

TAMPEREEN YLIOPISTO

Marjut Tiisala

Perusterveydenhuollon ja vanhustalveluiden sairaanhoitajien  
ammattillinen tietokäyttäytyminen

Informaatiotutkimuksen pro gradu-tutkielma  
Tampere 2005

## TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Informaatiotutkimuksen laitos

TIISALA, MARJUT: Perusterveydenhuollon ja vanhustalveluiden sairaanhoitajien ammatillinen tietokäyttätyminen

Pro gradu-tutkielma, 97 s., 6 liites.

Informaatiotutkimus

Lokakuu 2005

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaista on pienissä työyksiköissä maaseudulla työskentelevien sairaanhoitajien ammatillinen tietokäyttätyminen, eli millaisia tiedontarpeita heillä on, mistä he hankkivat tietoa ja miten sitä käyttävät. Orientoivat sekä praktiset tiedontarpeet otettiin mukaan tarkasteluun, samoin aktiivinen kuin passiivisempikin tapa hankkia tietoa sekä tiedonhankinnan esteet. Tarkemmin selvitettiin elektronisten lähteiden käyttöä sekä hoitoalan tutkimustiedon tarvetta ja käyttöä. Tutkittavina olivat kolmen alle 2300 asukkaan kunnan perusterveydenhuollon ja vanhustalveluiden sairaanhoitajat. Tutkittujen työskentely-yksiköt olivat juuri siirtyneet suurehkoon kuntayhtymään, ja muutostilanne otettiin mukaan tarkasteluun.

Tutkimuksen viitekehys syntyi informaatio- ja tiedonhankintatutkimuksen jäsenyksistä ja malleista sekä hoitotyöhön liittyvistä keskeisistä määrittelyistä ja ajankohtaisista näkökulmista. Aineiston keruumenetelmänä olivat teemahaastattelut. Tutkimusta varten haastateltiin 14 sairaanhoitajaa: kolme miestä ja yksitoista naista, jotka työskentelivät terveyskeskuksen vuodeosastolla, toimintakeskuksen vanhainkodilla, dementiaosastolla tai palvelukodilla, lääkärin vastaanotossa tai kotisairaanhoitajina. Aineisto käsiteltiin sisällönanalyysin menetelmin.

Tutkimus osoitti, että tiedonhankinnalla on keskeinen merkitys sairaanhoitajien päivittäisessä työssä, johon se usein piiloisestikin liittyy ja jossa pärjäämistä se palvelee. Terveystalvelto on muuttuva ala. Lääkehoitoon sekä erilaisiin joko ohjeiltaan muuttuviin tai harvemmin tehtyihin hoitotoimenpiteisiin liittyviä asioita tarkistetaan ja selvitetään lähes päivittäin. Tärkeimpiä lähteitä tehtäväkohtaisen tiedon hankinnassa olivat kollegat, käsikirjat ja lääkärit. Työn tietoteknistyminen on luonut atk-tiedon tarvetta. Lisäksi orientoivaa tietoa oli tarvittu näissä vanhustalveluissa työympäristöissä liittyen vanhustyöhön, esim. dementoiviin sairauksiin. Alan ammattilehdet tukivat orientoivaa tiedonhankintaa, jossa yleisesti korostui omaehtoisuus ja työajan ulkopuolisen ajan käyttö, tosin työpaikan järjestämää koulutusta pidettiin myös tärkeänä kanavana.

Internet oli muutamalla tärkeimpiä kanavia hankkia tietoa, ja noin puolet käytti sitä jonkin verran ammatilliseen tarkoitukseen. Omaan alaan liittyvää tutkimustietoa joko ei pyritty aktiivisesti hankkimaan, tai ei oikein tiedetty, miten käytännön tilanteita tukevaa näytön tuomaa, mielellään jalostettua tietoa saisi käsiinsä. Tiedonhankintaa yleensä hankaloittivat vaihtelevasti ajan puute, lääkärin puute, joidenkin mielestä puutteellinen käsikirjakokoelma tai koulutusmäärärahojen rajallisuus. Sähköisten lähteiden käytössä esteinä koettiin omien tietoteknisten tietojen ja taitojen puute, työpaikan tarjoaman atk-koulutuksen riittämättömyys tai tietokoneiden rajallinen määrä.

Tutkimuksen tulokset tuovat esiin joitain kehittämiskohtia niin työorganisaatiolle kuin myös alueiden kirjastoille. Tulokset hankitun uuden tiedon hyödyntämisen vaikutuksista kertovat, että tiedonhankinnalla on merkitystä ja sen esteiden poistamiseen kannattaa kiinnittää huomiota. Sinänsä hyvin kontekstisidonnaiset tulokset muutostilanteen vaikutuksesta ovat myös huomionarvoisia.

## SISÄLLYS

<b>1. JOHDANTO</b>	5
<b>2. TIEDONHANKINTATUTKIMUS</b>	6
2.1 Käsitteiden määrittely	7
2.1.1 Data, tieto, informaatio	7
2.1.2 Tiedontarve, tiedonhankinta, tiedonkäyttö: tietokäyttäytyminen	8
2.1.3 Tiedonhankinnan kanavat ja lähteet	12
2.2 Tiedonhankinnan kontekstit	13
<b>3. AMMATTINA SAIRAANHOITAJA</b>	16
3.1 Sairaanhoitajien koulutus	16
3.2 Hoitotyö ja sen tehtävät	17
3.3 Sairaanhoitajien muuttuva työ	18
3.4 Terveystieteiden ja vanhuspalveluiden piirteitä Suomessa	20
<b>4. SAIRAANHOITAJIEN TIEDONHANKINTA</b>	22
4.1 Tiedonhankinnan merkityksestä	22
4.2 Näyttöön perustuva hoitotyö	23
4.3 Sairaanhoitajien tiedonhankintaan liittyvää suomalaista tutkimusta	24
4.4 Sairaanhoitajien tiedonhankintaan liittyvää tutkimusta muissa maissa	26
<b>5. AMMATILLISEN TIEDONHANKINNAN MALLINTAMINEN</b>	31
5.1 Leckien, Pettigrew'n ja Sylvainin malli	31
5.2 Tässä tutkimuksessa käytettävä malli	33
<b>6. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b>	36
<b>7. TUTKIMUKSEN KOHDERYHMÄ, MENETELMÄT JA TOTEUTUS</b>	38
7.1 Kohderyhmä ja organisaatio	38
7.2 Tutkimusstrategia ja tutkimusmetodi	39
7.3 Aineiston keruun toteutus	39
7.4 Tutkimusaineiston käsittely	42
<b>8. TULOKSET</b>	45
8.1 Sairaanhoitajien työskentely-ympäristöt ja työtehtävät	45
8.2 Sairaanhoitajien tiedontarpeet	51
8.3 Sairaanhoitajien tiedonhankinta	59
8.3.1 Orientoivan tiedon hankinta	59
8.3.2 Praktisen tiedon hankinta	61
8.3.3 Elektroniset lähteet	64

