Kaiken kaikkiaan työyhteisöjen kehittämisen ja työntekijöiden ammatillisen kasvun edistämisen ympärille on kasvanut kirjava joukko erilaisia koulukuntia erilaisine lähestymistapoineen (mm. Evans & Lindsay 1996; Kasvio 1990; Kärkkäinen 1999; Lehtonen

2002; Outinen ym. 1999; Ruohomäki & Pankakoski 1996; Virkkunen, Engeström, Pihlaja & Helle 1999). Yksi varteenotettava vaihtoehto, myös koulutuksen ja työelämän yhteisissä kehittämishankkeissa kokeiltu ja testattu, on kehittävä työntutkimus, joka tarjoaa ekspansiivista oppimista. Lisäksi kehittävän siirtovaikutuksen on todettu kurovan umpeen teorian ja käytännön välistä kuilua. (mm. Konkola 2002; 2003; Lambert 2001.)

Tuomi-Gröhn (2001, 12) uskoo kehittävään työntutkimukseen työssäoppimisen turvaajana niin vahvasti, että jopa kritisoi ehdotusta, jonka mukaan ammatillisten koulujen tulisi tarjota työyhteisöille jatkokoulutusta kehittämisspalvelujen myötä sekä kasvattaa työelämälähtöisten opinnäytetöiden määrää. Tokko kuitenkin mikään yksittäinen työelämän kehittämistapa ratkaisee kaikkia ongelmia tai soveltuu aina ja kaikkialle? Olisiko järkevämpää todeta: erilaisia vaihtoehtoja ja niiden kriittistä tarkastelua tarvitaan, myös ammattikasvatusta ja ammatillista jatkokoulutusta. Hoitohenkilöstö itse suhtautuu ammatilliseen täydennyskoulutukseen myönteisesti. Tehdyn selvityksen (Korte 1997) mukaan jopa 92% piti sitä välttämättömänä ammattitaidon kehittämisen kannalta. Mutta varmaa on, että tarjottavaa koulutusta – niin perus- kuin myös täydennyskoulusta, on syytä kehittää. Esimerkiksi Viitanen (1997, 139) päätyi omassa tutkimuksessaan johtopäätökseen, ettei koulutus pysty vastaamaan muuttuviin haasteisiin. Epäonnistuminen ei kuitenkaan ole yksin koulutuksen harteilla, ratkaisun avaimet ovat koulutuksen ja työelämän yhteistyössä.

6.3 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen keskeisimmät tutkimustulokset on esitetty tiivistetysti kutakin tutkimusongelmaa käsittelevän luvun loppuun sijoitetuissa yhteenvedoissa (ks. kappaleet 5.1.5, 5.2.6 ja 5.3.4).

Kokoavina johtopäätöksinä todetaan:

1. Hoitajan ja hoitotyön rooli tutkitussa hoitokulttuurissa oli kapea ja vaatimaton eikä tutkittu hoitokulttuuri tukenut hoitajan tai yksikössä harjoittelevan opiskelijan ammatillista kasvua kohti hoitotyön asiantuntijuutta.
2. Tutkimusyksikön hoitajan osaamista alikäytettiin. Toisaalta vähäiset kasvuhaasteet kavensivat hoitajan todellista pätevyyttä ja kvalifikaatioiden hallinnan tasoa. Työntekijöiden osaamisen taso vaikuttaa tuotettujen palvelujen laatuun ja toiminnan tehokkuuteen sekä toimintayksikön vetovoimaisuuteen.
3. Hoitaja ei edustanut tutkimusyksikössään hoitotyön asiantuntijuutta. Hoitotyö oli lääketiedeorientoitunutta, välillisten tehtävien rutiininomaista suorittamista. Hoitaja hallitsi hyvin potilaan lääketieteellisestä hoidosta kohoavat tekniset kvalifikaatiot. Näyttöön perustuvaan hoitotyön edellyttämät valmiudet ovat heikot tutkitussa hoitokulttuurissa. Oman tiedeperustan tunnistaminen ja vahvistaminen ja sitä tukeva johtajuus kaipaavat vakavaa huomioita.
4. Tutkittu hoitokulttuuri oli heikko. Hoitokulttuurin arvot määräytyivät organisaatiosta ja muista ammattiryhmistä käsin. Sujuvuus arvona korostui. Hoitotyön oma arvo-perusta ei ohjannut toimintaa.
5. Tutkimusyksikössä vallitseva nykyinen hoitokulttuuri voi rajallisesti vastata terveydenhuollolle asetettuihin tulevaisuuden haasteisiin. Tutkitussa hoitokulttuurissa potilaslähtöisyys, potilaan kokonaisvaltainen terveyden edistäminen ja moniammatillinen yhteisyö eivät toteudu arjessa, eivätkä siten pääse kehittymään suotuisasti terveydenhuollolle asetettujen tavoitteiden suunnassa. Toimivien palveluketjujen kehittäminen on ajankohtainen haaste, samoin hoitajien ohjaustaitojen vahvistaminen.

6. Ammatillisen koulutuksen arviointi työelämästä käsin palvelee koulutuksen kehittämistä tuottamalla tietoa siitä kulttuurisesta todellisuudesta, jossa opiskelijat harjoittelevat ja johon he valmistuttuaan siirtyvät. Tämä tutkimus osoitti vakuuttavasti, että ammatillisen perus-, jatko ja täydennyskoulutuksen suunnittelussa ja arvioinnissa on perusteltua huomioida yhä enemmän terveydenhuollon muuttuvien oppimis- ja työympäristöjen merkitys.
7. Ammatillinen koulutus voi tukea hoitokulttuurin kehittymistä ammatillista kasvua tukevammaksi sekä tutkimusyksikössä että yleensä huolehtimalla osaltaan oppimisympäristöjen laadusta ja varmistamalla, että oppilaitosten oma toimintakulttuuri tukee tätä kehitystä. Tämä edellyttää toimivia työelämän ja oppilaitosten välisiä yhteistyösuhteita, harjoitteluun suunnattujen resurssien tarkistamista sekä vaihtoehtoisia toimintatapoja.
8. Naisen hoitotyön arvostukseen kohottamiseen ja opetuksen kehittämiseen sekä sairaanhoitaja- että kättilökoulutuksessa on syytä kiinnittää huomiota.
9. Koulutuksen rooli sairaanhoitajan urakehityksessä vaatii selkiyttämistä. Uuden työntekijän mentorointijärjestelmän kehittäminen on tarpeellista.
10. Kulttuurinen lähestymistapa ja etnografinen tutkimusote palvelivat hyvin tutkimusta. Tutkimus tuotti vahvan, pinta- ja syvätason yhdistävän kuvauksen yhden terveydenhuollon toimintayksikön arkipäivätodellisuudesta. Valitun lähestymistavan ansiosta paljastui seikkoja, joita voi hyödyntää sekä tutkitun yksikön että muiden terveydenhuollon yksiköiden erilaisissa kehittämishankkeissa.

LÄHDELUETTELO

- Aaltonen, R. 1989. Naturalistinen paradigma evaluaatiotutkimuksessa. Teoksessa A. Oksanen, A. Kauppi, A. Laurila, T. Toiviainen, J. Tuomisto (toim.) Kriittinen ajattelu aikuiskasvatuksessa. Vapaan sivistystyön XXXI vuosikirja. Kansainvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen Tutkimusseura, 145 -162.
- Aarnio, H., Helakorpi, S. & Luopajarvi, T. 1991. Ammattipedagogiikka. Perusteita ja sovellutuksia. Helsinki: WSOY.
- Aarva, H. 1995. Terveysvalistus – kannustusta vai ahdistusta? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 32, 103-111.
- Adams, A. & Bond, S. 2000. Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing* 32 (3), 536-543.
- Adamsen, L. , Larsen, K., Bjerregaard, L. & Madsen, J. 2003. Danish research-active clinical nurses overcome barriers in research utilization. *Scand J Caring Sci* 17, 57-65.
- Aiken, L., Clarke, S. & Sloane, D. 2002. Hospital Staffing, Organization, and Quality of Care: Cross-National Findings. *Nursing Outlook* 50 (5), 187-194.
- Airaksinen, T. 1993. Ammattien etiikan filosofiset perusteet. Teoksessa T. Airaksinen (toim.) Ammattien ja ansaitsemisen etiikka. Helsinki: Yliopistopaino, 19-60.
- Albæk, E. 1997. Miksi kaikki evaluoivat. Teoreettisia huomautuksia ja empiirisiä havaintoja evaluaation lisääntymisestä ja sen tehtävästä Tanskan esimerkin valossa. *Janus* 4, 371-394.
- Antonsson, A-C. & Sandström, B. 2000. Reflektion – kärnan i omvårdnadshandledning. *Vård i Norden* 20 (4), 38-41.
- Appleton, J. V. 1995, Analysing qualitative interview data: addressing issues of validity and reliability. *Journal of Advanced Nursing* 22, 993-997.
- Ashworth, P- & Morrison, R. 1996. The notion of Competence in Nursing. In G. Hunt & P. Wainwright (eds.) *Expanding the Role of the Nurse. THE Sope of Professional Practice*. 4. ed. London: Blackwell Science, 39-53.
- Asp, E. & Peltonen, M. 1991. Työelämän sosiologia. Aavarantasarja n:o 23. Helsinki: Otava.
- Attree, M. 2001. A study of criteria used by health care professionals, managers and patients to represent and evaluate quality care. *Journal of Nursing Management* 9, 67-78.
- Ax, S. & Kincade, E. 2001. Nursing students' perceptions of research: usefulness, implementation and training. *Journal of Advanced Nursing* 35 (2), 161-170.
- Bamford, M. 1997. Health careers in the Twenty-first Century. In A. Morton-Cooper & M. Bamford (eds.) *Excellence in Health Care Management*. Oxford: Blackwell Science, 20- 44.
- Bamford, M. & Morton-Cooper A. 1997. Dimensions of Organissational Health. In A. Morton-Cooper & M. Bamford (eds.) *Excellence in Health Care Management*. Oxford: Blackwell Science, 45-72.
- Beach, D. 2002. Professional knowledge and its impact on nursing practice. *Nurse Education in Practice* 2, 80-96.
- Benner, P. 1989. Aloittelijasta asiantuntijaksi. Juva: WSOY.
- Benner, P., Tanner, C. A. & Chesla C. A. 1999. Asiantuntijuus hoitotyössä. Juva: WSOY.
- Björkström, M. & Hamrin, E. 2001. Swedish nurses' attitudes towards research and development within nursing. *Journal of Advanced Nursing* 34 (5), 706-714.

- Bernhard, L. A. & Walsh, M. 1995. *Leadership. The Key to the Professionalization of Nursing*. 3. ed. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- Bjørk, I. & Kirkevold, M. 1999. Issues in Nurses' Practical Skill Development in the Clinical Setting. *Journal of Nursing Care Quality* 14 (1), 72-84.
- Borgman, M. 1998. Miten sosiaalialan työntekijöiden ammatilliset tulkinnat rakentuvat? *Tutkimuksia* 95. Helsinki: Stakes.
- Buchanan, D. & Huczynski, A. 1997. *Organizational behaviour. An introductory text*. 3. ed. Hertfordshire: Prentice Hall.
- Burns, N. & Grove, S. K. 2001. *The Practise of Nursing Research: Conduct, Critique & Utilization*. 4. ed. Philadelphia: WB Saunders Company.
- Buller, S. & Butterworth, T. 2001. Skilled nursing practice – a qualitative study of the elements of nursing. *International Journal of Nursing Studies* 38, 404-417.
- Cavén, O. 1999. *Sujutusta ja pyörittystä. Tutkimus byrokratian merkityksestä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyössä*. Helsinki: Painosalama Oy.
- Chaboyer, W., Najman, J. & Dunn, S. 2001. Factors influencing job valuation: a comparative study of critical care and non-critical care nurses. *International Journal of Nursing Studies* 38, 153-161.
- Chalmers, K., Seguire, M. & Brown, J. 2003. Health Promotion and Tobacco Control: Student Nurses' Perspectives. *Journal of Nursing Education* 42 (3)106-112.
- Chan, D. 2001. Combining qualitative and quantitative methods in assessing hospital learning environments. *International Journal of Nursing Studies* 38, 447-459.
- Chan, D. 2002. Associations between student learning outcomes from their clinical placement and their perceptions of the social climate of the clinical learning environment. *International Journal of Nursing Studies* 39, 517-524.
- Cheater, F. & Keane, M. 1998. Nurses' participation in audit: a regional study. *Quality in Health Care* 7, 27-36.
- Chitty, K. 1997. *Professional Nursing. Concepts and Challenges*. 2. ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Clarke, C. & Wilcockson, J. 2001. Professional and organizational learning: analysing the relationship with the development of practice. *Journal of Advanced Nursing* 34 (2), 264-272.
- Clegg, A. 2001. Occupational stress in nursing: a review of the literature. *Journal of Nursing Management* 9, 101-106.
- Close, A. 1997. Quality Management in Health Care and Health Care Education. In A. Morton-Cooper & M. Bamford (eds.) *Excellence in Health Care Management*. Oxford: Blackwell Science, 75- 112.
- Coeling, H. V. & Cukr, P. L. 2000. Communication Styles that Promote Perceptions of Collaboration, Quality and Nurse Satisfaction. *J Nurse Care Qual* 14 (2), 63-74.
- Daley, B. 1999. Novice to expert: an exploration of how professionals learn. *Adult Education Quarterly* 49 (4), 133-147.
- Davies, H. T. O., Nutley, S. M. & R. Mannion. 2000. Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care* 9, 111-119.
- Dearmun, A. 2000. Supporting newly qualified staff nurses: the Lecturer Practitioner contribution. *Journal of Nursing Management* 8, 159-165.
- Dixon, N. M. 1994. *The Organizational Learning cycle. How We Can Learn Collectively?* London: McGraw-Hill Book Company.
- Dreher, M. & MacNaughton, N. 2002. Cultural Competence in Nursing: Foundation or Fallacy? *Nursing Outlook* 50 (5), 181-186.
- Edwards, S. 2001. *Philosophy of Nursing. An Introduction*. New York: Palgrave Mac-Millan.

