

HOITAMISEN LAATUUN VAIKUTTAMINEN
VANHUSTEN PITKÄAIKAISHOIDOSSA HOITAJIEN
KOKEMANA

Tampereen yliopisto

Lääketieteellinen tiedekunta

Hoitotieteen laitos

Pro gradu –tutkielma

Satu Kuivalainen (61557)

Toukokuu 2007

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos

KUIVALAINEN, SATU: Hoitamisen laatuun vaikuttaminen vanhusten pitkäaikaishoidossa hoitajien kokemana

Pro gradu –tutkielma, 79 sivua
Ohjaajat: Professori, TtT Eija Paavilainen ja Yliassistentti, THM Sirpa Salin
Hoitotiede
Toukokuu 2007

Hoitamisen laatuun vaikuttamista vanhusten pitkäaikaishoidossa hoitohenkilökunnan näkökulmasta ei ole juurikaan tutkittu. Tutkimustehtävänä oli selvittää vaikuttamiskeinot, vaikuttamista edistävät ja estävät tekijät ja vaikuttamiskohteet sekä vaikuttamismahdollisuuksien määrä hoitamisen laatuun liittyen hoitohenkilökunnan kokemana vanhusten pitkäaikaishoidossa.

Tutkimusaineisto on osa Stakesin laitostutkimus 1 -kyselytutkimusta. Aineisto on kerätty vuodenvaihteessa 1998-1999. Tutkimukseen vastasi 2998 vanhusten pitkäaikaishoidossa työskentelevää henkilöä. Tämän tutkimuksen aineisto muodostui kahden avoimen kysymyksen vastauksista. Kysymykset olivat: ”Kuvaa, millaisia mahdollisuuksia sinulla on vaikuttaa siihen, miten asiakkaita / potilaita hoidetaan yksikössäsi?” ja ”Millaisia mahdollisuuksia sinulla on vaikuttaa hoidon laatuun?” Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin aineistolähtöistä sisällön analyysia.

Tutkimustulosten mukaan hoitamisen laatuun vaikuttamiskeinoja olivat oman persoonan hyödyntäminen, yhteistyö ja asiantuntijuuden käyttäminen. Hoitamisen laatuun vaikuttamista edistäviä tekijöitä olivat hyvä ilmapiiri, onnistunut työnjako, hyvät ammatilliset ominaisuudet sekä hyvät työyhteisön voimavarat. Hoitamisen laatuun vaikuttamista estäviä tekijöitä olivat huono ilmapiiri, työnjaon ongelmat, rajoitetut ammatilliset ominaisuudet sekä puutteelliset työyhteisön voimavarat. Vanhusten pitkäaikaishoidossa vaikuttamisen kohteita olivat tilanteen sisäinen vaikuttaminen ja tilanteen ehtoihin vaikuttaminen. Puolet asiaa kommentoineista koki, että heillä on paljon mahdollisuuksia vaikuttaa hoitamisen laatuun.

Hoitamisen laatuun vaikuttaminen vanhusten pitkäaikaishoidossa paljastui moniulotteiseksi ilmiöksi. Saatua tuloksia voidaan käyttää vanhustenhuollon yksiköissä kehittämistyössä. Jatkotutkimuskohteina voisivat olla tulosten testaaminen hoitotyön muilla toiminta-aloilla.

Asiasanat: hoitamisen laatu, vaikuttaminen, vanhusten pitkäaikaishoito

ABSTRACT

University of Tampere
Department of Nursing Science

KUIVALAINEN, SATU: Influencing in a quality of care in elderly long-term care. Nurses' view.

Master's thesis, 79 pages
Supervisors: Professor, PhD Eija Paavilainen and Senior Assistant, MNSc Sirpa Salin
Nursing Science
May 2007

There is not very much research on influencing on a quality of care in elderly long-term care from nurses' point of view. The purpose of the study was to describe what kind of ways nurses have in influencing in the quality of care, what kind of factors promotes and prevents influencing, what kind of objects in influencing they have and how much can they influence in the quality of care in long-term elderly care.

The data is a part of the data collected by The National Research and Development Centre for Welfare and Health in 1998-1999. There were 2998 respondents in the survey. They were all working in long-term elderly care in Finland. The data of this study were composed of the answers in two open questions. The questions were: "Describe, what kind of possibilities you have to influence on what kind of care patients get in your unit?" And "What kind of possibilities you have influencing on the quality of care?" The data were analyzed through a content analysis based on the material received.

The study findings were that nurses can influence on the quality of care by using their own personality, collaboration and expertise they have. The factors that promote possibilities to influence were good atmosphere, good division of labour, good professional qualities and enough resources in the unit. The factors preventing possibilities in influencing were bad atmosphere, problematic division of labour, limited professional qualities and limited resources in the unit. The objects of influencing were inside of a workshift and inside of a unit. A half of the respondents said that they had good possibilities in influencing in a quality of care.

Influencing on a quality of care is a complex phenomenon. The findings of this study could be used in promoting the quality in long-term elderly care. Through further research influencing on a quality of care can open up in other fields of nursing.

Keywords: quality of care, influence, long-term elderly care

SISÄLLYS

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	2
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	4
2.1 LAADUKKAAN VANHUSTEN PITKÄAIKAISHOIDON ERITYISPIIRTEITÄ	4
2.1.1 Vanhusten pitkäaikaislaitoshoidon laatuun liittyviä tekijöitä.....	4
2.1.2 Vanhenemismuutokset.....	5
2.1.3 Vuorovaikutukselliset tekijät vanhusten pitkäaikaislaitoshoidossa	6
2.1.4 Vanhusten pitkäaikaislaitoshoidon henkilöstöresurssit.....	8
2.2 HOITOTYÖHÖN JA HOITAMISEN LAATUUN VAIKUTTAMINEN AIKAISEMMISSA TUTKIMUKSISSA.....	11
2.3 HOITAMISEN LAATUUN VAIKUTTAMINEN VANHUSTEN PITKÄAIKAISLAITOSHOIDOSSA	17
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT	19
4 AINEISTO JA MENETELMÄT	19
4.1 OTOS	19
4.2 AINEISTON KERUU	20
4.3 AINEISTON ANALYYSI.....	20
5 TULOKSET	23
5.1 TAUSTATIEDOT	23
5.2 HOITAMISEN LAATUUN VAIKUTTAMISKEINOT	27
5.2.1 Oman persoonan hyödyntäminen	28
5.2.2 Yhteistyö.....	32
5.2.3 Asiantuntijuuden käyttäminen	35
5.3 HOITAMISEN LAATUUN VAIKUTTAMISIA EDISTÄVÄT TEKIJÄT.....	40
5.3.1 Työyhteisön hyvä ilmapiiri	41
5.3.2 Onnistunut työnjako.....	42
5.3.3 Hyvät ammatilliset ominaisuudet.....	44
5.3.4 Hyvät työyhteisön voimavarat	46
5.4 HOITAMISEN LAATUUN VAIKUTTAMISTA ESTÄVÄT TEKIJÄT	48
5.4.1 Huono ilmapiiri	49
5.4.2 Työnjaon ongelmat	51
5.4.3 Rajoitetut ammatilliset ominaisuudet	53
5.4.4 Puutteelliset työyhteisön voimavarat	54
5.5 HOITAMISEN LAATUUN VAIKUTTAMISEN KOHTEET SEKÄ VAIKUTTAMISMAHDOLLISUUKSIEN MÄÄRÄ.....	57
5.5.1 Tilanteen sisäinen vaikuttaminen.....	58
5.5.2 Tilanteen ehtoihin vaikuttaminen	60
5.5.3 Vaikuttamismahdollisuuksien määrä	63
6 POHDINTA.....	64
6.1.TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	64
6.2 EETTISET KYSYMYKSET	65
6.3 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU	66
6.4 TUTKIMUSTULOSTEN MERKITYS JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET.....	72
LÄHTEET:.....	75

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Vanhusten hoitotyön organisaatiokulttuuri on elänyt muutoksia 1960 –luvulta 2000 –luvulle. Ensimmäisessä vaiheessa 1960 – ja 1970 –luvulla elettiin vanhusten hoitotyössä aikaa, jolloin organisaatiokulttuuri suosi hierarkkisuutta ja työssä ihannoitiin samankaltaisuutta. Samankaltaisuus näkyi tarkkoina rutiineina. (Paasivaara 2005) Apuhoitajan työ oli huoltojoukkona toimimista ja rutiinien ylläpitämistä (Paasivaara, Nikkonen & Backman 2000). Organisaatiokulttuuri vanhusten hoitotyössä alkoi muuttua 1970 –luvulta alkaen tasavertaisempaan suuntaan. Aikaisemmista rutiineista pystyttiin vähitellen joustamaan ja kokeilemaan yksilöllisiä toimintatapoja. Myös henkilökunta saattoi esittää mielipiteitään ja vanhusten erityisyys tiedostettiin. Tultaessa 1990 –luvulle vanhainkodit avautuivat yhteiskuntaan päin. Perustettiin erilaisia palvelukeskuksia, joiden avulla oli tavoitteena myös saavuttaa kustannussäästöjä kunnille. Työnteossa opeteltiin yhdessä tekemistä ja päätöksentekoa. Samaan aikaan 1990 –luvun alkupuolen laman myötä kiire toi paineita. Hoitotyöntekijät kokivat, että vanhusten hoitotyössä palattiin takaisin säilyttävään hoitoon. Virikkeiden tarjoamiselle ei jäänyt aikaa. (Paasivaara, Nikkonen & Backman 2000; Paasivaara 2005)

Laman jälkeen keväällä 1998 Suomessa nousi voimakas keskustelu vanhusten laitoshoidon tilasta. Keskustelu ja kritiikki kohdistuivat tuolloin vanhusten hoidon tasoon ja kustannuksiin. Stakes teki STM:n toimeksiantamana katsauksen vanhusten palvelujen silloiseen tilaan (Vaarama, Kainulainen, Perälä & Sinervo 1999). Katsauksessa todettiin, että vanhusten palvelut olivat läpikäyneet palvelurakenteen muutoksen nopealla aikataululla. Yhdessä 1990-luvun alkupuolen laman säästöjen kanssa palvelurakenteen muutoksen myötä vanhusten laitospalvelut vähenivät, mutta avopalveluiden kehitys ei riittänyt kompensoimaan syntynyttä tarvetta. Myös vanhustenhuollon henkilökunnan määrä sekä koulutustaso vaihtelivat suuresti ja todelliset henkilökuntamitoitukset olivat pienentyneet. Vanhusten laitoshoidossa esiintyi vanhusten kaltoinkohtelua, töiden organisointi ja henkilökuntaresurssien käyttö vaihtelivat suuresti. Myös laitosten fyysiset puitteet erosivat olennaisesti. Vanhustenhuollon tila oli huolestuttava sekä julkisen keskustelun että selvityksen perusteella. Katsauksen seurauksena Stakes käynnisti laitostutkimuksen vuoden 1998 loppupuolella. Tutkimuksen tarkoitus oli muodostaa kattava kokonaiskuva vanhustenhuollon tilasta. Tutkimusprojektin toisessa vaiheessa oli tarkoitus kehittää hoidon laadun ja elämänlaadun mittareita

vanhustenhuoltoon. Tämän tutkimuksen aineisto on osa Stakesin Laitostutkimus 1 –aineistoa. Aineisto on kerätty vuosien 1998-1999 vaihteessa ja se kuvastaa hoitohenkilökunnan kokemuksia vaikuttamismahdollisuuksistaan hoitotyöhön ja hoidon laatuun tuona ajankohtana vanhusten pitkäaikaislaitoshoidossa. (Vaarama, Kainulainen, Perälä & Sinervo 1999)

Keskustelu vanhustenhuollon tilasta Suomessa on jatkunut 2000 -luvulla. Vanhustenhuollon tilan selvittämisestä edettiin suositusten antamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen vuonna 2001. Laatusuosituksessa kunnat velvoitettiin tekemään vanhuspoliittinen strategia, jossa paneuduttiin erityisesti avopalveluiden kehittämiseen ja arviointiin, mutta myös laitoshoidon kehittämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4)

Vanhusten hoitotyötä ja lääketieteellistä hoitoa selvitettiin Suomessa jälleen keväällä 2006. Tuolloin professori Sirkka-Liisa Kivelä laati Sosiaali- ja terveysministeriön pyynnöstä ehdotukset vanhusten hoitotyön ja lääketieteellisen hoidon kehittämiseksi vastaamaan uusinta tutkimustietoa. Ehdotukset koskevat vanhustenhuollossa työskentelevän henkilöstön perus- ja täydennyskoulutusta, vanhusten lääkehaittojen ehkäisyä sekä lääkkeettömien hoitojen kehittämistä ja vanhusten masennustilojen ehkäisyä ja hoitoa. (Kivelä 2006) Vanhustenhuollon kehittämiseksi Suomessa on siten edetty vanhustenhuollon tilanteen selvittelystä avohoidon kehittämissuosituksiin sekä vanhusten hoitotyön ja lääketieteellisen hoidon kehittämis ehdotuksiin.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vanhusten pitkäaikaislaitoshoidon henkilökunnan näkökulmasta hoitamisen laatuun vaikuttamista. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää vanhusten pitkäaikaislaitoshoidon kehittämistyössä. Hoitohenkilökunta on keskeisessä roolissa, kun hoitamisen laatua kehitetään, koska hoitajat elävät arkea vanhusten kanssa. Hoitohenkilökunnan näkemyksen esille saaminen kehittämistyön pohjaksi on tärkeää myös siksi, että henkilöstön kokema osallistumismahdollisuus ennustaa selvemmin työtyytyväisyyttä, kuin todellinen ulkopuolisen havainnoima osallistuminen päätöksentekoon (Kivimäki & Lindström 1996). On myös todettu, että henkilökunnan sitoutumista vanhusten pitkäaikaislaitoshoidon edistää johtamistyyli, jossa henkilökunta on mukana, kun päätöksiä tehdään. (Parsosns, Simmons, Penn & Furlough 2003)

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 LAADUKKAAN VANHUSTEN PITKÄAIKAISHOIDON ERITYISPIIRTEITÄ

2.1.1 Vanhusten pitkäaikaislaitoshoidon laatuun liittyviä tekijöitä

Hoidon laatua on tutkittu runsaasti. Potilaan kannalta hoidon laadun voidaan ajatella olevan hoidon sopivuutta, hoidon hyväksyttävyyttä, hoidon kelvollisuutta potilaan tarpeisiin ja odotuksiin nähden, palvelun virheettömyyttä sekä hoitopalveluiden vakioisuutta. Hoidon laadun muodostavat hoitotapahtumaan liittyvien useiden piirteiden kokonaisuus, jotka piirteet yhdessä vaikuttavat siihen, kuinka potilaan olemassa oleviin tarpeisiin onnistutaan vastaamaan. Hoidon laatuun yhteydessä olevia tekijöitä tutkimusten mukaan ovat henkilökunnan henkilökohtaiset voimavarat, ammattitaito, työyhteisön hyvä ilmapiiri, kiireettömyys, arvot, henkilökunnan pysyvyys, hoitajien koulutus, hoitomalli, työssä viihtyminen, ja johtaminen. Kyseiset tekijät edistävät hoidon laatua. Laatua estäviä tekijöitä ovat puolestaan kiire, yhteistyön ongelmat, potilaisiin liittyvät tekijät (kuten nopea potilasvaihto, suuret potilasmäärät, väkivaltaiset potilaat), työn määrä, työn sisältö, epävarmuus työn jatkumisesta ja riittämätön henkilökuntamäärä. (Kvist, Vehviläinen-Julkunen & Kinnunen 2006) Omaisten mielestä hyvää hoitoa selittää erityisesti omahoitajan nimeäminen (Perälä & Räikkönen 2000).

Laadukkaalta vanhusten pitkäaikaishoidolta edellytetään tarkoituksenmukaisia puitteita ja henkilökuntarakennetta, riittävästi koulutettua ja kokenutta henkilökuntaa sekä vanhustenhoitoon sopivia toimintakäytäntöjä. (Toivanen, Peiponen & Valvanne 2000) Hoitotyön työkäytännöille vanhusten pitkäaikaislaitoshoidossa asettavat erityisvaatimuksia heterogeeniset potilasryhmät, vuorovaikutuksellisten tekijöiden korostuminen hoitotyössä, yhteistyön merkityksen korostuminen vanhuksen omaisten ja läheisten kanssa sekä dementoituneiden ja sekavien vanhusten kokemusten esille saaminen (Liukkonen & Voutilainen 1993). Kivelän (2006) mukaan laadukkaassa vanhusten hoidossa tulisi aina huomioida myös kuntouttava näkökulma. Lähtökohtana on, että vanhus itse on aktiivinen ja tasavertainen toimija, kun hoitoa ja kuntoutusta suunnitellaan. Kuntoutus perustuu tavallisiin, jokapäiväisiin toimiin, joita pyritään ylläpitämään (kts. Myös Sosiaalihuoltoasetus 1983/607). Päivittäinen pukeutuminen, syöminen, toisten seurassa oleminen, liikunta, muistelu ja viriketoiminta ovat vanhusten kuntouttavaa toimintaa. Myös yksilöllisyyden

arvostaminen, koskettaminen, toisten kanssa seurustelu ja huumori kuuluvat laadukkaaseen vanhustenhoitoon. (Kivelä 2006)

Vanhushoidossa toimintakyvyn ja terveyden edistäminen eivät ole aina mahdollisia. Tällöin tavoitteena on elämänlaadun ylläpitäminen. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat vanhukset ovat joutuneet luopumaan tutusta ympäristöstä. Iäkkäille, pitkäaikaislaitoshoidossa oleville vanhuksille tavallista yksinäisyyden tunnetta voidaan lievittää tarjoamalla kodikas, viihtyisä ja yksityisyyden mahdollistava hoitoympäristö. Sosiaalisten suhteiden säilymisen tukeminen ja ajanviettomahdollisuuksien tarjoaminen sekä toiveiden toteuttaminen ja kulttuuritaustan huomioiminen auttavat vanhuksia sopeutumaan muuttuneisiin olosuhteisiin. Parkkilan, Välimäen & Routasalon (2000) mukaan yksinäisyyttä vähentävät ympäristön tuttuus, kodinomaisuus, mahdollisuus avun saantiin, läheisyys, sosiaalisten suhteiden luonnollisuus ja yhteinen toiminta. Hoitajien asenteella on yksinäisyyttä lieventävä merkitys. Kun hoitajat kuuntelevat ja ovat kiinnostuneita, auttavat yhteydenpidossa omaisiin, keskustelevat omaisten kanssa ja huomioivat ikääntyneiden elämänkokemukset päivittäisissä toiminnoissa, helpottaa yksinäisyys. Luonnollisesti asiallinen kohtelu, toiveiden kuunteleminen ja niiden toteuttaminen vähentävät iäkkäiden yksinäisyyden tunnetta. (Parkkila, Välimäki & Routasalo 2000)

2.1.2 Vanhenemismuutokset

Vanhushoidon keskeisiä lähtökohtia ovat fyysisten vanhenemismuutosten asettamien vaatimusten huomioiminen sekä hoidettavana olevien ihmisten iästä johtuva poikkeava asema yhteiskunnassa keski-ikäisiin, työssäkäyviin nähden. (Kivelä 2006)

Vanhushoidossa heterogeeninen potilasaines asettaa henkilökunnalle vaatimuksia erityistiedoista ja taidoista. Fyysisten vanhenemismuutosten etenemisnopeus vaihtelee eri yksilöiden välillä. Yksilöllisiä eroja aiheuttavat myös aiemmin sairastetut sairaudet, senhetkiset sairaudet sekä koko elämänaikaiset terveystavat ja elämäntavat. Näistä syistä johtuu, että sama fyysinen sairaus voi eri yksilöillä aiheuttaa hyvin erilaista ja eri asteista oireilua. Myös lääkkeiden toivotut vaikutukset, haittavaikutukset ja yhteisvaikutukset vaihtelevat eri yksilöillä, joka pitää osata ottaa huomioon vanhustenhuollossa. Erityisesti psykyklolääkkeiden, eräiden särkylääkkeiden ja antikolinergien käytössä iäkkäillä on oltava erityisen varovainen. (Kivelä 2006)

Viime vuosina Suomessa on tehty diagnoosikohtaisia Käypä hoito –suosituksia. Niiden käyttöä vanhustenhoidossa on kritisoitu, koska niissä ei huomioida vanhustenhoitoon liittyviä erityispiirteitä. Suositukset ja niiden toteuttaminen on kylläkin suunniteltu siten, että potilas saa laadukasta ja yleisesti hyväksyttyä hoitoa, mutta ne on kohdistettu keski-ikäiselle väestölle ja lähtökohtana on diagnoosikohtainen hoito, jolloin useamman sairauden hoitokombinaation yhteisvaikutuksia ei ole huomioitu. (Kivelä 2006)

Toimintojen hidastuminen ikääntymisen myötä on myös otettava huomioon ikääntyneen kohdalla jokapäiväisessä elämässä. Sopeutuminen muuttuvaan tilanteeseen voi vaatia kompromissien tekemistä ja joistakin asioista luopumista. Vanhenemisen mukana myös sosiaalinen elämä muuttuu; yhtäältä työelämästä pois jääminen ja menetykset läheisissä ihmissuhteissa ovat ajankohtaisia, toisaalta myös isovanhemman ja iso-isovanhemman roolit tulevat ajankohtaisiksi. (Kivelä 2006) Pitkäaikaislaitoshoidossa olevien iäkkäiden ajoittaiset yksinäisyyden kokemukset ovat tavallisia. Yksinäisyyden kokemukset voivat olla fyysistä, sosiaalista tai emotionaalista yksinäisyyttä. Fyysisellä yksinäisyydellä tarkoitetaan tutusta elinympäristöstä luopumista ja hoitoympäristön vieraana kokemista. Sosiaaliseen yksinäisyyteen liittyy läheisten ihmisten puutetta, yksin olemista ja toimettomuutta. Emotionaalinen yksinäisyys on ikävän tunnetta, paha oloa ja elämän merkityksettömyyden kokemusta. (Parkkila, Välimäki & Routasalo 2000)

2.1.3 Vuorovaikutukselliset tekijät vanhusten pitkäaikaislaitoshoidossa

Vanhustenhoitotyössä korostuvat vuorovaikutukselliset tekijät. Kuntoutumista edistävässä toiminnassa tärkeää on se, että vanhus on aktiivinen osallistuja ja henkilökunnan ja vanhuksen välinen vuorovaikutussuhde on tasa-arvoinen. (Kivelä 2006) Erityisesti dementoituvien potilaiden kohtaaminen voi olla hyvin haasteellista. Dementoituvien potilaiden kokemusten ja toiveiden esille saaminen on haaste sinänsä (Liukkonen & Voutilainen 1993). Lisäksi kognitiivisten kykyjen heikentyminen aiheuttaa vanhukselle turvattomuuden tunnetta, joka voi johtaa käyttäytymisen muutokseen. Dementoituvan haasteellinen käyttäytyminen voi olla uhka hänen omalle hyvinvoinnilleen, muiden hoidossa olevien hyvinvoinnille sekä henkilökunnan työhyvinvoinnille. (Isola, Backman, Saarnio & Paasivaara 2005)

Turvallisuuden tunteen luominen on dementoituvien vanhusten hoitamisessa erityisen tärkeää. Fagerbergin ja Kihlgrenin (2001) mukaan turvallisuudentunteen luomista voidaan edistää hoitamalla vanhuksia yksilöllisesti. Kokonaiskuvan muodostaminen vanhuksen elämästä auttaa yksilöllisyyden huomioimisessa. Omaisten kuunteleminen ja saadun tiedon välittäminen eteenpäin on tärkeää, jotta turvallisuuden tunnetta pystytään pitämään yllä. Myös riittävät resurssit ovat tarpeen, ettei henkilökunta viesti tahtomattaan kiireen tuntua ja aiheuta hämmennystä vanhukselle. (Fagerberg & Kihlgren 2001)

Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen kohtaamista tutkivat Isola ym. (2005). He löysivät kolme edistyksellisen hoitotyön pääluokkaa, joilla haasteellisesti käyttäytyvien dementoituneiden kanssa pystyttiin luovimaan eteenpäin. Kolme luokkaa olivat: persoonan käyttö, järkipäristäminen ja intuitiivinen toiminta. Persoonan käytöllä tarkoitetaan ihmisenä olemisen, huumorin ja luovuuden hyödyntämistä tilanteissa, joissa dementoitunut käyttäytyy hyvin haasteellisesti. Perusteluja, vakuuttamista, ohjaamista ja ympäristön muokkaamista käytettäessä kysymyksessä on järkipäristäminen. Intuitiivinen toiminta on ennalta ehkäisyä, mukaan menemistä ja huomion ohjaamista muuhun, jolloin haastava tilanne saadaan laukaistua. Näitä edistyksellisiä hoitotyön menetelmiä käyttämällä voidaan välttyä joidenkin perinteisten menetelmien käyttämiseltä, jollaisia ovat esimerkiksi fyysisen vapauden rajoittaminen ja rutiininomainen toiminta (Isola ym. 2005; Paasivaara ym. 2000)

Vuorovaikutukselliset tekijät ovat tärkeitä myös masentuneiden vanhusten hoidossa. Kivelän (2006) mukaan vanhusten masennuksen hoidossa käytettävien lääkkeettömien hoitojen myönteisistä vaikutuksista on selkeää näyttöä. Monet masennuksen hoidossa käytettävät lääkkeettömät hoidot perustuvat erilaisiin vuorovaikutuksellisiin menetelmiin, kuten muisteluterapiaan, kognitiiviseen terapiaan ja ongelmanratkaisuterapiaan.