8.3.4 Tiedonhankintaa hankaloittavia tekijöitä ja esteitä-----	66
8.4 Tiedonkäyttö-----	69
8.5 Muutostilanteen vaikutukset tietokäyttämiseen-----	72
<b>9. TULOSTEN YHTEENVETO, POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET -----</b>	<b>76</b>
9.1 Tutkimustulosten yhteenveto -----	76
9.2 Tulosten pohdinta ja johtopäätökset -----	84
<b>LÄHTEET -----</b>	<b>93</b>
<b>LIITTEET-----</b>	<b>98</b>
LIITE 1: Tutkimuslupa-anomus -----	98
LIITE 2: Haastattelupyyntökirje -----	99
LIITE 3: Teemahaastattelurunko -----	100
LIITE 4: Tiedonlähteet-apuluettelo -----	103

## 1. JOHDANTO

Tiedonhankinta on hyvin jokapäiväistä toimintaa, jota ilman emme oikeastaan pysty toimimaan työssä tai opinto- ja harrastusympäristöissä. Tiedon ja sen saatavuuden merkitys tuntuu tulevan aina tärkeämmäksi yhä useammalla elämänalalla. Tiedonhankintatutkimuksessa tiedonhankintaa tarkastellaan merkityksellisenä toimintana. Pyrkimyksenä on selvittää, millaista on yksilön tai ryhmien erilaisiin tilanteisiin ja konteksteihin kiinteästi liittyvä tietokäyttäytyminen, joka pitää sisällään niin tiedonhankintaa virittävät tiedontarpeet, itse tiedonhankinnan kuin myös hankitun tiedon käytön. Tutkimusalan perimmäisenä tarkoituksena on tutkimuksista saatuja tuloksia hyödyntämällä edesauttaa erilaisten tietojärjestelmien sekä tiedonhankinnan ja tiedonhaun apuvälineiden kehittämistä, kiinnittää huomiota mahdollisiin tiedonhankinnan esteisiin tai ylipäättään parantaa tietoa käyttävien yksilöiden tai ryhmien tietoisuutta tiedonhankinnan merkityksestä. Tiedonhankintatutkimus on vakiintunut yhdeksi koko informaatiotutkimuksen keskeiseksi osa-alueeksi.

Ammatillisen tiedonhankinnan tutkimuksen kohteena ovat suomalaisessa tutkimuksessa olleet tutkimusalan lyhyehkön historian ajan pääosin akateemisen koulutuksen saaneet henkilöt kuten tutkijat, toimittajat tai opettajat. Korkean koulutuksen lisäksi näitä tutkimuskonteksteja on määrittänyt usein myös sijoittuminen suuriin asutuskeskuksiin sekä kohdeorganisaation suuruus ja sen myötä usein kohdehenkilöitä ympäröivät laajat henkilöverkot sekä esim. hyvä kirjasto- tai tietopalvelujen saatavuus. Kuitenkin myös useimmissa ei-akateemisissa ammateissa tai pienissä työyhteisöissä tiedonhankinnalla on oma merkityksensä, ja tiedonhankintataitojen sekä tietojen päivittäminen on noussut yhä tärkeämmäksi yhä useammalla alalla. Sairaanhoidajien ammattiryhmä on suuri, ja vaikka sairaanhoitajia pääasiassa työllistävätkin erikoissairaanhoito ja suuret keskussairaalat, myös pienemmillä paikkakunnilla kautta koko maan perusterveydenhuollon ja julkisten vanhustalveluiden piirissä työskentelee runsas joukko koulutettuja alan ammattilaisia. Osin sairaanhoitajienkin koulutus on nykyisin yliopistotasosta, mutta suurin osa tänä päivänä sairaanhoitajan ammatissa toimivista henkilöistä on saanut alan keskiasteen koulutuksen. Perusterveydenhuollon tai vanhustalveluiden sairaanhoitajien ammatillista tiedonhankintaa ei Suomessa juurikaan aiemmin ole selvitetty.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millaisia työhön liittyviä tiedontarpeita perusterveydenhuollon ja vanhustalveluiden sairaanhoitajilla on, miten ja mistä he tietonsa hankkivat ja miten he saamaansa tietoa työssään käyttävät. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat

kolmen pienen kunnan sairaanhoitajat. Kyseisten kuntien perusterveydenhuolto ja osa vanhuspalveluista siirtyivät vuoden 2005 alussa toimintansa aloittaneeseen uuteen, suurehkoon perusturvakuntayhtymään. Tutkimuksessa onkin tarkoitus selvittää näiden sairaanhoitajien varsinaisen yleisen tietokäyttämisen lisäksi, onko tuoreella hallinnollisella muutoksella jotain vaikutusta heidän työhönsä ja sitä kautta tiedon tarpeisiin ja tiedonhankintaan.