- Eller, L., Kleber, E. & Wang, S. 2003. Research Knowledge, Attitudes and Practices of Health Professionals. *Nursing Outlook* 51 (4), 165-170.
- Ellström, P-E. 1992. Kompetens, utbildning och lärande arbetslivet. Problem, begrepp och teoretiska perspektiv. Stockholm: CE Fritzes AB.
- Elomaa, L. 2003. Research evidence implementation and its requirements in nursing education. Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D, osa 532.
- Elovainio, M. Forma, P., Kivimäki, M., Sinervo, T. & Wickström, G. 2001. Työn psykososiaaliset tekijät ja eläkeajatuksien sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 38, 186-194.
- Enckell, M. 1998. Organizational cultures of Finnish hospitals in change. *Hanken. Ekonomi och samhälle*. Nr 71.
- Engeström, R. 1999. Toiminnan moniäänisyys. Tutkimus lääkärin vastaanottojen keskustelusta. Helsinki: Yliopistopaino.
- Engeström, Y. 1985. Kehittävän työntutkimuksen peruskäsitteitä. *Aikuiskasvatus* 5 (4), 156-164.
- Engeström, Y. 1987. Learning by Expanding. Helsinki: Orienta-Konsultit Oy.
- Engeström, Y. 1994. Moniammatillisten tiimien toiminnan analysointi. Teoksessa R. Simoila, A. Harlamov, K. Launis, Y. Engeström, O. Saarelma & M. Kokkinen-Jussila (toim.) *Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: Välineitä terveystieteiden arviointiin. Toimiva terveyskeskus –projektin viides osaraportti. Raportteja 80*. Helsinki: Stakes.
- Engeström, Y. 1995. Kehittävä työntutkimus. Helsinki: Hallinnon kehittämiskeskus.
- Eriksson, K. 1986. Hoito-opin didaktiikka. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö.
- Eriksson, K. Nordman, T. & Myllymäki, I. 2000. Troijan hevonen. Evidenssiin perustuva hoitaminen ja hoitotyö hoitotieteellisestä näkökulmasta. Helsinki: Biomedicum Helsinki –säätiö.
- Eriksson-Piela, S. 2003. Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tampereensis* 929.
- Eteläpelto, A. 1994. Tulevaisuuden asiantuntijuuden kehittäminen. Teoksessa J. Ekola (toim.) *Johdatusta ammattikorkeakoulupedagogiikkaan*. Helsinki: WSOY, 19-42.
- Eteläpelto, A. 1997. Asiantuntijuuden muuttuvat määritykset. Teoksessa J. Kirjonen, P. Remes & A. Eteläpelto (toim.) *Muuttuva asiantuntijuus*. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos, 86-102.
- Evans, J. R. & Lindsay, W. M. 1996. *The management and control of quality*. 3. ed. St Paul, MN: West Publishing Company.
- Farmer, B. C. 1998. Fieldwork for theory development and linkage to practice. *WENR*, part 2, 263-281.
- Finger, M., Mercier, J-Y. & Bürgin Brand. 2001. A Critical Analysis of Power in Organizational Learning and Change. *Hallinnon tutkimus* 2, 107-119.
- Forsberg, H. 1998. Perheen ja lapsen tähden. Etnografia kahdesta lasten suojelun asiantuntijakulttuurista. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.
- French, P. 2000. Evidence-based nursing: a change dynamic in a managed care system. *Journal of Nursing Management* 8, 141-147.
- French, W. L. & Bell, C. H. 1973. Organisaation kehittäminen. Hki: Weilingöös.
- Frost, P. J., Moore, L. F., Louis, M. R., Lundberg, C. C. & Martin, J. 1985. *Organizational Culture*. Newbury Park: Sage.
- Gair, G. & Hartery, T. 2001. Medical dominance in multidisciplinary teamwork: a case study of discharge decision-making in a geriatric assessment unit. *Journal of Nursing Management* 9, 3-11.

- Gamarnikow, E. 1991. Nurse or Woman: Gender and Professionalism in reformed nursing 1860-1923. In P. Holden & J. Littlewood (eds.) *Antropology and Nursing*. London: Routledge, 110-129.
- Germain, C. P. 1993. *Ethnography: The Method*. In P. M. Munhall & C. Oiler Boyd (eds.) *Nursing Research: A Qualitative Perspective*. 2. ed. New York: National League for Nursing Press, 237-768.
- Gibson, C. H. 1991. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 16, 354-361.
- Gillespie, M. 2002. Student-teacher connection in clinical nursing education. *Journal of Advanced Nursing* 37 (6), 566-577.
- Greenwood, J. 2000. Critical thinking and nursing scripts: the case for development the both. *Journal of Advanced Nursing* 31 (2), 428-436.
- Grönfors, M. 1982. *Kvalitatiiviset kenttätutkimukset*. Helsinki: WSOY.
- Grönfors, S., Elovainio, M. & Sinervo, E. 2001. Työtyytyväisyys, työ- ja organisaatiotekijät sekä hoidon laatu. *Hoitotiede* 13 (4), 226-237.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. 1994. *Competing Paradigms in Qualitative Research*. In N. K. Denzin & Y. O. Lincoln. (eds.) *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. 1989. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Sage.
- Guskey, T. 2000. *Evaluating Professional Development*. California: Corwin Press, Inc.
- Hakkarainen, P. 1996. Teorian ja käytännön integrointi ammatillisessa aikuiskoulutuksessa. Teoksessa P. Lambert & Y. Engeström (toim.) *Kehittävä työntutkimus ammatillisissa oppilaitoksissa*. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 150, 3-33.
- Hakkarainen, K. 2000. Oppiminen osallistumisen prosessina. *Aikuiskasvatus* 31 (2), 84-98.
- Hakkarainen, K., Lonka, K. & Lipponen, L. 2001. *Tutkiva oppiminen. Älykkään toiminnan rajat ja niiden ylittäminen*. Helsinki: WSOY.
- Hakkarainen, K., Paavola, S. & Lipponen, L. 2003. Käytännön yhteisöistä innovatiivisiin tietoayhteisöihin. *Aikuiskasvatus* 23 (1), 4-13.
- Halme, S-L. & Aavarinne, H. 1999. Kriittisen ajattelun kehittymisen mahdollisuudet hoitotyön koulutuksessa ammattikorkeakoulussa. *Hoitotiede* 11 (2), 72-86.
- Hammersley, M. 1998. *Reading ethnographic research*. 2. ed. Longman social research series. London: Longman.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. 1983. *Ethnography. Principles in practice*. London: Tavistock.
- Hammond, K., Bandak, A. & Williams, M. 1999. Nurse, Physicians, and Consumer Role Responsibility Perceived by Health Care Providers. *Holist Nurs Pract* 13 (2), 28-37.
- Harisalo, R., Lehti, K., Laakso, H., Paunonen, M., Uusitalo, A. & Nieminen, H. 1996. Sairaalityön rutiinit. *Suomen Lääkärilehti*. 51 (9), 955-959.
- Harri, M. 1997. Nurse Educators' Well-Being at Work in Finland. *Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteet* 46. Kuopion yliopiston julkaisuja E.
- Hart, G. & Rotem, A. 1995. The clinical learning environment: Nurses' perceptions of professional development in clinical settings. *Nurse Education Today* 15 (1), 3-10.
- Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A., McCormack, B. & Seers, K. 2002. Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing* 37 (6), 577-588.

- Hassinen-Ali-Azzani, T. 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseseen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteet 95. Kuopion yliopiston julkaisuja E.
- Heikkilä, J., Miettinen, M., Paunonen, T. & Mäkelä, N. (toim.) 2003. Sairaanhoidajien urakehitys Keski-Suomessa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 25.
- Heikkinen, A. 1993. Taidon, kompetenssin ja koulutuksen käsitteistä. Teoksessa A. Heikkinen & U. Salmi (toim.) Puheenvuoroja käsityön ja ammattikasvatuksen filosofiasta. Tampereen yliopisto. Täydennyskoulutuskeskus, 73-82.
- Heikkinen, A. 1995. Lähtökohtia ammattikasvatuksen kulttuuriseen tarkasteluun. Tampereen yliopisto. Acta universitatis Tamperensis ser A vol. 442.
- Heinonen, J. 1999. Kohti asiakaslähtöisyyttä ja kilpailukykyä. Sisäinen yrittäjyys kunnallisen yksikön muutoksessa. Turun kauppakorkeakoulu. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja. Sarja A-5:1999.
- Helakorpi, S. & Olkinuora, A. 1997. Asiantuntijuutta oppimassa. Ammattikorkeakoulupedagogiikka. Helsinki: WSOY.
- Helman, C. 2000. Culture, Health and Illness. 4. ed. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Henderson, V. 1966. Sairaanhoidon periaatteet. 3. painos. Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisuja. Helsinki.
- Henriksson, L. 1998. Naisen terveystyö ja ammatillisuuden politiikka. Tutkimuksia 88. Helsinki: Stakes.
- Herbig, B., Büssing, A. & Ewert, T. 2001. The role of tacit knowledge in the work context of nursing. Journal of Advanced Nursing 34 (5), 687-695.
- Hernes, H. 1997. Cross-Cutting Identifications in Organizations. In S. Sackmann (ed.) Cultural Complexity in Organizations. Inherent Contrasts and Contractions. London: Sage, 343-366.
- Hiidenhovi, H. 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 833.
- Hietanen, K., Pitkänen, M-R. & Vilmi, S. (toim.) 1995. Hoitotyö päivystyspoliklinikalla. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Hildén, R. 1999. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 706.
- Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirvonen, E. 2000. Raskaus nuoren valintana. Etnografia alle 18-vuotiaiden nuorten raskaudesta, tulevasta vanhemmuudesta ja elämäntilanteesta sekä äitiysneuvolaikäytänteistä. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 776.
- Hjälte, L. 2000. Det är inte min värld. Klinisk verksam sjuksköterskors uppfattningar vårdvetenskaplig forskning och tillämpning av dess resultat i praktisk verksamhet. Vård i Norden 20 (4), 32-37.
- Hofstede, G. 1993. Kulttuurit ja organisaatiot. Mielen ohjelmointi. Helsinki: WSOY.
- Hogston, R. 1995. Quality nursing care: a qualitative enquiry. Journal of advanced Nursing 21, 116-124.
- Hojat, M., Nasca, T., Cohen, M., Fields, S., Rattner, S., Griffiths, M., Ibarra, D., Alcorra-G. de Gontalez, A., Torres-Ruiz, A., Ibarra, G. & Garcia, A. 2001. Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration: Across-Cultural Study of Male and Female Physicians and Nurses in the United States and Mexico. Nursing Research 50 (2), 123-128.