Suomalaisissa tutkimuksissa on määritelty hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutussuhteen sisältöä jo 1990-luvulta lähtien (Leino-Kilpi 1990, Munnukka 1993). Tutkimusten mukaan hoitajan ja potilaan välinen suhde on yhteistyösuhde, joka tähtää potilaan hyvän olon ja hyvinvoinnin toteutumiseen (Leino-Kilpi 1991a; Leino-Kilpi 1991b; Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992; Leino-Kilpi ym. 1994). Pelttarin (1997) mukaan sairaanhoitajilta edellytetään vuorovaikutus- ja kohtaantumistaitoja. Kohtaantumisella tarkoitetaan herkkyyttä tunnistaa toisen ihmisen tarpeet, kykyä kuulla ja lähteä liikkeelle toisen ihmisen lähtökohdista. Metsämuuronen (1998) puhuu

inhimillisten taitojen osaamisesta, hiljaisesta tiedosta, ihmisen kohtaamisen osaamisesta, arvo-osaamisesta ja oman persoonan käytön osaamisesta. Vanhustenhoidossa tärkeässä osassa on yhteistyö omaisten kanssa, erityisesti dementoituvien vanhusten hoidossa. Dementoituvien vanhusten omien hoitokokemusten esille saaminen asettaa haasteita laadukkaalle vanhusten hoidolle, jolloin yhteistyö omaisten kanssa voi olla ratkaiseva tärkeää. (Liukkonen & Voutilainen 1993) Potilaan ja hoitajan välisen suhteen tarkastelun tuloksena hoitotyöhön on kehitelty malleja, joilla organisoida hoitotyötä siten, että yhteistyösuhde voi toimia (Metsämuuronen 1998). Omaisten mielestä hyvää hoitoa selittää erityisesti omahoitajan nimeäminen (Perälä & Rääkkönen 2000). Omahoitajajärjestelmän toteuttamiselle on edellytyksenä, että hoitotyön päätöksentekoon liittyvä valta on potilaasta vastaavalla hoitajalla. (Perälä 1989; Perälä 1995)

2.1.4 Vanhusten pitkäaikaislaitoshoidon henkilöstöresurssit

Vanhusten pitkäaikaislaitoshoidon henkilökuntamäärä suhteutettuna 75 vuotta täyttäneeseen väestöön on vähentynyt 1990-2001 välisenä aikana, vaikka se lukumääräisesti tarkasteltuna lisääntyikin. Vanhainkodeissa henkilöstömäärä lisääntyi ja perusterveydenhuollon vuodeosastojen henkilökuntamäärä väheni 10 %. Samaan aikaan ammattirakenne muuttui siten, että sekä vanhainkodeissa että terveyskeskusten vuodeosastoilla koulutetun henkilökunnan määrä kasvoi ja sairaala- / hoitoapulaisten sekä kylvettäjiä määrä laski. Keskimäärin joka kolmannella vanhusten laitoshoidon henkilökunnasta on sairaanhoitajan tai vastaavan koulutus, noin puolella on perus- tai lähihoitajan koulutus ja lopuilta puuttuu sosiaali- tai hoitoalan koulutus. Tutkimusten mukaan henkilöstön koulutustaso vaikuttaa henkilöstömäärää enemmän hoidon laatuun. Myös henkilökunnan vähäinen vaihtuvuus ja korkea mitoitus vaikuttavat myönteisesti asiakkaiden toimintakyvyn muutoksiin. Matala henkilöstömitoitus yhdistettynä sairaanhoitajien pieneen osuuteen ovat yhteydessä huonoon laatuun. (Voutilainen, Isola & Backman 2005)

Hoitohenkilökunnan jaksamisestakin on keskusteltu 1990-luvun laman jälkeen. Laman myötä töitä organisoitiin uudestaan siten, että olemassa olevilla resursseilla piti saada aikaan enemmän ja laadukkaasti. Toisaalta kuitenkin henkilöstö on terveydenhuollon organisaatioiden voimavara, joka vaikuttaa organisaation tarjoamien palveluiden määrään ja laatuun. Tarkasteltaessa henkilöstöä voimavarana, voidaan erottaa ainakin kolme toisiinsa liittyvää näkökulmaa, jotka vaikuttavat henkilöstön työsuoritukseen: työympäristöön ja organisaatioon liittyvät tekijät, yksilön

suorituskykyyn vaikuttavat tekijät sekä työn ulkoinen sosiaalinen tilanne. Työympäristöön ja organisaatioon liittyviä tekijöitä ovat esimerkiksi työn ruumiilliset vaatimukset, työn hallinta, työyhteisön sosiaalinen toimivuus, työsuhteen turvallisuus, työn joustomahdollisuudet ja –vaatimukset sekä palkitsemisjärjestelmät. Muita yksilön suorituskykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat työkyky ja terveys, motivaatio, persoonallisuuden piirteet, terveyskäyttäytyminen ja sosiaaliset kyvyt. Työn ulkopuolisella sosiaalisella tilanteella tarkoitetaan nimensä mukaisesti henkilöstölle työn ulkopuolelta tulevia paineita ja vastuualueita, kuten kotityöt ja vastuu kodista. (Vahtera & Pentti 1997)

Kuten aikaisemmin todettiin, henkilöstön koulutustaso, vähäinen vaihtuvuus ja korkea henkilöstömitoitus vaikuttavat myönteisesti hoidon laatuun (Voutilainen ym. 2005). Työnantaja voi vaikuttaa organisaation tarjoamien palveluiden laatuun myös vaikuttamalla työympäristöön ja organisaatioon liittyviin tekijöihin. Työntekijöiden vaikuttamismahdollisuuksilla omaan työhönsä on merkitystä työntekijän työmotivaatioon, hyvinvointiin, terveydentilaan ja työntekijöiden vaihtuvuuteen. Mahdollistamalla työntekijöiden vaikuttamismahdollisuudet voidaan edistää henkilöstön ammattitaidon karttumista ja käyttöönottoa ja sitä kautta potilaiden hoidon laatua. (Baggs 1994; Lashinger & Shamian 1994; Laschinger, Sabiston, Kutzcher 1997; McNeese-Smith 1999; Tovey & Adams 1999; Vahtera & Pentti 1997; Wilson & Lashinger 1994)

Tämän tutkimusaineiston keruuvaiheessa Suomessa henkilöstömitoituksista tehdyissä tutkimuksissa (vuosilta 1998-2001) on todettu, että henkilöstömitoitukset ovat alhaisia suhteessa hoidettavien tarpeisiin. Voutilainen ym. (2005) toteavat henkilöstön määrää ja rakennetta selvitellessä katsauksessaan, että tulevaisuuden vanhusten hoidon työvoimatarpeen ennakoitimenpiteillä on kiire. He toteavat myös, että ikääntyneiden palvelut eivät houkuttele nuoria työntekijöitä. Samaan johtopäätöksen päätyivät Hirvonen ym. (2004) tutkiessaan sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden asennoitumista vanhuksia ja vanhustyötä kohtaan. Vanhustyö ei houkuttele nuoria, mutta myös lähihoitajakoulutuksen antamisessa valmiuksissa suhteessa työelämän vaatimuksiin on kehittämisen varaa. (Hirvonen, Nuutinen, Rissanen & Isola 2004)

Kivelä (2006) on huolissaan vanhusten pitkäaikaislaitoshoidon riittämättömistä henkilöstömääristä 2000 –luvun Suomessa. Hän tuo selvityksessään esille sen, että tilanne voi johtaa siihen, että huonokuntoiset, perushoitoa tarvitsevat vanhukset eivät sitä saa riittävästi. Esimerkiksi tapauksia, joissa masentuneet vanhukset eivät saa riittävästi apua ruokailussa, on Kivelän mukaan

raportoitukin. Puutteellinen ravitseminen luonnollisesti edistää vanhusten fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä ja heikentää esimerkiksi masennuksesta kärsivien vanhusten mahdollisuuksia parantua. (Kivelä 2006)

Hirvosen ym. (2004) tutkimuksen aineisto tutkiessaan sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoiden asennoitumista vanhuksia ja vanhustyötä kohtaan kerättiin tämän tutkimusaineiston keruuajankohtana. Tutkimuksessa tehtiin alku- ja loppukysely, joiden tuloksia verrattiin keskenään. Opiskelijat olivat kyselyjen välissä olleet käytännön harjoittelujaksoilla vanhustenhuollossa. Tulosten mukaan sairaanhoitaja- ja lähihoitajaopiskelijoiden asenteet vanhuksia kohtaan olivat myönteisiä eivätkä olennaisesti muuttuneet koulutuksen aikana. Sen sijaan opiskelijoiden asenteet vanhusten hoitamista kohtaan muuttuivat kielteisempään suuntaan opintojen edetessä. Opiskelijat toivat esille, että hoitotyön laatu vaihtelee eri yksiköiden välillä. Työskentely koettiin rutiininomaisena kiireen ja henkilökunnan vähyyden vuoksi eivätkä valmistumassa olevat opiskelijat voineet mielestään käyttää koulutustaan parhaalla mahdollisella tavalla vanhustenhuollossa. (Hirvonen, ym. 2004) Silanderin (2006) mukaan vanhustyön koulutusohjelman suorittaneet lähihoitajat kokivat, että koulutuksen antamat valmiudet eivät vastanneet työelämän vaatimuksia kaikilla osa-alueilla. Vuorovaikutus ja yhteistyövalmiudet, omaisten tukeminen ja ohjaaminen, saattohoitoon liittyvät hoitotoimenpidevalmiudet, työyksikön toiminnan ja arvioinnin kehittämisvalmiudet sekä vanhusten hoitotyön kehittämisvalmiudet ja omahoitajatyöskentelyvalmiudet olivat niitä alueita, joihin liittyviin valmiuksiin lähihoitajat eivät olleet tyytyväisiä. (Silander 2006)

Henkilöstön rekrytointiongelmat vanhustenhuollossa ovat maailmanlaajuiset (kts. Karsh, Booske & Sainfort 2005; Engström, Ljunggren, Lindqvist & Carlsson 2006; Rondeau & Wagar 2006; Castle & Enaberg 2006), eivät ainoastaan Suomen ongelma. Suurta henkilökunnan vaihtuvuutta vanhustenhoidossa selvittelyiden tutkimusten mukaan vaihtuvuutta aiheuttavat henkilökunnan kokemukset siitä, että heitä ei arvosteta lainkaan tai että he ovat aliarvostettuja. Työyhteisön käytännöt ja linjaukset voivat olla sellaisia, että henkilökunta kokee henkilökohtaisesti tai ammatillisesti olevansa epäonnistunut. (Bowers, Esmen & Jacobson 2003) Myös alhaisen henkilöstömitoituksen, hoidon alhaisen laadun, suurien yksiköiden (paljon potilaspaiikkoja) ja voittoa tavoittelevan organisaatiotyypin on todettu olevan yhteydessä hoitohenkilökunnan suureen vaihtuvuuteen (Castle, & Enaberg 2006).

Hoitohenkilökunnan sitoutumista vanhustenhoitoon puolestaan selittävät asukkaat ja kontakti heihin, mahdollisuus ammatilliseen kasvuun, mahdollisuus osallistua työhön liittyvään päätöksentekoon, johtamistyyli ja työntekijöiden pitäminen ajan tasalla organisaation asioista (Parsosns, Simmons, Penn & Furlough 2003). Erityisesti edistyksellinen päätöksentekokulttuuri ja henkilökunnan jatkuva koulutus ovat tyypillisiä vanhusten pitkäaikaishoidossa toimiville yksiköille, jossa henkilökunnan vaihtuvuus on pientä ja työpaikat on saatu täytettyä. Kyseisissä yksiköissä on myös korkeammat työ- ja potilastyytyväisyysluvut kuin muissa. (Rondeau ym. 2006) Edistyksellisessä päätöksentekokulttuurissa päätöksiä tehdään yhdessä. Perinteisissä terveydenhuollon yksiköissä ei voida toimia ainoastaan koulutuksen, ammattivelvollisuuksien ja arvioiden perusteella, vaan hoitohenkilökunnan pitää noudattaa myös työnantajan ohjeita. Kun päätöksiä tehdään yhdessä, pääsevät hoitajat vaikuttamaan esimerkiksi menettelytapoihin, henkilöstön palkkaamiseen, ylennyksiin, erottamisiin, hankintoihin ja budjetointiin, jolloin päätöksiin sitoutuminen on helpompaa. Edistyksellisen päätöksentekokulttuurin mahdollistamiseksi on olennaista, että henkilöstö saa tarvitsemaansa tietoa helposti. (Hess 2004) Myös henkilökunnan arvostuksen ja kunnioituksen ilmaiseminen henkilöstö- ja rekrytointiohjelmissa on tärkeää työntekijöiden pysyvyyden kannalta (Bowers ym. 2003) Työsuhteen jatkuvuudella, mahdollisuudella ammatilliseen kasvuun ja kehitykseen sekä työn haasteellisuudella on merkitystä työttyytyväisyyden kannalta vanhustenhuollon hoitoapulaisten keskuudessa tehdyn tutkimuksen mukaan (Atchison 1998).

2.2 HOITOTYÖHÖN JA HOITAMISEN LAATUUN VAIKUTTAMINEN AIKAISEMMISSA TUTKIMUKSISSA

Hoitohenkilöstön hoitamiseen vaikuttamista ei ole tutkittu kovinkaan paljon, mutta useat tutkimukset sivuavat aihetta. Kirjallisuushaku tutkimusta varten tehtiin lähikäsitteiden kautta, koska termillä vaikuttamismahdollisuudet ei löytynyt tietoa. Haku tehtiin kotimaisista ja ulkomaisista tietokannoista vuosilta 1990-2007.

Tässä tutkimuksessa vaikuttamisella (engl. influence) tarkoitetaan olemassa olevia mahdollisuuksia, joita vanhusten pitkäaikaishoidon henkilökunnalla on, kun kyseessä on hoitamisen laatuun vaikuttaminen. Lähikäsitteitä ovat mm. päätöksenteko ja voimaantuminen. Päätöksenteolla tarkoitetaan tiettyyn tarkoitukseen suuntautuvaa, prosessinomaista ajattelua ja toimintaa, jonka

seurauksena valitaan paras tavoitteeseen johtava ratkaisu (Mölsä ym. 1985). Tässä tutkimuksessa vaikuttamista tarkasteltaessa ei keskitytä päätöksentekoprosessin vaiheisiin. Hoitamisen laatuun vaikuttamista lähestytään tarkastelemalla vaikuttamiskeinoja, vaikuttamista edistäviä ja estäviä tekijöitä vaikuttamisen kohteita sekä määrää.

Voimaantumisen (empowerment) käsite on toinen vaikuttamista lähellä oleva käsite. Kuokkanen ja Leino-Kilpi (2000) tarkastelevat voimaantumista meta-analyyssissään. He lähestyvät käsitettä kriittisen sosiaaliteorian, organisaatio- ja johtamisteorian sekä sosiaalipsykologian teorian näkökulmista. Kriittisen sosiaaliteorian näkökulmasta voimaantumista tarkastellaan ryhmien välisenä ilmiönä. Organisaatioteoriassa puolestaan tarkastellaan valtarakenteita ja vallan jakautumista. Sosiaalipsykologiassa voimaantumista tarkastellaan yksilön kannalta, jolloin kiinnostuksen kohteena on persoonallisen kasvun ja kehityksen prosessi.

Voimaantumisessa on kysymyksessä laajempi ilmiö kuin vaikuttamisessa. Kuokkasen ja Leino-Kilven (2000) jaottelun mukaan käsillä olevassa tutkimuksessa vaikuttamista tarkastellaan yksilön kannalta. Mielenkiinnon kohteena ei kuitenkaan ole persoonallisen kehityksen ja kasvun prosessi, kuten sosiaalitutkimuksen kohdalla on. Hoitamiseen laatuun vaikuttamista tarkasteltaessa on kiinnostuksen kohteena vaikuttamiskeinot, vaikuttamismahdollisuuksia edistävät ja estävät tekijät sekä vaikuttamisen kohteet.

Toimivalta on määritelty lailliseksi oikeudeksi täyttää tehtävä ja päättää tavasta, jolla tehtävä tehdään (Puhakka 1996, 17). Hoitajan oikeus tehdä hoitotyötä määritellään laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559). Hoitamisen laatuun vaikuttamista tarkastellaan tässä tutkimuksessa vanhusten pitkäaikaislaitoshoidon kontekstissa. Pitkäaikaislaitoshoido on määritelty sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulaissa (1992/734). Hoito on pitkäaikaista laitoshoidoa, jos ympärivuorokautinen laitoshoido on kestänyt yli 90 vuorokautta ja henkilön toimintakyky on alentunut niin, että hänen ajatellaan tarvitsevan jatkossakin laitoshoidoa. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992/734) Tässä tutkimuksessa vanhuksilla tarkoitetaan 75 vuotta täyttäneitä henkilöitä (Kainulainen 1999; Kivelä 2006).

Päätöksentekoa koskevissa tutkimuksissa on tutkittu päätöksentekoprosessia (Lauri & Salanterä 1995) tai päätöksenteon itsenäisyyden yhteyttä esimerkiksi työtyytyväisyyteen (Dwyer, Schwartz & Fox 1992; Baggs 1994; Bucknall & Thomas 1996). Sairaanhoitajien autonomiaa päätöksenteossa on

myös tutkittu. Tutkijat rohkaisevat sairaanhoitajia kontrolloimaan päätöksiä, jotka koskevat heidän työtään tai heidän potilaitaan. Päätöksentekovalmiudet ovat yhteydessä työkokemukseen ja koulutukseen siten, että valmiudet lisääntyvät kokemuksen ja koulutuksen myötä. Sairaanhoitajien omat asenteet autonomiaan vaihtelevat myös. Ne sairaanhoitajat, jotka haluavat eniten autonomiaa, työskentelevät tehokkaimmin työympäristöissä, joissa on mahdollista kehittää ammatillisesti itsenäinen rooli. (Dwyer, Schwartz & Fox 1992; Cullen 2000) Bucknall'n ja Thomasin (1996) mukaan teho-osaston sairaanhoitajat olivat sitä tyytyväisempiä työhönsä, mitä enemmän saivat tehdä potilaalle tehtäviä toimenpiteitä oman harkintansa mukaan.

Kirjallisuushaku toi esille runsaasti voimaantumista käsitteleviä tutkimuksia. Organisaatio- ja johtamisteorian näkökulmasta käsitettä on tutkittu runsaasti. Kanterin teorian soveltuvuutta terveydenhuollon organisaatioihin ovat tutkineet Lashinger ja Shamian (1994), Sabiston ja Lashinger (1995) sekä Lashinger ja Havens (1996). Näiden kvantitatiivisten tutkimusten tavoitteena on ollut tuottaa hoitotyön johtajille viitekehys, jonka avulla lisätä henkilöstön sitoutumista organisaation tavoitteisiin ja lisätä työtyytyväisyyttä. Lashinger ja Shamian (1994) esimerkiksi tutkivat hoitotyön esimiesten ja sairaanhoitajien käsityksiä organisaation vallan jakautumisesta ja tehokkuudesta. Sabiston ja Lashinger (1995) tutkivat myös organisaation valtarakenteita. Johtamistyylin, voimaantumisen ja työtyytyväisyyden välisiä yhteyksiä tutkivat esimerkiksi Morrison, Jones ja Fuller (1997).

Kuokkanen ja Leino-Kilpi (2001) sekä Kuokkanen ja Katajisto (2003) ovat tutkineet voimaantumista (empowerment) edistäviä tekijöitä. Kuokkanen ja Leino-Kilpi (2001) löysivät viisi kategoriaa, jotka edistävät voimaantumista: moraaliset periaatteet, persoonan vahvuus, asiantuntemus, tulevaisuus-orientoituminen ja sosiaalisuus. Kuokkanen ja Katajisto (2003) testasivat näiden kategorioiden luotettavuutta määrällisessä tutkimuksessaan. Moraaliset periaatteet sisältävät yhteiset arvot, toisten kunnioituksen sekä yhteisen hoitofilosofian. Voimaantuminen yhdistettiin osallistavaan johtamistyyliin, jossa esimies jakaa vastuuta. Persoonan vahvuuteen liittyi myös luottamus ja palautteen antaminen. Asiantuntijuus puolestaan oli arviointiin ja kehittämistyöhön osallistumista, positiivista asennetta yhteistyötä ja koulutusta kohtaan. Tulevaisuusorientoituneisuus oli toisaalta tietoisuutta siitä, että työt jatkuvat, mutta myös mahdollisuuksia edetä uralla ja saada tarvitsemaansa tietoa helposti. Voimaantumista edistävässä työyhteisöissä oli vallalla sosiaalinen kulttuuri, jossa kollegat tukivat toisiaan, ilmapiiri oli avoin ja ongelmia pyrittiin ratkaisemaan yhdessä.

Kuokkasen ja Leino-Kilven (2001) mukaan voimaantumista estävät tekijät olivat samoja kuin edistävät tekijät, mutta edustivat niiden puutetta. Moraaliset periaatteet erosivat siten, että yhteiset linjat ja arvot puuttuivat. Kollegoita ei kunnioitettu vaan pyrittiin mitätöimään toisten arvoa. Johtamistyyli oli autoritäärinen, palautetta ei annettu ja epäluottamuksen ilmapiiri oli vallitseva. Asiantuntemusta ei pystytty käyttämään, innovaatioita vastustettiin, yhteistyötä ei tehty ja työskentely oli rutinoitunutta. Tulevaisuus-suuntautuneisuus oli mahdotonta, koska työsuhteet olivat lyhyitä, organisaatio oli hierarkkinen ja tietoa ei ollut saatavissa. Kollegoiden tuen sijaan oli riitoja ammattiryhmien välillä ja asioista ei keskusteltu avoimesti. (Kuokkanen & Leino-Kilpi 2001) Vanhustyön periaatteiden toteuttamista estävät samantyyppiset tekijät (Räsänen 2000).

Aikaisemmissa tutkimuksissa omaan työhön vaikuttamisen kohteita on lähestytty työn hallinta – käsitteen kautta. Työn hallinnan tarkastelulla päästään käsiksi siihen, kuinka laajoihin asioihin hoitajilla on vaikuttamismahdollisuuksia. Työhön voidaan vaikuttaa työn ehtojen tasolla tai tässä ja nyt käsillä olevan työn sisällön tasolla. (Vahtera & Pentti 1997.) Työn ehtoja ja työn sisäistä hallintaa käsitellään seuraavassa lähemmin. Hyvällä työn hallinnalla työntekijä pääsee vaikuttamaan niihin olosuhteisiin, joissa hän työtään tekee. Työn hallinta vaikuttaa työmotivaatioon, työn tuottavuuteen ja työntekijän terveyteen. Hyvään työn hallintaan liittyy parempi työtyytyväisyys, sitoutuminen, työsuoritus ja työmotivaatio sekä vähemmän fyysistä ja psyykkistä oireilua, poissaoloja ja työntekijöiden vaihtuvuutta kuin huonoon työn hallintaan. (Vahtera & Pentti 1995; Vahtera & Pentti 1997.)

Tilanteen ehtojen hallinta ja tilanteen sisäinen hallinta eivät ole ilmiöinä uusia, mutta niistä käytettävät käsitteet vaihtelevat. Motivaatioteoriakirjallisuudessa käsiteltiin vertikaalista ja horisontaalista työn kehittämistä 1970-luvulla (Chung 1977). Kemilä (1998) puhuu työn suunnitteluun vaikuttamisesta ja työn tekoon vaikuttamisesta. Laschinger, Sabiston ja Kutzcher (1997) puhuvat hoitotyön käytännön sisällön ja kontekstin kontrollista, joilla tarkoitavat tilanteen sisäistä ja tilanteen ehtojen hallintaa. Työelämässä tilanteen ehtojen hallinta tarkoittaa organisaation hierarkiatasot ylittävää, vertikaalista vaikuttamista, mahdollisuutta vaikuttaa organisaation sääntöihin tai siihen, kuinka työt tehdään, kuten töiden sisältöön, töiden jakoon, hankintoihin ja työtovereiden valintaan. Tilanteen sisäinen hallinta tarkoittaa horisontaalista hallintaa, mahdollisuutta vaikuttaa työhönsä tai työolosuhteisiin annettujen sääntöjen puitteissa, esimerkiksi työtahtiin, töiden järjestämiseen ja työmenetelmien valintaan. Esimerkiksi työnkierto on esimerkki horisontaalisesta työelämän kehittämisestä. Jotta kysymyksessä olisi tilanteen ehtoihin liittyvä

kehittäminen, tulee työhön mukaan laadullisesti uudentyyppisiä tehtäviä jolloin puhtaan työn rikastamisesta. (Chung 1977; Vahtera & Pentti 1995; Vahtera & Pentti 1997.)

Laschingerin, Sabistonin ja Kutzcherin (1997) tutkimuksen mukaan virallinen ja epävirallinen valta sekä mahdollistava johtaminen vaikuttavat työntekijöiden tilanteen ehtojen ja tilanteen sisäiseen hallintaan. Työntekijän mahdollisuus epäviralliseen valtaan, kuten suhteisiin sponsoreihin, yhteistyökumppaneihin ja tukijoihin vaikuttaa suoraan tilanteen ehtojen ja tilanteen sisäiseen hallintaan. Verkostoituminen organisaation sisällä näyttäisi olevan työn hallintaa tukeva keino. Tutkijat ehdottavat, että hoitotyön johtamista voisi kehittää siten, että turhasta sääntelystä ja säännöistä luovutaan ja hoitajille annetaan vapaus käyttää harkintaansa ja tietämystään potilaiden ongelmien ratkaisemiseksi. Myös mahdollistamalla hoitajien osallistuminen osastojen väliseen yhteistyöhön, esimerkiksi työryhmiin ja komiteoihin, lisääntyy hoitajien työn hallinta. Aktivoimalla henkilöstöä osallistumaan mahdollistetaan samalla henkilöstön osallistuminen päätöksentekoon sekä tilanteen ehtojen että tilanteen sisäisen hallinnan suhteen.

Laschingerin ym. (1997) mukaan tilanteen sisäinen hallinta on tärkeä työelämän laadun kannalta hoitotyössä. Tilanteen sisäinen hallinta yhdistetään työtyytyväisyyteen, henkilöstön vaihtuvuuteen ja alhaiseen sairaalakuolevaisuuteen. Tilanteen sisäistä hallintaa hoitotyössä on tutkittu mm. terveydenhoitajien, sairaanhoitajien, kätilöiden ja teho-osaston sairaanhoitajien keskuudessa. Kokkosen (1994) tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat voivat vaikuttaa tilanteen sisäisiin tekijöihin, kuten työnsä sisältöön ja tavoitteisiin, töiden jakamiseen, työtahtiin ja työmenetelmiin. Puhakan (1996) mukaan sairaanhoitajista ja kätilöistä 87 % ilmoitti, että he pystyvät lähes aina vaikuttamaan potilaan hoitoon ja ajankäyttöön. Myös teho-osaston sairaanhoitajilla on mahdollisuuksia vaikuttaa potilaan hoitotoimenpiteisiin itsenäisesti (Bucknall & Thomas 1996).

Laschinger ym. (1997) totesivat, että tilanteen ehtojen hallinta on yhteydessä organisaatiotyyppiin, virka-asemaan ja erikoisalaan. Tilanteen ehtojen hallintaa vaikeuttaa työympäristö ja organisaation rakenne. Osallistuvalla johtamistyyllillä näyttäisi olevan tärkeä merkitys tilanteen ehtojen hallinnan kannalta. ”Jaetun hallinnon mallit” parantavat hoitajien työelämän laatua. Tällöin hoitajat voivat vaikuttaa käytännön standardeihin, aikatauluihin ja arviointiprosesseihin. Osallistuvan johtamistyylin on havaittu olevan yhteydessä parantuneeseen suoritukseen, tuottavuuteen, työtyytyväisyyteen, lisääntyneeseen autonomiaan ja turvallisuudentunteeseen, lisääntyneeseen vallan ja kontrollin tunteeseen, lisääntyneeseen sitoutumiseen, vähentyneisiin poissaoloihin ja

työntekijöiden vaihtuvuuteen, parantuneeseen moraaliin ja kehittyneeseen työyhteisöön. (Laschinger, Sabiston & Kutzcher 1997.)