Terveys- ja hoito- ja sitä kautta sairaanhoitajien työ vaikuttaa olevan jatkuvan muutospaineen alla. Niin peruskoulutuksen kuin täydennyskoulutuksenkin muutokset, niukentuneet taloudelliset sekä henkilöresurssit tai näyttöön perustuvan terveydenhuollon mukanaan tuomat ideat ovat taustalla vaikuttamassa sairaanhoitajan työssä. Kuten monella muullakin alalla, myös terveydenhuollon piirissä puhutaan nykyisin informaatiotulvasta sekä koko ajan lisääntyvien työtehtäviä helpottamaan kehitettyjen atk-sovellusten mukanaan tuomasta työn tietoteknistymisestä. Mielenkiintoista onkin selvittää ammatissaan toimivien henkilöiden tiedonhankintaan liittyviä kokemuksia ja tunteita, joita henkilöillä tänä päivänä on tiedon yltäkylläisessä, koko ajan muuttuvassa maailmassa.

Johdannon jälkeen luvussa 2 määritellään tiedonhankintatutkimuksen tärkeimpiä käsitteitä ja liitetään myös käsite konteksti tämän tutkimuksen taustateoriaan. Luvussa 3 paneudutaan hoitotyöhön ammattina sekä taustoitetaan koko tutkimusta esittelemällä lyhyesti terveydenhuollon ja vanhuspalveluiden piirteitä Suomessa. Luvussa 4 esitetään ajankohtaisia näkemyksiä tiedonhankinnan merkityksestä sairaanhoitajan työssä ja esitellään aiheeseen liittyvää kotimaista ja ulkomaista tutkimusta. Luvussa 5 kuvaillaan tutkimuksen lähtökohtana käytetty malli ja luvussa 6 esitetään tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset. Luku 7 esittelee tutkimuksen kohde-ryhmän, käytetyt menetelmät sekä aineiston keruun toteutuksen ja tutkimusaineiston käsittelyn. Analyysin tulokset, niiden yhteenveto ja johtopäätökset esitetään luvuissa 8 ja 9.

## **2. TIEDONHANKINTATUTKIMUS**

Tiedonhankintatutkimuksessa on ollut nähtävissä 1990-luvun loppupuolelta alkaen pyrkimys ottaa huomioon yksilön käyttämisen lisäksi entistä enemmän myös yksilön tietokäyttämisen konteksteja ja tilanteita. Tutkimuksissa käytetään myös aiempaa holistisempia ja vaihtelevampia teoreettisia lähestymistapoja. Vaikka laadulliset menetelmät näyttävätkin olevan johtavassa asemassa, menetelmien käyttö on monipuolistunut sekä menetelmien yhdistelyä esiintyy runsaammin. (Vakkari 1997, 451.) Uusimpana kohdealueena tiedonhankintatutkimuksessa on Internet, jonka hyödyntämistä ammatillisessakin tiedonhankinnassa on alettu tutkia. Tämän päivän

tiedonhankkijalle Internet tarjoaa jo hyvin paljon mahdollisuuksia. Erilaiset verkkolähteet ovat lisääntyneet ja monipuolistuneet ja käytössä on yhä tehokkaampia hakukoneita. Pääosin Internetiin kohdistuneet tutkimukset ovat olleet kvantitatiivisia, joten tarvetta kvalitatiiviseen tutkimukseen on olemassa. (Haasio & Savolainen 2004, 150; 165.)

Ammatillisen tiedonhankinnan tutkimus on historiansa aikana keskittynyt tutkimaan pääosin pidemmälle koulutettujen henkilöiden tiedonhankintaan liittyvää käyttäytymistä, ei-akateemiset ammatit ovat jääneet vähemmälle (Haasio & Savolainen 2004, 165). Kuitenkin kiinnostus yhä useammanlaisten ammattien tutkimiseen informaatiotutkimuksen näkökulmasta on ollut, varsinkin kansainvälisesti, 1990-luvulta alkaen hyvin voimakasta. Leckie, Pettigrew ja Sylvain (1996) näkevät tähän kasvaneeseen mielenkiintoon kolme syytä. Ensinnäkin useiden erityyppisten ammattien tiedonhankintaa kartoittavat tutkimukset ovat seurausta tutkimusalueen luontaisesta laajenemisesta. Toiseksi vaikuttaa siltä, että erilaisten tietojärjestelmien tuottajat kehittävät eri ammattiryhmille suunnattuja tietojärjestelmiä ilman, että heillä olisi riittävästi tietoa, vastaavatko suunnitellut tuotteet todellisen elämän tilanteita ja tarpeita (vrt. myös Gaslikova 1999, 8-11). Kolmantena seikkana tilanteeseen vaikuttaa se, että tutustumalla mahdollisimman monenlaisiin työskentely-ympäristöihin pyritään kehittämään käyttäjätutkimusten teoriaa. (Leckie, Pettigrew & Sylvain 1996, 162.)

## 2.1 Käsitteiden määrittely

### 2.1.1 *Data, tieto, informaatio*

Tiedonhankintatutkimuksessa keskeiseksi nousevaa käsitettä *tieto* ja siihen liittyviä käsitteitä *informaatio*, *data* tai *tietämys* käytetään arkikielessä toistensa synonyymeina ja ne sekoittuvat usein keskenään. Myös virallinen suomen kieli ei oikeastaan erota toisistaan tietoa, informaatiota tai dataa, vaan kaikista niistä puhutaan yleisesti tietona (vrt. esim. Nurmi 1998, 84; 258). Myös eri tieteenaloilla näille käsitteille voidaan antaa toisistaan poikkeavia merkityksiä. Informaatiotutkimuksessa yleensä käsitteellä tieto on kuitenkin keskeinen merkitys, niinpä näitä käsitteitä on määritelty ja eroteltu oman tutkimusalan näkökulmasta. Informaatiotutkimuksessa vallitsevan käsityksen mukaan tieto muodostaa seuraavanlaisen arvoketjun (Haasio & Savolainen, 2004, 14):

data → informaatio → tieto → tietämys → viisaus

Data voidaan määritellä kanavaan syötetyksi, koodatuksi viestiksi, joka on merkkejä ja symboleja. Se on eräänlaista informaation raaka-ainetta, josta voi tulla informaatiota. Informaatiotutkimuksen näkökulmasta datan voi määritellä esim. asiayhteydestä irrallaan olevaksi faktaksi. Datasta muodostuu muille välitettävää informaatiota. (Haasio & Savolainen 2004, 15; Niiniluoto 1992, 28; Vakkari 1999, 19.) Informaatio voi olla annettua tai vastaanotettua ja se voidaan jakaa semanttiseen (väitelausein ilmaistuja maailmaa koskevia asiantiloja) tai pragmaattiseen informaatioon (resurssi, jota hyödyntämällä voimme toimia). Vastaanottajan tulkittua informaatiota ja annettuaan sille merkityksen informaatio jalostuu tiedoksi. (Haasio & Savolainen 2004, 15-16.)