- Holden, P. & Littlewood, J. 1991. (eds.) *Antropology and Nursing*. London: Routledge.
- Holloway, I. & Wheeler, S. 1998. *Qualitative research for nurses*. 3. painos. Oxford: Blackwell Science.
- Holloway, I. & Wheeler, S. 1998. *Qualitative research for nurses*. Oxford: Blackwell Science.
- Holmström, I. & Dall'Alba, G. 2002. 'Carer and gatekeeper' – conflicting demands in nurses' experiences of telephone advisory services. *Scand J Caring Sci* 16, 142-148.
- Holopainen, A. & Tossavainen, K. 2003. Hoitotyön opettajien kokemuksia opettajuudesta. *Hoitotiede* 15 (1), 38-46.
- Holopainen, A. & Mäkisalo, M. 2002. Yhteistyön ja keskustelun kehittäminen vertais-työskentelyn avulla. Esimerkkinä terveystieteen opettajat. *Aikuiskasvatus* 33 (4), 330-335.
- Honka, J. & Ruohotie, P. 1999. The scientific knowledge of work behaviour for the use of enterprises and educational establishments. In P. Ruohotie, J. Honka & A. Su-
vanto (eds.) *The Developmental Challenges in the Cooperation of Education and Training and Working life*. Helsinki: Oy Edita Ab Pikapaino, 13-18.
- Honkasalo, M-L. 1994. Etnografia ja tutkiva subjekti - kertomuksia tiedonkeruumatkal-
ta ja kenttätutkimuksesta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31, 15-23.
- Honko, L. & Pentikäinen, J. 1970. *Kulttuuriantropologia*. Porvoo: WSOY.
- Howkins, E. & Ewens, A. 1999. How students experience their professional socialisation? *International Journal of Nursing Studies* 35, 41-49.
- Hughes, C. 1997. Organizational Change: Implications for Human Resource Management. In A. Morton-Cooper & M. Bamford (eds.) *Excellence in Health Care Management*. Oxford: Blackwell Science, 3-19.
- Hürlimann, B., Hofer, S. & Hirter, K. 2001. The role of the clinical nurse. *International Nursing Review* 48, 58-64.
- Isola, A. & Voutilainen, P. 1998. Vanhusten pitkäaikaishoidon ulkopuolinen tarkastus. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Isola, A. & Laitinen, P. 1995. Hoitotyön sisältö ja hoitohenkilöstön työajankäyttö geriatrisella osastolla. *Hoitotiede* 7 (5), 247-255.
- Irvine, D. & Evans, M. 1995. Job Satisfaction and Turnover Among Nurses: Integrating Research Findings Across Studies. *Nursing Research* 44 (4), 246-253.
- Jatinen, P., Vanhatalo, R. & Tasanko, A. 2002. Miten terveysaseman hoitaja toimii, jos terveysasemalle ei ole saatu lääkäreitä. Kuvaus Luoteis-Satakunnan terveyskeskuk-
sen ”lääkärihoitaja” –projektin alkuvaiheista hoitajan tekemän työn näkökulmasta. *Suomen Lääkärilehti* 57 (25-26), 2795-2799.
- Jackson, D., Clare, J. & Mannix, J. 2002. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor recruitment and retention. *Journal of Nursing Management* 10, 13-20.
- Jalava, V. & Virtanen, P. 1995. Moniammatillinen projektitoiminta. Avain hyvinvointi-
palvelujen tulevaisuuteen. Helsinki: Kirjayhtymä OY.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 1994. Etnografia ja etnonursing hoitotieteellisessä tutki-
muksessa: Esimerkkejä kenttätutkimusprosesseista. *Hoitotiede* 6 (5), 194-201.
- Janhonen, S. & Pyykkö, A. 1996. Kehittyvän hoitotyön malli. Helsinki: WSOY.
- Janhonen, S. & Vanhanen, L. 1996. Luotettavuuden arviointi muutokseen suuntautumi-
nen –mittaria kehitettäessä. *Hoitotiede* 1996. Pro Nursing ry:n vuosikirja. Turku, 84-89.
- Jarnila, R. 1998. Menestyvän ammatillisen oppilaitoksen profiili. Tampereen yliopisto. *Acta universitatis Tamperensis* 592.

- Jaroma, A. 2000. Koulutus ja tuleva toiminta hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 83.
- Jick, T. D. 1983. Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. In J. van Maanen (eds.) *Qualitative Methodology*. California: Sage, 135-148.
- Jinks, A. & Hope, P. 2000. What do nurses do? An observational survey of the activities of nurses in acute surgical and rehabilitation wards. *Journal of Nursing Management* 8, 273-279.
- Johnsen, K. & Aasgaard, H. 1999. Hvilken kompetanse bør læreren ha i sykepleierutdanningen? En pilotstudie av norske students vurdering av den ideelle lærer. *Vård i Norden* 19 (2), 26-30. 51.
- Julkunen, R. 1991. Hoiva ja professionalismismi. *Sosiologia* 28 (2), 75-83.
- Julkunen, R. 1999. Sukupuoli, työ ja hyvinvointivaltio. Teoksessa P. Lipponen & P. Setälä (toim.) *Suomalainen nainen*. Helsinki: Otava, 79-100.
- Juuti, P. 1999. Competence from the aspect of postmodern organisations. In P. Ruohotie, J. Honka & A. Suvanto (eds.) *The Developmental Challenges in the Cooperation of Education and Training and Working life*. Helsinki: Oy Edita Ab Pikapaino, 49-56.
- Juvonen, S. 2001. Hoitotyön päätöksenteko. Päätöksenteon opetus ja sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden päätöksenteko. Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 175.
- Järvinen, A. 1990. Reflektiivisen ajattelun kehittyminen opettajakoulutuksen aikana. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden tutkimuslaitoksen julkaisusarja A 35.
- Kangas, R. 1999. Hoitotyön johtaminen muutoksessa. Teoksessa R. Simoila, R. Kangas & J. Ranta (toim.) *Hoitotyötä johtamaan*. Helsinki: Kirjayhtymä, 92-107.
- Kankaanpää, A. 1995. Ammattitaito ja yhteinen osaaminen. Luentomoniste. Opetushallituksen seminaari ammatillisen osaamisen sivistysasteista opisto- ja korkeasteella. Helsinki 4.4.1995.
- Kankkunen, P., Lehto, B., Silén-Lipponen, M & Virkki, P. 1997. Erilaisuus ja samankaltaisuus - haaste hoitotyölle. Kulttuurisen hoitotyön 23. konferenssi Kuopiossa 9.-12.6.1997. *Hoitotiede* 9 (5), 209-218.
- Karttunen, P. 1999. Tietoa hoitotyön toimintaan. Sairaanhoidon opiskelijoiden käsityksiä tiedosta ja tiedon suhteista toimintaan. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Kasvio, A. 1990. Työorganisaatioiden tutkimus- ja niiden tutkiva kehittäminen. Tampereen yliopisto. Työelämän tutkimuskeskus. Sarja T 4/1990.
- Kasvio, A. 1997. Uusi työn yhteiskunta. 3. painos. Espoo: Gaudeamus.
- Kauppinen, T., Heikkilä, P., Lehtinen, S., Lindström, K., Näyhä, S., Seppälä, A., Toikkanen, J. & Tossavainen, A. 2000. Työ ja terveys Suomessa v. 2000. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Kelles-Viitanen, A. 1982. Antropologisen tutkimuksen eettisiä ongelmia: tutkijan ja tutkittavien välisistä suhteista. Teoksessa P. Suojanen & L. Saressalo (toim.) *Kulttuurin kenttätutkimus*. Tampereen yliopiston kansanperinteen laitoksen julkaisuja 9. Kulttuuri ja kieli 1, 69-87.
- Ketefian, S., Redman, R., Hanucharunkul, S., Masterson, A. & Neves, E. 2001. The development of advanced practice roles; implications in the international nursing community. *International Nursing Review* 48, 152-163.
- Ketola, O. & Kevätsalo, K. 1994. Ammatti vai elämäntehtävä? Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot muutoksessa. Helsinki: Painatuskeskus.

- Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysterveystieteessä. Jyväskylän yliopisto. *Studies in Sport, Physical Education and Health*, nro 75.
- Kettunen, T., Karhila, P. & Poskiparta, M. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 14 (5), 213-222.
- Kevätsalo, K. 1999. Jäykät joustot ja tuhlattut resurssit. Tampere: Vastapaino.
- Kiikkala, I. 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa S. Nouko-Juvonen, P. Ruotsalainen & I. Kiikkala (toim.) *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Helsinki: Tammi, 112-121.
- Kilpiäinen, S. 2003. Odotetaan käytäntöä ja saadaan teoriaa. Tutkimus Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveysalan opiskelijoiden käsityksistä ja kokemuksista opetuksesta ja ohjauksesta vuosina 1995-1997 ja 2000-2001. Lapin yliopisto. *Acta Universitatis Lapponensis* 59.
- Kim, H. S. 2000. *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. 2. ed. New York: Springer Publishing Company.
- Kimchi, J., Polivka, B. & Stevenson, J. S. 1991. Triangulation: Operational Definitions. *Nursing Research*. Nov/dec 1991, 364-366.
- King, L. & Macleod Clark, J. 2002. Intuition and the development of expertise in surgical ward and intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* 37 (4), 322-329.
- Kinnunen, J. 1990. Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri. Kuopion yliopisto. *Hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitos*.
- Kinnunen, J. 1994. Hoitoyhteisöjen kehittämisen kulttuuriset rajoitteet. Teoksessa S. Salo & S. Leisti (toim.) *Muutos ja johtajuus. Näkökulmia terveydenhuollon murrokseen*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 175-183.
- Kinnunen, J. 1995. Ovatko terveysterveystieteiden käyttäjät potilaita, asiakkaita vai kuluttajia? *Hyvinvointikatsaus* 6 (4), 33-37.
- Kinnunen, J. & Vuori, J. 1999. Hoitotyön johtamisen perusulottuvuudet ja toimintamallien muutokset. Teoksessa R. Simoila, R. Kangas & J. Ranta (toim.) *Hoitotyötä johtamaan*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 26-52.
- Kirjonen, J. 1997. Asiantuntijaksi työelämään. Teoksessa J. Kirjonen, P. Remes & A. Eteläpelto (toim.) *Muuttuva asiantuntijuus*. Jyväskylän yliopisto. *Koulutuksen tutkimuslaitos*, 30-47.
- Kitson, A. 1998. Research utilization: Knowledge for practice. *WENR*, Part 1. 52-64. Helsinki.
- Kivekäs, M. 1999. Siirtymä ammatillisesta koulutuksesta työelämään 1990-luvulla. Teoksessa R. Linnakngas (toim.) *Koulutus ja elämänkulku. Näkökulmia koulutuksen vaikuttavuuteen*. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 28, 227-261.
- Kivimäki, M., Koskinen, P. & Voutilainen, P. 1994. Työn rikastamisen yhteys hoitohenkilöstön työmotivaatioon ja – tyytyväisyyteen. *Hoitotiede*, 6 (4), 163-170.
- Kivinen, K. 1994. Sosiaali- ja terveydenhuollon työn muuttuva yhteiskunnallinen merkitys ja kvaalifikaatiovaatimukset. Teoksessa H. Willman, S. Halme, I. Kiikkala & T. Parviainen (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 1995. Vastaako hoitotyö yhteiskunnan haasteisiin?* Helsinki: Kirjayhtymä, 62-74.
- Kiviniemi, P. 1983. *Tunteet, ihmissuhteet ja sairaus*. 2. painos. Juva: WSOY.
- Kivistö, M. & Kalimo, R. 2000. Kehittymisen ja kompetenssin yhteydet työoloihin. Teoksessa A-M Lehto & N. Järnefelt (toim.) *Artikkeleita työolotutkimuksesta*. Tiilastokeskus. *Tutkimuksia* 20, 123-146.

- Klaukka, T., Helin-Salmivaara, A., Huupponen, R. & Idanpän-Heikkilä, JE. 2002. Hoitajat – liian vähän käytetty voimavara infektioiden hoidossa? Suomen Lääkärilehti 57, 4480-4483.
- Koiranen, M. & Pohjansaari, T. 1994. Sisäinen yrittäjäyys. Innovatiivisuuden, laadun ja tuottavuuden perusta. Tampere: Konetuumat Oy.
- Koivula, M. & Paunonen-Ilmonen, M. 2001. Ward sisters' objectives in developing nursing and problems with development. Journal of Nursing Management 9, 287-294.
- Koivula, M., Paunonen, M. Laippala, P. 2000. Burnout among nursing staff in two Finnish hospitals. Journal of Nursing management 8, 149-158.
- Koivumäki, L. 2002. Projektioiskelu ammattikorkeakoulun opiskelijoiden ja työelämän edustajien kokemana. Tampereen yliopisto. Ammattikasvatuksen tutkimus- ja kehittämiskeskus. Ammatillinen lisensiaatin tutkimus.
- Konkola, R. 2002. Rajavyöhyketoiminta työelämäyhteistyön ja kehittävän siirtovaikutuksen mahdollistajana ammatillisessa koulutuksessa. Toimintaterapeuttikoulutuksen harjoittelun kehittämisen analyysi kehittävän työntutkimuksen lähestymistavan mukaan. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteellinen tiedekunta. Lisensiaatin tutkimus.
- Konkola, R. 2003. Sosiaali- ja terveydenalan työikätyöntekijät tutkimus- ja kehitystyön kohteena ammattikorkeakoulussa. Ammattikasvatuksen aikakauskirja 5 (3), 37-45.
- Konttinen, E. 1997. Professionaalinen asiantuntijatyö ja sen haasteet myöhäismodernissa. Teoksessa J. Kirjonen, P. Remes & A. Eteläpelto (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos, 48-61.
- Korhonen, K., Mäkinen, R. & Valkonen, R. 2001. Sosiaali- ja terveysalan tutkinnolla työelämään. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto. Tutkimuslauseita 13.
- Korte, R. 1997. Hoitohenkilöstön täydennyskoulutus – selvitys täydennyskoulutuksen nykytilasta ja kehittämistarpeista. Sarja B: Selvityksiä 7. Tehy ry: Ammatti- ja koulutusasiainosasto.
- Kortteinen, M. 1997. Kunnian kenttä. Suomalainen palkkatyö kulttuurisena muotona. 2. painos. Hämeenlinna: Hanki ja jää.
- Koskinen, L. & Silén-Lipponen, M. 2001. Ohjattu harjoittelu oppimiskontekstina sairaanhoidon opiskelijoiden kokemana. Hoitotiede 13 (3), 122-131.
- Krause, K. & Salo, S. 1993. Teoreettinen hoitotyö. 2. painos. Tampere: Kirjayhtymä.
- Krejci, JW. 1999. Chancing Roles in Nursing. Perceptions of Nurse Administrators. JONA 29 (3), 21-29.
- Kukkola, S. 1986. Sairaanhoidajan rooli poliklinikalla. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Sairaanhoidon Vuosikirja XXII, 49-80.
- Kukkola, S. 1997. Kommunikatiivinen potilas-hoidonantajasuhde. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Väitöskirjat 2: 1997.
- Kuokkanen, R. 2000. Opiskelijoiden päätöksenteon kehittyminen osana ammattitaitoa sairaanhoitajakoulutuksessa. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 613.
- Kuokkanen, L. & Leino-Kilpi, H. 2000. Power and empowerment in nursing: Three theoretical approaches. Journal of Advanced Nursing 31, 235-241.
- Kuokkanen, L. & Leino-Kilpi, H. 2001. The qualities of an empowered nurse and the factors involved. Journal of Advanced Nursing 9, 273-280.
- Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 2002. Do nurses feel empowered? Nurses' assessments of their own qualities and performance with regard to nurse empowerment. Journal of Professional Nursing 18 (6), 328-335.