Tilanteen ehtojen hallintaa hoitotyössä on tutkittu. Kokkosen (1994) mukaan terveydenhoitajat voivat vaikuttaa osittain myös tilanteen ehtoihin. Vahtera ja Pentti (1997) tarkastelivat sairaanhoitajien vaikuttamismahdollisuuksia tilanteen sisäisiin tekijöihin ja tilanteen ehtoihin ennen lamaa 1990 sekä laman jälkeen 1994 ja vertailivat saamiaan tuloksia. Vahteran ja Pentin (1997) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat arvioivat, että heillä oli vaikutusmahdollisuuksia työtahtiin (tilanteen sisäinen hallinta) jonkin verran tai vähän vuonna 1990. Neljä vuotta myöhemmin (1994) työtahdin sääntelymahdollisuudet olivat vähentyneet. Myös mahdollisuudet vaikuttaa töiden sisältöön ja töiden jakoon olivat vähentyneet sairaanhoitajilla vuonna 1994 verrattuna vuoden 1990 tasoon. Vahteran ja Pentin (1997) mukaan vaikutusmahdollisuudet tilanteen sisäiseen hallintaan olivat paremmat kuin tilanteen ehtojen hallintaan.

Vaikuttamismahdollisuudet terveydenhuollossa vaihtelevat sekä työyksiköiden että ammattiryhmien välillä (Anderson & McDaniel 1998). Myös sillä on merkitystä, kuka vaikuttamismahdollisuuksia arvioi (Banaszak-Holl, Alexander, Valentine, Piotrowski, Adams-Watson & Davis 1999). Vaasan läänin terveystieteiden hammashuoltojen henkilökunnan keskuudessa kyselyssä todettiin, että sekä hammaslääkäreistä että hammashoitajista osa arvioi pystyvänsä vaikuttamaan erittäin hyvin tai aika hyvin tilanteen sisäisiin ja tilanteen ehtojen hallintaan. Ero ammattiryhmien välillä oli kuitenkin tilastollisesti erittäin merkitsevä (p –arvo oli vaikuttamiskohteesta riippuen 0.000 tai 0.001) siten, että hammashoitajat arvioivat vaikuttamismahdollisuutensa huonommiksi kuin hammaslääkärit. Ammattiryhmien välinen ero tuli esille työmenetelmiin, työaikoihin, työtahtiin, työtehtäviin, täydennyskoulutuksen sisältöön, laitehankintoihin, työnjakoon ja potilasvalikoimaan vaikuttaessa. Täydennyskoulutuksen määrään, paperityön määrään ja työtovereiden valintaan vaikuttaessa ammattiryhmien välillä ei ollut eroa. Työaikoihin ja työtehtäviin hammashoitajista yli puolet koki voivansa vaikuttaa erittäin hyvin tai aika hyvin. Muihin vaikuttamisen kohteisiin pienempi osa hammashoitajista ilmoitti voivansa vaikuttaa erittäin hyvin tai aika hyvin. (Utriainen, Pakkala, Widström & Kentala 1995.)

Banaszak-Holl ym. (1999) tutkivat hoitotyön johtavien viranhaltijoiden osallisuutta ja vaikuttamismahdollisuuksia johtoryhmän päätöksentekoon neljällä osa-alueella: potilaiden kliiniseen hoitoon liittyvään päätöksentekoon, esim. kirurgian jonojen purkuun, organisaation

tavoitteiden asettamiseen ja metodeihin, joilla tavoitteet saavutetaan, jokapäiväisiin tapahtumiin työyksiköissä sekä resurssien allokointiin (sekä taloudellisten että inhimillisten). Hoitotyön johtavien viranhaltijoiden osallisuutta ja käsityksiä vaikuttamismahdollisuuksistaan vertailtiin johtoryhmän muiden jäsenten käsityksiin. Hoitotyön johtavat katsoivat osallisuutensa päätöksentekoon sekä asiantuntijuutensa suuremmaksi kuin muut johtoryhmän jäsenet. Johtoryhmän eri jäsenten käsitykset eivät eronneet, kun tarkasteltiin hoitotyön johtajien vaikuttamismahdollisuuksia päätöksentekoprosessissa ja tarkasteltaessa, missä vaiheessa päätöksentekoa hoitotyön johtavat viranhaltijat osallistuvat päätöksentekoon. Hoitotyön johtajien päätöksenteon laatua arvioitaessa ei eri jäsenten käsityksissä ollut eroa. Päätöksentekoprosessin laadun hoitotyön johtajat arvioivat huonommaksi kuin muut johtoryhmän jäsenet.

Vaikuttamismahdollisuuksien määrä liittyy siihen, mistä asiasta on kysymys (Anderson & McDaniel 1998). Vaikuttamismahdollisuuksien määrään vaikuttaa myös organisaation päätöksentekokulttuuri. Edistyksellisen päätöksentekokulttuurin organisaatioissa hoitajilla on enemmän vaikuttamismahdollisuuksia. (Hess 2004) Puhakan (1996) mukaan sairaanhoitajista kolme neljäsosaa ilmoitti, että heillä oli hyvät tai riittävät toimivaltuudet toimia äkillisissä hoitotilanteissa. Kokemus riittävästä toimivaltuuksista vaihteli myös hoitotyön toimintamallien mukaan siten, että yksilövastuinen toimintamalli mahdollisti parhaiten päätöksenteon valtuudet välittömässä hoitotyössä. Tehtäväkeskeinen hoitotyö ja ryhmätyö estivät eniten asiantuntijuuden itsenäistä käyttöä. Vähäinen työkokemus koettiin asiantuntijatoimivallan käytön esteenä. Vastaajat arvioivat, että heillä oli myös mahdollisuuksia vaikuttaa käytössä oleviin toimintamenetelmiin. Tutkimuksessa 87 % vastaajista ilmoitti, että heillä oli mahdollisuus suunnitella potilaan hoitotyötä ja omaa ajankäyttöään.

2.3 HOITAMISEN LAATUUN VAIKUTTAMINEN VANHUSTEN PITKÄAIKAISLAITOSHOIDOSSA

Vanhusten pitkäaikaislaitoshoito on käynyt 1990 –luvulla läpi palvelurakennemuutoksen, jonka myötä keskustelu vanhustenhuollon tilasta Suomessa on käynnistynyt. (Vaarama ym. 1999) Vanhustenhuollon tilaa on selvitetty ja suosituksia sekä hoitotyön että lääketieteellisen hoidon sisällöistä ja henkilökuntamitoituksesta on annettu. (Kivelä 2006) On myös todettu, että vanhusten hoitotyö asettaa henkilökunnan vuorovaikutustaidoille haasteita. (Liukkonen & Voutilainen 1993;

Isola ym. 2005; Kivelä 2006) Myös ihmisen vanhenemismuutokset asettavat erityisvaatimuksia hoitohenkilökunnan ammattitaidolle ja pitkäaikaislaitoshoito sinänsä asettaa vaatimuksia hoitoympäristölle. Henkilöstöressurssien turvaaminen ja järkevä kohdentaminen on myös haasteellista. (Kivelä 2006) Tällä hetkellä vanhustenhuolto ei erikoisalana houkuttele nuoria työntekijöitä riittävästi, jotta tulevaisuuden henkilökuntatarpeisiin pystytään vastaamaan (Hirvonen ym. 2004). Myös ikääntyneiden hoitoon osallistuvan henkilökunnan koulutusta tulisi kehittää työelämän vaatimuksia vastaavaksi (Silander 2006).

On myöskin todettu, että vanhusten pitkäaikaislaitoshoidossa eri yksiköiden välillä on vaihtelua, kun tarkastellaan esimerkiksi henkilökuntamitoitusta tai olemassa olevien resurssien kohdentamista. Työnjakomallit vaihtelevat eri yksiköiden välillä ja hoidon laatu on kirjavaa. Toisaalta laatua on tutkittu monin eri menetelmin ja eri näkökulmista, jolloin yksiköiden välinen vertailtavuus kärsii. (Perälä 1999) Tutkimusten mukaan henkilökunnan koulutustasolla, henkilöstömitoituksella, edistyksellisellä johtamistyyllillä ja täydennyskoulutusmahdollisuuksilla on yhteyttä siihen, että työ- ja potilastyytyväisyys ovat korkeampia. (Voutilainen ym. 2005; Rondeau ym. 2006) Vanhusten pitkäaikaisshoidossa ei ole tutkittu hoitamisen laatuun vaikuttamista, sen sijaan jossain määrin on tehty aihetta sivuavaa tutkimusta muilla hoitotyön alueilla, mutta käsitteiden käyttö on kirjavaa. Voimaantumista edistäviä ja estäviä tekijöitä hoitotyössä on tutkittu, samoin vaikuttamisen kohdetta on selvitelty tutkimuksin jossain määrin (esim. Vahtera & Pentti 1995; Vahtera & Pentti 1997; Laschinger ym. 1997a; Kuokkanen & Leino-Kilpi 2001) Vaikuttamismahdollisuuksien määrää hoitotyöntekijöiden kokemana on joinakin mainintoina löydettävissä (esim. Anderson & McDaniel 1998; Puhakka 1996; Hess 2004).

Vanhusten pitkäaikaislaitoshoito on suurien haasteiden edessä, kun mietitään sitä, miten nykytila ja tulevaisuuden haasteet sovitetaan yhteen siten, että tuloksena on laadukas vanhusten pitkäaikaishoito. Luomalla edellytykset hoitamisen laatuun vaikuttamiselle vanhusten pitkäaikaisshoidon yksiköissä voidaan vaikuttaa potilaiden hyvinvointiin.

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, minkälaisia kokemuksia hoitohenkilökunnalla on hoitamisen laatuun vaikuttamisesta vanhusten pitkäaikaislaitoshoidossa. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää henkilökunnan vaikuttamismahdollisuuksia ja hoidon laatua. Tutkimustehtävänä on kuvata,

- 1) minkälaisia hoitamisen laatuun vaikuttamiskeinoja hoitohenkilökunnalla on
- 2) mitkä tekijät edistävät hoitamisen laatuun vaikuttamista
- 3) mitkä tekijät estävät hoitamisen laatuun vaikuttamista
- 4) minkälaisia vaikuttamisen kohteita hoitohenkilökunnalla on sekä vaikuttamismahdollisuuksien määrää.

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 OTOS

Tutkimuksen aineistona on osa Stakesin laitostutkimus 1 aineistoa, joka on kerätty Stakesin vanhusten palvelujen nykytilaa Suomessa selvittäneen työryhmän esityksestä. Aineisto on kerätty vuodenvaihteessa 1998-1999. Tutkimusaineisto on kerätty Stakesin toimipaikkarekisteriin kuuluvien vanhuksia hoitavien laitosten henkilökunnalta. Laitokset on valittu edustamaan alueittain (lääni ja kuntaryhmä), laitostyypeittäin ja laitokseen mukaan vanhusten pitkäaikaislaitoshoitoa Suomessa. Pitkäaikaisella laitoshoidolla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan yli 90 vuorokautta kestäneitä yhtäjaksoisia laitoshaitoja. Tutkimuskohteena on ollut laitosten henkilökunta siten, että mukana tutkimuksessa ovat ainoastaan sellaiset osastot, joissa annetaan pääasiassa vanhuksille ympärivuorokautista hoitoa. Otos muodostui 240 laitoksesta, joista 192 vastasi kyselyyn. (Vaarama, Kainulainen, Perälä, & Sinervo 1999; Vaarama 1999)

Tämän tutkimuksen aineisto koostuu kahden avoimen kysymyksen vastauksista, jotka olivat:

- 1) Kuvaa, millaisia mahdollisuuksia sinulla hoitajana on vaikuttaa siihen, miten asukkaita / potilaita hoidetaan?
- 2) Millaisia mahdollisuuksia sinulla on vaikuttaa hoidon laatuun?

4.2 AINEISTON KERUU

Aineiston keruu on toteutettu siten, että tutkimuksessa mukana olleista 192 laitoksesta on valittu mukaan sellaiset osastot, joiden potilaista valtaosa oli pitkäaikaisessa hoidossa olevia vanhuksia. Valinta on tehty laitoksen johtajien osastoista antamien tietojen perusteella. Valittujen osastojen osastonhoitajista 315 on vastannut kyselyyn. Henkilökunnan lomakkeet on toimitettu postitse osastonhoitajille, jotka ovat jakaneet lomakkeet kaikille osastoilla työskenteleville. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi lomakkeet on palautettu mukana seuranneissa palautuskuorissa suoraan Stakesiin. Kyselyyn on vastattu nimettömästi. (Vaarama 1999)

Vastaushetkellä osastoilla on työskennellyt 5370 henkilöä, joista arviolta 10 % on ollut sairaus- ja vuosilomilla. Kun arvion mukaan poissa olleet on vähennetty henkilökunnan kokonaismäärästä, on tutkimuksen vastaushetkellä tutkimuksessa mukana olleilla osastoilla työskennellyt 4800 työntekijää. Kyselyyn on vastannut 2998 henkilöä, jolloin vastausprosentiksi on tullut 63 %. (Vaarama 1999)

Kysymykseen: Kuvaa, millaisia mahdollisuuksia sinulla hoitajana on vaikuttaa siihen, miten asukkaita / potilaita hoidetaan?, vastasi 2171 vastaajaa (72 % kyselyyn vastanneista) ja kysymykseen: Millaisia mahdollisuuksia sinulla on vaikuttaa hoidon laatuun?, vastasi 2158 vastaajaa (72 % kyselyyn vastanneista).

4.3 AINEISTON ANALYYSI

Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysi –menetelmällä, koska se sopii strukturoimattomien aineistoiden analyysiin hyvin (Kyngäs & Vanhanen 1999). Tavoitteena oli muodostaa hoitamisen laatuun vaikuttamista kuvailevat keskeiset käsitteet. Ennen

analyysiprosessin aloittamista tutkijan pitää valita analyysiyksikkö (Kyngäs & Vanhanen 1999). Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköksi valittiin lausuma.

Analyysi aloitettiin lukemalla vastauksia läpi kokonaiskuvan saamiseksi. Useiden lukukertojen jälkeen aloitettiin suorien lainausten kirjoittaminen konsepteille. Suorat lainaukset pelkistettiin ja ryhmiteltiin ”leikkaa ja liimaa” –tekniikalla, pitäen mielessä tutkimustehtävät. Näin saatiin alakategoriat muodostettua (Taulukko 1). Saman sisältöisistä alakategorioista muodostettiin yläkategoriat, joita esitellään tuloksissa (Kyngäs & Vanhanen 1999). Useiden ryhmittelyvaiheiden jälkeen päädyttiin tuloksissa esitettyyn lopputulokseen, jossa kuvataan hoitamisen laatuun vaikuttamiskeinoja, vaikuttamista edistäviä ja estäviä tekijöitä, vaikuttamisen kohteita sekä hoitamiseen vaikuttamismahdollisuuksien määrää hoitohenkilökunnan kokemana vanhusten pitkäaikaishoidossa. Kokonaisaineiston tasolta palattiin vielä yksittäisiin vastauksiin, jotta voitiin varmistua tehtyjen tukintojen luotettavuudesta (Åstedt-Kurki & Nieminen 1997). Hoitamisen laatuun vaikuttamisen kohteissa pääluokkien nimeämisessä käytettiin kirjallisuuskatsauksen perusteella saatuja nimiä (Vahtera & Pentti 1997) niiltä osin, kun ne kuvaavat tutkimuksen aineistosta tehtyjä havaintoja.

Tutkimusaineiston molempien kahden kysymyksen vastauksia käsitellään tuloksissa yhdessä laadullisen analyysin osalta.

Sisällön analyysiä jatkettiin kvantifioimalla muodostetut kategoriat (Kyngäs & Vanhanen 1999). Kvantifioinnilla tarkoitetaan sitä, että saatujen luokitusten mukaisten alakategorioiden esiintyminen vastauspapereissa merkattiin paperin reunaan numeroin ja nämä numerot tallennettiin havaintomatriisiin, jolloin laskettiin, kuinka monta kertaa kategorian ilmaisema asia ilmeni aineistossa. Tässä kohdassa kysymysten vastaukset pidettiin erillään. Näin ala- ja yläkategorioista saatiin frekvenssit. Myös taustamuuttujista laskettiin frekvenssit. Apuna käytettiin SPSS 10.1 – tilasto-ohjelmaa.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistyksestä ja ryhmittelystä.

Suora lainaus	Pelkistys
"...itse pystyn omassa työssäni melko pitkälle hoitamaan potilaat omien arvojeni mukaisesti..."	Hoitaa omien arvojen mukaisesti
"...oman tieto / taitotason pitäminen nykytiedon mukaisena."	Omat tiedot ajan tasalla
"...ja joskus työn ohjaus koskee vanhusta miten menetellään vanhuksen parhaaksi..."	Työnohjauksessa miettiminen
"Voin vaikuttaa sinä hetkenä eniten, kun hoidan, olenko ihminen ihmiselle vai jotain muuta."	Ihmisenä oleminen
"oman tyylin mukaisesti hoitaa, "kukin taaplaa tyylillään" – asenne on hyväksytty, kunhan hommat tulee tehtyä."	Hoitamalla omalla tyylillä
"Tekemällä hoitotyötä sydämellä..."	Tekemällä työtä sydämellä
"Käyttää maalaisjärkeä, mahdollisuuksia on paljon"	Käyttää maalaisjärkeä
"Pitämällä omat arvot ja eettisyys korkealla	Arvot ja eettisyys korkealla
"...En suostu ala-arvoiseen hoitoon,..."	Ei suostu ala-arvoiseen hoitoon
pelkistys	alakatgoria
arvot ja eettisyys korkealla	
ei suostu ala-arvoiseen hoitoon	omien arvojen tunnistaminen
hoitaa omien arvojen mukaisesti	
koulutuksen avulla	kouluttautuminen
omat tiedot ajan tasalla	
tekemällä työtä sydämellä	
ihmisenä oleminen	aitous, parhaansa tekeminen
hoitamalla omalla tyylillä	
käyttää maalaisjärkeään	

5 TULOKSET

5.1 TAUSTATIEDOT

Yli kaksi kolmannesta kyselyn vastauksista tuli Etelä- tai Länsi-Suomen lääneistä siten, että Länsi-Suomen läänistä oli hieman suurempi edustus. Yksi kolmannes koostui Itä-Suomen, Oulun ja Lapin lääneistä tulleista vastauksista (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Vastanneet lääneittäin.

Lääni	n	%
Etelä-Suomen lääni	1017	34
Länsi-Suomen lääni	1117	37
Itä-Suomen lääni	461	15
Oulun lääni	267	9
Lapin lääni	135	5
Yhteensä	2997	100

Ainoastaan 6 % kyselyyn vastanneista työskenteli yksityissektorin palveluksessa. Heistä kolmannes työskenteli yksityisissä palvelutaloissa ja kaksi kolmannesta yksityisissä vanhainkodeissa. Julkisen sektorin palveluksessa työskenteli 94 % vastanneista. Yli puolet vastanneista työskenteli terveyskeskuksen vuodeosastoilla ja vajaa kolmannes julkisissa vanhainkodeissa. Julkisissa palvelutaloissa työskenteli 9 % vastanneista (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Laitostyyppi.

Laitostyyppi	n	%
Yksityinen vanhainkoti	115	4
Yksityinen palvelutalo	56	2
Julkinen vanhainkoti	881	29
Julkinen palvelutalo	256	9
Terveyskeskuksen vuodeosasto	1660	56
Yhteensä	2968	100

Valtaosa kyselyyn vastanneista oli 36-55 –vuotiaita (72 %). Vajaa viidennes vastanneista kuului ikäluokkaan 26-35 –vuotiaat. Alle 25 vuotiaita oli 4 % ja yli 56 –vuotiaita oli 6 % vastanneista (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Vastanneet ikäluokittain.

Ikäluokka	n	%
25 tai alle	122	4
26-35	540	18
36-45	1047	36
46-55	1058	36
56 tai yli	186	6
Yhteensä	2953	100

Yli puolet (51 %) vastaajista ilmoitti, että heillä oli kouluasteen tutkinto suoritettuna. Opistoasteen tutkinnon suorittaneita oli 33 % vastaajista ja 2 % ilmoitti, että heillä oli ammattikorkeakoulututkinto. Työpaikalla tai kursseilla oli koulutuksensa hankkinut 10 % vastaajista ja ilman ammatillista koulutusta ilmoitti olevansa 3 % vastaajista. Yliopisotutkinto oli 1 %:lla vastaajista (Taulukko 5.) Puolet vastaajista (50 %) ilmoitti olevansa perushoitajia tai lähihoitajia. Sairaanhoitajia oli 26 % vastanneista ja esimiehiä 4 %. Hoitoapulaisia oli 16 % vastanneista ja muita työntekijöitä 4 % vastanneista.

Taulukko 5. Vastanneiden ammatillinen koulutus.

Ammatillinen koulutus	n	%
Ei ammatillista koulutusta	96	3
Työpaikalla tai kursseilla hankittu koulutus	297	10
Kouluasteen tutkinto	1530	51
Opistoasteen tutkinto	974	33
Ammattikorkeakoulututkinto	59	2
Yliopistotutkinto	15	1
Yhteensä	2971	100

Kysyttäessä vastanneiden työkokemuksen määrää suurimmaksi yksittäiseksi luokaksi muodostui 1-5 vuotta työkokemusta omaavat. Heitä oli 27 % vastanneista. Vajaa viidennes vastanneista ilmoitti työkokemuksensa pituudeksi 6-10 tai 11-15 vuotta. Yli 20 vuoden työkokemus oli 21 %:lla vastaajista (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Vastanneiden työkokemus vuosina.

Työkokemusvuodet	n	%
1-5 vuotta	791	27
6-10 vuotta	574	19
11-15 vuotta	529	18
16-20 vuotta	436	15
21-25 vuotta	313	11
26 vuotta tai enemmän	291	10
Yhteensä	2934	100

Vastanneista yli kaksi kolmannesta (69 %) oli työskennellyt nykyisessä työyksikössään 10 vuotta tai vähemmän. Lähes puolet oli työskennellyt 1-5 vuotta nykyisessä työyksikössään. Yli 20 vuotta nykyisessä työyksikössä oli työskennellyt 8 % vastanneista (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Vastanneiden työyksikössä työskentelyvuodet.

Työyksikössä työskentelyvuodet	n	%
1-5 vuotta	1334	46
6-10 vuotta	672	23
11-15 vuotta	406	14
16-20 vuotta	256	9
21-25 vuotta	151	5
26 vuotta tai enemmän	78	3
Yhteensä	2897	100

Vakinaisia työntekijöitä ilmoitti olevansa 78 % kyselyyn vastanneista, pitkäaikaisia sijaisia (yli puolen vuoden sijaisuus) 15 % ja lyhytaikaisia sijaisia (alle puolen vuoden sijaisuus) 7 % vastanneista. Vastaajista 91 % teki kokoaikatyötä (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Vastanneiden työsuhteen laatu.

Työsuhteen laatu	n	%
Vakinainen, kokoaikatyö	2224	75
Vakinainen, osa-aikatyö	94	3
Sijaisuus, yli puoli vuotta, kokoaikatyö	357	12
Sijaisuus, yli puoli vuotta, osa-aikatyö	90	3
Sijaisuus, alle puoli vuotta, kokoaikatyö	128	4
Sijaisuus, alle puoli vuotta, osa-aikatyö	78	3
Yhteensä	2971	100

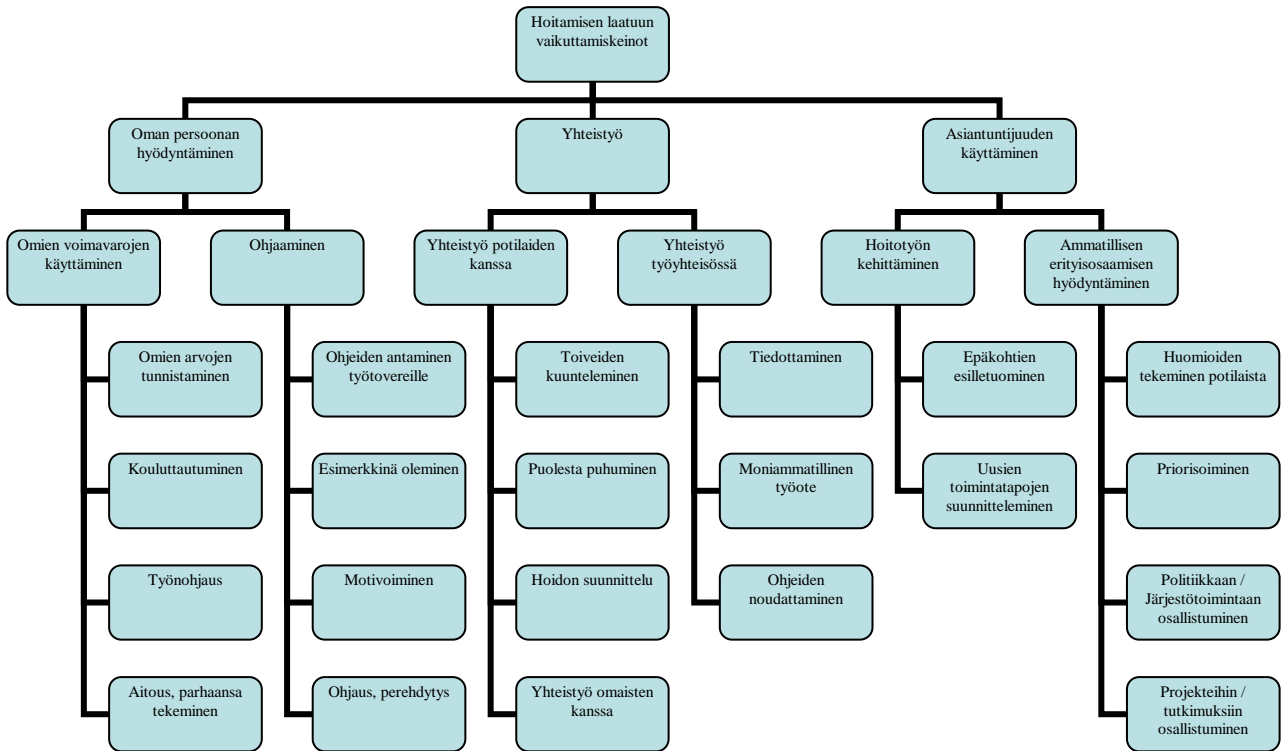
Vastaajista 78 % ilmoitti olevansa vakituisessa työsuhteessa ja vastaavasti 22 % oli sijaisia. Kolmivuorotyötä teki 63 % vastaajista ja kaksivuorotyötä 26 %. Pelkästään yötyötä teki 2 % vastaajista ja päivätyötä 7 %. Muuta työaikamuotoa ilmoitti tekevänsä 2 % vastaajista. (Taulukko 9)

Taulukko 9. Vastanneiden työaikamuoto.