Vanha suomen kielen verbi tietää voidaan johtaa etymologisesti tie-sanasta eli tietäminen tarkoittaa tien tuntemista tai sen löytämistä, ja verbiin liittyy vahva vivahde menestyksellisestä toiminnasta tai perille pääsystä. Klassisesti tieto on määritelty hyvin perustelluksi todeksi uskomukseksi. (Niiniluoto, 1992 14-15.) Informaatiotutkimuksessa tieto määritellään yksilön muodostamaksi tulkittavissa olevien merkitysten kokonaisuudeksi, se on tilannesidonnaista, semanttista ja pragmaattista informaatiota. Tiedonhankintatutkimuksessa tieto jaetaan usein myös orientoivaan (luonteeltaan yleistä, eikä liity mihinkään tiettyyn tehtävään) tai praktiseen tietoon (tehtäväspesifiä tietoa jonkin tietyn ongelman ratkaisuun). Tietämys voidaan puolestaan määritellä kaikkien yksilöllä olevien tietojen kokonaisuudeksi. (Haasio & Savolainen 2004, 17-19.)

Tämän tutkimuksen kannalta ei käsitteiden *tieto* tai *informaatio* perusteellinen teoreettisfilosofinen määrittely tai erottelu ole tarpeellista, paremminkin pyritään ymmärtämään käsitteet mahdollisimman laajasti arkikielen merkityksiä tai suomen kielen sanakirjaa tulkiten ja saamaan käsitteet siten valjastettua parhaiten empiiriseen tutkimuksen käyttöön. Myös Savolaisen (1999, 84) mukaan empiiriseen tiedonhankintatutkimukseen liittyen tieto on aiheellista määritellä väljästi: tieto on yksilön konstruoimien käsitysten kokonaisuus, jonka avulla on mahdollista toimia menestyksellisesti arkipäivän elämään liittyvissä vaihtelevissa tilanteissa.

### **2.1.2 Tiedontarve, tiedonhankinta, tiedonkäyttö: tietokäyttätyminen**

Perusajatuksena tiedonhankintatutkimuksessa on, että on olemassa monenlaisia asioita ja ilmiöitä, jotka saavat aikaan tiedonhankinnan prosessin. Tiedonhankinta puolestaan johtaa hankitun tiedon



käyttöön ja hyödyntämiseen. (Savolainen 1999, 79.) Tiedonhankintatutkimus keskittyy siis analysoimaan seuraavaa ketjua:

tiedontarve → tiedonhankinta → tiedonkäyttö

### Tiedontarve

Yksi tapa jäsentää käsitettä *tiedontarve* on jako orientoivan ja praktisen eli ongelmalähtöisen tiedon tarpeisiin. Orientoivan tiedon tarpeilla tarkoitetaan tarvetta hankkia tietoa ajankohtaisista tapahtumista ja asioista esim. lukemalla päivän lehtiä tai seuraamalla oman alan ammattijulkaisuja. Praktinen tiedontarve puolestaan herää jonkin yksittäisen ongelmatilanteen seurauksena, ja ongelmaa lähdetään ratkaisemaan hankkimalla nimenomaan siihen tilanteeseen liittyvää tietoa. (Haasio & Savolainen 2004, 25.)

Savolaisen (1999, 81) mukaan tiedontarpeiksi kutsuttavat ilmiöt ovat monella tavoin sosiaalisesti ja kulttuurisesti ehdollisia. Tiedontarpeisiin vaikuttavat yhteiskunnassa valitsevat arvot (esim. koulutuksen ja osaamisen arvostus), yhteisö- ja ryhmäkohtaiset normit (esim. mitä tietyssä ammatissa toimivan täytyy osata) tai yksilökohtaiset intressit (mistä asioista ollaan ylipäättänsä kiinnostuneita). Myös asenteet ja uskomukset määrittävät tiedontarpeita. (Savolainen 1999, 81.)

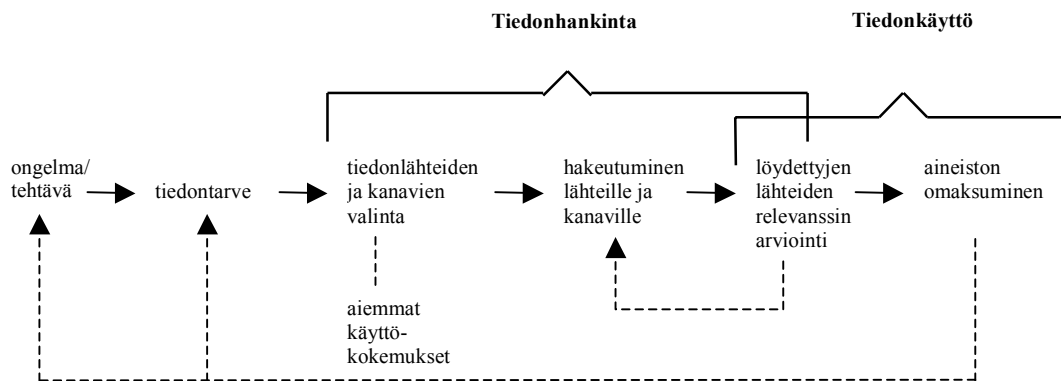
Tässä tutkimuksessa tiedontarpeella tarkoitetaan ensinnäkin ammatissaan toimivan henkilön käsitystä ja tunnetta siitä, ettei hän saa ratkaistua jotain työhönsä yleisesti tai johonkin yksittäiseen työtehtävään liittyvää ongelmaa, tilannetta tai asiaa tai pärjää sillä hetkellä olemassa olevilla tiedoillaan, vaan hän kokee tarvetta hankkia lisää uutta tietoa selvittääkseen sen hetkisen tilanteen. Kysymyksessä on siis praktisen tiedon tarve. Lisäksi pyritään selvittämään myös tutkittavien henkilöiden orientoivan tiedon tarpeita eli laajempaa omaan alaan liittyvän tiedon seuraamista ja sen päivittämistä. Näin tutkittavien ammattihenkilöiden tiedontarpeita ja ylipäättänsä koko heidän tietokäyttötymistään päästään lähestymään mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, ei pelkästään irrallisten tai yksittäisten työtehtävien näkökulmasta.