- Kuronen, M. 1993. Lapsen hyväksi naisten kesken. Tutkimus äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäytännöistä. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Tutkimuksia 35. Helsinki: Stakes.
- Kärkkäinen, M. 1999. Teams as Breakers of Traditional Work Practices. A Longitudinal Study and Implementing Curriculum Units in Elementary School Teacher Team. Department of Education University of Helsinki. Research Bulletin 100.
- Könnilä, P. 1999. Sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulutus muuttuvassa ympäristössä. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 646.
- Laakkonen, R. 1999. Ammattikorkeakoulureformi ja opettajan työn muutos. Opettajien käsityksiä ammattikorkeakoulukokeilun toteuttamisesta Keski-Pohjanmaalla vuosina 1993-1997. Vaasan yliopisto. Acta Wasaensia. No 67. Hallintotiede 4.
- Laaksonen, H. 2003. Henkilöstötoiminnot työyhteisön voimistamisen välineinä? Hallinnon tutkimus 1, 55-67.
- Lambert, P. 1999. Rajaviiva katoaa. Innovatiivista oppimista ammatillisen opettajakoulutuksen, oppilaitosten ja työelämän organisaation yhteistyönä. Helsingin ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja A: Tutkimukset 1.
- Lambert, P. 2001. Oppimistehtävät kehittävän siirtovaikutuksen tuottajina. Teoksessa T. Tuomi-Gröhn & Y. Engeström (toim.) Koulun ja työn rajavyöhykkeellä. Uusia työssä oppimisen mahdollisuuksia. Helsinki: Yliopistopaino, 97-147.
- Lancaster, T. Stead, L., Silagy, C. & Sowden, A. 2000. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. British Medical Journal 321 (5 August), 355-358.
- Landers, M. G. 2000. The theory-practice gap in nursing: the role of the nurse teacher. Journal of Advanced Nursing 32 (6), 1550-1556.
- Lang, L. & Nikkonen, M. 1994. Kätilöiden hoitokulttuuri ja synnyttäjien hoitoa koskevia odotuksia ja kokemuksia. Hoitotiede 6 (3), 107-115.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällön analyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Lashinger, H., Almost, J. & Tuer-Hode, D. 2003. Workplace Empowerment and Magnet Hospital Characteristics. JONA 33 (7/8), 410-422.
- Launis, K. 1994. Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Käsityksiä ja arkipraktiikasta. Tutkimuksia 50. Helsinki: Stakes.
- Launis, V. 1995. Hoitoyhteisö ja ammattietiikka. Teoksessa V. Launis (toim.) Lääkintä- ja hoitotieteet. Helsinki: Painatuskeskus Oy, 76-89.
- Lauri, S. 1989. Hoitotiede - mitä se on? Hoitotiede 1 (1), 2-4.
- Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön merkitys ja tulevaisuuden haasteet. Teoksessa S. Lauri (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY, 151-156.
- Lauri, S. & Elomaa. 1999. Hoitotieteen perusteet. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Lauri, S. & Salanterä, S. 1995. Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien päätöksentekomallit viidellä hoitotyön toiminta-alueella. Hoitotiede 7 (2), 65-74.
- Lehtinen, E. & Palonen, T. 1997. Asiantuntijaverkosto oppimisympäristönä – projektin loppuraportti. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus.
- Lehtinen, E. & Palonen, T. 1998. Asiantuntijatiedon formaali ja informaalinen perusta. Teoksessa P. Sallila & T. Vaherva. Arkipäivän oppiminen. Aikuiskasvatuksen 39. Vuosikirja. Helsinki: Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen Tutkimusseura.
- Lehtonen, T.J. 2002. Organisaation osaamisen strateginen hallinta. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 867.

- Leininger, M. 1978. *Transcultural nursing. Concepts, theories and practices*. New York: John Wiley & Sons.
- Leininger, M. 1985. Nature, Rationale, and Importance of Qualitative Research Methods in Nursing. In M. Leininger (ed.) *Qualitative research methods in nursing*. London: Grune & Stratton, 1-25.
- Leino, A. & Leino, P. 1990. *Synonymymisanasto*. Keuruu: Otava.
- Leino-Kilpi, H. 2000. Näyttöön perustuva hoitotyö: onko sitä? Teoksessa: P. Voutilainen, H. Leino-Kilpi, T. Mikkola & A. Peiponen (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2001*. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Leino-Kilpi, H. & Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa S. Lauri (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyö*. Helsinki: WSOY, 7-20.
- Leino-Kilpi, H. & Suominen, T. 1997. Suomalainen hoitotieteellinen tutkimus 1950-luvulta nykypäivään. *Hoitotiede* 9 (2), 96-103.
- Leino-Kilpi, H., Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. Raportteja 229. Helsinki: Stakes.
- Leinonen, T. 2002. The Quality of Perioperative Care. Developing a Patient-oriented Measurement Tool. Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D, osa 481.
- Lepola, I. 1998. Kolme vuotta muutoksessa mukana: toimintatutkimus psykiatrisessa vastaanottoyksikössä. *Hoitotiede* 10(3), 174-177.
- Leveck, M. L. & Jones, C. B. 1996. The nursing practice environment, staff retention and quality of care. *Research in Nursing & Health* 19, 331-343.
- Liimatainen, L., Kettunen, T. & Poskiparta, M. 1996. Hoitajan ja potilaan välinen terveysneuvonta sairaalassa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 33, 81-89.
- Lincoln, Y. S. & Guba E. G. 1985. *Naturalistic inquiry*. California: Sage.
- Lindholm, L., Rehnsfeldt, A., Arman, M. & Hamrin, E. 2002. Significant others' experience of suffering when living with women with breast cancer. *Scand J Caring Sci* 16, 248-255.
- Lindholm, M., Sivberg, B. & Udén, G. 2000. Leadership styles among nurse managers in changing organizations. *Journal of Nursing Management* 8, 327-335.
- Lindqvist, M. 1995. Lääkintäetiikka inhimillisenä toimintana. Teoksessa V. Launis (toim.) *Lääkintä- ja hoitoetiikka*. Helsinki: Painatuskeskus Oy, 55-75.
- Lindström, K. 1999. Epätyypilliset työsuhteet. Teoksessa R. Pietiläinen (toim.) *Työ vuonna 2005 – näkymiä suomalaiseen työelämään*. Helsinki: Työterveyslaitos, 47-53.
- Littlewood, J. 1991a. Care and ambiguity: towards a concept of nursing. In P. Holden & J. Littlewood (eds.) *Antropology and Nursing*. London: Routledge, 170-189.
- Littlewood, R. 1991b. Gender, role and sickness: the ritual psychopathologies of the nurse. In P. Holden & J. Littlewood (eds.) *Antropology and Nursing*. London: Routledge, 148-169.
- Liukkonen, A. 1991. Dementoituneen potilaan perushoito laitoksessa. *Gerontologia* 5 (1), 4-12.
- Liukkonen, A. & Åstedt-Kurki, P. 1994. Osallistuva havainnointi hoitotieteellisen tutkimuksen aineiston keruumenetelmänä. *Hoitotiede* 6 (2), 51-57.
- Lloyd Jones, M., Walters, S. & Akehurst, R. 2001. The implications of contact with the mentor for preregistration nursing and midwifery students. *Journal of Advanced Nursing* 35 (2), 151-160.
- Lodge, N., Mallett, J., Blake, J. & Fryatt, I. 1997. A study to ascertain gynaecological patients' perceived levels of embarrassment with physical and psychological care given by female and male nurses. *Journal of Advanced Nursing* 25, 893-907.

- Long, A. F., Kneafsey, R. Ryan, J. & Berry, J. 2002. The role of the nurse within the multiprofessional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing* 37 (1), 70-78.
- Louis, M. R. 1985. Perspectives on organizational culture. In P. J. Frost, L. F. Moore, M. R. Louis, C. C. Lundberg & J. Martin (eds.) *Organizational Culture*. Newbury Park, California: Sage, 27-29.
- Lundgren, S. & Segesten, K. 2001. Nurses' use of time in medical-surgical ward with all-RN staffing. *Journal of Nursing Management* 9, 13-20.
- Luopajarvi, T. 2000. Ammattikorkeakoulut työelämän kehittäjinä. Teoksessa P. Ruohotie, J. Honka & L. Mustonen (toim.) *Työssäoppimisen haasteet ammattikasvatukselle*. Ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskus. Julkaisu D:126. Hämeen ammattikorkeakoulu, 111-121.
- Luoto, R. 2001. Naisen terveys – tausta ja määritelmät. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 38, 115-119.
- Luotola, V., Munnukka, T., Koivila, M. & Åstedt-Kurki, P. 2003. Tehosairaanhoidajien ammatillinen pätevyys ja kvalifikaatiovaatimukset. *Hoitotiede* 15 (5), 233-243.
- Luukkainen, O. 2004. Opettajuus – Ajassa elämistä vai suunnan näyttämistä? Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 986.
- Löfmark, A. & Wikblad, K. 2001. Facilitating and obstructing factors for development of learning in clinical practice: a student perspective. *Journal of Advanced Nursing* 34 (1), 43-50.
- Lövgren, G., Rasmussen, B. & Engström, B. 2002. Working conditions and the possibility of providing good care. *Journal of Nursing Management* 10, 201-209.
- Maanen, J. van. 1985. The facts of fiction in organizational ethnography. In J. van Maanen (eds.) *Qualitative Methodology*. 4. ed. California: Sage, 37-55.
- Maanen, J. van. & Barley, S. R. 1985. Cultural organization. Fragments of a theory. In P. J. Frost, L. F. Moore, M. R. Louis, C. C. Lundberg & J. Martin (eds.) *Organizational Culture*. Newbury Park, California: Sage, 31-53.
- Mahlamäki-Kultanen, S. 1998. Myyntitykki vai tyhjä tynnyri? Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 599.
- Malinowski, B. 1922. *Argonauts of the Western Pacific*. New York: E. P. Dutton.
- Manias, E. & Street, S. 2001. The interplay of knowledge and decision making between nurses and doctors in critical care. *International Journal of Nursing Students* 38, 129-140.
- Manninen, K. 1995. Terveystieteiden alan opistoasteen koulutus - taustaraportti kansainvälistä arviointia varten. Teoksessa A. Honkakoski, K. & M. Airakorpi (toim.) *Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutus*. Opetusministeriö. Koulutus ja tiedepoliittinen linja. Raportti 4, 95-132.
- Manninen, J. 2000. Kurssikoulutuksesta oppimisympäristöihin – Aikuiskoulutuskäytäntöjen kehityslinjoja. Teoksessa J. Matikainen & J. Manninen (toim.) *Aikuiskoulutus verkossa*. Verkkopohjaisten oppimisympäristöjen teoriaa ja käytäntöä. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus, 29-42.
- Marjamäki, P., Lehto, J. & Rissanen, M. 1996. Miten palvelurakennetyön piti vaikuttaa erikoissairaanhoidon ja toteutuivatko tavoitteet 1990-luvun muutoksissa? Teoksessa R. Viialainen & J. Lehto (toim.) *Sosiaali- ja terveystieteiden palvelun rakennemuutos*. Laitoshoidon vähentämisestä avohoidon kehittämiseen. *Stakes*. Raportteja 192, 123-139.
- Markkanen, T-R. 1998. Corporate identity: A process of strategic interpretation in an MNC. Helsinki School of Economics and Business Administration. *Acta Universitatis Oeconomicae Helsingiensis* A-145.