Työaikamuoto	n	%
Päivätyö	192	6
Kaksivuorotyö	759	25
Kolmivuorotyö	1913	64
Yötyö	73	3
Muu	56	2
Yhteensä	2993	100

5.2 HOITAMISEN LAATUUN VAIKUTTAMISKEINOT

Hoitamisen laatuun vaikuttamiskeinoista muodostui kolme pääluokkaa, jotka ovat: oman persoonan hyödyntäminen, yhteistyö ja asiantuntijuuden käyttäminen (KUVIO 1). Omaa persoonaa hyödynnettiin käyttämällä työssä hyväksi omia voimavaroja ja huolehtimalla niistä sekä ohjaamalla toisia omalla persoonallisella tavalla. Yhteistyötä tehtiin sekä potilaiden ja omaisten kanssa että työyhteisön muiden jäsenten kanssa. Asiantuntijuutta puolestaan käytettiin hoitotyön kehittämisessä ja hyödyntämällä ammatillista osaamista erilaisissa tilanteissa. Hoitamisen laatuun vaikuttamiskeinoja kuvataan seuraavassa tarkemmin.



Kuvio 1. Hoitamisen laatuun vaikuttamiskeinot

5.2.1 Oman persoonan hyödyntäminen

Omien voimavarojen käyttäminen

Omien arvojen tunnistaminen

Vanhusten pitkäaikaishoidon henkilökunta kertoi miettivänsä omia arvojaan ja niiden suhdetta siihen, kuinka työtään tekee. Omat arvot oli tunnistettu ja niiden mukaisesti tehtiin työtä. Kristilliset arvot tulivat useiden vastaajien vastauksissa esille siten, että vanhuksia pyrittiin hoitamaan siten kuin omia vanhempia tai itseään toivottiin hoidettavan. Tunnistamalla omat arvonsa voitiin vaikuttaa siihen, miten potilaita hoidettiin ja myös hoidon laatuun. Yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, yksityisyys sekä inhimillisyys olivat usein mainittuja arvoja vanhusten hoitotyössä. Hoitotyön arvoista ja eettisistä periaatteista käytiin keskustelua jonka avulla suunnattiin hoitotyön kehittämistä. Omien arvojen tunnistaminen sisältää myös ne vastaukset, joissa viitattiin hoitajan omiin asenteisiin ja kuinka vaikuttaa voi tarkistamalla omia asenteitaan: Seuraavaksi on muutamia esimerkkejä omien arvojen tunnistamisesta:

”...Hoitotiimi toimii suhteellisen hyvin ja myös arvoista ja hoitoetiikasta keskustellaan ja sovitaan yhteiseksi johtolangaksi.”

”Melko paljon mahdollisuuksia: noudattaa hoitotyöhön liittyviä eettisiä sääntöjä: itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, yksityisyys ym.”

Kouluttautuminen

Kouluttautumalla hoitohenkilökunta pystyy vaikuttamaan työhönsä vanhusten pitkäaikaishoidossa. Jatkuvan kouluttautumisen tuomaa tietoa käytettiin hyväksi omassa työssä, mutta myös jaettiin tietoa työyhteisössä. Kouluttautuminen oli itsenäistä opiskelua, alan kirjallisuuden seuraamista, työyksikön sisäisiin koulutuksiin osallistumista tai ulkopuoliseen koulutukseen osallistumista. Vastauksista kävi ilmi, että vanhustenhuollon henkilökunta oli omaksunut ajatuksen elinikäisestä oppimisesta. Seuraavassa on muutamia esimerkkejä vastaajien kouluttautumiskommenteista:

”Koulutus ja erikoistuminen (itselläni haavahoito ja dementia) → tiedon välitys muille. Yhteistyö eri ammattiryhmien välillä. Hoitosuunnitelmat.”

”Pystyy vaikuttamaan omalla käytöksellä ja asenteilla, sekä hankkimalla ajankohtaista tietoa / taitoa asukkaan hoitoon liittyvistä seikoista.”

Työnohjaus

Joissakin työyhteisöissä käytettiin työnohjausta. Työnohjaukseen osallistumisen koettiin olevan keino vaikuttaa työhön, koska työnohjauksessa voitiin keskustella työyhteisön yhteisistä asioista ja miettiä erilaisia vaihtoehtoja ratkaista tilanteita.

Aitous, parhaansa tekeminen

Vanhusten pitkäaikaishoidon henkilökunta toi vahvasti esille, että he yrittivät tehdä parhaansa, huolimatta säästöistä ja kiireestä. Parhaansa tekemiseen liittyi usein ajatus siitä, että potilaita / asiakkaita kohdeltiin, kuten olisi itseään toivottu kohdeltavan tai kuten omia omaisia toivottiin kohdeltavan. Parhaansa tekevät hoitajat olivat monesti eettisessä ristiriitatilanteessa, kun eivät voineet tehdä työtään niin hyvin, kuin olisivat halunneet. Useat vastaajat toivat esille, että ainut tapa vaikuttaa hoidon laatuun oli juuri se, että voi tehdä parhaansa omalta osaltaan potilaita hoitaessaan.

Parhaansa tekevät hoitajat ilmoittivat pyrkivänsä olemaan ihminen ihmiselle. Seuraavat esimerkit kuvaavat parhaansa tekemistä:

”Uskaltaa olla ihminen ihmiselle.”

”Omalta osaltani pyrin tekemään työni niin hyvin kuin pystyn. Säästökuuri vaikuttaa, ettei ole aikaa kuin rutiineihin, keskustelemme paljonkin hoidon laadusta ja tiedämme miten pitäisi olla ja mitä kaikkea tehdä. Olemme olleet erilaisissa koulutuksissa, tietoa ja taitoa on jokaisella, mutta meitä on liian vähän ja se ahdistaa jokaista, tämä riittämättömyys, kun tietää mitä hyvään hoitoon kuuluu, eikä resurssit riitä. (Säästetään, ollaan pakkolomilla, ei sijaisia).”

Ohjaaminen

Ohjeiden antaminen työtovereille

Ohjeiden antaminen työtovereille liittyy omien potilaiden / asiakkaiden hoitoon tai johonkin omaan erityisosaamisalueeseen. Ohjeiden antamisen välineenä oli yleensä huolellisesti tehty, yksilöllinen hoitosuunnitelma, jota käytettiin ohjaamisen välineenä. Kirjallisen hoitosuunnitelman avulla varmistettiin, että sovitut hoidot toteutuvat myös omahoitajan poissa ollessa. Omaan erityisosaamiseen liittyvää ohjeiden antamista oli esimerkiksi potilaskohtaisten haavahoito-ohjeiden antaminen.

”Omahoitajana teen hoitosuunnitelman omaisia ym. kuullen ja valvon hoitotavoitteiden toteutumista.”

Määrätietoisesti vaatimalla muulta hoitohenkilökunnalta hoitosuunnitelman toteutusta.”

Esimerkkinä oleminen

Vanhusten pitkäaikaishoidossa vaikutettiin hoitoon myös olemalla esimerkkinä toisille työntekijöille tai opiskelijoille. Jotkut vastaajat totesivat, että eivät voi vaikuttaa toisten työskentelytapoihin muuten, kuin esimerkkinä olemalla ja toivomalla, että se vaikuttaa potilaiden

hoitoon positiivisesti. Eräs vastaaja oli onnistunut murtamaan vanhoja toimintatapoja omalla esimerkillään. Esimerkiksi seuraavalla tavalla vastaajat kertoivat esimerkkinä olemisesta:

”Toimia itse mahdollisimman hyvänä esimerkkinä. Jos huomaan jotakin negatiivista hoitoon liittyvää, yritän sanoa siitä kauniisti tai kertoa osastonhoitajalle”

”Oma esimerkki käytännön hoitotyön tekemisessä.”

Motivoiminen

Motivoimalla työkavereita tekemään parhaansa, pystyivät hoitajat vaikuttamaan potilaiden hoitoon. Positiivista palautetta annettiin työkavereille ja myös alaisille, työkavereita kannustettiin ja heistä huolehdittiin. Palautetta antamalla työskentelyä ohjattiin toivottuun suuntaan. Motivoiminen tuli esille esimerkiksi seuraavalla tavalla:

”Pitämällä huolta henkilökunnasta, joka laadun asiakkaalle tekee.”

”Voin antaa ryhmälle esimerkkiä ja ohjata työskentelyä toivottuun suuntaan sekä puuttua epäkohtiin. Voin myös rohkaista, kannustaa, kiittää hyvästä suorituksesta.”

Ohjaus, perehdytys

Työyksiköissä perehdytettiin uusia työntekijöitä ja opiskelijoita ja pyrittiin siten vaikuttamaan siihen, että oman työyksikön laadukas hoitokulttuuri siirtyi myös uusille tulijoille. Pitemmälle koulutetut kertoivat myös ohjaavansa kouluttamattomia ja vähemmän koulutettuja työntekijöitä ja sillä keinoin vaikuttavansa potilaiden hoitoon ja sen laatuun. Eräät vastaajat kuvasivat vaikuttamiskeinoja seuraavasti:

”Työyhteisössä hoitajien ohjaaminen, kouluttaminen.”

”Jos aikaa on, laatia huolella kattava hoitosuunnitelma. Ohjaamalla uusia työntekijöitä osastomme hoitoideologian mukaiseen työskentelyyn.”

5.2.2 Yhteistyö

Yhteistyö potilaiden kanssa

Toiveiden kuunteleminen

Vanhusten pitkäaikaishoidon henkilökunta pystyi vaikuttamaan potilaiden hoitoon ja hoidon laatuun kuuntelemalla potilaiden ja omaisten toiveita. Hoidon laatu rinnastettiin potilaiden tyytyväisyyteen ja tyytyväisiä potilaat olivat, kun heidän toiveitansa kuunneltiin. Toiveiden kuuntelu mahdollisti myös yksilöllisten hoitosuunnitelmien tekemisen. Vastauksista tuli vahvasti esille se, että potilaiden / asiakkaiden elinolosuhteet vanhusten pitkäaikaishoidossa pyrittiin järjestämään kodinomaisiksi ja yksilöllisiksi. Potilaiden turvallisuuden tunnetta pyrittiin luomaan kuuntelemalla toiveita. Seuraavat esimerkit kuvaavat sitä, kuinka potilaiden toiveiden kuunteleminen oli keino vaikuttaa hoitoon:

”Lähdetään asukkaan omista tarpeista ja toiveista. Kuunnellaan asukkaan ja läheisen mielipiteitä.

Puolesta puhuminen

Hoitajat kokivat olevansa potilaiden / asukkaiden puolestapuhujia heitä koskevissa hoitopäätöksissä. Hoitohenkilökunta vei potilaiden / asukkaiden kertomia toiveita eteenpäin työryhmälle. Erityisesti dementoituneiden potilaiden kohdalla puolesta puhuminen oli tärkeää. Seuraavat esimerkit kuvaavat potilaiden / asukkaiden puolesta puhumista:

”Hoitotyö suunnitelma, omaisten mahdolliset toiveet sekä tietysti asiakkaan toiveet huomioidaan ja niistä tiedottaminen eteenpäin.”

”Minulla on mahdollisuuksia esim. viedä potilaan toiveita ja ongelmia eteenpäin lääkärille ja osastonhoitajalle hänen puolestaan.”

Hoidon suunnittelu

Potilaiden hoitoon ja sen laadukkuuteen pystyttiin vaikuttamaan ottamalla potilaat / asiakkaat mukaan hoidon suunnitteluun ja suunnittelemalla hoitoa yhteistyössä potilaiden / asiakkaiden kanssa. Hoidon suunnittelulla yhdessä pystyttiin varmistamaan, että potilas oli mukana aktiivisena toimijana. Myös omaiset otettiin mukaan hoidon suunnitteluun. Moniammatillinen työryhmä

osallistui suunnitteluun, jolloin pystyttiin takaamaan yhteistyön sujuminen ja eri alojen ammattilaisten näkemykset tuli huomioitua.

”Potilaan ja omaisten mukaanotto entistä enemmän hoidon suunnitteluun.”

”Meillä pidetään hoitokokouksia, joissa on läsnä potilas (jos kykenee) omaiset, lääkäri, oma hoitaja, os. hoitaja, sosiaalityöntekijä ja kuntoutushenkilöstö ja niissä päätetään yhdessä hoitolinjoista.”

Yhteistyö omaisten kanssa

Yhteistyötä omaisten kanssa tehtiin paljon. Erityisesti dementoineiden hoidossa oli omaisten osuus korostunut. Omaisilta saatiin tärkeää tietoa, joka auttoi hoidossa eteenpäin. Toisaalta pystyttiin toteuttamaan potilaan / asukkaan toiveita, vaikka tämä ei niitä itse kyennyt ilmaisemaan ja toisaalta saatiin apua selvittää haastavista tilanteista eteenpäin. Yhteistyötä omaisten kanssa käytettiin myös työyksikön käytäntöjä kehitettäessä. Vastaajat kuvasivat yhteistyötä omaisten kanssa esimerkiksi seuraavalla tavalla:

”Päivittäiset keskustelut osaston henkilökunnan kanssa ja omaisten kanssa auttaa toimimaan eri tilanteissa. Omaiset kirjoittaneet tärkeitä elämäkertatietoja asukkaasta, esim. lapsuudenkodista, sen jäsenistä, omasta puolisoista ja lapsista, harrastuksista ja mieltymyksistä.”

”...Olemme vapaaehtoisesti osastollamme panostaneet ja pohtineet yhteistyön kehittämistä omaisten kanssa, mikä on poikanut ihan hyvää tulosta.”

Yhteistyö työyhteisössä

Tiedottaminen

Tiedottaminen oli työyhteisön sisäistä toimintaa, jolla haluttiin vaikuttaa siihen, miten potilaita / asukkaita hoidettiin. Tiedottamalla voitiin konkreettisesti vaikuttaa silloin, kun potilaan / asiakkaan voinnissa tapahtui muutoksia tai saatiin uusia anamnestisia tietoja. Tiedottamista käytettiin myös jokapäiväisen arjen sujumisen vuoksi. Jos tiedottaminen ei toteutunut toivotulla tavalla, hoitotyön jatkuvuus ontui. Tiedottamista oli myös mielipiteiden esille tuominen. Mielipiteiden vaihtoa käytiin

erilaisissa kokouksissa ja palavereissa, joita työyhteisöissä oli. Mielipiteiden esilletuomista edistivät työyhteisön avoin ilmapiiri ja se, että siellä ylipäänsä kokoonnuttiin yhteen miettimään asioita. Mielipiteiden esilletuominen vaati myös rohkeutta ja vastaajat totesivat, että vastuu mielipiteiden esittämisestä on jokaisella itsellään. Esimerkiksi seuraavalla tavalla vastaajat kirjoittivat mielipiteiden esilletuomisesta:

”Esim. hoito / tavoitekokouksessa kertomalla omat näkemykseni jossa eri ammattiryhmien edustajia on läsnä. Ajantasalla olevalla hoitosuunnitelmalla. Tiedonkulku, kirjallinen, suullinen. Konsultoimalla. Keinoja on monia. On omasta tahdosta kiinni, miten paljon paneudut potilaasi hoitamiseen ja ”uskallat” tuoda mielipiteesi esille.

”Huolehtia riittävästä tiedottamisesta (kirjaaminen, suulliset raportit).”

”Tuoda lääkärin tietoon potilaiden ongelmia.”

Moniammatillinen työote

Sen lisäksi, että vanhusten pitkäaikaishoidossa otettiin potilaat / asiakkaat sekä omaiset mukaan hoitopäätösten tekoon, suositettiin monissa yksiköissä moniammatillista työtettä. Potilaiden / asukkaiden hoitoon liittyviä ammattilaisia olivat hoitohenkilökunnan lisäksi ainakin lääkäri, kuntoutushenkilökunta, kotisairaanhoito, kotipalvelu ja sosiaalityöntekijät. Parhaimmillaan eri alojen asiantuntijat toivat esille oman näkemyksensä kyseisen potilaan / asiakkaan hoidosta ja hoitolinjoista päätettiin yhdessä. Moniammatillista työtettä käytettiin myös siten, että esimerkiksi omahoitaja saattoi pyytää kuntoutushenkilökunnalta ohjeita, kuinka huolehtia potilaan / asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämisestä jokapäiväisten hoitotoimien lomassa. Seuraavat suorat lainaukset kuvaavat moniammatillista työtettä:

”Kohtelemalla potilasta omana persoonana, yksilöllisesti. Ja tietysti yhteistyö lääkärin kanssa hoitoon ja lääkitykseen liittyvissä asioissa.”

”Kiinnittämällä huomiota mm. aseptiikkaan., kuntoutukseen: fysioterapeutti antaa ohjeita, kuinka perushoitaja / sairaanhoitaja voi omassa työssään toteuttaa potilaan kuntoutusta ja samalla tukea heidän potilaalle laatimaa kuntoutusohjelmaa.”

Ohjeiden noudattaminen

Aikaisemmin jo käsiteltiin ohjaamista vaikuttamiskeinona, erityisesti ohjeiden antaminen työtovereille liittyi usein omien potilaiden hoitosuunnitelman tekemiseen. Vastaajat kertoivat myös vaikuttavansa potilaiden hoitoon noudattamalla erilaisia määräyksiä ja ohjeita. Ohjeita noudattamalla (esim. hoitosuunnitelmassa olevien) pystyttiin vaikuttamaan siihen, että hoidon jatkuvuus ja tasainen laatu turvattiin. Ohjeet saatettiin luoda yhdessä ja niitä sitouduttiin noudattamaan tai esimerkiksi omahoitaja oli ohjeistanut potilaansa / asiakkaansa hoitoa tai lääkärin antamia ohjeita noudatettiin Esimerkiksi seuraavin tavoin ohjeiden noudattamista kommentoitiin:

”Sitoutumalla tekemään, kun on sovittu tiimissä.”

”Noudattaa ohjeita ja määräyksiä.”

5.2.3 Asiantuntijuuden käyttäminen

Hoitotyön kehittäminen

Epäkohtien esilletuominen

Vanhusten pitkäaikaishoidon henkilökunta arvioi jatkuvasti työyksikön toimintaa. Epäkohtiin puututtiin ja niitä nostettiin esille. Epäkohtia tuotiin esille yhteisissä palavereissa ja osastokokouksissa tai sitten niistä kerrottiin esimiehelle. Epäkohtia pyrittiin myös korjaamaan. Epäkohdat olivat pääasiassa epäasiallista potilaiden kohtelua ja niihin puuttuminen koettiin vaikeaksi. Joissakin työyhteisöissä vallitseva työkuulttuuri kannusti puuttumaan epäkohtiin. Seuraavissa suorissa lainauksissa on kerrottu epäkohtiin puuttumisesta:

”Nostaa epäkohdat, epäoikeudenmukaisuudet esille, jos niitä tapahtuu.”

”Team –palavereissa keskustellaan joka viikko yhdessä moniammatillisen henkilökunnan kesken, ja jokaisen mielipiteet otetaan huomioon. Osastollamme on hyvä yhteishenki ja työnohjaus sekä yhteiset tavoitteet. Epäkohtiin kannustetaan puuttumaan.”

Uusien toimintatapojen suunnitteleminen

Osa työyksiköistä oli hyvin kehittämismyönteisiä ja avoimia muutoksille. Uusia ideoita saattoi vapaasti esittää ja niitä kokeiltiin ennakkoluulottomasti, jos yhdessä arvioitiin, että kokeileminen kannatti. Uudet ideat saattoivat olla pieniä, tietyn potilaan hoitoon liittyviä tai koko työyksikön toimintaa koskevia. Työyksikön toimintatavoista käytiin jatkuvaa keskustelua, tarkoituksena arvioida toimintaa ja kehittää hoitotyötä. Seuraavat esimerkit kuvaavat uusien toimintatapojen suunnittelua vanhusten pitkäaikaishoidossa:

”Osallistunut laadunarviointiprojektiin, osastolla tehdään yhdessä laatuvaatimukset (tavoitteet), yhdessä osastolla arvioidaan laatua, huolehtia henkilökohtaisesti hoitotyön laadusta.”

”Osastolla meneillään jatkuva kehitys, työn tutkiskelu. Itseään voi aina kehittää ja etsiä parempia työtapoja.”

Ammatillisen erityisosaamisen hyödyntäminen

Huomioiden tekeminen potilaasta

Vanhusten pitkäaikaishoidon henkilökunta teki potilaista / asiakkaista omaan koulutukseensa perustuvia huomioita potilaista, jotka vaikuttivat potilaiden hoitolinjoihin. Havainnointi ja huomioiden tekeminen perustui usein non-verbaaliin viestintään toisaalta siksi, että osa potilaista / asiakkaista ei enää kyennyt ilmaisemaan itseään verbaalisesti tai ei tunnistanut itse voinnin muutoksia, ja toisaalta viestintä saattoi olla ristiriitaista ja vaatia ammatti-ihmisen arviota. Tällöin huomioiden tekeminen vaatii erityisosaamista, jota vanhustenhoidossa vaaditaan. Seuraava esimerkki kuvaavaa huomioiden tekemistä potilaista:

”Läheisesti ja jatkuvasti asiakkaan kanssa tekemisissä olevana voin kuunnella hänen toiveitaan ja kommunikaation puuttuessa tehdä havaintoja ja tiedottaa niistä eteenpäin, jakaa tietoni.”

Priorisoiminen

Priorisoimista käytettiin hoitoon vaikuttamiskeinona siten, että pystyttiin keskittymään oleelliseen, kun resursseja oli rajoitetusti. Priorisoimisessa keskeistä oli se, että sitä tehtiin potilaan tarpeista lähtien ja omat tarpeet jäivät toissijaisiksi. Ajatellen kokonaistyöaika, vastaajat kertoivat tiukan paikan tullen tinkivänsä esimerkiksi omista tauoistaan ja ruokailuistaan, jotta saivat kaikki työnsä hoidettu ajallaan. Seuraava suora lainaus on erään vastaajan maininta priorisoimisesta:

”Hoidon priorisoinnilla ja ajan jakamisella tarpeen mukaan (= potilaan tarpeen, ei hoitajan)”

Politiikkaan / järjestötoimintaa osallistuminen

Vanhusten pitkäaikaishoidon henkilökunta käytti politiikkaan osallistumista ja päättäjiin vaikuttamista keinona vaikutta siihen, miten potilaita / asukkaita hoidettiin sekä hoidon laatuun. Päättäjiin vaikutettiin tuomalla esille henkilökuntapulaa ja puhumalla ihmisarvosta. Järjestötoimintaan osallistuminen nähtiin yhtenä keinona vaikuttaa omaan työhön ja työolosuhteisiin. Vastaajat kommentoivat seuraavalla tavalla politiikkaan tai järjestötoimintaan osallistumista:

”Pitämällä julkista keskustelua yllä vanhusten, päihdeongelmaisten yms. ihmisarvosta. Puhumalla päättäjiille henkilökuntapulasta jne. Omalla toiminnalla pyrkiä toteuttamaan inhimillistä hoitoa.”

”ammattijärjestöni ja sen erilaisten työryhmien kautta vaikuttamalla (toivottavasti valtakunnallisestikin muutoksia aikaan saadaan)”.

Projekteihin / tutkimuksiin osallistuminen

Erilaisiin kehittämisprojekteihin osallistumalla vaikutettiin siihen, miten potilaita / asiakkaista hoidettiin ja hoidon laatuun. Erityisesti laatuprojekteja mainittiin tässä yhteydessä. Vastaajat ainoastaan nimesivät erilaisia projekteja, mutta eivät tarkemmin selittäneet, millä tavalla vaikuttaminen tapahtui. Aktiivisuutta vaikuttaminen edellytti. Tutkimuksia tekemällä voitiin vaikuttaa potilaiden / asukkaiden hoidon laatuun. Tutkimuksien tekemisestä oli yksittäisten vastaajien kommentteja. Joku oli tosin todennut, ettei tutkimuksiin vastaaminen ole auttanut mitään.

”Osallistunut laadunarviointiprojektiin, osastolla tehdään yhdessä laatuvaatimukset (tavoitteet)...”

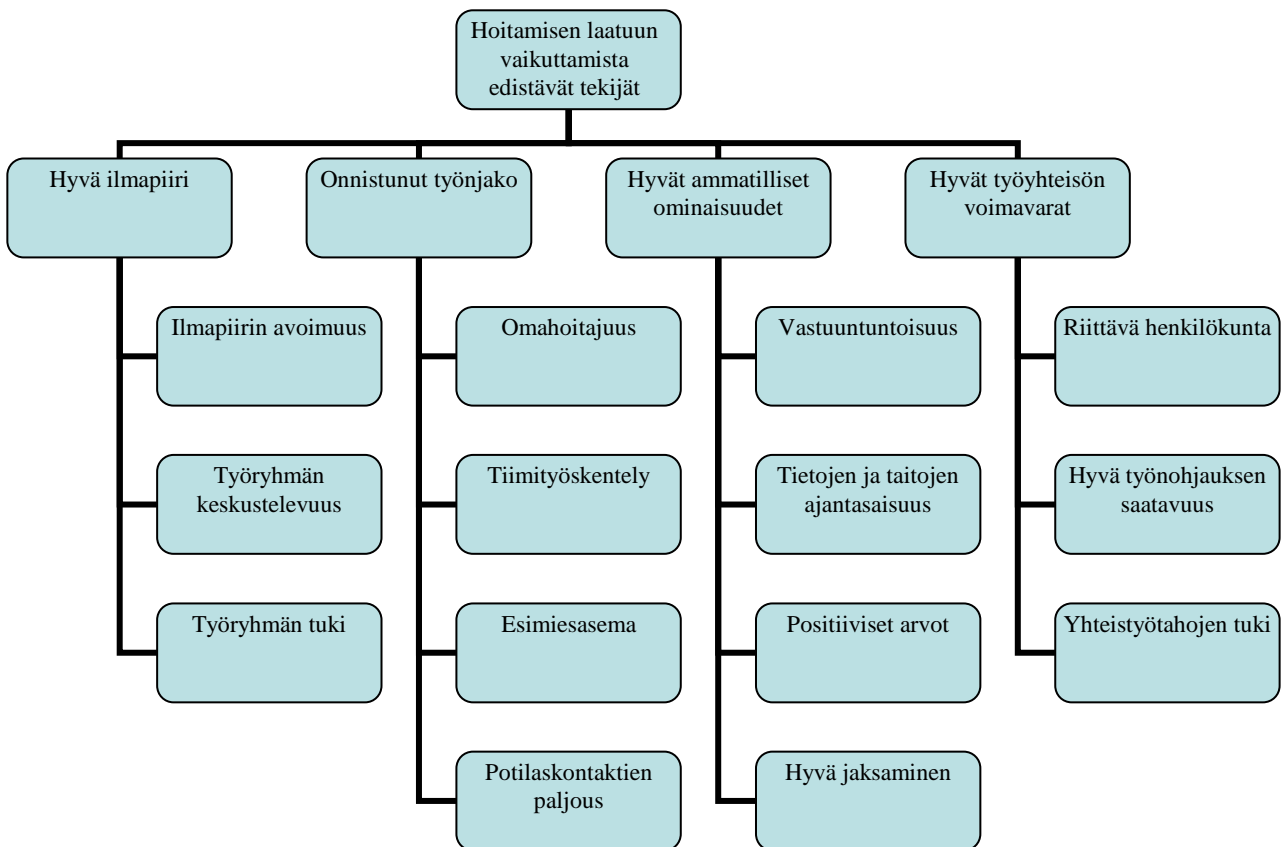
Taulukossa 10 on esitetty edellä kuvattuun luokitukseen tulleiden mainintojen määrät. Vaikuttamiskeinoja toi esille 1555 vastaajaa 2826 kommentilla kysyttäessä vaikuttamismahdollisuuksia potilaiden hoitamiseen. Hoidon laatuun vaikuttamiseen liittyen 1363 vastaajaa kommentoi keinoja 2209 maininnalla. Tiedottaminen, toiveiden kuunteleminen ja aitous, parhaansa tekeminen olivat selvästi eniten mainittuja hoitamisen laatuun vaikuttamiskeinoja vanhusten pitkäaikaishoidossa.