### Tiedonhankinta

Yleisesti ottaen tiedonhankinta on toimintaa, joka viriää jonkin tiedontarpeen aikaansaamana, vaikkapa jonkin käsillä olevan ongelman tai suoritettavan tehtävän seurauksena. Samalla tapaa kuin tiedontarpeet myös tiedonhankinta voidaan jakaa orientoivan ja praktisen tiedon hankintaan.

Tiedonhankinnan tarkastelu voidaan jakaa myös ammatilliseen ja ei-ammattilliseen eli vapaa-aikaan liittyvään tiedonhankintaan.

Tiedonhankinnan käsite voidaan määritellä suppeasti tai laajasti. Suppean käsityksen mukaan tiedonhankinta on instrumentaalista toimintaa, joka keskittyy tietoa kantavien dokumenttien tai dokumentoidun aineiston hankkimiseen ja saamiseen. Laajemman määrittelyn mukaan tiedonhankinta pitää sisällään koko prosessin alkaen tiedontarpeiden viriämisestä aina hankitun tiedon käyttöön. (Savolainen 1999, 84-85.)



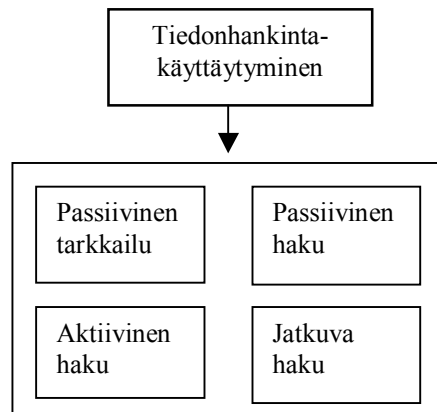
**Kuvio 1.** Tiedonhankintaprosessi (Savolainen, 1999, 85).

Koko prosessi lähtee liikkeelle jonkin ongelman tai tehtävän aiheuttaman tiedontarpeen käynnistämänä. Tästä tarpeesta viriää erilaisia toimintoja, joiden avulla pyritään tuo tarve tyydyttämään. Tiedonlähteitä valitaan ja niille hakeudutaan eri kanavien kautta aiempien käyttökokemusten perusteella. Seuraavassa vaiheessa, joka kuuluu jo osittain tiedon käytön puolelle, käsiin saadun aineiston relevanssia punnitaan, omaan tilanteeseen sopivimmat lähteet valitaan ja niiden sisältö pyritään omaksumaan. Lähteiden arvioinnin tuloksena saatetaan joutua arvioimaan ongelmaa uudelleen, josta voi seurata uusien tiedontarpeiden syntyminen ja uusille lähteille hakeutuminen. (Savolainen 1999, 85.)

Tiedonhankinta ei kuitenkaan aina ole suunnitelmallista, vaan tietoa voidaan saada myös ennalta arvaamatta, ikään kuin sattumalta (Savolainen 1999, 85). Wilsonin (Wilson & Walsh 1996) tapaan käsitettä tiedonhankinta voidaankin laajentaa sisällyttämällä siihen aktiivisen ja suunnitelmallisen tiedonhankinnan lisäksi passiivisuontoinen tapa tarkkailla ympäristöä ja saada tietoa myös

sattumoisin. Wilson käyttää termiä tiedonhankintakäyttäytyminen (informationseeking behaviour), jolla hän tarkoittaa neljää seuraavaa tapaa hankkia tietoa (Wilson & Walsh 1996, luku 5):

- passiivinen tarkkailu (passive attention): tarkoituksena ei ole tiedon hankkiminen, mutta sitä voidaan ottaa vastaan sattumalta, esim. television katselu tai radion kuuntelu
- passiivinen haku (passive search): etsittäessä tietoa jostakin aiheesta saadaan sattumoisin relevanttia tietoa myös jostain muustakin kiinnostavasta aiheesta
- aktiivinen haku (active search): henkilö hankkii aktiivisesti tietoa; tapa, jolla useimmin tiedonhankinta mielletään alan tutkimuksissa
- jatkuva haku (ongoing search): jatkuvaa, satunnaista tarkkailua, jolla päivitetään tai laajennetaan ajatuksia, uskomuksia, arvoja ym.



**Kuvio 2.** Tiedonhankintakäyttäytyminen (Wilson & Walsh 1996, luku 7).

Tässä tutkimuksessa tiedonhankinta ajatellaan Savolaisen (1999, 85) tapaan prosessina, jonka käynnistää jokin ongelma tai tehtävä ja jossa lähteitä valitaan eri perusteilla, niille hakeudutaan tai ne hankitaan käsiin ja saadun tiedon relevanssia punnitaan. Erilaisissa ammatillisissa konteksteissa tiedonhankinnan voi olettaa olevan myös passiivisempaa, jolloin esim. tiedonlähteitä ei aktiivisesti valita, vaan tietoa voi saada sattumalta. Varsinaista tiedonhankintaa pyritäänkin tarkastelemaan myös edellä esitettyyn Wilsonin (Wilson & Walsh 1996, luku 7) jaotteluun tukeutuen. Alan tutkimuksessa on tiedonhankinta usein mielletty aktiiviseksi ja tarkoitukselliseksi tavaksi hankkia tietoa, tässä tutkimuksessa tiedonhankinnan katsotaan tarkoittavan myös passiivisempaa tapaa hankkia tai saada tietoa.