- Markkanen, K. 2000. Nimittely, uhkailu, potkiminen – hoitajan työarkea. Selvitys hoitohenkilökunnan työpaikallaan kokemasta väkivallasta ja sen uhasta. TEHY ry. Julkaisusarja B: Selvityksiä 3.
- Martikainen, M. & Tuominen, T. 2001. Kilpailukykyä koulutetulla henkilöstöllä. Yksityisten palvelualojen koulutusselvitys 2001. Helsinki: Palvelutyönantajat.
- Maughan, K., Heyman, B. & Matthews, M. 2002. In the shadow of risk. How men cope with a partner's gynaecological cancer. *International Journal of Nursing Studies* 39, 27-34.
- McCutcheon, H. & Pincombe, J. 2001. Intuition: an important tool in the practice of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 35 (3), 342-348.
- McKenna, H. 2002. *Nursing Theories and Models*. 4. ed. London: Routledge.
- McKinlay, A. & Cowan, S. 2003. Student nurses' attitudes towards working with older patients. *Journal of Advanced Nursing* 43 (3), 298-309.
- McKinley, A. & Cowan, S. 2003. Student nurses' attitude towards working with old patients. *Journal of Advanced Nursing* 43 (3), 298-309.
- McQueen, A. 1997. Gynaecological nursing. *Journal of Advanced Nursing* 25, 767-774.
- Meretoja, R. 2003. Nurse Competent Scale. Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisu- ja. Sarja D osa 578.
- Meretoja, R., Eriksson, E. & Leino-Kilpi, H. 2002. Indicators for competent nursing practice. *Journal of Nursing Management* 10, 95-102.
- Meriläinen, P. 1987. Ihmisen terveydenhoidon kokonaisuus. *Hoitotiede* 1987. Pro Nursing ry:n vuosikirja. Julkaisusarja A: 1, 90-105.
- Meriläinen, P. 1989. Hoitotieteellinen tutkimus hyvän hoidon perustana. *Hoitotiede* 1(2), 50-55.
- Meriläinen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) 1998. The 23th Annual Nursing Research Conference 1997. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisu- ja. Yhteiskuntatieteet 59.
- Metsämuuronen, J. 1998. Maailma muuttuu - miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? *ESR –julkaisu* 39/98. Helsinki.
- Mettiäinen, S., Laakso, H. & Raatikainen, R. 2003. Terveydenhuollon osastonhoitajien pätevyys. *Hallinnon tutkimus* 1, 68-81.
- Miettinen, M. & Miettinen, S. 1997. Innovatiivisuuden edellytykset terveydenhoidossa. Teoksessa T. Korhonen & P. Vuoria (toim.) *Potilas, lääkäri, hoitaja. Terveydenhuollon pulmia ja näkymiä*. Helsinki: WSOY, 48-58.
- Morgan, G. 1998. *Images of Organization. The Executive Edition*. San Fransisco: Perrett-Koehler Puplicher & SAGE Puplications.
- Muldoon, O. & Reilly, J. 2003. Career choice in nursing students: Gender constructs as psychological barriers. *Journal of Advanced Nursing* 43 (1), 93-100.
- Munhall, P. L. 1993. Ethical Considerations in Qualitative Research. P. M. In Munhall & C. Oiler Boyd (eds.) *Nursing Research: A Qualitative Perspective*. 2. ed. New York: National League for Nursing Press, 394-408.
- Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 375*.
- Munnukka, T. 1997. Hoitamaan oppiminen ja opettaminen. Käytännöllinen opetus sairaanhoitajakoulutuksessa. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 579.
- Munnukka, T. & Kiikkala, I. 1994. Hoitotyön asiantuntijuus. Sairaanhoitajakoulutuksen opetussuunnitelmaan, opiskelevien sairaanhoitajien näkemyksiin ja kirjallisuuteen perustuva tarkastelu. Teoksessa H. Willman, S. Halme, I. Kiikkala & T. Parviai-

- nen (toim.) Hoitotyön vuosikirja 1995. Vastaako hoitotyö yhteiskunnan haasteisiin? Helsinki: Kirjayhtymä, 9-17.
- Mäkelä, M., Leino-Kilpi, H. & Suominen, T. 2000. Sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyö tehohoidossa. *12* (2), 77-85.
- Mäki, M. 2000. Laadun ilmapiiritekijät ammattikorkeakoulussa. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 743.
- Mäkinen, A., Kivimäki, M., Elovainio, M. & Virtanen, M. 2003a. Myönteisten muutosten sairaalaosastot: Kvalitatiivinen tutkimus muutossisällöistä. *Hoitotiede* 15(3), 107-114.
- Mäkinen, A., Kivimäki, M., Elovainio, M. & Virtanen, M. 2003b. Organization of nursing care and stressful work characteristics. *Journal of Advanced Nursing* 43(2), 197-205.
- Mäkisalo, M. 1996. Arvojen ja periaatteiden merkitys terveydenhuolto-oppilaitosten toiminnassa. *Hoitotiede* 8 (4), 184-193.
- Mäkisalo, M. 1998. Terveydenhuolto-oppilaitosten organisaatiokulttuuri. Opettajien ja opiskelijoiden käsitykset todellisesta ja toivotusta toiminnasta. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 58.
- Mäkisalo, M. & Kinnunen, J. 1995. Hoitotyön johtajien käsityksiä terveydenhuolto-oppilaitoksen toiminnasta. *Hoitotiede* 7 (4), 171-179.
- Mäkisalo, M. & Kinnunen, J. 1999. Opettajana terveydenhuolto-oppilaitoksessa. Opettajien käsityksiä omasta ja kollegoiden toiminnasta. *Aikuiskasvatus* 19 (3), 231-243.
- Mäkisalo, M. & Kinnunen, J. 2000. Opiskelijana terveydenhuolto-oppilaitoksessa. Opiskelijoiden käsityksiä terveydenhuolto-oppilaitoksen organisaatiokulttuurin osatekijöistä. *Hoitotiede* 12 (1), 15-25.
- Määttä, S. & Virtanen, P. 2000. Tietoa, osaamista, hallinnollisia rakenteita ja asiakaslähtöisyyttä? Aineeton pääoma julkisella sektorilla. *Hallinnon tutkimus* 19 (2), 130-148.
- Myllykangas, M., Elo, J. & Tuomainen, R. 1995. Medikalisaatio – aikamme sairaus. *Hyvinvointikatsaus* 6 (4), 38-42.
- Naumanen-Tuomela, P. 2001. Työterveyshoitajan asiantuntijuus työikäisten terveyden edistämistyössä muuttuvassa yhteiskunnassa. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 88.
- Narinen, A. 2000. Terveydenhuollon osastonhoitajan työn sisältö tällä hetkellä ja tulevaisuudessa. Tutkimus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osastonhoitajien sekä ylihoitajien mielipiteistä. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Väitöskirjat 1:2000.
- Newman, K., Maylor, U. & Chansarkar, B. 2002. "The nurse satisfaction, service quality and nurse retention chain". Implications for management of recruitment and retention. *Journal of Management in Medicine* 16 (4), 271-291.
- Nightingale, F. 1859/1960. Sairaanhoidosta. 2. suomalainen painos. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Niiniluoto, I. 2003. Totuuden rakastaminen. Tieteenfilosofisia esseitä. Helsinki: Otava.
- Nikander, P. 2002. Moniammatillinen viestintä: yhteistyö ja päätöksenteko sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa S. Torkkola. (toim.) *Terveysviestintä*. Helsinki: Tammi, 55-70.
- Nikkonen, M. 1997. Etnografinen malli. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Porvoo: WSOY, 137-151.
- Nilsson Kajermo, K., Nordström, G., Krusebrant, Å. & Björvell, H. 2000. Perceptions of research utilization: comparisons between health care professionals, nursing

- studets and a reference group of nurse clinicians. *Journal of Advanced Nursing* 31 (1), 99-109.
- Niskanen, J. 1997. Markkinaohjautuvuuden vaikutus arvoihin julkisessa sairaanhoidossa. Vaasan yliopisto. *Acta Wasaensia*. No 56. Hallintotiede 3.
- Nousiainen, I. 1998. Osastonhoitajien ja ylihoitajien käsityksiä sairaanhoitajan työn osaamis-alueista. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveystieteet.
- Nuikka, M-L. 2002. Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. *Acta Universitatis Tamperensis* 849.
- Nummenmaa, A. R. 2002. Ammattikorkeakoulu oppimisympäristönä. Teoksessa J-P. Liljander (toim.) *Omalla tiellä. Ammattikorkeakoulut kymmenen vuotta*. Helsinki: Arene Oy, 128-141.
- Nurmela, T. 2002. Ajattelun taito ja lupa ilmaista. Teoreettis-käsitteellinen tutkimus hoitotyön edellyttämästä kriittisen ajattelun taidosta ja sen edellytyksistä. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. *Acta Universitatis Tamperensis* 860.
- Nurminen, R. 2000. Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 80.
- Nykysuomen sanakirja. 1980. Lyhentämätön kansanpainos. Osat I ja II. A-K-. 7. painos. Porvoo: WSOY.
- Nykysuomen sivistyssanakirja. 1979. Vierasperäiset sanat. 3. painos. Porvoo: WSOY.
- Nykänen, K. 2002. Potilaiden kokemuksia hoidosta naistentautien poliklinikalla. *Aiheita* 18/2002. Helsinki: Stakes.
- Oiler Boyd, C. 1993. Combining Qualitative and Quantitative Approaches. In P. M. Munhall & C. Oiler Boyd (eds.) *Nursing Research: A Qualitative Perspective*. 2. ed. New York: National League for Nursing Press, 454-473.
- Olofsson, B., Bengtsson, C. & Brink, E. 2003. Absence of response: a study of nurses' experience of stress in workplace. *Journal of Nursing Management* 11, 351-358.
- Olson, R. & Vance, C. 1999. Mentorship in Nursing Education. In K. Stevens & V. Cassidy (eds.) *Evidence-Based Teaching. Current Research in Nursing Education*. Sudbury, MA: National League for Nursing, 23-69.
- Oranta, O., Routasalo, P. & Hupli, M. 2002. Sairaanhoitaja tutkimustiedon hyödyntäjänä. *Hoitotiede* 14 (1), 26-37.
- Orem, DE. 1985. *Nursing. Concepts of Practice*. 3. ed. New York: McGraw-Hill Book Company.
- O'Shea, E. 2003. Self-directed learning in nurse education: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 43 (1), 62-70.
- Outinen, M., Lempinen, K., Holma, T. & Haverinen, R. 1999. Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Paasivaara, L. 2002. Tavoitteet ja tosiasiallinen toiminta. Suomalaisen vanhustyön muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-luvulle. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. *Acta Universitatis Ouluensis* D 707.
- Pahkala, K., Pahkala, S., Utriainen, P. & Laippala, P. 1998. Työtä ja työyhteisöä kuvaavien tekijöiden yhteydet perusterveydenhuollon työyhteisöjen toimivuuteen. Esimerkkiaineistona entisen Vaasan läänin 21 terveyskeskusta ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. *Hallinnon tutkimus* 2, 122-132.
- Pahkala, K., Pahkala, S. & Laippala, P. 1999a. Työtä ja työyhteisöä kuvaavien tekijöiden vertailu perusterveydenhuollossa ja erikoissairanhoidossa. Esimerkkiaineistona entisen Vaasan läänin 21 terveyskeskusta ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. *Hallinnon tutkimus* 1, 77-92.

- Pahkala, S., Pahkala, K. & Laippala, P. 1999b. Omaa työyksikköä ja koko organisaatiota kuvaavien tekijöiden vertailu perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Esimerkkiaineistona entisen Vaasan läänin 21 terveyskeskusta ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. *Hallinnon tutkimus* 3, 251-265.
- Pahkala, S., Bragge, A., Laippala, P. & Pahkala, K. 2000. Esimiestoimintaa kuvaavien tekijöiden vertailu perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Esimerkkiaineistona entisen Vaasan läänin 21 terveyskeskusta ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. *Hallinnon tutkimus* 3, 263-277.
- Pallen, N. & Timmins, F. 2002. Research-based practice: myth or reality? A review of the barriers affecting research utilisation in practice. *Nurse Education in Practice* 2, 99-108.
- Palmu, P. & Suominen, T. 1999. Nuoren lyhytkirurgisessa hoidossa olevan potilaan ohjaus. *Hoitotiede* 11 (3), 119-127.
- Paloposki, S., Eskola, N., Heikkilä, J., Miettinen, M., Paavilainen, E. & Tarkka, M-T. 2003. Ammattikorkeakoulusta valmistuneiden sairaanhoitajien arvio teoreettisesta ja käytännöllisestä osaamisestaan. *Hoitotiede* 15 (4), 155-165.
- Parahoo, K. & McCaughan, e. M. 2001. Research utilization among medical and surgical nurses: A comparison of their self reports and perceptions of barriers and facilitators. *Journal of Nursing Management* 9, 21-30.
- Partanen, P. 1999. Hoitotyön nykytila ja sen kehittämistarpeet Kuopion yliopistollisen sairaalan sisätautien klinikassa 1998. Kuopion yliopistollinen sairaala. Sisätautien klinikka. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja. No 52/1999.
- Paterson, B., Leadbetter, D. & Bowie, V. 1999. Supporting nursing staff exposed to violence at work. *International Journal of Nursing Studies* 36, 479-486.
- Patton, M. Q. 1990. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 2. ed. London: Sage.
- Paukkunen, L., Turunen, H. & Tossavainen, K. 2003. Yhteistyöosaamisen rakentuminen sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa. *Kasvatus* 34 (3), 257-173.
- Paukkunen, L., Turunen, H., Taskinen, H., Tossavainen, K., Sinkkonen, S. & Niemelä, P. 2002. Koulutus ammatillisten arvojen ja tietorakenteen kehittäjänä sosiaali- ja terveysalalla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 39, 25-41.
- Paukkunen, L., Turunen, H., Tossavainen, K., Taskinen, H. & Sinkkonen, S. 2003. Interpersoonalliset prosessit ja yhteistyöosaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa – ammatillisen koulutuksen merkitys. *Hoitotiede* 15 (2), 74-88.
- Paunonen, M. 1993. Työyhteisöjen toimivuus hyvän hoidon edellytyksenä. *Hoitotiede* 5(2) 78-84.
- Peiponen, A., Brommels, M. & Kupiainen, O. 1996. Vakioitu potilastyytyväisyysmittari. *Suomen Lääkärilehti*, 51 (18-19), 2042-2048.
- Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 14 (5), 202-212.
- Peltonen, M. & Ruohotie, P. 1987. Motivaatio. Työmenetelmiä työhalun parantamiseksi. Aavaranta-sarja n:o 5. Helsinki: Otava
- Peltari, P. 1997. Sairaanhoitajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiot Tutkimuksia 80. Helsinki: Stakes.
- Peltari, P. & Rouhiainen, N. 1997. Verkostoitumalla ja yhteistyöllä innovaatioihin? – esimerkkinä sosiaali- ja terveysalan kehittämisprojektit. Teoksessa: T. Alasoini & M. Kyllönen (toim.) Aallon harjalla. Raportteja 4. Kansallinen työelämän kehittämisohjelma. 101-116.
- Perttula, J. 1995. Kokemuksen tutkimuksen luotettavuudesta. *Kasvatus* 26 (1), 39-47.
- Perälä, M-L. (toim.) 1997. Hoitotyön suunta. Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Helsinki: Stakes.