Taulukko 10. Hoitamisen laatuun vaikuttamiskeinot.

Vaikuttamiskeino	Potilaiden hoitaminen n	Hoidon laatu n	Potilaiden hoitaminen % vastauksista	Hoidon laatu % vastauksista
Omien voimavarojen käyttäminen	547	1004	19	45
Omien arvojen tunnistaminen	104	109	4	5
Kouluttautuminen	39	124	1	6
Työnohjaus	3	3	0	0
Aitous, parhaansa tekeminen	401	768	14	35
Ohjaaminen	278	197	10	9
Ohjeiden antaminen työtovereille	144	68	5	3
Esimerkkinä oleminen	82	57	3	3
Motivoiminen	21	28	1	1
Ohjaus / perehdytys	31	44	1	2
Yhteistyö potilaiden kanssa	743	318	27	15
Toiveiden kuunteleminen	368	217	13	10
Puolesta puhuminen	129	19	5	1
Hoidon suunnittelu	55	23	2	1
Yhteistyö omaisten kanssa	191	59	7	3
Yhteistyö työyhteisössä	938	355	33	16
Tiedottaminen	704	239	25	11
Moniammatillinen työote	177	67	6	3
Ohjeiden noudattaminen	57	49	2	2
Hoitotyön kehittäminen	221	245	8	12
Epäkohtien esilletuominen	72	75	3	4
Uusien toimintatapojen suunnitteleminen	149	170	5	8
Ammatillisen erityisosaamisen hyödyntäminen	99	90	3	3
Huomioiden tekeminen potilaista	85	25	3	1
Priorisoiminen	5	9	0	0
Politiikkaan / järjestötoimintaan osallistuminen	5	8	0	0
Projekteihin / tutkimuksiin osallistuminen	4	48	-	2
Yhteensä	2826	2209	100	100

5.3 HOITAMISEN LAATUUN VAIKUTTAMISTA EDISTÄVÄT TEKIJÄT

Hoitamisen laatuun vaikuttamista edistäviä tekijöitä olivat työyksikön hyvä ilmapiiri, onnistunut työnjako, hyvät ammatilliset ominaisuudet ja hyvät työyhteisön voimavarat (KUVIO 2). Hyvää ilmapiiriä kuvattiin avoimeksi. Tällöin työyksikössä sallittiin mielipiteiden ilmaiseminen ja vaikuttaminen tuli ylipäättään mahdolliseksi. Työryhmän keskustelevuus ja työryhmältä saatu tuki edistivät hoitamiseen vaikuttamista. Työnjaolla oli onnistuttu edistämään hoitamiseen vaikuttamista. Omahoitajuuden myötä hoitajat vastasivat potilaan hoidosta suurempana kokonaisuutena kuin ennen omahoitajamallin käyttöön ottoa. Tiimityöskentely oli tuonut joillekin vastaajille myös mahdollisuuden suurempien kokonaisuuksien hallintaan. Esimiesasema edisti hoitamisen laatuun vaikuttamista, samoin potilaskontaktien paljous. Hoitamisen laatu nähtiin useissa vastauksissa välittömästi potilaskontakteihin liittyvänä. Hyviä ammatillisia ominaisuuksia olivat vastuuntuntoisuus, tietojen ja taitojen ajantasaisuus, positiiviset arvot ja hyvä jaksaminen. Hoitamisen laatuun vaikuttamista edistivät työyhteisön voimavaroihin liittyvät tekijät, kuten riittävä henkilökunta, hyvä työnohjauksen saatavuus ja yhteistyötahojen tuki. Hoitamisen laatuun vaikuttamista edistäviä tekijöitä kuvataan seuraavassa tarkemmin.



Kuvio 2. Hoitamisen laatuun vaikuttamista edistävät tekijät

5.3.1 Työyhteisön hyvä ilmapiiri

Ilmapiirin avoimuus

Vastaajat kokivat työyhteisön ilmapiirin avoimuuden hoitamisen laatuun vaikuttamista edistävänä tekijänä silloin, kun siellä sallittiin keskustelu ja myös kritiikki. Joissakin yksiköissä myös uudet työntekijät ja sijaiset kokivat, että ilmapiiri oli avoin ja edisti vaikuttamismahdollisuuksia. Toisaalta vastaajat toivat esille myös sen, että itse olivat tyytyväisiä siihen, että palautteen antaminen oli vastavuoroista. Ilmapiirin avoimuutta pyrittiin myös tietoisesti tukemaan ja pitämään yllä. Ilmapiirin avoimuutta vastaajat kuvasivat esimerkiksi seuraavasti:

”Pitämällä osaltani yllä hyvää työilmapiiriä.”

”Osastolla on avoin ilmapiiri, voi keskustella asioista niin työkavereiden kuin myös osastonlääkärin kanssa. Kannustaa, kun huomaa hoidon tehonneen ja antaa myös negatiivista palautetta ellei asiat mene kuten on suunniteltu ja sovittu.”

Työryhmän keskustelevuus

Vastaajat toivat esille, että työyhteisössä oli ryhmätyöskentelyä tai sovittuja kokoontumisia, esimerkiksi erilaisia neuvotteluja, joissa oli aikaa keskustelulle ja ne edistivät siten vaikuttamismahdollisuuksia. Keskusteluja käytiin myös epävirallisemmin työnteon ohella. Näiden keskusteluiden ajateltiin edistävän hoidon laatuun vaikuttamista. Toisaalta myös edellytettiin, että näihin yhteisiin keskusteluihin otettiin osaa, mikäli haluttiin edistää vaikuttamista. Työryhmän keskustelevuutta kuvattiin mm. seuraavin esimerkein:

”Voin tuoda esille mielipiteitä ja ehdotuksia, jutellaan yhdessä ja kehitetään toimintaa. Kyllä minua kuunnellaan.”

”tuoda yhteisissä palavereissa julki omat mielipiteet (vaikka ei kaikkia voikaan toteuttaa erilaisten mielipiteiden takia).”

Työryhmän tuki

Työryhmän tuki tarkoitti sitä, että potilaiden / asukkaiden hoitoon liittyvistä asioista pystyi keskustelemaan toisten kanssa ja koki tulleen kuulluksi. Työryhmän tuki oli vertaistukea, jota

käytettiin, kun haluttiin keskustella työhön liittyvistä asioista. Työryhmän tukea käytettiin myös konsultoimalla esimerkiksi pitemmälle koulutettuja hoitajia. Seuraavat esimerkit kuvaavat työryhmän tukea:

”Moduulin hoitajana keskustelemalla toisten hoitajien kanssa potilaan hoitoon ja kuntoutumiseen vaikuttavista seikoista.”

”Raportoin tietoni eteenpäin sairaanhoitajalle, ja yhdessä niitä sitten tuumataan.”

5.3.2 Onnistunut työnjako

Omahoitajuus

Vanhusten pitkäaikaislaitoshoidon henkilökunta kokee, että omahoitajajärjestelmä on edistänyt vaikuttamismahdollisuuksia potilaiden / asukkaiden hoitoon. Vastaajat kertoivat, että pystyivät omahoitajajärjestelmässä ohjeistamaan muuta henkilökuntaa siinä, miten omia potilaita / asukkaita tulee hoitaa. Omahoitajuus tavallaan antoi luvan henkilökunnalle perehtyä edes joidenkin potilaiden / asukkaiden hoitoon kunnolla ja toisaalta myös velvoitti toteuttamaan hoitosuunnitelmaa ja hyvää hoitoa työvuorossa ollessa. Vastaajat puhuivat myös yksilövastuisesta työnjakomallista, jolla tarkoitettiin omahoitajuutta tai moduulimallin mukaan tehtyä työnjakoa. Tällöin yhden hoitajan vastuulla oli useampia potilaita. Omahoitajuuden myötä vanhustenhuollon henkilökunnalle oli selkeytynyt toisaalta potilaiden / asukkaiden hoidon kokonaisvastuu ja toisaalta päivittäiseen työnjakoon liittyen vastuu siitä, keiden potilaiden / asukkaiden hoidosta vastaa työvuoron aikana. Omahoitajuutta hoitamisen laatuun vaikuttamista edistävänä tekijänä vastaajat kuvasivat seuraavin esimerkein:

”Erittäin paljon. Hoitotyö on ryhmätyötä, mutta yksilövastuinen hoito antaa mahdollisuuden kantaa vastuuta tietyistä potilaista, mikä on hyvä, koska usein nähty tosiasia on että kaikkien vastuu on ”ei kenenkään vastuu”. Tällä taataan myös tietty hoidon taso.”

”Hoito on yksilövastuista. Oma ryhmä, samat hoitajat aina. Jokainen ryhmän hoitaja vastaa työstään ja ryhmästään oman työvuoron aikana.”

”Omahoitajajärjestelmän tultua käyttöön edes omat potilaat saavat laadukasta kokonaisvaltaista hoitoa.”

Tiimityöskentely

Tiimityöskentely vaikuttamismahdollisuuksia edistävänä tekijänä mainittiin vastauksissa, mutta epäselväksi jäi, millä tavalla se on edistänyt hoitajien työhön vaikuttamista vanhusten pitkäaikaislaitoshoidossa. Tiimityö muodosti kuitenkin oman luokan, koska se oli erikseen mainittu, esimerkiksi seuraavalla tavalla:

”Osastonhoitaja – lääkäri – omais – henkilökunta –tiimi”

”Tiiminjohtajana on vastuullinen hoidon laadusta.”

Esimiesasema

Esimiesasemassa olevat kertoivat omaavansa paljon vaikuttamismahdollisuuksia nimenomaan esimiesasemaan liittyen. Esimiesasemassa oltiin esimerkkinä työyksikön muille työntekijöille. Esimiesasema sinänsä koettiin vaikuttamista edistävänä tekijänä. Myös esimiehen mahdollisesti delegoimiin vastuualueisiin liittyen vastaajat toivat aseman mukanaan tuoman edistävän vaikutuksen esille. Esimiesasema edisti vaikuttamismahdollisuuksia yksikössä toteutettavaan hoitotyöhön, esimerkiksi hoitotyön linjauksiin. Seuraavin esimerkein kuvattiin esimiesasemaa vaikuttamista edistävänä tekijänä:

”Olen laatutyöskentelyn vastuuhenkilö, joten käytännön tasolla vaikuttamismahdollisuudet hyvät.”

”Hyvät mahdollisuudet kehittää hoitotyötä potilaiden ja kokonaisuuden parhaaksi; asema auttaa.”

”Minulla on vastaavana hoitajana erittäin suuret mahdollisuudet omassa työpaikassani vaikuttaa potilaan hoitoon. Työpaikkani on 6-paikkainen vanhusten pienryhmäkoti.”

Potilaskontaktien paljous

Vanhusten pitkäaikaishoidon henkilökunta ajatteli, että he voivat enemmän vaikuttaa työhönsä, kun olivat paljon tekemisissä potilaiden / asukkaiden kanssa. Kliininen työskentely potilaiden keskuudessa koettiin erittäin tärkeäksi ja se haluttiin tehdä parhaalla mahdollisella tavalla. Potilaiden / asukkaiden kanssa paljon olevat hoitajat kokivat, että heidän mielipiteitään kuunneltiin sen vuoksi, että he tunsivat potilaat / asiakkaat ja heidän terveydentilansa hyvin. Potilaskontaktien paljous edisti vaikuttamista potilaiden hoitoon työvuorokohtaisesti. Potilaskontaktien paljous vaikuttamista edistävänä tekijänä tuli esille esimerkiksi seuraavissa vastauksissa:

”Hyvät, koska minähän asukkaiden kanssa olen (kuten myös toiset hoitajat).”

”Hyvät mahdollisuudet vaikuttaa, juuri sen takia, kun on suuren osan ajasta lähellä potilaita.”

”Aika suuri, koska me olemme kuitenkin enemmän kontaktissa asukkaiden kanssa, kuin sairaanhoitajat tai muut työntekijät. Sairaanhoitaja ja lääkäri useinkaan näe asioita samalla tavalla.”

5.3.3 Hyvät ammatilliset ominaisuudet

Vastuuntuntoisuus

Vastuuntuntoisuus vanhusten pitkäaikalaitoshoidossa edisti hoitohenkilökunnan vaikuttamismahdollisuuksia siten, että vastuuntuntoisten työntekijöiden mielipiteillä oli merkitystä, kun päätöksiä tehtiin.

Tietojen ja taitojen ajantasaisuus

Tietojen ja taitojen ajantasaisuuden koettiin edistävän vaikuttamista hoitamisen laatuun vanhusten pitkäaikalaitoshoidossa. Työkokemus lisäsi hoitohenkilökunnan vaikuttamismahdollisuuksia siten, että se lisäsi potilaiden / asukkaiden hyvää kohtelua. Kokemuksen myötä oma asenne potilaisiin / asukkaisiin näytti tulevan tietoisemmaksi. Pitämällä omat tiedot ja taidot ajan tasalla pysyttiin kehityksessä mukana, jota pidettiin hyvin tärkeänä. Taidot karttuivat kokemuksen myötä. Vastaajat toivat seuraavin esimerkein taitojen ja taitojen ajantasaisuutta esiin:

”Hyvät mahdollisuudet – voin käyttää kaiken oman taitoni suomat mahdollisuudet.”

”Käyn säännöllisesti kursseilla, pitääkseni ajan tasalla itseni sekä poissa rutinoitumisesta.”

”Kokeneena vanhustenhoitajana asukkaita hoidetaan yksilöllisesti.”

Positiiviset arvot

Vastaajat kertoivat hoitamisen laatuun vaikuttamisen olevan kiinni myös siitä, kuinka itse suhtautuu työhönsä ja sen kehittämiseen, samoin kuin potilaisiin / asukkaisiin. Vastuuta hoitamisen laatuun vaikuttamisesta ajateltiin olevan jokaisella työntekijällä itselläänkin, kuten esimerkiksi seuraava vastaaja toteaa:

”Jokaisella on mahdollisuuksia, mikäli on tarmokas ja haluaa vaikuttaa.”

”Ensisijaisesti tapa miten työtäni teen: huomioiden asiakkaan persoonallisuuden ja kunnioittaen heidän yksityisyyttään.

Hyvä jaksaminen

Omaa hyvää jaksamista pidettiin tärkeänä, potilaiden / asukkaiden hoitamisen laatuun vaikuttamista edistävänä tekijänä. Omasta jaksamisesta ja hyvinvoinnista huolehtiminen edisti sitä, että potilaat / asukkaat saivat hyvää ja laadukasta hoitoa. Työhön vaikuttaminen nähtiin näissä vastauksissa niemenomaan kliiniseen hoitotyöhön vaikuttamisena. Vastaajat kuvasivat hyvää jaksamista hoitamisen laatuun vaikuttamista edistävänä tekijänä esimerkiksi näin:

”Muistaa oma hyvinvointi, kun hoitaja on iloinen, virkeä, myös asukkaat ovat pirteämpiä, iloisempia.”

Itsensä hoitaminen → jaksaa hoitaa myös toista.”

”Paljonkin, että omat asiat on kunnossa, silloin jaksaa enemmän antaa itsestään vanhukselle.”

5.3.4 Hyvät työyhteisön voimavarat

Riittävä henkilökunta

Vanhusten pitkäaikaislaitoshoidon henkilökunta kokee, että riittävä henkilökunnan määrä edistää vaikuttamismahdollisuutta potilaiden / asukkaiden hoitoon ja hoidon laatuun. Hoitotyöntekijät yrittivät parhaansa käytettävissä olevilla resursseilla, mutta totesivat, että lisähenkilökunnan avulla olisi voitu hoitaa laadukkaammin ja olisi voitu vaikuttaa siihen, miten ylipäänsä potilaita / asukkaita hoidettiin. Näiden työyksiköiden kyseessä ollessa jäi vaikutelma, että henkilökunta ei ollut vielä aivan väsynyt kiireeseen, vaan vielä oli ajatuksia siitä, että työhön voidaan vaikuttaa. Huolestuttavammalta tilanne vaikutti niissä työyksiköissä, joissa vahvasti tuotiin esille työhön vaikuttamista estävinä tekijöinä mm. riittämätön henkilökunta. Vastaajat ajattelivat riittävän henkilökunnan olevan vaikuttamista edistävä tekijä esimerkiksi seuraavasti:

”Sillä kapasiteetilla, mitä on käytettävissä, laatu on hyvä. Mutta jos henkilökuntaa olisi enemmän, omapotilaita olisi vähemmän, jolloin laatu ↑.”

”Silloin kun on resursseja, antaa aikaa potilaille.”

Hyvä työnohjauksen saatavuus

Asioiden pohtimista työnohjauksessa pidettiin edistävänä tekijänä siihen, että voitiin tarjota potilaille / asukkaille laadukasta hoitoa. Työnohjausta käytettiin tukemaan omaa jaksamista ja sitä kautta sitä ajateltiin hoitamisen laatua edistävänä tekijänä. Seuraavat vastaajat ajattelivat työnohjauksen edistävän hoidon laatuun vaikuttamista:

”Työnohjauspalaverit auttavat hyvään, laadukkaaseen hoitoon.”

”Kehittämällä itseäni jaksamaan työnohjauksessa.”

Yhteistyötahojen tuki

Yhteistyötahojen tuki oli hoitohenkilökunnan vaikuttamista edistävä tekijä. Yhteistyötahoja olivat erityisesti omaiset, esimies ja lääkäri. Seuraavat esimerkit kuvaavat yhteistyötahojen tukea vaikuttamista edistävänä tekijänä:

”...yhteistyö ja luottamus omaisten taholta antaisivat erinomaiset mahdollisuudet laadukkaaseen hoitoon.”

”Hyvät mahdollisuudet. Esimieheni antaa tukea ja kannustaa!”

Taulukossa 11 on esitetty, kuinka monta mainintaa edellä esitetyt luokat saivat. Hoitamisen laatuun vaikuttamista edistäviä tekijöitä oli 909 vastaajan paperissa yhteensä 1173 mainintaa. Hyvää ilmapiiriä pidettiin useimmiten vaikuttamismahdollisuuksia edistävänä tekijänä (45 % maininnoista). Työyhteisön ilmapiiri oli vastaajien mielestä silloin vaikuttamismahdollisuuksia edistävä, kun se oli avoin ilmapiiriltään (6 %). Myös työryhmän keskustelevuus (34 %) ja työryhmän tuki (5 %) koettiin vaikuttamismahdollisuuksia edistävinä tekijöinä.

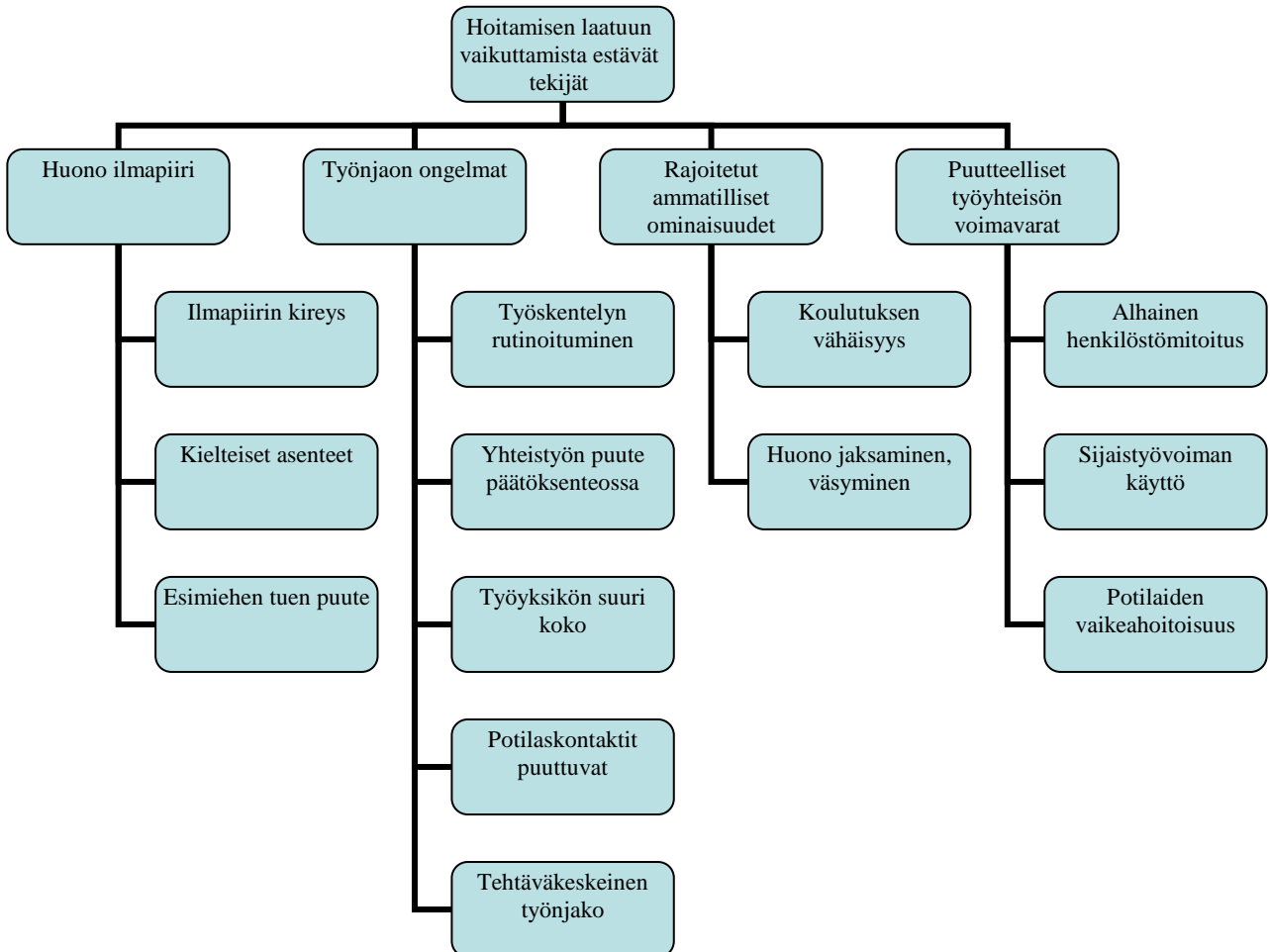
Taulukko 11. Hoitamisen laatuun vaikuttamista edistävät tekijät.

Edistävät tekijät	Potilaiden hoitaminen n	Hoidon laatu n	Potilaiden hoitaminen % vastauksista	Hoidon laatu % vastauksista
Hyvä ilmapiiri	523	259	44	35
Ilmapiirin avoimuus	65	40	5	5
Työryhmän keskustelevuus	396	181	34	25
Työryhmän tuki	62	38	5	5
Onnistunut työnjako	368	135	32	19
Omahoitajuus	251	72	21	10
Tiimityöskentely	40	27	4	4
Esimiesasema	30	16	3	2
Potilaskontaktien paljous	47	20	4	3
Hyvät ammatilliset ominaisuudet	265	328	22	43
Vastuuntuntoisuus	17	39	1	5
Tietojen ja taitojen ajantasaisuus	123	154	10	20
Positiiviset arvot	106	107	9	14
Hyvä jaksaminen	19	28	2	4
Hyvät työyhteisön voimavarat	17	21	2	3
Riittävä henkilökunta	6	14	1	2
Hyvä työnohjauksen saatavuus	4	1	0	0
Yhteistyötahojen tuki	7	6	1	1
Yhteensä	1173	743	100	100

5.4 HOITAMISEN LAATUUN VAIKUTTAMISTA ESTÄVÄT TEKIJÄT

Hoitamisen laatuun vaikuttamista estävät tekijät olivat usein vaikuttamista edistävien tekijöiden puutetta. Hoitamisen laatuun vaikuttamista estivät huono ilmapiiri, työnjaon ongelmat, rajoitetut ammatilliset ominaisuudet sekä puutteelliset työyhteisön voimavarat. (KUVIO 3) Ilmapiiritekijät, jotka estivät hoitamisen laatuun vaikuttamista, olivat ilmapiirin kireyttä, kielteisiä asenteita ja esimiehen tuen puutetta. Työnjaon ongelmia olivat työskentelyn rutinoituminen, yhteistyön puute päätöksenteossa, työyksikön suuri koko, potilaskontaktien puuttuminen ja tehtäväkeskeinen työnjako. Rajoitetut ammatilliset ominaisuudet, jotka estivät hoitamisen laatuun vaikuttamista,

olivat koulutuksen vähäisyys sekä huono jaksaminen ja väsyminen. Puutteellisia työyhteisön voimavaroja olivat alhainen henkilöstömitoitus, sijaistyövoiman käyttö ja potilaiden vaikeahoitoisuus. Näitä tekijöitä tarkastellaan seuraavaksi lähemmin.