### Tiedonkäyttö

Savolaisen (1999, 102) mukaan tiedonkäytön määrittelyn tekee ongelmalliseksi se, että sen sisältämä ilmiö voidaan nimetä monella muullakin käsitteellä, kuten kokea, ajatella tai omaksua. Tiedonhankintaprosessia ajatellen tiedonkäytöksi voidaan kutsua sitä vaihetta, kun tiedontarve on saatu tyydytettyä eli uutta tietoa on hankittu ja tätä tietoa pyritään hyödyntämään. (Haasio & Savolainen 2004, 45).

Suuri osa ammatillisen tiedonhankinnan tutkimuksesta on keskittynyt nimenomaan tiedontarpeiksi luonnehdittavien ilmiöiden ja tiedonhankinnan tarkasteluun. Tiedonkäyttöä on melko vähän tutkittu, ja tutkimuksessa siihen tulisikin kiinnittää enemmän huomiota. (Haasio & Savolainen 2004, 165; Vakkari 1997, 460-462.) Tässä työssä on tarkoituksena tarkastella tiedonhankintaan liittyvää käyttäytymistä mahdollisimman laajana prosessina, johon siten kuuluu myös hankitun tiedon käytön tarkastelu. Koposen (1998, 31) mukaan sairaanhoitajan työssä ei keskeistä ole niinkään tietäminen, vaan tiedon jakaminen ja hyödyntäminen. Sairaanhoitajien tiedonkäyttöä voisi epäilemättä selvittää melkeinpä erillisen tutkimuksen verran, tämän työn puitteissa on mahdollista vain melko yleisellä tasolla tarkastella lähinnä orientoivan tiedonhankinnan seurauksena saadun tiedon käyttöä.

### Tietokäyttäytyminen

Tiedontarve, tiedonhankinta ja tiedonkäyttö ovat tarkasteltavissa ja määriteltävissä pitkälti omina osakokonaisuuksinaan, kuitenkin ne liittyvät kiinteästi toisiinsa ja määrittävät toinen toisiaan. Tässä työssä käytetäänkin monin paikoin Wilsonin (1999, 249) tapaan ilmaisua *tietokäyttäytyminen* (information behaviour; suomalaisessa alan tutkimuksessa käytetään myös usein termejä informaatiokäyttäytyminen tai tiedollinen käyttäytyminen) tarkoittamaan kaikkia niitä henkilön toimintoja, jotka liittyvät henkilön tiedostamiin tiedontarpeisiin, tiedonhankintaan millä tahansa tavalla tai tiedon käyttämiseen ja välittämiseen.

#### **2.1.3 Tiedonhankinnan kanavat ja lähteet**

Tiedonlähteet voidaan määritellä erilaisissa fyysisissä muodoissa oleviksi tiedonkantajiksi, joiden oletetaan sisältävän tiedontarpeen tyydyttävää tietoa. Tiedonhankintakanavat puolestaan voidaan määritellä konkreettisiksi tai abstrakteiksi väyliksi, jotka ohjaavat tai niiden oletetaan ohjaavan tiedonhankkijan haluamansa tiedon luokse. Kanavat ovat organisoituja käytäntöjä tai mekanismeja,

joiden kautta tai avulla on mahdollista päästä lähteisiin käsiksi. Ero kanavien ja lähteiden välillä on kuitenkin liukuva, tilanteesta riippuen tiedonhankintakanava voi muuttua lähteeksi ja päinvastoin. (Haasio & Savolainen 2004, 19-20; Murtonen 1992, 47.)

Tiedonlähteitä voidaan luokitella monilla eri kriteereillä. Voidaan erottaa esimerkiksi formaalit ja informaalit tai sisäiset ja ulkoiset lähteet. Formaaleja eli muodollisia tiedonlähteitä ovat esim. painetut ja julkaistut lähteet tai tietojärjestelmät ja –palvelut, informaaleja lähteitä ovat puolestaan epävirallisemmat lähteet, kuten henkilöt tai yksityiset dokumentit. Sisäiset lähteet voivat olla esim. kollegoita tai organisaation sisällä tuotettuja dokumentteja, ulkoiset lähteet ovat oman organisaation ulkopuolella tuotettuja tai niitä käytetään muualla kuin omassa organisaatiossa (esim. kirjastossa). Luokittelua voi jatkaa vielä painettuihin tai elektronisiin lähteisiin tai erottelukriteerinä voi olla originaalisuusaste (primääri-, sekundaari- tai tertiaarilähteet). Tyypillisin esimerkki tiedonhankintakanavasta on kirjasto, joka tarjoaa pääsyn moniin erilaisiin lähteisiin. (Haasio & Savolainen 2004, 19-20; Höglund & Persson 1985; tässä Saarikoski 1998, 12.)

Monessa tapauksessa tiedonhankinnan kanavat ja lähteet yhdistyvät ja voivat ovat erotettavissa vain kulloisenkin tilanteen mukaan. Henkilöt voivat olla suoraan tiedonlähteitä mutta myös kanavanomaisesti ohjata tiedonhankkijan muille lähteille, painettu dokumentti voi sisältää välitöntä tietoa tai ohjata muihin lähteisiin tai www-sivut voivat antaa suoraan tietoa, mutta ne myös voivat välittää henkilön muihin tiedonlähteisiin. Tässä tutkimuksessa tiedonlähteet ja tiedonhankintakanavat pyritään pitämään erillään toisistaan huolimatta käsitteiden moniselitteisyydestä ja liukuvuudesta. Oletettavasti näin pystytään saamaan tutkimuksen kannalta täsmällisempää tietoa.

## **2.2 Tiedonhankinnan kontekstit**

Tiedonhankintatutkimuksessa tiedonhankintaa tarkastellaan merkityksellisenä toimintana. Tiedonhankinta ei ole kuitenkaan mikään itseisarvo, vaan paremminkin väline, jonka avulla saavutetaan tai tehdään muita asioita. Tiedonhankinta onkin luontevinta sijoittaa johonkin toiminnalliseen ympäristöön, jotakin päämäärää palvelemaan tai tukemaan. (Savolainen 1999, 86.)