- Perälä, M-L. 1990. Muutos ja yksilövastuinen hoitotyö. *Hoitotiede* 2 (1), 98-104.
- Perälä, M-L. & Ponkala, O. (toim.) 1999. Tietoa ja taitoa terveysalalle. *Terveysalan korkeakoulutuksen arviointi*. Korkeakoulujen arviointineuvoston julkaisuja 8:1999. Helsinki: Edita.
- Peräkylä, A. 1996. Vuorovaikutus, valta ja instituutiot. *Sosiologia* 33(2), 89-102.
- Pihlainen, A. 2000. Hyvä, ihanteellisuus ja epäitsekkyys arvo- ja arvostuskäsityksinä terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä. Tampereen yliopisto. *Hoitotieteen laitos*.
- Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen & J. Pietarinen (toim.) *Tutkijan eettiset valinnat*. Helsinki: Gaudeamus Kirja, 58-69.
- Pintrich, P. 2000. The Role of Motivation in Self-regulated Learning. In P. Pintrich & P. Ruohotie (eds.) *Conative Constructs and Self-regulated learning*. Hämeenlinna: Research Centre for Vocational Education. 51-66.
- Pirttilä, I. 1997. Teoria, markkina-analyysi ja futurologinen silmä eksperttiyden ehtona. Teoksessa J. Kirjonen, P. Remes & A. Eteläpelto (toim.) *Muuttuva asiantuntijuus*. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos, 73-82.
- Pohjonen, P. 2001. Työssäoppiminen tarkasteltuna ammatillisen aikuiskoulutuksen ja työelämän näkökulmasta. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 844.
- Poikajärvi, K. 1998. Raskaudenkeskeytysprosessi asiakkaiden arvioimana. Kuopion yliopisto. *Terveydenhuollon koulutusohjelma*. Lisensiaattityö.
- Poikajärvi, K. & Mäkelä, M. 1998. Seksuaaliterveyspalvelut puntarissa. Onko neuvola-järjestelmää uudistettava? *Aiheita* 32. Helsinki: Stakes.
- Pulkkinen, M-L. 2000. Hoitoisuuden arviointi erikoissairaanhoidossa. Turun yliopisto. *Turun yliopiston julkaisuja*. Sarja C osa 163.
- Puumalainen, A., Långstedt, K. & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedon välitykseen. *Tutkiva Hoitotyö* 1 (1), 4-9.
- Raatikainen, R. 1992. Omatoimisuus kotisairaanhoidossa. *Hoitotiede* 4 (4), 171-175.
- Raehalme, O. 1999. The bank office as a learning environment. In P. Ruohotie, J. Honka & A. Suvanto (eds.) *The Developmental Challenges in the Cooperation of Education and Training and Working life*. Helsinki: Oy Edita Ab Pikapaino, 71-80.
- Raij, K. 2000. Toward profession. Clinical learning in hospital environment as described by student nurses. University of Helsinki. Department of Education. Research report 166.
- Rajala, R. 1999. Koulutuksesta työelämään – vaikuttavuutta etsimässä. Teoksessa R. Linnakngas (toim.) *Koulutus ja elämäntieteen näkökulmia koulutuksen vaikuttavuuteen*. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 28, 351-381.
- Rajavaara, M. 1994. Kaikenlaisia kehittäjiä ja kehittämisajattelua. Teoksessa T. Lindqvist & M. Rajavaara (toim.) *Kehittämistyö itseanalyysiin*. Raportteja 147, 45-56. Helsinki: Stakes.
- Ramritu, P.L. & Barnard, A. 2001. New graduates' understanding of competence. *International Nursing Review* 48, 47-57.
- Rasmus, M. 2002. Turvattomuus työtoverina. Turvattomuus ja välivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Kuopion yliopisto. *Kuopion yliopiston julkaisuja E*. Yhteiskuntatieteet 98.
- Raudaskoski, L. 2000. Ammattikorkeakoulun toimintaperustaa etsimässä. Toimilupahakemusten sisällönanalyttinen tarkastelu. Jyväskylän yliopisto. *Jyväskylä studies in education, psychology and social research* 166.

- Rauste-von Wright, M. 1997. Opettaja tienhaarassa. Konstruktionismia käytännössä. Juva: Atena.
- Rekola, L. 2003. Ammattikorkeakoulussa terveydenhuollon koulutuksessa toimivien opettajien tieteellisen tiedon hallintataidot. Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos.
- Renholm, M. & Suominen, T. 2000. Potilaiden kohtelu päivystysosastolla. *Hoitotiede* 12 (3), 111-120.
- Retsas, A. & Nolan, M. 1999. Barriers to nurses' use of research: an Australian hospital study. *International Journal of Nursing Studies* 36, 335-343.
- Ring, L. & Danielson, E. 1999. Blivanda sjuksköterskors syn på sin utbildning och kommande yrkesroll. *Vård i Norden* 19 (2), 10-16.
- Rippon, T. 2000. Aggression and violence in health care. *Journal of Advanced Nursing* 31 (2), 425-460.
- Roberts, S. 2000. Development of a Positive Professional Identity: Liberating Oneself from the Oppressor Within. *Advances in Nursing Science* 22 (4), 71-82.
- Robertson, I. 1988. *Sociology*. 3. ed. New York: Worth Publishers, Inc.
- Rosser, M. & King, L. 2003. Transition of experiences of qualified nurses moving into hospice nursing. *Journal of Advanced Nursing* 43 (2), 206-215.
- Roy, C. 1984. The Roy Adaptation Model of Nursing. In C. Roy (ed.) *Introduction to Nursing. An Adaptation Model*. 2. ed. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 27-41.
- Ruohomäki, V. 2002. Simulation game for organisation development. Development, use and evaluation of the Work Flow Game. *Industrial Management and Work and Organizational Psychology*. Report No 20. Espoo: Helsinki University of Technology.
- Ruohomäki, V. & Pankakoski, M. 1996. Simulaatiopeli osallistuvan kehittämisen ja työssä oppimisen menetelmänä. *Aikuiskasvatus* 16 (2), 104-114.
- Ruohotie, P. 1995. Ammatillinen kasvu työelämässä. Tampereen yliopiston opettajakoulutuslaitos. Ammattikasvatussarja 8.
- Ruohotie, P. 1996a. Professional Growth and Development. In K. Leithwood et al. (eds.) *International Handbook of Educational Leadership and Administration*. Dordrecht: Kluwer Academic Publisher, 419-455.
- Ruohotie, P. 1996b. Professional Growth and Development in Organizations. In P. Ruohotie & P. P. Grimmett (eds.) *Professional Growth and Development: Directions, Delivery and Dilemmas*. Vancouver: Career Education Center, 9-69.
- Ruohotie, P. 1999. Relationship-based learning in the work environment. In P. Ruohotie, J. Honka & A. Suvanto (eds.) *The Developmental Challenges in the Cooperation of Education an Training and Working life*. Helsinki: Oy Edita Ab Pikapaino, 19-35.
- Ruohotie, P. 2000a. Ammattikasvatuksen yliopistollinen opetus ja tutkimus. Teoksessa A. Rajaniemi (toim.) *Suomalaisen ammattikasvatuksen historia. OKKA – säätiön julkaisuja & Tampereen yliopiston ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskuksen julkaisuja*, 282-286.
- Ruohotie, P. 2000b. *Oppiminen ja ammatillinen kasvu*. Helsinki: WSOY.
- Ruohotie, P. 2002. The Development of Competence and Qualifications as the Objective of Vocational Higher Education. In H. Niemi & P. Ruohotie (eds.) *Theoretical Understanding for Learning in Virtual University*. Hämeenlinna: RCVE.
- Ruohotie, P. 2003. Asiantuntijana kehittyminen. Teoksessa E. Okkonen (toim.) *Ammattikorkeakoulun jatkotutkinto –lähtökohdat ja haasteet*. Julkaisu 1. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu, 64-79

- Ruotsalainen, P. 2000. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa S. Nouko-Juvonen, P. Ruotsalainen, P. & I. Kiikkala (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi, 7-32.
- Russell, S., Daly, J., Hughes, E. & op't Hoog, C. 2003. Nurses and 'difficult' patients: negotiating non-compliance. *Journal of Advanced Nursing* 43 (3), 281-287.
- Räikkönen, O. & Perälä, M-L. 2003. Menetelmä asiakaslähtöisen toiminnan edellytysten arviointiin hoitotyössä – Indeksien kehittäminen. *Hoitotiede* 15(3), 131-143.
- Räisänen, A. 2002. Hoitotyöntekijöiksi valmistuvien osaaminen. Vertailututkimus opisto-asteelta ja ammattikorkeakouluista valmistuvien hoitotyöntekijöiden hoitotyön toimintojen hallinnasta sekä opetuksen ja opiskelun painotuksista. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C osa 178.
- Rönqvist, D., Thunborg, C. & Ellström, P-E. 1999. Arbete, kompetenskrav och lärande inom hälso- och sjukvården. Linköpings universitet. Institution för pedagogik och psykologi, LiU-Pek-R-209..
- Saarela, K. L. 1999. Fyysinen väkivalta ja uhkatilanteet työssä. Teoksessa R. Pietiläinen (toim.) Työ vuonna 2005 – näkymiä suomalaiseen työelämään. Helsinki: Työterveyslaitos, 103-107.
- Saarikoski, M. 2002. Clinical Learning Environment and Supervision. Development and Validation of the CLES evaluation Scale. Turun yliopisto. *Annales Universitatis Turkuensis*. Sarja D, osa 525.
- Sackmann, S. 1997. Introduction. In S. Sackmann (ed.) *Cultural Complexity in Organizations. Inherent Contrasts and Contractions*. London: Sage, 1-13.
- Sairaanhoitajien ammatillisen pätevyyden arvioinnin kehittäminen Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa – yhteenveto kehittämisprojektistä. 1998. HYKS. Hoitotyön osasto. Helsinki.
- Sairaanhoitajaliitto. 2003. Sairaanhoitajan ammattiuralla eteneminen 18.-19.2003. Finlandiatalo. <<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/page.asp?Section=1&Item=492>> Luettu 30.8.2003.
- Sajama, S. 1993. Arkipäivän filosofiaa. Tampere: Kirjayhtymä Oy.
- Salminen, L. 2000. Hoitotyön opettajan muotokuva – opettajaan kohdistuvat vaatimukset ja niiden arviointi. Turun yliopisto. *Annales Universitatis Turkuensis*. Sarja C. Osa 158.
- Salvage, J. (ed.) 1993. *Nursing in action. Strengthening nursing and midwifery to support health for all*. WHO Regional Publications, European Series, No. 48.
- Samuelson, H. 1991. Nurses between disease and illness. In P. Holden & J. Littlewood (eds.) *Anthropology and Nursing*. London: Routledge, 190-201.
- Sanday, P. R. 1983. The ethnographic paradigm(s). In J. Van Maanen (ed.) *Qualitative Methodology*. California: Sage, 19-36.
- Sandell, K., Tarkka, M-T. & Åstedt-Kurki, P. 2001. Hoitotyön opiskelijoiden itseohjautuvuusvalmius ja itseohjautuvan oppimisprosessin tukeminen. *Hoitotiede* 13 (2), 78-86.
- Sandelowski, M. 1995a. Sample Size in Qualitative Research. *Research in Nursing & Health*, 18, 179-183.
- Sandelowski, M. 1995b. Qualitative Analysis: What It Is and How to Begin. *Research in Nursing & Health*, 18, 371-375.
- Sarajärvi, A. 2002. Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutuminen sairaanhoitajakoulutuksen aikana. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, D 674.