Kuvio 3. Hoitamisen laatuun vaikuttamista estävät tekijät

5.4.1 Huono ilmapiiri

Ilmapiirin kireys

Työyksikön ilmapiiri koettiin joissakin yksiköissä kireänä, jolloin ei ollut tilaa hoitamisen laatuun vaikuttamiselle. Ilmapiirin kireyden vuoksi osa vastaajista koki, ettei voinut vaikuttaa edes siihen, miten itse hoitaa työnsä tai ainoa tapa yrittää vaikuttaa oli tehdä hoitotyötä omalla tyylillä ja olla siten esimerkkinä. Epäkohtiin ei uskallettu puuttua, vaikka niitä havaittiin. Myös ilmeiset organisaatiotason muutokset olivat kiristäneet ilmapiiriä, eikä muutoksia oltu onnistuttu viemään

läpi rakentavasti. Vastaajat toivat esille, että mielipiteitä ei voinut esittää yksikössä tai asioista keskustelu oli torjuttu. Mielipiteiden ja keskustelun torjumisen taustalla saattoi olla työntekijän oma ajatusmaailma, jolloin esim. koettiin, että sijaisena ei voi esittää mielipiteitä. Työntekijöiden ajatuksia ei kuunneltu tai ne torjuttiin. Ilmapiirin kireys tuli esille seuraavista kommentteista:

”Erittäin vähäiset. Jako on me muut ja ne jotka tulivat entisestä vanhainkodista uuteen taloon.”

”Uutena työntekijänä toimiva ratkaisu on ainoastaan mallina toimiminen ja sitä kautta toivoa, että herää muissakin ajatus toimia toisella tavalla. Avoin keskustelu koetaan liian usein kritiikiksi paikkaa ja sen henkilökuntaa kohtaan ”

”Tällä hetkellä ainoastaan koittamalla itse tehdä mahdollisimman laadukasta hoitotyötä. Osastollamme on paljon riitaa ja epäsopea joka vaikuttaa paljon hoidon laatuun.

Kielteiset asenteet

Kielteiset asenteet olivat henkilökunnan kielteistä suhteutumista esimerkiksi siihen, miksi jokin asia tulee tehdä asiakkaan ehdoilla. Kielteiset asenteet näkyivät myös kielteisenä suhtautumisena esimerkiksi uusiin työntekijöihin tai kouluttamattomiin sijaisiin. Kielteisten asenteiden seurauksena vaikuttamismahdollisuudet olivat vähäiset. Kielteiset asenteet tulivat esille seuraavissa vastauksissa:

”Mahdollisuudet olisivat mahtavat – mutta aina ei riitä taitoa saada kaikkia työntekijöitä ymmärtämään miksi jokin asia pitää tehdä asiakkaan ehdoilla. EI olla henkisesti tarpeeksi kypsiä.”

”Hyvin vähän (vaikuttamismahdollisuuksia). Kaikki ”lukeneet” hoitajat katsovat siihen malliin, mitä me kantapään kautta oppineet sanotaan.”

Esimiehen tuen puute

Joissakin työyksiköissä koettiin, että esimies ei anna tukea henkilökunnan pyrkimyksille vaikuttaa myönteisesti hoitamisen laatuun. Tuen puute saattoi olla passiivisuutta, jolloin asiat jäivät

hoitamatta. Henkilökunta koki myös, ettei heitä kuunnella lainkaan tai että osastonhoitaja ei sallinut muiden mielipiteitä. Esimiehen tuen puute tuli vastauksissa esille esimerkiksi seuraavasti:

”Hyvätkin uudistukset ja huomiot pian unohtuu, jollei aina muistuta uudelleen. Asiat jää roikkumaan. Innostuksen ja organisoinnin puutetta on.

”Osastonhoitaja määrää – ei salli muiden mielipiteitä!”

5.4.2 Työnjaon ongelmat

Työskentelyn rutinoituminen

Toisten hoitotyöntekijöiden työskentelyn rutinoitumisen koettiin estävän omia vaikuttamismahdollisuuksia. Toisaalta myös omaa rutinoitumista pelättiin ja jouduttiin työskentelemään vastoin omia arvoja juuri rutinoitumisen vuoksi. Työskentelyn rutinoituminen tuli esiin esimerkiksi seuraavissa vastauksissa:

”Osastolla on niin rutinoituja asioita, että pahaa tekee. Uusia tuulia ei oteta vastaan, joten sen minkä teen, teen parhaan kykyni mukaan, mutta itse en saa päättää, liian paljon painostusta muilta tahoilta.”

Yhteistyön puute päätöksenteossa

Yhteistyön puute päätöksenteossa esti vaikuttamasta potilaan hoitoon liittyviin päätöksiin, mutta myös resursseihin. Yhteistyön puutetta koettiin sekä työyksikön sisällä että suhteessa päättäjiin. Työyksikön sisäistä yhteistyön puutetta oli mm. potilaiden lääkitykseen liittyen, jolloin kyseessä oli ammattikuntien välisen yhteistyön puute. Tilanne oli hyvin stressaava vastaajille, jotka kuitenkin toivat esille näkemystään paremmasta hoidosta, mutta kokivat, että eivät voineet vaikuttaa tilanteeseen. Yhteistyön puute päättäjiin nähden aiheutti resurssipulaa. Henkilökunta koki, että päättäjät eivät kuunnelleet. Seuraavat esimerkit kuvaavat yhteistyön puutetta päätöksenteossa:

”Mahdollisuudet kaatuvat usein rahanpuutteeseen ja esim. siihen ettei esim. lääkärit määrää kipulääkkeitä tai asianmukaista lääkitystä.”

”Saada omaiset välittämään viestit lääkärille. Kirjatut raportit eivät auta.”

”Ei juuri minkäänlaisia. Kunnan päättäjät laativat raamibudjetin, jonka puitteissa toimitaan. Olemme voimattomia. Toimimme resurssien mukaan. Ahdistavaa ja stressaavaa.”

Työyksikön suuri koko

Työyksikön suuri koko esti vanhustenhuollon työntekijöiden vaikuttamismahdollisuuksia työhönsä. Hoidettavia oli liikaa suhteessa hoitajien määrään työvuorossa, jolloin ei pystytty hoitamaan niin hyvin kuin haluttiin. Jos jonkun vanhuksen hoitaa hyvin, kärsivät muut, koska heille jäi vähemmän aikaa. Seuraavassa esimerkkejä työyksikön suureen kokoon liittyen:

”Tällä hetkellä pienet. Ylipaikat vuodeosastolla vievät hoidon laatua alaspäin, ylipaikkatilanteelle emme ole löytäneet ratkaisua. Ilman uusia avopalvelumuotoja osastomme on jatkuvasti ylikuormitettu.”

”Omien potilaiden kohdalla voin vaikuttaa hieman enemmän kuin muiden. Osasto on hyvin suuri ja potilaita on paljon, ei ole voimavaroja eikä järkeä yrittää vaikuttaa kaikkien hoitoon.”

Potilaskontaktit puuttuvat

Jotkut vastaajat totesivat, että eivät voi vaikuttaa potilaiden hoitoon tai hoidon laatuun, koska eivät olleet potilastyössä. Luonnollisesti tuolloin on vaikea vaikuttaa, varsinkin, jos vaikuttamismahdollisuuksia ajatellaan olevan vain omaan työhön. Kuitenkin vanhusten pitkäaikaishoidossa oli myös muuta henkilökuntaa, kuin hoitohenkilökuntaa töissä.

Tehtäväkeskeinen työnjako

Tehtäväkeskeinen työnjako koettiin omaan työhön vaikuttamista estäväksi tekijäksi. Vastaajat kokivat, etteivät voineet vaikuttaa oikein kenenkään potilaan kokonaisuhoitoon, kun työnjakomalli oli tehtäväkeskeinen. Esimerkiksi seuraavalla tavalla eräs vastaaja ilmoitti tehtäväkeskeisen työnjakomallin estävän hoitamisen laatuun vaikuttamista:

”Omalta osaltani, ei ryhmän muiden jäsenten osalta kovinkaan paljon – OLEMME KAAVOIHIMME KANGISTUNEITA, TEHTÄVÄKOHTAISESTI VIELÄ OHJAUTUNEITA.”

5.4.3 Rajoitetut ammatilliset ominaisuudet

Koulutuksen vähäisyys

Henkilökunnan koulutuksen vähäisyyden koettiin estävän vaikuttamismahdollisuuksia siihen, miten potilaita yksikössä hoidetaan. Vastaajat olivat huolissaan kouluttamattoman henkilökunnan suuresta määrästä joissakin työyksiköissä. He kokivat, että kehittäminen oli hankalaa, kun henkilökunnalla ei ollut tarvittavaa peruskoulutusta työtehtäviin, jolloin näkemys hoitotyöstä jää puutteelliseksi. Joissakin yksiköissä käytettiin työllistämistuella palkattuja, kouluttamattomia henkilöitä, joka koettiin ongelmallisena. Myös kouluttamattomat työntekijät itse toivat esille vähäisiä vaikuttamismahdollisuuksiaan. He kokivat, että heidän mielipiteitään ei arvosteta, koska koulutusta ei ole. Seuraavassa esimerkkejä vastauksista, joissa tuotiin esille koulutuksen vähäisyyttä:

”Ei kovin suuria. (Koska työntekijöissä on paljon kouluttamatonta henkilökuntaa, siis työllistämistuella palkattuja)”

”Hoitoapulaisena, sijaisena(8 v) ja toisesta työyksiköstä tullessa ei juuri mitään mahdollisuuksia.”

Huono jaksaminen, väsyminen

Vanhuksia hoitava henkilökunta oli väsynyttä työyksiköissä, joissa koettiin olevan paljon vaikuttamista estäviä tekijöitä. Jotkut vastaajat kertoivat tekevänsä työtään jaksamisensa rajoilla ja terveytensä kustannuksella. Osa vastauksista oli toivottomia, henkilökunnan loppuun palaminen oli jo käsillä. Eräs vastaaja kuvasi tilannettaan seuraavasti:

”Minulla on oma käsitykseni ihmisarvoisesta ja asiakasta kunnioittavasta hoidosta, mutta olen kadottanut sen yleiseen kaaokseen. Jos ehdin, muistan ja jaksan; mielipiteeni, omaisten ja potilaiden viestit lääkärille huomioidaan ja mielipidettäni arvostetaan. Enää sitä ei vain ehdi julkituoda. Voin vain yrittää tehdä parhaani, ja sen

teen oman terveyteni kustannuksella. Se ei kuitenkaan riitä. 40 – 46 autettavaa ja osin akuuttipotilasta ja 4 hoitajaa ovat mahdoton yhtälö. Teen minkä ehdin, muu jää.”

”Kokemusta, osaamista on. Henkilökunnan väsymys ja säästöt estävät.”

5.4.4 Puutteelliset työyhteisön voimavarat

Alhainen henkilöstömitoitus

Alhainen henkilöstömitoitus näkyi joissakin vanhusten pitkäaikaishoidon yksiköissä hyvin monella eri tavalla. Työntekijät kertoivat kiireestä, joka esti vaikuttamista hoitamisen laatuun. Henkilökunta teki työtään ristiriitaisissa tunnelmissa, koska olisi halunnut tehdä työnsä paremmin, kuin ehti. Vastaajat kertoivat, että potilaat saavat vain välttämättömimmän perushoidon ja senkin henkilökunta haluaisi tehdä paremmin kuin minkä ehtii. On yksiköitä, joissa potilaat pääsevät suihkuun vain kerran viikossa kiireestä johtuen. Myös toimintakykyä ylläpitävästä kuntoutuksesta oli osittain luovuttu, koska jotkin asiat sujuivat nopeammin, kun asiat tehtiin potilaan puolesta. Alhainen henkilökuntamitoitus näkyi myös työmäärän paljoutena. Potilaiden / asiakkaiden päivärytmin ylläpitämiseen liittyvät työtehtävät veivät kaiken ajan, eikä niitäkään ehtinyt tehdä niin hyvin, kuin olisi halunnut. Aikaa muuhun ei jäänyt. Joissakin yksiköissä henkilökunnan vähäisyys sekä esimiesten vähäisyys johtivat siihen, että työt oli puutteellisesti organisoitu. Seuraavat kommentit kuvaavat alhaista henkilökuntamitoitusta hoitamisen laatuun vaikuttavana tekijänä:

”Kiireestä johtuen ei paljoakaan, tehdään tärkein, suihku x 1 / vko, muina päivinä pikkupesut, ravinnosta huolehtiminen, kuntoutusta. Omalääkärisysteemi vie aamuvuorossa 2 sairaanhoitajan ajan kun 6 lääkäriä kiertää eri aikoina. Hoidon laatu? Onko sitä?”

”Kiireisyyden vuoksi hoito on nykyään kiireistä perushoitoa, muita tarpeita vaikea tyydyttää. Aikaa vuorovaikutukseen ja seurusteluun ei ole. Kiireisyys menee laadun edelle monissa asioissa.”

Kiire rajoittaa hoitamista, esim. monesti pot. pystyisi kävelemään suihkumatkat, mutta ajanpuutteen vuoksi matka tehdään pyörätuolilla / suihkutuolilla.”

”Aikaa on liian vähän olla potilaan luona, henkilökuntaa on liian vähän – rutiini työt vie ajan esim. kesällä ei ehdi ulos potilaiden kanssa vaikka tahtoa olisikin.”

Sijaistyövoiman käyttö

Sijaistyövoiman käyttö esti hoitamisen laatuun vaikuttamismahdollisuuksia siten, että sijaiset eivät aina sitoutuneet työhönsä eivätkä ottaneet vastuuta. Myös sijaisten jatkuva perehdyttäminen vei henkilökunnalta voimavaroja ja toisaalta sijaiset itse kokivat asemansa sellaisena, etteivät voineet vaikuttaa työhönsä. Vastajaat kuvasivat sijaistyövoiman käyttöä seuraavasti:

”...omaan työn laatuun voin vaikuttaa, mutta koen vaikuttamiseni tällä hetkellä huonoksi. Jatkuva uusien työntekijöiden ohjaaminen väsyttää.”

”Tilapäistyöntekijällä ei mahdollisuuksia.”

”Mahdollisuuteni vaikuttaa hoitoon on hyvin vähäiset, vaikka huomaan hoidon laadussa muutettavaa / parannettavaa, johtuen lyhyistä työsuhteista & sijaisuuksista.”

Potilaiden vaikeahoitoisuus

Osassa työyksiköistä oli käynyt niin, että potilaat olivat entistä vaikeahoitaisempia, mutta hoitotyötä tehtiin samoilla resursseilla kuin ennenkin. Työn vaatimukset olivat siis lisääntyneet ja henkilökunta koki, ettei kykene selviytymään työstä yhtä hyvin kuin ennen. Vaikuttamismahdollisuudet olivat kaventuneet, kuten seuraavissa vastauksissa:

”Omalla esimerkillä ja tietotaidolla hyvät, mutta valitettavasti täytyy sanoa, että aika, kiire ja pot. raskashoitoisuudesta johtuen joskus olemattomat.”

”Voin vaikuttaa vain siihen miten itse teen työni. Nykyisin on liian kiire koska osastomme potilasainees on vaativampaa ja henkilökuntaa mielestäni liian vähän. Teen hoidosta niin laadukasta kuin mahdollista mutta tunnen usein riittämättömyyttä koska en ehdi tehdä asioita niin kuin haluaisin.”

Maininnat vaikuttamismahdollisuuksia estävistä tekijöistä on esitetty Taulukossa 12. Vaikuttamismahdollisuuksia estäviä tekijöitä mainitsi 251 vastaajaa 324 kommentilla

(vaikuttamismahdollisuudet siihen, miten potilaita hoidetaan) ja 357 vastaajaa 438 kommentilla (vaikuttamismahdollisuudet hoidon laatuun).

Puutteelliset työyhteisön voimavarat nousivat eniten mainintoja saaneeksi vaikuttamismahdollisuuksia estäväksi tekijäksi. Potilaiden hoitoon vaikutettaessa puutteelliset voimavarat mainittiin 59 % kommentteista. Alhainen henkilökuntamitoitus oli suurin yksittäinen mainittu luokka (48 %). Sijaistyövoiman käyttö, koulutuksen vähäisyys, yhteistyön puute päätöksenteossa, työskentelyn rutinoituminen sekä ilmapiirin kireys työyhteisössä olivat kukin 8 % verran esillä kommentteissa.

Kysyttäessä vaikuttamismahdollisuuksia hoidon laatuun, koettiin estäviksi tekijöiksi lähinnä työyhteisön puutteelliset voimavarat (82 %) ja niistä alhainen henkilökuntamitoitus (75 %). Muut vaikuttamismahdollisuuksia estävät tekijät saivat mainintoja tasaisen vähän, ainoastaan työnjakoon liittyvä työskentelyn rutinoituminen sai 5 % kommentteista, muut vähemmän.

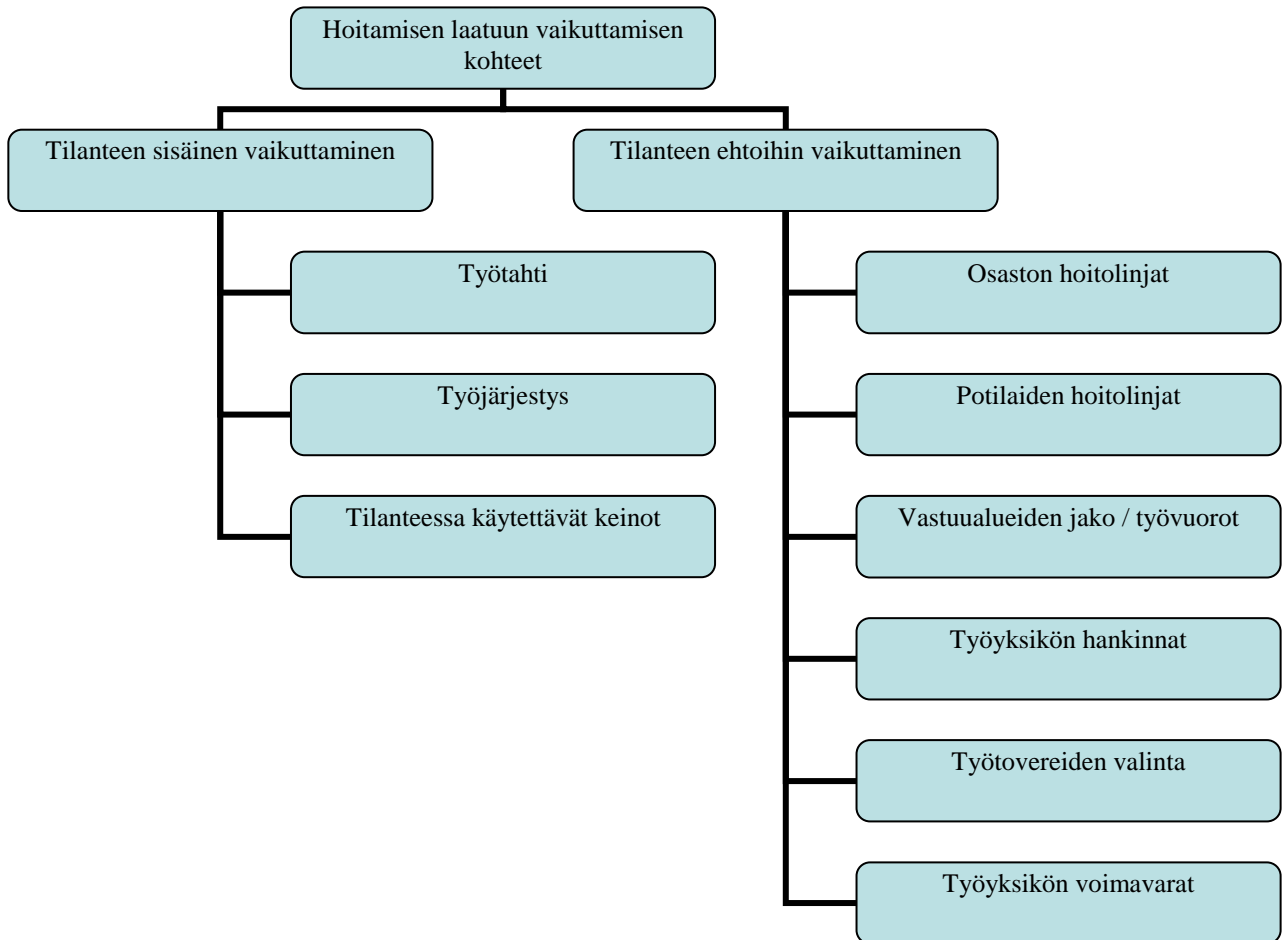
Taulukko 12. Hoitamisen laatuun vaikuttamista estävät tekijät.

Estävä tekijä	Potilaiden hoitaminen n	Hoidon laatu n	Potilaiden hoitaminen % vastauksista	Hoidon laatu % vastauksista
Huono ilmapiiri	49	27	15	6
Ilmapiirin kireys	28	10	8	2
Esimiehen tuen puute	15	3	2	1
Kielteiset asenteet	6	14	5	3
Työnjaon ongelmat	57	26	17	7
Työskentelyn rutinoituminen	26	20	8	5
Yhteistyön puute päätöksenteossa	25	10	8	2
Työyksikön suuri koko	4	3	1	1
Tehtäväkeskeinen työnjako	1	3	0	1
Potilaskontaktit puuttuvat	1	-	0	-
Rajoitetut ammatilliset ominaisuudet	27	20	9	5
Koulutuksen vähäisyys	24	16	8	4
Huono jaksaminen, väsyminen	3	4	1	1
Puutteelliset työyhteisön voimavarat	191	365	59	82
Alhainen henkilöstömitoitus	154	334	48	75
Sijaistyövoiman käyttö	26	16	8	4
Potilaiden vaikeahoitoisuus	11	15	3	3
Yhteensä	324	438	100	100

5.5 HOITAMISEN LAATUUN VAIKUTTAMISEN KOHTEET SEKÄ VAIKUTTAMISMAHDOLLISUUKSIEN MÄÄRÄ

Hoitamisen laatuun vaikuttamisen kohteet muodostavat kaksi pääluokkaa: tilanteen sisäinen vaikuttaminen ja tilanteen ehtoihin vaikuttaminen (KUVIO 4). Tilanteen sisäinen vaikuttaminen oli työtähtiin, työjärjestykseen ja tilanteessa käytettäviin keinoihin vaikuttamista. Tilanteen sisäinen vaikuttaminen tapahtui vuorovaikutustilanteissa potilaiden kanssa. Tilanteen ehtoihin vaikuttaminen

puolestaan oli osaston tai potilaiden hoitolinjoihin vaikuttamista, vastualueiden jakoon vaikuttamista, työyksikön hankintoihin vaikuttamista, työtovereiden valintaan vaikuttamista sekä työyksikön voimavaroihin vaikuttamista. Seuraavassa kuvataan hoitamisen laatuun vaikuttamisen kohteita lähemmin.



Kuvio 4. Hoitamisen laatuun vaikuttamisen kohteet

5.5.1 Tilanteen sisäinen vaikuttaminen

Työtahti

Työyksikköjen välillä vanhusten pitkäaikaishoidossa näyttää olevan resurssien suhteen suuria eroja. Erot tulivat esille myös, kun tarkastellaan vaikuttamisen kohteita. Muutamia yksittäisiä vastaajia oli, jotka ilmoittivat, että voivat vaikuttaa työtahtiinsa, vaikka tämän tutkimuksen aineistossa oli paljon työyksikköjä, joissa oli huutava resurssipula. Esimerkiksi seuraavanlaiset vastaukset tulkittiin niin, että omaan työtahtiin pystyttiin vaikuttamaan:

”Voin itse valita työryhtmini tietenkin työajan puitteissa.”

Työjärjestys

Työjärjestykseen vaikuttamalla vanhusten hoitajat pystyivät toteuttamaan joitakin vanhusten toiveita ja noudattamaan heidän tapojaan. Vastaajat kertoivat esimerkiksi, että eivät herättele potilaita / asiakkaita aamuisin, vaan avustavat aamutoimissa sitten, kun vanhus itse herää. Ongelmia vanhusten toiveiden noudattaminen toi sikäli, että ruokailuajat olivat kiinteät. Oli paineita pitää päivittäisistä ruokailuajoista kiinni, jotta ruoka oli vielä tarjoilukelpoista vanhusten syötäväksi. Seuraavanlaiset esimerkit kertoivat työjärjestykseen vaikuttamisesta:

”Päivittäisissä rutiininomaisissa toiminnoissa voi toki tilannekohtaisia muutoksia tehdä.”

”Voin vaikuttaa perushoidossa esim. peseytykö nyt vai hieman myöhemmin, haluaako istumaan tuoliin vai ei. Voin myös tuoda ehdotuksia pot. ja työkavereille pot. hoidosta ja mahdollisuuksista tehdä asiat toisin.”

Tilanteessa käytettävät keinot

Monet tutkimuksen vastaajat kokivat, että pystyivät vaikuttamaan ainoastaan siihen, millä keinoin itse vanhuksia hoitavat. Joidenkin vastaajien mielestä heillä oli silloin olemassa kaikki mahdollisuudet vaikuttaa hoidon laatuun, kun voivat itse valita parhaaksi katsomansa hoitotyön keinot. Hoitotyön keinoihin on tässä luokassa huomioitu myös kyky olla vuorovaikutuksessa, joka on vanhusten pitkäaikaishoidossa hyvin keskeinen hoidon laatuun vaikuttava tekijä. Seuraavat suorat lainaukset kertovat vastaajien mahdollisuuksista vaikuttaa hoitotyön keinoihin.

”Olemalla lempeä, ystävällinen, pieniä toiveita voi toteuttaa, esim. iltapalalla annan potilaalle hänen toiveidensa mukaista syömistä (kuka pystyy toivomaan).”

”Aamuraportilla suunnitellaan oman moduulin työntekijöiden kanssa potilaskohtaiset työt, potilaiden toiveet huomioidaan.”

Hyvin paljon. Perehtyä ja toteuttaa mahdollisimman yksilöllisesti määrätyt hoidot ja ammatillisesti.”

5.5.2 Tilanteen ehtoihin vaikuttaminen

Osaston hoitolinjat

Osaston hoitolinjoihin vaikuttamisella tarkoitetaan hoitotyön periaatteisiin vaikuttamista, osaston hoitolinjoihin vaikuttamista, osaston ilmapiiriin vaikuttamista tai työilmapiiriin vaikuttamista. Vaikuttamismahdollisuudet olivat siis laajemmat, kuin omaan, työvuorokohtaiseen työskentelyyn vaikuttaminen. Seuraavassa on vastaajien esimerkkejä

”Minulla on mahdollisuus omalla esimerkillä / työskentelytavalla vaikuttaa myös toisten tapaan hoitaa, jakamalla tietoa ja esimerkkejä, selventää muille, miten kohdata dementoitunut asukas, suuri mahdollisuus vaikuttaa yksikön yleiseen hoitoilmapiiriin ja tapaan kohdella asukkaita.”

”Omalla työpanoksella hoitaa potilaita mahdollisimman hyvin. Kehittää itseään paremmaksi hoitajaksi, pyrkii kehittämään työyhteisöä ja sen tekemää hoitotyötä.”