Tiedonhankintatutkimuksessa on alettu korostaa varsinkin 1990-luvun loppupuolelta lähtien tiedonhankinnan yhteyttä erilaisiin toiminnallisiin, kulttuurisiin tai organisatorisiin konteksteihin. Dervinin (1997, 13-14) mukaan alan tutkimuskirjallisuudessa termiä konteksti on käytetty viime

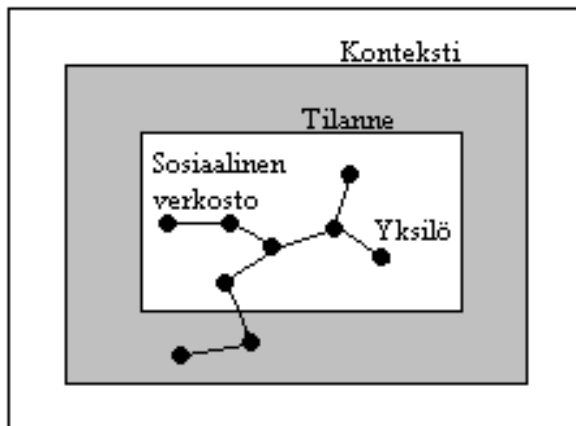
aikoina hyvin usein ja silloin harvoin kun termi on pyritty määrittelemään, määrittelyt ovat olleet hyvin toisistaan poikkeavia. Koska hyvin monet eri tekijät voidaan ajatella jonkin toisen asian kontekstiksi, itse moni-ilmeisen käsitteen konteksti tyhjentävä määrittely on ongelmallista, joidenkin mielestä jopa mahdotonta. Aika, paikka, henkilöiden demografiset, sosiaaliset, koulutukselliset ja ammatilliset ominaisuudet, tiedonhankinnan tarkoitus, konkreettinen tehtävä, jota varten tietoa hankitaan sekä lukuisat muut tekijät määrittävät konteksteja, joita voidaan huomioida tiedonhankintatilanteiden tarkastelussa. Äärimmäisen määrittelyn mukaan johonkin ilmiöön liittyvä konteksti pitäisi sisällään kaiken lukuun ottamatta juuri tarkasteltavaa ilmiötä itseään. Konteksti mielletään siten, usein implisiittisesti, eräänlaiseksi säiliöksi, jossa jokin ilmiö ja siihen liittyvät asiat tapahtuvat. (Dervin 1997, 14; Gaslikova 1999, 2).

Ongelmallisesta määrittelystä huolimatta Dervin (1997, 19) näkee kontekstin kuitenkin välttämättömäksi lähteeksi asioiden ymmärtämiseksi. Hänen mukaansa konteksti ei ole mikään erillinen ja irrallinen entiteetti, joka voitaisiin ilmaista samanlaisina pysyttelevien piirteiden luettelona eikä kontekstia voida myöskään erottaa inhimillisestä toiminnasta ja vuorovaikutuksesta. Kontekstin tarkastelun tulisi kohdentua prosesseihin, ajassa tapahtuviin muutoksiin, odottamattomaan ja virtaavaan ilmiöiden kenttään. Todellisuus on muuttuvaista, myös konteksti on jotain virtaavaa ja prosessuaalista. (Dervin 1997, 17-19.)

Sonnenwald (1999, 178) määrittelee käsitteen konteksti melko yleispiirteisesti ja laajasti joukoksi tai ryhmäksi olennaisia tilanteita menneisyydestä, nykyisyydestä sekä tulevaisuudesta. Sonnenwaldin mukaan vaikeiden käsitteiden, kuten konteksti, sanallinen määrittely on vaikeaa eikä aina riitä, vaan käsitteiden merkitys ymmärretään paremmin, kun käsitteitä käytetään tai suhteutetaan käytön kautta muihin käsitteisiin. Näin ihmisille yleensä syntyy parempi ja riittävä ymmärrys sanallisesti hankalasti määriteltävistä käsitteistä. (Sonnenwald 1999, 178.)

Sonnenwald (1999) hahmottaakin käsitettä *konteksti* sijoittamalla sen muiden siihen liittyvien keskeisten käsitteiden joukkoon sekä esittämällä näiden käsitteiden välisiä suhteita. Hänen mukaansa konteksteja voivat olla esim. yliopisto, perhe tai kansalaisuus. Niillä on kaikilla omat tunnuspiirteensä, rajansa, rajoitteensa tai etuoikeutensa. Yleensä ihmisillä on yhteisymmärrys, mitä eri kontekstit tarkoittavat ja millainen toiminta niille on ominaista, ne mielletään yleisesti osaksi jokapäiväistä elämää. Kontekstien rajat mielletään joustaviksi, helposti muuttuviksi ja siirrettäviksi. Kontekstien sisällä syntyy erilaisia tilanteita. *Tilanne* voidaan ajatella joukoksi tiettyinä hetkenä tapahtuvia toimintoja, joissa ovat läsnä tietyt toimijat, joiden välillä on tietynlaisia suhteita.

Tilanteessa mukana olevat toimijat voivat kuvailla aiemmista kokemuksistaan ja tiedoistaan riippuen tilanteen eri tavoin. Tilanteet eivät välttämättä ole peräkkäisiä tapahtumia, vaan ne voivat olla myös päällekkäisiä tai liittyä väljästi toisiinsa. Yksilöiden välisistä vuorovaikutus- ja viestintäsuhteista muodostuvat *sosiaaliset verkostot*. Verkostoilla, joiden rakenne voi vaihdella, on kontekstin suhteen kaksi merkitystä: ne auttavat rakentamaan tilanteita ja konteksteja, mutta toisaalta verkostot rakentuvat juuri konteksteissa ja tilanteissa. (Sonnewald 1999, 178-181.)



**Kuvio 3.** Esimerkki yhdyntyyppisestä sosiaalisesta verkostosta jossain tilanteessa ja kontekstissa. Kaikki verkoston yksilöt eivät välttämättä ole mukana tilanteessa. (Sonnenwald 1999, 181.)