- Sarvimäki, A. & Sandelin Benkö, S. 1998. Culture and Climate I: Investigating Aspects of Organizational and Care Culture by Use of Proverbs. *Vård i Norden* 18 (2), 26-30, 36.
- Sarvimäki, A. & Sandelin Benkö, S. 2001. Values and evaluation in health care. *Journal of Nursing Management*, 9, 129-137.
- Schein, E. H. 1977. *Organisaatiopsykologia*. Jyväskylä: Gummerus.
- Schein, E. H. 1987. *Organisaatiokulttuuri ja johtaminen*. Espoo: Weilin+Göös.
- Schwartzman, H. B. 1993. *Ethnography in organizations. Qualitative research methods series 27*. London: Sage.
- Seppälä, P. 1994. Työn suunnittelu ja uudelleen muotoilu. Teoksessa K. Lindström (toim.) *Terve työyhteisö*. Helsinki: Työterveyslaitos, 53-67.
- Seppänen-Järvelä, R. 2000. Toimijalähtöinen prosessikehittäjä sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Aikuiskasvatus* 20 (1), 23-32.
- Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun opettajakoulutuslaitos. *Acta Universitatis Ouluensis. E Scientiae Rerum Socialium* 37.
- Sihvo, S. & Koponen, P. (toim.) 1998. *Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Raportteja*. 220. Helsinki: Stakes.
- Silius, H. 1995. Sukupuolitetun ammatillisuuden julkisuus ja yksityisyys. Teoksessa L. Eräsaari, R. Julkunen & H. Silius (toim.) *Naiset julkisen ja yksityisen rajalla*. Tampere: Vastapaino, 49-64.
- Silfverberg, P. 1996. *Ideasta projektiksi. Projektisuunnitelman käsikirja*. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Siljander, P. 1992. Metodologisen eklektismin ongelma kasvatustieteessä. *Kasvatus* 23 (1), 14-21.
- Sinervo, T. 1997. Sosiaali- ja terveysalan muuttuvat kulttuurit. Teoksessa L. Simonen, M. Elovainio, & H. Valtonen (toim.) *Sosiaalitutkimuksen valossa*. Helsinki: Stakes, 189-202.
- Sinervo, T. 2000. *Work in Care for the Elderly. Combining theories of job design, stress, information processing and organizational cultures*. Research report 109. Helsinki: Stakes.
- Sinkkonen, S. 1999. Onko sukupuolella väliä johtamisessa? Teoksessa R. Simoila, R. Kangas & J. Ranta (toim.) *Hoitotyötä johtamaan*. Helsinki: Kirjayhtymä, 170-183.
- Sinkkonen, S. & Taskinen, H. 2002. Johtamisosaamisen vaatimukset ja taso perusterveydenhuollon hoitotyön johtajilla. *Hoitotiede* 14 (3), 127-141.
- Sirkka, K. A. 2001. Sairaanhoitajasta sairaanhoitajaksi. Korkea-asteen tutkintoon johtava monimuotokoulutus itseohjatun ammatillisen kasvun ja kehityksen välineenä Suomessa ja Unkarissa. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, osa 172.
- Sjögren, A., Poskiparta, M. & Liimatainen, L. 2000. Edistetäänkö terveyttä? Kahden terveysalan ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmien analyysi. *Hoitotiede* 12 (1), 3-14.
- Sjögren, A., Poskiparta, M. & Liimatainen, L. 2002. Terveydenedistäminen. Ammattikorkeakoulujen terveysalan koulutuksen opettajien käsityksiä terveyden edistämisestä ja sen opetuksesta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 39, 64-72.
- Soini, T., Rauste-von Wright, M-L. Pyhältö, K. 2003. Oppiva organisaatio –tyhjä käsite vai kehittämisen väline? *Aikuiskasvatus* 23 (4), 283-291.
- Sormunen, S., Koponen, P. & Hemminki, E. 2001. Terveydenhoitajien ja kättilöiden käsityksiä koulutuksen ja nykyisen työn vastaavuudesta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 38, 251-259.

- Sorrell, J. M. & Redmond, G. M. 1995. Interviews in qualitative nursing research: differing approaches for ethnographic and phenomenological studies. *Journal of Advanced Nursing* 21, 1117-1122.
- Stenfors, P. 1999. Tieteellisen ja kriittisen ajattelun kehittyminen hoitotyön koulutuksessa. *Seurantatutkimus sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja kättilökoulutuksesta*. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Stenström, M-L. 1993. Ammatillisen identiteetin kehittyminen. Teoksessa A. Eteläpelto & R. Miettinen (toim.) *Ammattitaito ja ammatillinen kasvu*. Helsinki: Kasvatustieteiden tutkimuslaitos, 31-45.
- Stevens, K. 1999. Advancing Evidence-Based Teaching. In K. Stevens & V. Cassidy (eds.) *Evidence-Based Teaching. Current Research in Nursing Education*. Sudbury, MA: National League for Nursing, 1-22.
- Ståhl, T. & Kannas, L. 2002. Aikuisväestön liikunnan edistämisen onnistuminen kansalaisten arvioimana. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 39, 172-183.
- Sukula, S. 2002. Osallistuva asiakas. Teoksessa S. Torkkola. (toim.) *Terveysviestintä*. Helsinki: Tammi, 13-23.
- Suojanen, P. 1982a. Tutkimusstrategia ja tutkijan ideologia. Teoksessa P. Suojanen & L. Saressalo (toim.) *Kulttuurin kenttätutkimus*. Tampereen yliopiston kansanperinteen laitoksen julkaisuja 9. *Kulttuuri ja kieli* 1, 11-35.
- Suojanen, P. 1982b. Osallistuva havainnointi työvälineenä. Teoksessa P. Suojanen & L. Saressalo (toim.) *Kulttuurin kenttätutkimus*. Tampereen yliopiston kansanperinteen laitoksen julkaisuja 9. *Kulttuuri ja kieli* 1, 137-175.
- Suojanen, P. 1996. Kulttuurien tutkijan arki. *Kokemuksia omasta ja vieraasta*. Jyväskylä: Antrokirjat.
- Suominen, T., Leino-Kipli, H., Mäkelä, M., Irvine Doran, D., McDaniel, C. & Puukko, P. 2001. Tehotyön koettu hallinta ja organisaatioetiikka. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 38, 239-250.
- Suonsivu, K. 2003. Kun mitkään ei riitä. Hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden väliset yhteydet työyhteisötekijöihin. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 926.
- Suoranta, J. 1993. Metodologinen fundamentalismi ja sen viholliset. *Kasvatus* 24 (1), 38-46.
- Sveiby, 1990. *Valta ja johtaminen asiantuntijaorganisaatioissa*. Helsinki: Weilin+Göös.
- Söderholm, S. 1996. Antropologinen kulttuuritutkimus. Teoksessa J. Kupiainen & E. Sevänen (toim.) *Kulttuurin tutkimus*. Johdanto. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 119-142.
- Säntti, R. 2000. Yrityskulttuuri ja osaaminen. Teoksessa P. Ruohotie, J. Honka & L. Mustonen (toim.) *Työssäoppimisen haasteet ammattikasvatukselle*. Ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskus. *Julkaisu D:126*. Hämeen ammattikorkeakoulu, 80-89.
- Syrjäläinen, E. 1994. Etnografinen opetuksen tutkimus: kouluetnografia. Teoksessa L. Syrjälä, S. Ahonen, E. Syrjäläinen & S. Saari (toim.) *Laadullisen tutkimuksen työtapoja*. Rauma: Kirjayhtymä, 67-112.
- Syrjäläinen, E. 1995. Etnografinen lähestymistapa opetuksen tutkimuksessa. Teoksessa A. Vaahtokari & A. Vähäpassi (toim.) *Tutki, vertaile, arvioi – näkökulmia opetuksen suunnitteluun ja toteutukseen*. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. *Oppimateriaaleja* 51, 78-93.
- Tammelin, K. 2000. Sairaanhoitajan roolimallin muutos. *Kulttuuriantropologinen näkökulma*. *Sairaanhoitaja* 73 (5), 20-23.
- Telaranta, S. 1999. *Hoitotyön hallinto*. Tampere: Kirjayhtymä Oy.

- Tesch, R. 1995. *Qualitative research*. 3. painos. Hampshire: The Falmer Press.
- Thompson, C., McGaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T., Mulhall, A. & Thompson, D. 2001. Research information in nurses' clinical decision-making: What is useful? *Journal of Advanced Nursing* 36 (3), 376-388.
- Toikka, K. 1992. *Kehittävä kvalifikaatiotutkimus*. 1. – 3. painos. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Julkaisusarja B nro 25, 1984. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Torkkola, S. 2002. (toim.) *Terveysviestintä*. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuomi-Gröhn, T. 2001. Työssäoppiminen ja kehittävä siirtovaikutus koulun ja työn silanrakentajana. Teoksessa T. Tuomi-Gröhn, & Y. Engeström (toim.) *Koulun ja työn rajavyöhykkeellä. Uusia työssä oppimisen mahdollisuuksia*. Helsinki: Yliopistopaino, 8-18.
- Tuomisto, J. 1997. Työelämän uudet oppimisvaatimukset – lähtökohdat, haasteet ja ongelmat. Teoksessa P. Sallila & J. Tuomisto (toim.) *Työn muutos ja oppiminen*. Kansanvalitusseura ja aikuiskasvatuksen Tutkimusseura. *Aikuiskasvatuksen* 38. vuosikirja, 11-55.
- Tuorila, H. 2000. Potilaskuluttaja terveystuotteilla. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 764.
- Turunen, K. E. 1992. *Arvojen todellisuus*. Helsinki: SHKS.
- Tynjälä, P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Kasvatus* 22 (5-6), 387-398.
- Tynjälä, P. 1999. Konstruktivistisen ja perinteisen oppimisympäristön vertailu yliopistossa. *Aikuiskasvatus* 19 (3), 257-262.
- Tynjälä, P. 2003. Oppiminen koulutuksen ja työelämän vuorovaikutuksessa. *Ammattikasvatuksen aikakauskirja* 5 (3), 8-20.
- Töry, E. 2001. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. Kuopion yliopisto. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 86.
- Töry, E., Vehviläinen-Julkunen, K., Roine, E., Naumanen-Tuomela, P. & Rissanen, V. 2000. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa – kyselytutkimus osastopotilaille. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 37, 223-231.
- Unsworth, J. 2000. Practice development: a concept analysis. *Journal of Nursing Management* 8, 317-326.
- Upenieks, V. 2003. What Constitute Effective Leadership? Perceptions of Magnet and Nonmagnet Nurse Leaders. *Jona* 33 (9), 456-203.
- Vanhanen, L. 2000. Terveystuotteen opiskelijoiden suuntautuminen hoitamiseen. Oulun Yliopisto. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 579.
- Vahtera, J., Kivimäki, M. & Virtanen, P. (toim.) 2002. Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Varto, J. 1992. *Laadullisen tutkimuksen metodologia*. Hygieia. Terveystuotteen- ja sairaanhoitajan kirjasto. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Vatanen, L. 1994. Muutos ja sen tulevaisuus hoitotyössä ja sen johtamisessa. Teoksessa S. Salo & S. Leisti (toim.) *Muutos ja johtajuus. Näkökulmia terveydenhuollon murrokseen*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 227-237.
- Vallimies-Patomäki, M., Perälä, M-L. & Lindström, E. 2003. Miten sairaanhoitajan tehtävänkuvien laajentaminen on onnistunut? Systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva Hoitotyö* 1 (2), 10-15.
- Vesterinen, M-L. 2002. Ammatillinen harjoittelu osana asiantuntijuuden kehittymistä ammattikorkeakoulussa. Jyväskylän yliopisto. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 196.