Potilaiden hoitolinjat

Potilaiden hoitolinjoihin vaikuttamisella tarkoitetaan yksittäisten potilaiden tai potilasryhmien hoitoon vaikuttamista. Yksittäisten potilaiden hoitoon vaikuttaminen oli omien potilaiden kokonaishoidosta vastaamista ja siitä päättämistä. Vastaajat pystyivät ohjeistamaan toisten hoitoyöntekijöiden työskentelyä omien potilaidensa kohdalla esimerkiksi laatimalla kirjallisen hoitosuunnitelman. Omien potilaiden hoidon suunnittelu saatettiin tehdä ryhmässä, mutta hoitajalla oli se kokemus, että hän pystyi vaikuttamaan lopputulokseen. Erilaisten potilasryhmien hoitoon vaikuttaminen oli esimerkiksi lonkkamurtumapotilaiden hoidon ohjeistusta. Seuraavat suorat lainaukset ovat esimerkkejä potilaiden hoitolinjoihin vaikuttamisesta.:

”Valita mahdollisimman hyvä hoitomuoto, josta on asukkaalle hyötyä. Kertoa muulle henkilöstölle yhteiset tavoitteet, joita noudatetaan, esim. hemipotilaan avustaminen.”

”Seurata esim. lääkityksen vaikutuksista potilaaseen, potilaan tilan huonontuessa voin esittää lääkkeiden karsimista / lopettamista. Vaikutan siihen ,että potilaan kuntoutus vastaa potilaan vointia.”

”Joka toinen viikko yhdessä toisten hoitajien kanssa yhteisissä palavereissa arvioidaan potilaskohtainen hoito.”

Vastuualueiden jako

Vastuualueiden jakoon vaikuttaminen oli vaikuttamista siihen, kuka työyhteisössä hoitaa mitäkin tehtäviä vastuualueinaan.

Työyksikön hankinnat

Työyksikön hankintoihin ilmoittivat muutamat vastaajat vaikuttavansa. Hankintoihin vaikuttamalla pystyttiin vaikuttamaan myös muiden työntekijöiden työolosuhteisiin, samoin kuin potilaiden / asukkaiden olosuhteisiin. Esimerkiksi seuraava vastaaja vaikutti työyksikön hankintoihin:

”...Vastaan erill. tavaroiden hankkimisesta osastollemme (kalenterit, suklaat, vaatteet) yms.”

Työtovereiden valinta

Työtovereiden valitaan pystyivät vastaajista jotkut vaikuttamaan ja toivat esille tyytyväisyyttään asiaan, kuten seuraava vastaaja:

”Olen onnistunut henkilökunnan valinnassa: tasa-arvoisesti kaikki tuo valintojaan esille ja uudistusehdotuksia. Mahdollisuudet on siis erinomaiset.”

Työyksikön voimavarat

Muutamat vastaajat kokivat, että voivat vaikuttaa osaston voimavaroihin. Voimavaroihin liittyvä vaikuttaminen oli henkilökunnan määrään vaikuttamista. Seuraavat esimerkit kuvaavat osaston voimavaroihin vaikuttamista:

”Voin viestiä henkilöstötilanteesta, suunnitella hoidon toteutumista, olla yhteyksissä eri tahoihin että hoitoketju on aukoton ja tiedonkulku parempaa.”

”Suuri mahd. kivunhoitoon, muihin oireiden lievittämiseen. Henkilökunnan määrään melko paljon ... potilaiden hoitoaikaan melko paljon”

Taulukossa 13 on kooste, siitä, kuinka usein edellä kuvatut luokat mainittiin vastauksissa. Kysyttäessä vaikuttamismahdollisuuksia potilaiden hoitoon 737 vastaajaa ilmaisi vaikuttamisen kohteen yhteensä 832 kommentilla. Hoidon laatuun liittyen 470 vastaajaa oli yhteensä 506 kommentilla ilmaissut vaikuttamisen kohteen. Potilaiden hoitamiseen liittyen vastaajat ilmoittivat voivansa vaikuttaa tilanteessa käytettäviin keinoihin (45 %) ja potilaiden hoitolinjoihin (42 %). Hoidon laatuun liittyen eniten koettiin voitavan vaikuttaa samoihin kohteisiin, mutta selvästi enemmän tilanteessa käytettäviin keinoihin (68 %). Potilaiden hoitolinjoihin (16 %) ja osaston hoitolinjoihin (11 %) ilmoitti useampi vastaaja voivansa vaikuttaa, muut vaihtoehdot saivat yksittäisiä mainintoja. Työtahtiin ei yksikään vastaaja ilmoittanut voivansa vaikuttaa, kun kysyttiin vaikuttamismahdollisuuksia hoidon laatuun.

Taulukko 13. Hoitamisen laatuun vaikuttamisen kohteet.

Vaikuttamisen kohde	Potilaiden hoitaminen n	Hoidon laatu n	Potilaiden hoitaminen % vastauksista	Hoidon laatu % vastauksista
Tilanteen sisäinen vaikuttaminen	408	348	49	69
Työtahti	6	-	1	-
Työjärjestys	25	3	3	1
Tilanteessa käytettävät keinot	377	345	45	68
Tilanteen ehtoihin vaikuttaminen	424	158	51	31
Osaston hoitolinjat	55	58	7	11
Potilaiden hoitolinjat	355	83	42	16
Vastuualueiden jako / työvuorot	5	4	1	1
Työyksikön hankinnat	2	5	0	1
Työtovereiden valinta	2	3	0	1
Työyksikön voimavarat	5	5	1	1
Yhteensä	832	506	100	100

5.5.3 Vaikuttamismahdollisuuksien määrä

Vaikuttamismahdollisuuksien määrää kommentoineet vastaukset luokiteltiin viiteen eri luokkaan seuraavasti: 1) Ei tarvetta vaikuttaa, 2) Ei lainkaan mahdollisuutta vaikuttaa, 3) Jonkin verran mahdollisuuksia vaikuttaa, 4) paljon mahdollisuuksia vaikuttaa, 5) Ei osaa sanoa. Vastauksissa tuli selkeästi esille, että kysymyksessä olivat vastaajien omat kokemukset. Minimaalisia vaikuttamismahdollisuuksia ja rajattomia vaikuttamismahdollisuuksia saatettiin perustella samoilla perusteilla: Omahoitajatyöskentely mahdollisti joillekin rajattomat mahdollisuudet ja joillekin minimaaliset (pystyi vaikuttamaan ainoastaan oman potilaan asioihin). Vastaajat kommentoivat vaikuttamismahdollisuuksien määrää seuraavin esimerkein:

”Voi esittää mielipiteensä, ei vaikuta asiaan.”

”Jonkin verran mahdollisuus vaikuttaa, kun suunnitellaan jonkun potilaan kohdalle.”

”Omalla työskentelyllä, käyttäytymisellä, voin vaikuttaa paljon siihen, mitä potilas tuntee, kokee ja ylipäänsä millaiseksi hoitajakso muodostuu.”

Vastaajista 527 ilmaisi käsityksensä vaikuttamismahdollisuuksiensa määrästä kysyttäessä mahdollisuuksia vaikuttaa potilaiden hoitoon. Heistä 13 ilmoitti, että määrä riippuu siitä, mistä asiasta on kysymys. Lähes puolet vastanneista (45 %) ilmoitti, että vaikuttamismahdollisuuksia on paljon. Vastanneista 28 % koki, että heillä ei ole lainkaan tai korkeintaan hyvin vähän mahdollisuuksia vaikuttaa siihen, miten potilaita hoidetaan. Jonkin verran vaikuttamismahdollisuuksia oli 26 %:lla vastaajista käsityksensä mukaan. Yksi prosentti ei osannut sanoa, minkä verran vaikuttamismahdollisuuksia oli ja yksi vastaaja ilmoitti, ettei ole tarvetta vaikuttaa.

Kysyttäessä mahdollisuuksista vaikuttaa hoidon laatuun, vastaajista 703 kommentoi vaikuttamismahdollisuuksiensa määrää. Yli puolet (51 %) heistä koki, että heillä oli paljon mahdollisuuksia vaikuttaa hoidon laatuun. Jonkin verran vaikuttamismahdollisuuksia oli 22 % mielestä ja vähän tai ei lainkaan vaikuttamismahdollisuuksia hoidon laatuun oli 26 %:lla määrää kommentoineista. Prosentti vastanneista ei osannut sanoa, minkä verran vaikuttamismahdollisuuksia oli.

6 POHDINTA

6.1.TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Arvioitaessa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan tutkimusaineistoa, analyysin luotettavuutta sekä tutkimuksen raportoinnin luotettavuutta. Vaikka laadullisella tutkimuksella ei pyritä yleistettävyyteen perusjoukossa, on tämän tutkimuksen aineisto yleistuskelpoinen omassa perusjoukossaan. (Nieminen 1997.) Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty lähes kymmenen vuotta sitten, vuodenvaihteessa 1998-1999. Johtopäätöksiä tehdessä pitää muistaa, että tuloksia ei voida sellaisenaan yleistää nykyaikaan, vaan ne kuvaavat vuosituhaten vaihteen vanhustenhuollon hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitamisen laatuun vaikuttamisesta. Laadullisen aineiston luotettavuuden edellytyksenä on, että aineisto on koottu tutkittavan ilmiön kannalta keskeisestä ympäristöstä. (Nieminen 1997) Tässä tutkimuksessa tutkittiin vanhustenhuollon hoitajien hoitamisen laatuun vaikuttamismahdollisuuksia ja aineisto on kerätty vanhustenhuollossa työskenteleviltä hoitajilta. Edelleen laadulliselta aineistolta edellytetään, että se on riittävän runsas. Tutkija ei voi tehdä aineistosta päätelmiä, joihin ei ole aineiston perusteella edellytyksiä. (Nieminen 1997.) Tässä tutkimuksessa aineistoa oli lukumääräisesti paljon, mutta osa vastauksista oli lyhyitä tai luettelomaisia. Päättelyketjut on pyritty kuvaamaan mahdollisimman selkeästi raportissa.

Kerättyessä survey-aineistoja tulee kysymykset asettaa mahdollisimman yksiselitteisiksi, jotta saadaan vastaus juuri siihen, mitä halutaan tutkia. Tässä tutkimuksessa kysymyksenasettelu oli väljä, mikä osoittautui vastausten rikkaudeksi: vaikuttamismahdollisuuksia oli pohdittu useasta eri näkökulmasta. Toisaalta kysymysten väljyys asetti haasteita kokonaisuuden hahmottamiselle.

Analyysin luotettavuuden osoittamiseksi laadullisen tutkimuksen lukijan on pystyttävä seuraamaan tutkijan päättelyä. Luokitteluperusteet on kirjattava siten, että lukija pystyy havaitsemaan yhteyden tuloksen ja aineiston välillä. Saatujen luokkien on oltava toisensa poissulkevia. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Nieminen 1997.) Raportissa tutkijan tulee esittää riittävä määrä suoria lainauksia analyysin tueksi. (Nieminen 1997.) Tässä tutkimuksessa analyysin luotettavuuden arviointia helpottamaan esitetään tulososassa suoria lainauksia vastauksista ja esimerkkejä päättelyketjuista, joilla luokitukset on saatu, jotta lukijat pystyvät seuraamaan analyysin vaiheita. Luokituksen

poissulkevuutta voi lukija arvioida raportissa esitetyistä luokituksista Tutkimustulokset ja tutkimusprosessi on pyritty raportoimaan mahdollisimman selkeästi ja rehellisesti.

6.2 EETTISET KYSYMYKSET

Tutkimuseettisiä kysymyksiä tarkastellaan tässä tiedonhankintaan ja tutkimukseen osallistuneisiin henkilöihin sekä tulosten soveltamiseen liittyen. Tutkimusaineisto on osa Stakesin Laitostutkimus 1 –aineistoa. Tutkimusaineiston käytöstä on sovittu tutkimuspäällikkö Marja-Leena Perälän kanssa. Tutkittavien henkilöiden anonymiteetistä on huolehdittu siten, että tutkimuksen aineisto on kerätty kyselylomakkeilla, jotka palautettiin nimettöminä lomakkeiden mukana seuranneilla palautuskuorilla suoraan Stakesiin. Tutkimuksesta on ollut siten mahdollisuus myös kieltäytyä tai se on ollut mahdollista keskeyttää. Tutkimusasetelmaan ei ole liittynyt kokeellista asetelmaa, eikä se ole vahingoittanut tutkittavia fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti. (Vehviläinen-Julkunen 1997.) Tutkimusraporttia kirjoittaessa tulee tutkijan varmistua siitä, että tutkimukseen osallistuneita henkilöitä ei voida tunnistaa suorista lainauksista (Kyngäs & Vanhanen 1999). Tutkimuksen raportointivaiheessa suorien lainauksien valinnassa pidettiin huolta siitä, ettei niistä pysty tunnistamaan tutkimukseen vastaajia. Niitä suoria lainauksia ei käytetty, jossa oli ilmaistu vanhustenhoitolaitoksen nimi.

Tutkimustehtävät on määritelty siten, että ne rajautuvat koskemaan ainoastaan vanhustenhuollossa työskentelevää hoitohenkilökuntaa. Tuloksia ei yleistetä muihin terveydenhuollon konteksteihin. Lisäksi tutkimuksessa on tutkittu hoitohenkilökunnan käsityksiä hoitamisen laatuun vaikuttamisesta. Tulokset eivät siten pyri kuvaamaan sitä, miltä hoitohenkilökunnan vaikuttamismahdollisuudet vaikuttavat jonkun toisen näkökulmasta tai minkälaisia ne objektiivisesti tarkasteltuna ovat. Tutkimustulokset ja tehdyt ratkaisut on pyritty raportoimaan selkeästi avoimesti.

Tutkimuksen tulokset kuvaavat vanhusten pitkäaikaislaitoshoidon hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitamisen laatuun vaikuttamisesta. Tutkimustuloksia ei voida siten yleistää muihin hoitotyön konteksteihin. Vaikka tässä laadullisessa aineistossa oli paljon vastaajia ja saatuja tuloksia kvantifioitiin, täytyy muistaa tutkijan kokemattomuus laadullisen sisällön analyysin tekemisessä. Osa saaduista luokista on pieniä sekä sisällöltään että mainintojen määrinä. Tuloksiin haluttiin kuitenkin

ottaa mukaan myös yksittäiset maininnat kiinnostuksen kohteina olleista asioista, jotta ilmiö saatiin kuvattua kokonaisuudessaan siten, kun se aineistossa esiintyi.

Tutkimusprosessi on ollut pitkä, se on kestänyt vuosia. Toisaalta pitkä prosessi antoi mahdollisuuden tarkastella aiheeseen liittyviä selvityksiä ja tutkimuksia, jotka oli tehty tämän tutkimuksen aineistonkeruujankohdalla. Toisaalta taas kirjallisuuskatsauksessa on luvattoman vanhojakin tutkimuksia. Ne kuitenkin edustavat ajankohtaa, joka oli vallitseva ennen tämän tutkimusaineiston keruuta. Valmiin aineiston käyttäminen tutkimusaineistona osoittautui myös haastavaksi. Tutkimuksen lähestymistapa on aineistolähtöinen, koska ensin piti tutustua valmiiseen aineistoon ja vasta sen jälkeen lähteä miettimään teoreettisia lähtökohtia. Aiheeseen liittyvä esiyymmärrys ei ollut siten suuntaamassa tässä tutkimuksessa mielenkiintoa kovinkaan suuressa määrin, joskin tutkija on työskennellyt vanhusten pitkäaikaishoidossa noin vuoden ennen tutkimusprosessin alkua. Tutkimuksen teoreettisissa lähtökohdissa on edelleen nähtävissä hämmennys, jota valmiin aineiston käyttäminen osaltaan aiheutti, mutta ei enää niin suuressa määrin, kuin aikaisemmin tutkimusprosessin aikana. Lukumääräisiä ja prosentuaalisia tuloksia tarkasteltaessa täytyy muistaa, että tässä tutkimuksessa kysymyksessä ovat mainintojen määrät ja prosentit on laskettu suhteessa kunkin luokituksen kokonaismainintojen määrästä, ei tutkimukseen vastanneiden määrästä.

6.3 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU

Hoitamisen laatuun vaikuttamiskeinot

Tässä tutkimuksessa vaikuttamiskeinojen pääluokiksi muodostuivat oman persoonan hyödyntäminen, yhteistyö ja asiantuntijuuden käyttäminen. Oman persoonan hyödyntämistä olivat omien voimavarojen käyttäminen sekä ohjaaminen. Omia voimavaroja käytettiin siten, että omia arvoja oli mietitty ja tunnustettu. Tiedostamalla omat arvonsa, pystyttiin suuntaamaan hoitotyön kehittämistä ja huolehtimaan hoitotyön eettisistä näkökohdista. Kouluttautumalla huolehdittiin siitä, että pystyttiin tarjoamaan ajanmukaista, laadukasta hoitoa. Työnohjauksen avulla hoitamisen laatuun vaikutettiin siten, että jaksettiin tehdä paremmin työtä, kun työasioita voitiin jossain rauhassa miettiä. Aitous ja parhaansa tekeminen olivat ihmisenä ihmiselle olemista. Pitkäaikaishoidossa oleville vanhuksille pyrittiin siten antamaan inhimillistä hoitoa. Aitous oli myös sitä, että vanhuksia kunnioitettiin tasaveroisena ihmisenä (vrt.Kivelä 2006).

Vanhustenhoidossa aitous ja ihmissuhteiden luonnollisuus vähentävät yksinäisyyden tunnetta (Parkkila ym.2000). Oman persoonan hyödyntäminen on hyvin keskeinen hoitamisen laatuun vaikuttamiskeino vanhusten pitkäaikaishoidossa. Tämä näkyi myös mainintojen runsaudessa.

Ohjaamista olivat ohjeiden antaminen työtovereille, esimerkiksi hoitosuunnitelman tekeminen, esimerkkinä oleminen ja motivoiminen, esimerkiksi huolenpito heistä. Työtovereiden tai opiskelijoiden ohjaaminen ja kouluttaminen olivat myös ohjaamista. Ohjaamista käytettiin tilanteissa, joissa haluttiin vaikuttaa työtovereiden tai opiskelijoiden toimintaan potilaiden parhaaksi.

Yhteistyö oli tässä tutkimuksessa toinen hoitamisen laatuun vaikuttamiskeino. Yhteistyötä tehtiin ensinnäkin potilaiden kanssa ja toiseksi työyhteisössä. Yhteistyö potilaiden kanssa ilmeni toiveiden kuuntelemisena, puolesta puhumisena, hoidon suunnittelemisena yhdessä potilaan kanssa sekä potilaan omaisten kuuntelemisena ja yhteistyönä heidän kanssaan. Potilaiden toiveiden kuunteleminen on hyvin keskeinen hoitamisen laatuun vaikuttamiskeino. Kun potilaiden toiveita kuunnellaan, voidaan torjua iäkkäiden pitkäaikaishoidossa olevien potilaiden yksinäisyyden kokemuksia ja luoda turvallisuuden tunnetta (Parkkila ym. 2000; Fagerberg & Kihlgren 2001). Yhteistyö omaisten kanssa on vanhusten pitkäaikaishoidossa tärkeää erityisesti dementoituvien vanhusten kohdalla, jotta potilaita voidaan hoitaa yksilöllisesti, kuten Liukkonen ja Voutilainen (1993) tutkimuksessaan totesivat. Omaisten kanssa yhteistyötä tekemällä voidaan saada dementoituvien vanhusten omia toiveita ja kokemuksia paremmin esille.

Yhteistyötä työyhteisössä olivat tiedottaminen asioista, moniammatillinen työote sekä ohjeiden noudattaminen. Tiedottamista kuvattiin päivittäisten tapahtumien raportoimisena, mutta myös esimerkiksi uusien potilaista saatujen tietojen eteenpäin viemisenä. Uusilla tiedoilla saattoi olla esimerkiksi yksilöllisyyden toteuttamisen kannalta suuri merkitys. Tiedottamista oli myös se, että toi esille oman mielipiteensä potilaiden / asiakkaiden hoitoon liittyvissä asioissa. Mielipiteiden ilmaisua pidettiin tärkeänä. Tiedottaminen oli toiseksi eniten mainittu hoitamisen laatuun vaikuttamiskeino aitouden ja parhaansa tekemisen jälkeen. Tiedottaminen on vanhusten pitkäaikaishoidossa keskeinen hoitamisen laatuun vaikuttamisen keino myös aikaisempien tutkimusten mukaan. Erityisesti dementoituvien, haasteellisesti käyttäytyvien potilaiden yksilöllisessä hoidossa tiedottaminen on keino turvallisuuden tunteen ylläpitämisessä (Fagerberg & Kihlgren 2001; Isola ym. 2005).

Kolmas hoitamisen laatuun vaikuttamiskeinojen pääluokka tässä tutkimusaineistossa oli asiantuntijuuden käyttäminen. Asiantuntijuutta käytettiin hoitotyön kehittämisessä ja hyödynnettäessä ammatillista erityisosaamista. Hoitotyön kehittämistä olivat epäkohtien esilletuominen ja uusien toimintatapojen suunnittelemine. Epäkohtien esilletuomista käytettiin tilanteissa, joissa tavattiin potilaiden ei-toivottua tai epäasiallista kohtelua tai joissa havaittiin, että jokin työyksikön toimintatapa ei ollut paras mahdollinen. Epäasiallista tai ei-toivottua potilaiden kohtelua on raportoitu myös Kivelän (2006) selvitystyön mukaan. Joissakin työyhteisöissä oli onnistuttu luomaan kehittämistyölle suotuisa ilmapiiri. Uusien toimintatapojen suunnittelemine tapahtui yhdessä arvioiden, joka Kuokkasen ja Katajiston (2003) mukaan edistää voimaantumista.

Asiantuntijuuden käyttämisen toinen muoto oli ammatillisen erityisosaamisen hyödyntämistä. Ammatillisen erityisosaamisen hyödyntäminen ilmeni huomioiden tekemisenä potilaista, priorisomisena, politiikkaan tai järjestötoimintaan osallistumisena sekä erilaisiin projekteihin tai tutkimuksiin osallistumisena. Ammatillisen erityisosaamisen hyödyntämisessä oli aina kysymyksessä koulutuksen ja työkokemuksen mukanaan tuoman näkemyksen käyttäminen potilaiden parhaaksi. Samansuuntaiseen johtopäätökseen päätyi Puhakka (1996), joskin käänteisesti siten, että hänen tulostensa mukaan vähäinen työkokemus koettiin asiantuntijavallan käytön esteenä. Kivelän (2006) selvityksessä korostuu koulutukseen perustuvan ammatillisen erityisosaamisen tärkeys vanhusten hoitotyössä.

Hoitamisen laatuun vaikuttamista edistävät tekijät

Hoitamisen laatuun vaikuttamista edistävät tekijät liittyivät hyvään ilmapiiriin, onnistuneeseen työnjakoon, hyviin ammatillisiin ominaisuuksiin ja hyviin työyhteisön voimavaroihin. Hyvä ilmapiirin muodostivat ilmapiirin avoimuus, työryhmän keskustelevuus sekä työryhmän tuki. Hyvän ilmapiirin työyksiköissä työntekijöiden jaksaminen näytti hyvältä huolimatta siitä, että samoissa vastauksissa mainittiin myös alhaisen henkilöstömitoituksen estävän hoitamisen laatuun vaikuttamista. Toisaalta näiden yksiköiden työntekijät toivat esille myös sen, että joutuivat työssään eettiseen ristiriitaan, kun eivät ehtineet tehdä työtään niin hyvin kuin olisivat halunneet. Työryhmän keskustelevuus oli ylivoimaisesti eniten mainittu hoitamisen laatuun vaikuttamista edistävä tekijä. Kvist ym. (2006) toteavat, että hyvä ilmapiiri edistää hoidon laatua. Kuokkasen ja Katajiston (2003) mukaan voimaantumista edistävissä työyhteisöissä oli vallalla sosiaalinen kulttuuri, jossa kollegat tukivat tosiaan, ilmapiiri oli avoin ja ongelmia pyrittiin ratkaisemaan yhdessä. Samat tekijät edistävät hoitamisen laatuun vaikuttamista tässä tutkimuksessa.

Onnistunutta työnjakoa puolestaan olivat omahoitajuus, tiimityöskentely, esimiesasema ja potilaskontaktien paljous. Omahoitajuus oli toiseksi eniten mainittu hoitamisen laatuun vaikuttamista edistävä tekijä. Aikaisempien tutkimustulosten mukaan omaiset olivat sitä mieltä, että omahoitajuus on potilaiden hoidon laatuun yhteydessä oleva tekijä (Perälä & Räikkönen 2000). Vanhustyöhön suuntautuneet lähihoitajat olivat tyytymättömiä koulutuksen antamiin valmiuksiin omahoitajatyöskentelyssä, joten tämän tutkimuksen tulosten valossa lähihoitajakoulutusta tulisi kehittää omahoitajatyöskentelyvalmiuksien osalta. (Silander 2006) Esimiesasema hoidon laatuun vaikuttamista edistävänä tekijänä liittyi siihen, että esimiehellä oli viimekädessä sekä valta että vastuu päätettäessä hoitotyöhön liittyvistä asioista. Hoitamisen laatuun vaikuttamista edisti potilaskontaktien paljous. Henkilökunta siten liitti hoitamisen laadun vahvasti potilastyytyväisyyteen. Näkökulma laatuun on samanlainen kuin Kvistin ym. (2006) näkemyksessä siitä, että laatua voidaan tarkastella potilaan tarpeisiin ja odotuksiin nähden ja hoitomallilla on merkitystä hoidon laatuun. Parsosnsin ym. (2003) mukaan vanhustenhuollon henkilökunta ilmoitti yhdeksi syyksi työssä viihtymiselle suhteen potilaisiin.

Hyviä ammatillisia ominaisuuksia olivat vastuuntuntoisuus, tietojen ja taitojen ajantasaisuus, positiiviset arvot ja hyvä jaksaminen. Tietojen ja taitojen ajantasaisuus sekä positiiviset arvot olivat melko usein mainittuja hoitamisen laatuun vaikuttamista edistäviä tekijöitä. Tämän tutkimuksen tulokset ovat näiltä osin saman suuntaiset, kuin Kuokkasen ja Katajiston (2003) mukaan voimaantumista edistävät tekijät. Niitä ovat positiivinen asenne koulutusta kohtaan, sekä moraaliset periaatteet, joita ovat yhteiset arvot, toisten kunnioitus sekä yhteinen hoitofilosofia. Myös Kvistin ym. (2006) mukaan henkilökunnan henkilökohtaiset voimavarat, ammattitaito ja koulutus sekä arvot edistävät hoidon laatua. Hyvät ammatilliset ominaisuudet nostavat esiin hoitohenkilökunnan oman vastuun hoitamisen laatuun vaikuttamisessa. Vastuuntuntoisella ja eettisellä toiminnalla voi edistää omia vaikuttamismahdollisuuksiaan. Itsestään ja ammattitaidostaan on myös pidettävä huolta.