- Vesterinen, P. 2001. Projektiopiskelu ja –oppiminen ammattikorkeakoulussa. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 189.
- Viitanen, E. 1997. Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksessa. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol. 577.
- Virkkunen, J., Engeström, Y., Pihlaja, J. & Helle, M. 1999. Muutoslaboratorio. Uusi tapa oppia ja kehittää työtä. Työministerö. Raportteja 6. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Virtanen, M., Kivimäki, M. & Elovainio, M. 2000. Määräaikainen työsuhde, työtyytyväisyys ja terveys: tutkimus sairaalahenkilöstöstä. Työ ja ihminen 14 (4), 354-369.
- Vuori, J. 1993. Motivaatio julkisessa ja yksityisessä organisaatiokulttuurissa. Vertaileva tutkimus julkisen ja yksityisen sairaalan henkilöstöstä. Vaasan yliopiston julkaisu- ja Tutkimuksia No 175. Hallintotiede 15.
- Vuori, J. 1995. Kenen terveydenhuolto? Julkinen ja yksityinen vertailussa. Tutkimus henkilöstön merkityssuhteista julkisen ja yksityisen sairaalaorganisaation osastokulttuurissa. Vaasa: Ankkurikustannus Oy.
- Vuori, J. 2001. Oppimisen ja johtamisen mahdollisuudesta terveydenhuollon organisaatioissa. Terveydenhuollon popperilainen falsifikaatioteoria. Hallinnon tutkimus 2, 166-187.
- Välimäki, M. & Suhonen, R. 2003. Sairaalahoiton laatu – potilaan näkökulma: mittarin testaus suomalaisella aineistolla. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 40, 130-143.
- Vänttinen, T. 1996. Kätilö synnyttäjän ja hänen perheensä hoitajana – tulevaisuusorientoitunut delfitutkimus kätilön kvalifikaatioista muuttuvassa toimintaympäristöissä. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Lisensiaatin tutkimus.
- Väärälä, R. 1995. Ammattikoulutus ja kvalifikaatiot. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.
- Wainwright, P. 1996. Professionalism and the Concept of Role Extension. In G. Hunt & P. Wainwright (eds.) Expanding the Role of the Nurse. THE Sope of Professional Practice. 4. ed. London: Blackwell Science, 3-21.
- Walle, P. 2003. Mentoroitu työkierto avartaa osaamista. Sairaanhoidaja 76 (1), 8-10.
- Waris, K. 1997. Toimiva työyhteisö ja sopivasti haasteellinen työ lisäävät motivaatiota ja toimintakykyä sekä parantavat itsearvostusta. Työ ja ympäristö. Työympäristötutkimuksen vuosikirja 11 (2), 94-114.
- Waris, K. 1999. Mental well-being at work. A sign of a healthy organisation and a necessary precondition for organisational development. Finnish Institute of Occupational Health. People and work. Research reports 28.
- Watson, J. 1998. Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing. New York: National League for Nursing.
- Watson, R., Stimpson, A., Topping, A. & Porock, D. 2002. Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. Journal of Advanced Nursing 39 (5), 421-431.
- Weick, K. E. 1985. The significance of corporate culture. In P. J. Frost, L. F. Moore, M. R. Louis, C. C. Lundberg & J. Martin. (ed.) 1985. Organizational Culture. Newbury Park, California: Sage.
- Wenger, E. 1999. Communities of Practice. Learning, Meaning, and Identity. Gambridge: Gambridge University Press.
- West, E. 2000. Organisational sources of safety and danger: sociological contributions to the study of adverse events. Quality in Health Care 9, 120-126.

- White, A. 2003. Clinical Decision Making Among Fourth-Year Nursing Students: An Interpretive Study. *Journal of Nursing Education* 42 (3), 113-120.
- Whitehead, D. 2001. Health education, behavioural change and social psychology: nursing's contribution to health promotion? *Journal of Advanced Nursing* 36 (4), 822-832.
- Wickström, G., Laine, M., Pentti, J., Elovainio, K. & Lindström, K. 2000. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – muutokset 1990-luvulla. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Wiili-Peltola, E. 2000. Sairaala sosiaalisena organisaationa: Uusia kuvia vanhoissa raameissa? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 37, 122-133.
- Wiio, O. & Puska, P. 1993. *Terveysviestinnän opas*. Keuruu: Otava.
- Yoder, L. 1995. Staff nurses' career development relationships and self-reports of professionalism, job satisfaction and intent to stay. *Nursing Research* 44 (5), 290-297.
- Yura, H. & Walsh, M. 1983. *The Nursing Process. Assessing, Planning, Implementing, Evaluating*. 4. ed. Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Zisberg, A., Bal-Tal, Y. & Krulik, T. 2003. The Presence of Nursing Students and its Influence on the Quality of Care Provided by Staff Nurses. *Nursing Outlook* 51 (3), 102-107.
- Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T. & Paunonen-Ilmonen, M. 2001. Interaction between adult patients' family members and nursing staff on a hospital ward. *Scand J Caring Sci* 15, 142-150.

LIITE 1

Tutkimuksen eteneminen ja työprosessin vaiheet (v. 1997 – v. 2004)

TUTKIMUS- PROSESSIN VAIHEET	I VAIHE			II VAIHE			
	→	→	→	→	→	→	→
	KEVÄT 1997 → SYKSY 1997	KEVÄT 1998 → SYKSY 1998	KEVÄT 1999 → SYKSY 1999	KEVÄT 2000 → SYKSY 2000	KEVÄT 2001 → SYKSY 2001	KEVÄT 2002 → KEVÄT 2003	SYKSY 2003 → KEVÄT 2004
Tutkimuskysymyk- sen etsintä ja täsmentäminen	- → →	→ →	→ →	→	→ →	→	Esi- tarkastus ↓
Teoreettisen kehi- kon rakentaminen	-- →	→ →	→ →	→ → →	→ → →	→ → →	Korjauk- set ↓
Aineiston keruu	→ →	→ → →	→ ---	---	→	---	Viimeis- tely ↓
Aineiston analyysi	--- →	→	→ →	→ → →	→ → →	→ →	Julkis- taminen ↓
Raportin kirjoitta- minen			--- →	→ → →	→ →	→ → →	↓ Toinen purku

LIITE 2

DOKUMENTTILUETTELO JA TEKSTISSÄ KÄYTETYT LYHENTEET

Dokumentit:

- D:A = alustus; tutkijan rooli yksikön kehittämistoiminnassa
D:AKH = aikaisempien kehittämishankkeisiin liittyvä materiaali
D:E = tutkimusorganisaation esite
D:HF = tutkimusorganisaation hoitofilosofia
D:KL = Kätilöliiton julkaisema materiaali
D:KM = osaston kokous- ja kehittämispäivämuistiot muistiot
D:LK = laatukoulutusmateriaali
D:LM = tutkimusorganisaation hoitajien yhteinen koulutuspäivä;
luentomuistiin panot
D:PO = kirjalliset potilasohjeet
R&R = tutkimusyksikössä asioineiden potilaiden 'ruusut ja risut' -palautteet
D:SP = tutkimusyksikön simulaatiopelimateriaali
D:T = kuukausitilastot
D:TT = tutkimusorganisaatiossa tehty tyytyväisyystutkimus
D:TV = terveysviraston ja sairaanhoitopiirin julkaisemaa materiaalia
-

Haastattelut:

- H1 –H7 = hoitajien haastattelut
H8 = potilaan haastattelu
H9 = opiskelijan haastattelu
-

Havainnointiaineisto:

- PK = havainnointi- ja tutkimuspäiväkirja (sivut 1-215)

LIITE 3

TUTKIMUSYKSIKÖN KOULUTUS- JA KEHITTÄMISTILAISUUDET

Luettelo tutkimusorganisaation ja -yksikön koulutus- ja kehittämistilaisuuksista, joihin osallistuin tutkijana 1997-2001.

25.3.1997	Alkuneuvottelu: sairaalan laatupäällikkö ja tutkija	
11.4.1997	Alkuneuvottelu: kolme ylihoitajaa ja tutkija	
22.4.1997	Tutkimusorganisaation laatukoulutus; I päivä	
21.5.1997	Tutkimusorganisaation laatukoulutus; II päivä	
11.6.1997	Tutkimusorganisaation laatukoulutus; III päivä	
2.9.1997	Tutkimusorganisaation laatukoulutus; IV päivä	
15.9.1997	Suunnittelukokous; aikataulut (oh ja tutkija)	
22.10.1997	Suunnittelukokous (Iso ryhmä)	
13.10.1997	Suunnittelukokous (Pikku ryhmä)	
27.10.1997	Suunnittelukokous (Iso ryhmä)	
17.11.1997	Suunnittelukokous (Pikku ryhmä)	
20.11.1997	Neuvottelu toiminnan jatkamisesta: kaksi ylihoitajaa ja tutkija	
20.11.1997	Tutkimusyksikön koulutuspäivä (Park –hotelli)	
26.11.1997	Simulaatiopäivä	
1.12.1997	Tutkimusyksikön osastokokous	
17.12.1997	Suunnittelukokous (Pikku ryhmä)	
19.1.1998	Suunnittelukokous (Pikku ryhmä)	
26.1.1998	Suunnittelukokous (Pikku ryhmä)	
29.1.1998	Opintomatka Joensuuhun	
2.2.1998	Suunnittelukokous (Iso ryhmä)	
9.2.1998	Tutkimusyksikön osastokokous	
12.2.1998	Simulaatiopäivän purku	
16.2.1998	Suunnittelukokous (Pikku ryhmä)	
2.3.1998	Suunnittelukokous (Pikku ryhmä)	
9.3.1998	Suunnittelukokous (Pikku ryhmä)	
20.4.1998	Tutkimusyksikön osastokokous (Peili, 1. esitys)	
1.10.1998	Hoitajien koulutuspäivä: ylihoitajan luento	
6.10.1998	Tutkimusyksikön osastokokous (Peili, 2. esitys)	
15.11.2001	Tutkimusyksikön osastokokous (Peili, 3. esitys)	N = 29

HAASTATTELUTEEMAT

HOITAJIEN HAASTATTELU (H 1 – H 7)

Nimi:

TAUSTATIETOJA

Koulutus

Valmistunut ?

Työkokemus: Muualla, Tässä sairaalassa, GPKL:lla

KUVAILE ITSEÄSI HOITAJAN JA SIINÄ TAPAHTUNEITA MUUTOKSIA?

TYÖN MUUTOKSET JA NIIDEN VAIKUTUKSET AMMATTITAITOON?
HENKILÖKOHTAISET KEHITTYMISTARPEET

HYVÄN HOITAJAN MUOTOKUVA?

OMAN TYÖN KUVAILU

(esim. kuvaa tyypillinen päivä, jolloin tehtäväsi on toimia ajanvarausvastaanotolla. Puhelinneuvonta? Erikoistehtävät?)

OMAN TYÖN SÄÄTELY

(Esim. työvuoroja, huonesijoitusta, aikataulua)

PÄÄTÖKSENTEKO OMASSA TYÖSSÄSI (Millaista asioita sinä päätät työpäiväsi aikana? Vaikuttamismahdollisuudet.)

TÄRKEINTÄ TYÖSSÄSI? PARASTA TYÖSSÄSI?

Kerro esimerkki jostain onnistuneesta tilanteesta. Mikä edesauttoi tilanteen onnistumiseen?

PAHINTA? Mistä asioista pidät vähiten?

Kerro esimerkki jostain epäonnistuneesta tilanteesta. Mikä vaikutti, että tilanne epäonnistui?

TYÖN KOHDE ja TYÖN TAVOITE

Millainen on asiakkaasi? Ovatko asiakkaat muuttuneet? Ovatko asiakkaiden terveysongelmat muuttuneet? Miten?

Kuvaile, millainen on 'hyvä' asiakas? Entä hankala asiakas?

TYÖN TAVOITE?

Pääsetkö tavoitteeseesi?

Kuvaile, millaista on hyvä polikliininen hoito?

TYÖYHTEISÖ

Kuvaile GPKL:ää työyhteisönä.

Ketkä kuuluvat GPKL:n tiimiin?

LIITE 4 2(2)

TYÖNJAKO (Miten tehtävät jaetaan hoitajien kesken? Entä hoitajien ja lääkärien kesken? Muuttaisitko ja miten työnjakoon liittyviä tekijöitä?)

TYÖVÄLINEET ja SÄÄNNÖT

Millaisia välineitä? ATK ? KHS? Hoitotyön periaatteet?

Teorian merkitys? Hoitotiede?

Millaisia sääntöjä? Miten ne vaikuttavat toimintaan? Rajoittavatko vai auttavatko?

KEHITTÄMISTOIMINTA

Miten kehittäisit omaa työtäsi?

Entä PKL:n toimintaa yleensä?

Tulevaisuuden visiot?

POTILASHAASTATTELU (H 8)

HYVÄ HOITO SINUN MIELESTÄSI? HYVÄ HOITAJA?

HOITOONHAKEUTUMINEN JA HOITOKOKEMUKSET

- ODOTUKSET JA TUNTEET PKL:LLE MENNESSÄ?
- VASTAANOTOLLE TULO. KETÄ TAPASIT JA MITÄ TAPAHTUI?
- ENTÄ SITTEN? MITEN TILANNE ETENI?
- MITEN TUTKIMUS SUJUI?
- MUISTATKO HOITAJAN OSUUTTA TUTKIMUSHUONEESSA?
- ENTÄ JÄLKITARKASTUS?

MITEN ARVIOISIT HOITOA?

KERROTKO SAAMASTASI OHJAUKSESTA? TIEDONSAANTI TUTKIMUKSESTA, SEN TULOKSESTA JA HOIDOSTA? KUKA TÄMÄN TIEDON ANTOI?

KOTIHOITO-OHJEET? KUKA OHJASI?

MITEN KAUAN OLIT POLIKLINIKALLA?

ILMAPIIRI POLIKLINIKALLA?

POLIKLINIKAN TILAT?

OPISKELIJAN HAASTATTELU (H 9)

Avoin keskustelu aiheesta 'harjoittelujakso GPKL:lla. Oppimiskokemukset.'