Hyviin työyhteisön voimavaroihin kuuluivat riittävä henkilökunta, hyvä työnohjauksen saatavuus ja yhteistyötahojen tuki. Hyvät työyhteisön voimavarat olivat kohtalaisen harvoin mainittuja hoitamisen laatuun vaikuttamista edistäviä tekijöitä, mutta kuvaavat osaltaan niitä. Myös Kvistin ym. (2006) mukaan hoidon laatua edistää hoitajien kiireettömyys.

Hoitamisen laatuun vaikuttamista estävät tekijät

Tässä tutkimuksessa hoitamisen laatuun vaikuttamista estäviä tekijöitä olivat työyhteisön huono ilmapiiri, työnjaon ongelmat, rajoitetut ammatilliset ominaisuudet sekä puutteelliset työyhteisön voimavarat. Työyhteisön huonoa ilmapiiriä kuvasi ilmapiirin kireys, kielteiset asenteet työyhteisössä ja esimiehen tuen puute. Ilmapiirin kireys ilmeni esimerkiksi siten, että asioista ei pystytty keskustelemaan tai että mielipiteet torjuttiin tai koettiin omaa asemaa uhkaavana. Nämä tekijät estävät työntekijöiden voimaantumista Kuokkasen ja Leino-Kilven mukaan (2001).

Työnjaon ongelmat näkyivät puolestaan työskentelyn rutinoitumisessa, yhteistyön puutteena päätöksenteossa, työyksikön suurena kokona, potilaskontaktien puuttumisena ja tehtäväkeskeisenä työnjakona. Oman työskentelyn rutinoitumista tulevaisuudessa pelättiin. Aikaisemmissa tutkimuksissa oli samansuuntaisia tuloksia. Työskentelyn rutinoituminen ja yhteistyön puute ovat myös hoitohenkilökunnan voimaantumista estäviä tekijöitä (Kuokkanen & Leino-Kilpi 2001) ja estävät vanhustyön periaatteiden toteuttamista (Räsänen 2000). Kvistin ym. (2006) mukaan mm. suuri potilasmäärä on hoidon laatua estävä tekijä, kuten yhteistyön ongelmatkin.

Rajoitettuja ammatillisia tekijöitä olivat koulutuksen vähäisyys ja huono jaksaminen tai väsyminen. Koulutuksen vähäisyyden hoitamisen laatuun vaikuttamista estävänä tekijänä toivat esille sekä enemmän koulutettu henkilökunta työyksiköistä että henkilöt, joilla itsellään oli vähän koulutusta. Puutteellisina työyhteisön voimavaroina olivat alhainen henkilökuntamitoitus, sijaistyövoiman käyttö ja potilaiden vaikeahoitoisuus. Tämän tutkimusaineiston mukaan hoitamisen laatuun vaikuttamista vanhusten pitkäaikaishoidossa estää lähinnä alhainen henkilökuntamitoitus. Ylivoimaisesti eniten mainintoja oli alhaisesta henkilökuntamitoituksesta, kun tarkastellaan luokitusten prosentuaalisia osuuksia. Alhaisesta henkilökuntamitoituksesta johtuen näissä työyksiköissä oli kiire, työtä oli liian paljon ja henkilökuntaa liian vähän. Myös esimiesten vähäisyys tuli esille ja johti siihen, että työt oli huonosti tai puutteellisesti organisoitu. Alhainen henkilökuntamitoitus sekä työyksikön suuri koko ovat Castlen ym. (2006) mukaan tekijöitä, jotka liittyvät henkilökunnan suuren vaihtuvuuteen vanhustenhuollossa. Potilaiden huono kunto sekä kiire ovat myös vanhusten hoidon periaatteiden noudattamisen esteitä (Räsänen 2000) ja hoidon laatua estäviä tekijöitä (Kvist ym. 2006).

Hoitamisen laatuun vaikuttamisen kohteet sekä vaikuttamismahdollisuuksien määrä

Tässä tutkimuksessa hoitamisen laatuun vaikuttamisen kohteita olivat tilanteen sisäinen vaikuttaminen ja tilanteen ehtoihin vaikuttaminen. Tilanteen sisäistä vaikuttamista olivat vaikuttaminen työtahtiin, työjärjestykseen ja tilanteessa käytettäviin hoitotyön keinoihin. Tilanteen ehtoihin vaikuttamista olivat puolestaan osaston hoitolinjoihin vaikuttaminen, potilaiden hoitolinjoihin vaikuttaminen, vastuualueiden jakoon tai työvuoroihin vaikuttaminen, työyksikön hankintoihin vaikuttaminen, työtovereiden valintaan vaikuttaminen sekä työyksikön voimavaroihin vaikuttaminen.

Eniten mainintoja hoitamisen laatuun vaikuttamisen kohteista oli vaikuttamisesta tilanteessa käytettäviin keinoihin, osaston hoitolinjoihin ja potilaan hoitolinjoihin. Tilanteessa käytettävät keinot olivat työvuorokohtaisia hoitotyön keinoja. Osaston hoitolinjat puolestaan olivat osaston hoitofilosofiaan liittyviä kysymyksiä tai muita linjauksia, jotka koskivat koko työyksikköä. Potilaiden hoitolinjat puolestaan olivat yksilöllisiä, potilaskohtaisia linjauksia, joita koko henkilökunta noudatti. Muihin vaikuttamisen kohteisiin tuli muutamia yksittäisiä mainintoja.

Esimerkiksi työtahtiin ilmoitti vain muutama vastaaja voivansa vaikuttaa. Tämä sinänsä ei ole kovin yllättävää, kun katsoo hoitamisen laatuun vaikuttamista estäviin tekijöihin liittyen alhaisen henkilöstömitoituksen yleisyyttä tässä tutkimuksessa. Kuitenkin verrattuna Suomessa 1990 –luvulla aiemmin tehtyihin tutkimuksiin, vaikuttaa siltä, että niiden tulosten mukaan terveydenhoitajilla, sairaanhoitajilla ja kätilöillä on ollut enemmän vaikuttamismahdollisuuksia työtahtiin ja ajankäyttöön (Kokkonen 1994; Puhakka 1996). Työmenetelmiin ja potilaan hoitoon oli myös kyseisten tutkimusten mukaan voitu vaikuttaa. Vahteran ja Pentin (1997) mukaan sairaanhoitajien mahdollisuudet vaikuttaa työtahtiin olivat vähentyneet vuodesta 1990 vuoteen 1994 tultaessa. Myös mahdollisuudet vaikuttaa töiden sisältöön ja töiden jakoon olivat vähentyneet sairaanhoitajilla vuonna 1994 verrattuna vuoden 1990 tasoon. Vahteran ja Pentin (1997) mukaan vaikutusmahdollisuudet tilanteen sisäiseen hallintaan olivat paremmat kuin tilanteen ehtojen hallintaan.

Hoitamisen laatuun vaikuttamismahdollisuuksien määrään sanoi noin puolet asiaa kommentoineista, että heillä oli paljon vaikuttamismahdollisuuksia. Mielenkiintoista vastauksissa oli se, että joidenkin mielestä oli täydet vaikuttamismahdollisuudet, kun voi vaikuttaa siihen, miten työtään tekee. Toiset taas toivat esille, että heillä ei ollut juuri minkäänlaisia mahdollisuuksia

vaikuttaa, ainoastaan siihen, miten työtään tekee. Puhakan (1996) mukaan hänen aineistossaan sairaanhoitajista kolme neljäsosaa ilmoitti, että heillä oli hyvät tai riittävät toimivaltuudet toimia äkillisissä hoitotilanteissa.

6.4 TUTKIMUSTULOSTEN MERKITYS JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET

Tämän tutkimuksen tulosten suurinta antia on hoitamisen laatuun vaikuttamiskeinojen kuvaaminen, koska hoitamisen laatuun vaikuttamiskeinoja koskevaa tutkimusta ei kirjallisuuskatsauksessa löytynyt. Hoitamisen laatuun vaikuttaminen täsmentyi tämän tutkimuksen avulla. Hoitamisen laatuun vaikuttamisella tarkoitetaan tämän tutkimuksen tulosten mukaan potilastyöhön vaikuttamista. Hoitamisen laatuun vaikuttamiskeinot ovat konkreettisia hoitotyön keinoja, joita käytetään vuorovaikutuksessa potilaiden, läheisten tai työtovereiden kanssa. Saatua luokitusta voidaan käyttää työkaluna vanhusten pitkäaikaishoidon työyksiköiden kehittämistyössä, kun hoitamisen laatuun halutaan panostaa.

Hoitamisen laatuun vaikuttamista edistäviä ja estäviä tekijöitä oli tutkittu aiemminkin. Tämän tutkimuksen tulokset antoivat viitteitä siitä, että vanhusten pitkäaikaishoidossa on työyksiköitä, joissa on edellytykset hyvälle hoitamisen laadulle ja henkilökunnan voimaantumiselle. Vastauksissa, joissa oli mainittu hoitamisen laatuun vaikuttamista estäviä tekijöitä, tuli kuitenkin esille myös asian varjopuoli. Myös niitä työyksiköitä on, joissa hoitamisen laadusta ei henkilökunnan kokemuksen mukaan voida puhua. Vanhusten pitkäaikaishoidon henkilökunta toi selkeästi esille sen, että alhainen henkilöstömitoitutus estää hoitamisen laatuun vaikuttamisen. Näiltä osin tämän tutkimuksen tulokset tukevat aikaisempia tutkimustuloksia. Hoitamisen laatuun vaikuttamista edistävien ja estävien tekijöiden luokituksia voidaan myös käyttää kehittämistyössä apuna, kun arvioidaan työyksikön sisäistä ilmapiiriä. Hoitamisen laatuun vaikuttamista edistävien tekijöiden luokitusta voidaan käyttää myös esimiestyössä apuna, kun halutaan kehittää johtamista edistykselliseen suuntaan ja tukea työntekijöiden voimaantumista.

Hoitamisen laatuun vaikuttamisen kohteet olivat aikaisempien tutkimustulosten kanssa yhteneväisiä. Vaikuttamisen kohteet olivat työyksikön sisäisiä tai työvuorokohtaisia. Tämän tutkimuksen aineistossa ei tuotu vaikuttamiskohtena esille kansallisiin vanhustenhuollon linjoihin vaikuttamista. Hoitamisen laatuun vaikuttamisen kohteiden luokitusta voidaan käyttää jäsentämään

työyksiköissä sitä, onko hoitohenkilökunnalla mahdollisuutta vaikuttaa kokonaisuuksiin, vai yksittäisiin asioihin. Työhön sitoutumisen kannalta mahdollisuus vaikuttaa kokonaisuuksiin on suotavaa. Tarvittaessa voidaan työt organisoida uudelleen, jotta päästään kokonaisuuksien hallintaan. Esimerkiksi omahoitajajärjestelmän myötä hoitohenkilökunta on tämän tutkimuksen mukaan saanut lisää vaikuttamismahdollisuuksia suurempiin kokonaisuuksiin. Myös hoitamisen laatuun vaikuttamismääriin vastaajista puolet ilmoitti, että heillä on paljon mahdollisuuksia vaikuttaa. Toisaalta kuitenkin 26-28 % vaikuttamismahdollisuuksien määrää kommentoineista totesi, että heillä on vähän tai ei lainkaan mahdollisuuksia vaikuttaa hoitamisen laatuun. Vanhusten pitkäaikaislaitoshoidon kehittäminen tulisi aloittaa niistä työyksiköistä, joissa hoitohenkilökunnalla ei ole mahdollisuuksia vaikuttaa hoitamisen laatuun.

Saatuja luokituksia voidaan käyttää vanhusten pitkäaikaislaitoshoidon yksiköissä kehittämisprojekteissa, joissa arvioidaan ja kehitetään sekä hoitotyötä että esimiestyötä. Hoitamisen laatuun vaikuttamiskeinoja omassa yksikössä tarkastelemalla lisääntyy tietoisuus hoitotyöntekijöiden omista mahdollisuuksista vaikuttaa hoitamisen laatuun. Luokituksen avulla voidaan jäsentää työyhteisön sisäistä tapaa olla vuorovaikutuksessa ja suunnata kehittämistyötä siten, että kyseiset keinot ovat hoitohenkilökunnan käytössä. Esimiestyön kehittämisessä voidaan hyödyntää hoitamisen laatuun vaikuttamista edistävien ja estävien tekijöiden luokituksia. Vaikuttamista edistäviä tekijöitä voidaan tukea esimiestyöllä, jolloin hoitamisen laatua voidaan nostaa. Luokituksen avulla voidaan tunnistaa niitä tekijöitä, joiden tulee olla kunnossa, jotta hoitamisen laatuun voidaan vaikuttaa. Hoitamisen laatuun vaikuttamista edistävät tekijät myötävaikuttavat potilaiden hyvinvointiin. Estäviä tekijöitä puolestaan voidaan poistaa esimiestyötä kehittämällä. Henkilöstömitoitusta tarkasteltaessa tulisi huomioida, että henkilökuntaa suhteessa potilaisiin on riittävästi, jotta sekä perushoidosta että virkistystoiminnasta voidaan huolehtia hyvin ja aikaa jää myös henkilökunnan ja potilaiden väliselle vuorovaikutukselle.

Ennen kuin tämän tutkimuksen tuloksia hyödynnetään, pitäisi niitä testata tämän vuosikymmenen puolella. Vanhusten pitkäaikaishoito on elänyt niin voimakasta muutosta, että lähes kymmenessä vuodessa on varmasti muutoksia tapahtunut. Jatkotutkimushaasteiksi muodostuivat myös hoitamisen laatuun vaikuttamiskeinojen tutkiminen muissa hoitotyön konteksteissa kuin vanhusten pitkäaikaislaitoshoidossa ja mahdollisesti jostain toisesta näkökulmasta kuin tässä tutkimuksessa, koska aihetta ei ole tutkittu. Erityisen mielenkiintoista olisi tutkia hoitamisen laatuun vaikuttamista esimerkiksi psykiatristen potilaiden pitkäaikaishoidossa työskentelevien kokemana.

Mielenkiintoista olisi myös tutkia, onko taustamuuttujilla merkitystä tämän tutkimuksen tuloksiin nähden ja siten selvittää, missä hoitamisen laadun ongelmia on. Vanhusten pitkäaikaislaitoshoidon kehittäminen olisi erityisen tärkeää niissä yksiköissä, joissa hoitamisen laatuun vaikuttamismahdollisuudet olivat vähäiset tai joissa oli hoitamisen laatuun vaikuttamista estäviä tekijöitä.

LÄHTEET:

Anderson, R. & McDaniel, R. (1998) Intensity of registered nurse participation in nursing decision making. *Gerontologist* 38(1), 90-100.

Atchison, J: (1998) Percieved job satisfaction factors of nursing assistants employed in Midwest nursing homes. *Geriatric nursing* 19(3), 135-137.

Baggs, J. G. (1994) Develpoment of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. *Journal of Advanced Nursing* 20(1), 176-182.

Banaszak-Holl, J., Alexander, J., Valentine, N. M., Piotrowski, M. M., Adams-Watson, J. G. & Davis, J. (1999) Decision-Making Activity and Influence of Nurse Executives in Top Management Teams. *Journal of Nursing Administration* 29(4), 18-24.

Bowers, B. J., Esmon, S: & Jacobson, N. (2003) Turnover reinterpreted CNAs talk about why they leave. *Journal of Gerontological Nursing* 29(3), 36-43.

Bucknall, T. & Thomas, S. (1996) Critical care nurse satisfaction with levels of involvement in clinical decisions. *Journal of Advanced Nursing* 23(3), 571-577.

Castle, N. G. & Engberg, J. (2006) Organizational characteristics associated with staff turnover in nursing homes. *Gerontologist* 46(1), 62-73.

Chung, K. H. (1977) Motivational theories and practices. Department of Administration, Wichita State University, USA.

Cullen, C. (2000) Autonomy and the nurse practitioner. *Nursing Standard* 21(14), 53-56.

Dwyer, D. J., Schwartz, R. H. & Fox, M. L. (1992) Decision Making Autonomy in Nursing. *Journal of Nursing Administration* 22(2), 17-23.

Engstrom, M., Ljunggren, B. Lindqvist, R. & Carlsson, M. (2006) Staff satisfaction with work, percieved quality of care and stress in elderly care: psychometric assessments and associations. *Journal of Nursing Management* 14(4), 318-328.

Fagerberg, I. & Kihlgren, M. (2001) Registered nurses`experiences of caring for teh elderly in different health-care areas. *International Journal of Nursing Practice*. 7(4), 229-236.

Hess, R. (2004) From bedside to boardroom – nursing shared governance. *Onlin Journal of Issues in Nursing* 9(1), 95-106.

Hirvonen, R. , Nuutinen, P. , Rissanen, S: & Isola, A. (2004) Miksi vanhustyö ei kiinnosta? Sosiaali- ja terveystalant asenteet vanhuksia kohtaan ja heidän käsityksensä suomalaisesta vanhustyöstä koulutuksen eri vaiheissa. *Hoitotiede* 16(5), 235-246.

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4. Helsinki.

Isola, A. , Backman, K. , Saarnio, R. & Paasivaara, L. (2005) Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. *Hoitotiede* 17(3), 145-154.

Kainulainen, S. (1999) Laitoshuollon yleistarkastelu. Teoksessa Vaarama, M., Kainulainen, S., Perälä, M-L. & Sinervo, T. (1999) Vanhusten laitoshoidon tila. Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. Aiheita 46/1999. Stakes, Helsinki.

Karsh, B., Booske, B. C. & Sainfort, F. (2005) Job and organizational determinants of nursing home employee commitment, job satisfaction and intent to turnover. *Ergonomics* 48(10), 1260-1281.

Kemilä, E. (1998) Työn oikea rytmitys tuo tehoa ja hyvää oloa. *Työ, terveys, turvallisuus* 11, 32-33.

Kivelä, S-L. (2006) Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. Yliopistopaino, Helsinki.

Kivimäki, M. & Lindström, K. (1996) Henkilöstöjohtaminen sairaalaosastolla – henkilöstön näkökulma. Työ ja ihminen, Tutkimusraportti 8, Työterveyslaitos. Hakapaino, Helsinki.

Kokkonen, M. (1994) Terveystenhoitajien kokemuksia työnsä hallinnasta ja sille saadusta tuesta. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto, Kuopio.

Kuokkanen, L. & Katajisto, J. (2003) Promoting or Impending Empowerment? *Journal of Nursing Administration* 33(4), 209-215.

Kuokkanen, L. & Leino-Kilpi, H. (2000) Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing* 31(1), 235-241.

Kuokkanen, L. & Leino-Kilpi, H. (2001) The qualities of an empowered nurse and the factors involved. *Journal of Nursing Management* 9(3), 273-280.

Kvist, T. , Vehviläinen - Julkunen, K. & Kinnunen, J. (2006) Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 18(3), 107-119.

Kyngäs, H. & Vanhanen, T. (1999) Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1), 3-12.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992/734.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559.

Laschinger, H. K. & Havens, D. S. (1996) Staff Nurse Work Empowerment and Perceived Control over Nursing Practice. Conditions for Work Effectiveness. *Journal of Nursing Administration* 26(9), 27-35.

- Laschinger, H. K., Sabiston, J. A., Kutzcher L. (1997) Empowerment and Staff Nurse Decision Involvement in Nursing Work Environments: Testing Kanter's Theory of Structural Power in Organizations. *Research in Nursing & Health* 20(4), 341-352.
- Laschinger, H. K. & Shamian, J. (1994) Staff Nurses' and Nurse Managers' Perceptions of Job-Related Empowerment and Managerial Self-Efficacy. *Journal of Nursing Administration* 24(10), 38-47.
- Lauri, S. & Salanterä, S. (1995) Decision-making models of Finnish nurses and public health nurses. *Journal of Advanced Nursing* 21(3), 520-527.
- Leino-Kilpi, H. (1990) Hyvä hoitaminen – haaste 1990-luvulle. *Hoitotiede* 2(2), 176-181.
- Leino-Kilpi, H. (1991a) Good Nursing care – The relationship between client and nurse. *Hoitotiede* 3(5), 200-207.
- Leino-Kilpi, H. (1991b) Hyvän hoitamisen arviointiperusteet. 1.-2. painos. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Leino-Kilpi, H. & Vuorenheimo, J. (1992) Potilas hoidon laadun arvioijana. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja 68. Vapokustannus, Helsinki.
- Leino-Kilpi, H., Walta, L., Vuorenheimo, J. & Välimäki, M. (1994) Hoidon laadun mittaaminen, Potilaslähtöisen Hyvä hoito –mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. *Stakes, Raportteja* 151.
- Liukkonen, A. & Voutilainen, P. (1993) Vanhusten hoidon laadun arvioinnin lähtökohdista. *Gerontologia* 7(4), 299-305.
- McNeese-Smith, D. K. (1999) A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction (Experience Before And Throughout The Nursing Career). *Journal of Advanced Nursing* 29(6), 1332-1341.
- Metsämuuronen, J. (1998) Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Sosiaali- ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet. ESR-julkaisut. Edita, Helsinki.
- Morrison, R. S., Jones, L. & Fuller, B. (1997) The Relation Between Leadership Style and Empowerment on Job Satisfaction of Nurses. *Journal of Nursing Administration* 27(5), 27-34.
- Munnukka, T. (1993) Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Mölsä, A., Krogerus-Therman, I., Raatikainen, R. & Tolvanen, S. (1985) Hoitotyön ammattisanasto 1985. SHKS, Hämeenlinna.
- Nieminen, H. (1997) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K.: *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Helsinki, 215-221.

- Paasivaara, L. (2005) Mykistävästä moniäänisyyteen – vanhusten hoitotyön organisaatiokulttuurin muotoutuminen 1960-luvulta 2000-luvulle. *Hoitotiede* 17(3), 108-119.
- Paasivaara, L., Nikkonen, M. & Backman, K. (2000) Apuhoitajana vanhustyössä: elämäkertatutkimus. *Hoitotiede* 12(5). 251-259.
- Parkkila, M., Välimäki, M. & Routasalo, P. (2000) Kuvaileva tutkimus pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan potilaan yksinäisyydestä. *Hoitotiede* 12(1), 26-35.
- Parsons, S. K., Simmons, W. P., Penn, K. & Furlough M. (2003) Determinants of satisfaction and turnover among nursing assistants. The results of a statewide survey. *Journal of Gerontological Nursing* 29(3), 51-58.
- Partanen, P. (1993) Kahvia vai teetä? Väestön käsitys potilaan osallistumismahdollisuuksista terveydenhuollossa. *Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio*.
- Pelttari, P. (1997) Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. *Hoitotiede* 10(1), 44-47.
- Perälä, M-L. (1989) Yksilövastuinen hoitotyö – vastaus yhteiskunnan ja terveydenhuollon muutokseen. Teoksessa Sinkkonen, S. & Niemelä, P. (toim.) *Yhteiskuntatieteellinen tutkimus Kuopion yliopistossa. Artikkelikooste tutkimushankkeista ja –tuloksista. Alkuperäistutkimukset 1/1989. Kuopion yliopisto, Kuopio*.
- Perälä, M-L. (1995) Potilaan hoidon laadun arviointi: Laatumittarin (Qualpacs) validaatio. *Stakes, Tutkimuksia* 56. Gummerus, Jyväskylä.
- Puhakka, P. (1996) Sairaanhoidajien ja kätilöiden käsitykset vastuullisen päätöksenteon edellytyksistä. Pro gradu –tutkielma. *Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio*.
- Rondeau, K. V., Wagar, T. H. (2006) Nurse and resident satisfaction in magnet long-term care organizations: do high involvement approaches matter? *Journal of Nursing Management* 14(3), 244-250.
- Räsänen, P. (2000) Vanhustyössä toimivan henkilökunnan vanhuskäsityksiä ja vanhustyön periaatteita ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Pro gradu –tutkielma. *Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio*.
- Sabiston, J. A. & Lashinger, H. K. (1995) Staff Nurse Work Empowerment and Perceived Autonomy. Testing Kanter's Theory of Structural Power in Organisations. *Journal of Nursing Administration* 25(9), 42-50.
- Silander, M-L. (2006) Vanhustyötä tekevien lähihoitajien arviot työn vaativuudesta. Pro gradu –tutkielma. *Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio*.
- Sosiaalihuoltoasetus 1983/607.
- Toivanen, M., Peiponen, A. & Valvanne, J. (2000) Vanhusten laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitohenkilöstömitoitus ja ammattikuntarakenne. *Gerontologia* 14(2), 114-121.

Tovey, E. & Adams, A. E. (1999) The changing nature of nurses' job satisfaction: an exploration of sources of satisfaction in the 1990s (Experience Before And Throughout The Nursing Career). *Journal of Advanced Nursing* 30(1), 150-158.

Utriainen, P., Pahkala, K., Widström, E. & Kentala, J. (1995) Terveyskeskusten hammashuollossa työskentelevien työtyytyväisyys. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 32(1), 37-42.

Vaarama, M. (1999) Tutkimusongelmat ja teoreettinen viitekehys. Teoksessa Vaarama, M., Kainulainen, S., Perälä, M-L. & Sinervo, T. (1999) Vanhusten laitoshoidon tila. Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. Aiheita 46/1999. Stakes, Helsinki.

Vaarama, M., Kainulainen, S., Perälä, M-L. & Sinervo, T. (1999) Vanhusten laitoshoidon tila. Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. Aiheita 46/1999. Stakes, Helsinki.

Vahtera, J. & Pentti, J. (1995) Voimavarat, terveys ja työelämän murros. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 7. Työterveyslaitos, Helsinki.

Vahtera, J. & Pentti, J. (1997) Uhkia vai mahdollisuuksia? Psykososiaalisten työolojen kehitys 1990-luvun alkupuolella. Työterveyslaitos, Työsuojeluhallinto, Helsinki.

Vehviläinen-Julkunen, K. (1997) Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K.: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Helsinki, 26-34.

Voutilainen, P. , Isola, A. & Backman, K. (2005) Laadulla on tekijänsä – Katsaus ikääntyneiden parissa toimivan henkilöstön määrään ja rakenteeseen. *Hoitotiede* 17(3), 166-175

Wilson, B. & Spence Lashinger, H. K. (1994) Staff Nurse Perception of Job Empowerment and Organizational Commitment. A Test of Kanter's Theory of Structural Power in Organizations. *Journal of nursing Administration* 24(4), 39-47.

Åstedt-Kurki, P. & Nieminen, H. (1997) Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K.: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Helsinki, 152-163.