Gaslikovan (1999) mukaan käytännön tasolla erilaisten kontekstien huomioimisen tiedonhankintatutkimuksessa voidaan katsoa olevan edellytyksenä mahdollisimman hyvin toimivien tiedonhankinta- ja tiedonhakujärjestelmien kehittymiselle. Ei ole mielekäästä pyrkiä kehittämään kaikenkattavia yleissysteemejä, vaan ensin tulisi mahdollisimman tarkasti kartoittaa eri tiedonhankintakonteksteja ja niissä tapahtuvaa tietokäyttäytymistä. Näiden kartoitusten pohjalta suunniteltavat tietojärjestelmät voisivat tarjota parhaan mahdollisen hyödyn tietyille käyttäjäryhmille eri tilanteissa tai eri ammatillisissa tehtävissä. (Gaslikova 1999, 8-11.)

Tämän tutkimuksen tiedonhankinnan laajaksi kontekstiksi asettuu sairaanhoitajan työ kolmen pienen kunnan perusterveydenhuollon sekä vanhushuollon yksiköissä. Tämän kontekstin luonteenomaisia piirteitä sekä kontekstissa syntyviä tilanteita pyritään saamaan selville antamalla tutkittavien hoitajien itse kertoa työstään ja työoloistaan. Lisäksi tätä kontekstia taustoitetaan yleisemmillä sairaanhoitajien työoloja koskevien tutkimusten tuloksilla sekä joillakin tämän päivän

terveydenhuollon keskeisillä ilmiöillä (vrt. luvut 3.3 ja 4.2). Tiedonhankinta sijoitetaan siis niihin olosuhteisiin, joissa tutkittavat sairaanhoitajat työtänsä tekevät. Tietokäyttäjymistä on tarkasteltava nimenomaan huomioiden ammattihenkilöön liittyviä kontekstilähtöisiä piirteitä ja ominaisuuksia ja niiden valossa pyrittävä saamaan esiin juuri esim. tämän tutkimuksen kohderyhmälle ominaisen tietokäyttäjymisen ominaispiirteitä. Tässä tutkimuksessa pyritään tarkastelemaan ammatillista tiedonhankintaa yksittäisen sairaanhoitajan lähtökohdasta käsin, kuitenkin unohtamatta, että yksilö on osa tietystä kontekstissa ja sen määrittämässä tilanteissa toimivaa sosiaalista verkostoa.

### **3. AMMATTINA SAIRAANHOITAJA**

#### **3.1 Sairaanhoitajien koulutus**

Suomessa sairaanhoitajien koulutus vakiintui vuonna 1930 kolmivuotiseksi lakisääteiseksi ja itsenäiseksi koulutukseksi. Koulutus irtaantui tuolloin hallinnollisesti sairaalasta, mikä mahdollisti hoitajien omasta käytännöstä lähtevän tietoaineksen kehittämisen koulutuksen kautta. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 77-78.)

1990-luvulla toteutetun koulutuksen muutoksen myötä tänä päivänä sairaanhoitajan perustutkinnon voi suorittaa ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa. Tutkintonimike on sairaanhoitaja (AMK). Myös terveydenhoitajat, kättilöt ja ensihoitajat suorittavat sairaanhoitajatutkinnon. Sairaanhoitajan opinnot kestävät 3,5 - 4,5 vuotta suuntautumisvaihtoehdosta riippuen. Perustutkinnon jälkeen voi jatkaa opintoja ammattikorkeakoulussa suorittamalla jatkotutkinnon (työelämälähtöisiä ja työelämää kehittäviä uusia korkeakoulututkintoja) tai yliopistossa terveystieteiden kandidaatin tai maisterin tutkinnon, joissa voi suuntautua hoitotyön johtamiseen (ylihoitaja), koulutukseen (opettaja) tai asiantuntijaksi.<sup>1</sup>

Sairaanhoidon eriytyminen lääketieteestä ja oman ammatillisen tietoperustan kehittyminen juontavat juurensa aina Florence Nightingalen aikoihin, mutta vasta 1950-luvulla alettiin Yhdysvalloissa keskustella alan tutkimuksen ja yliopistokoulutuksen merkityksestä. Tärkeimpänä perusteluna tieteellisen tietoperustan luomiselle on ollut pyrkimys parantaa hoitotyön palveluja tieteellisen tutkimuksen avulla. Hoitotyötä tutkivan tieteen kautta vahvistetaan alan tietoperustaa, jota pyritään hyödyntämään työn käytännössä. Ylempään korkeakoulututkintoon tähtäviä opintoja

---

<sup>1</sup> [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_ty/sairaanhoitajakoulutus/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty/sairaanhoitajakoulutus/)



pääaineena hoitotiede on Suomessa voinut opiskella vuodesta 1979 alkaen. (Krause & Salo 1993, 9; Lauri & Elomaa 2001, 18-20.)

### 3.2 Hoitotyö ja sen tehtävät

Suomalaista alan hoitotieteellistä keskustelua tiivistäen hoitotyön ensinnäkin katsotaan liittyvän formaaliin terveydenhuoltoon ja toiseksi hoitotyötä määrittää se, että siinä ollaan tekemisissä ihmisten kanssa. Laajassa merkityksessään hoitotyö voidaan määritellä terveydenhuoltoalan ammattitaitoon perustuvaksi toiminnaksi, jonka tavoitteena on ihmisen hyvä ja hänen terveytensä edistäminen. Kapea-alaisemmin käsitettä voidaan määritellä tiettyjen ammattiryhmien tai tietyn koulutuksen saaneiden henkilöiden työksi. Käsitteet hoitotiede ja hoitotyö voidaan määritellä suhteessa toisiinsa siten, että hoitotieteessä tutkitaan hoitotyötä ja puolestaan hoitotyön saralla voidaan hoitotieteen tuloksia arvioida. (Tuomi 1997, tässä Karttunen 1999, s. 23.) Tässä työssä käytetty termi hoitotyö pohjaa toisaalta osittain edellä esitettyyn laajaan merkitykseen, mutta lisäksi sillä tarkoitetaan nimenomaan sairaanhoitajan koulutuksen saaneiden henkilöiden suorittamaa työtä perusterveydenhuollon tehtävissä terveyskeskuksissa sekä vanhuspalvelu- ja kotisairaanhoito-tehtävissä.

Sairaanhoitajan ammattia voi harjoittaa vain sairaanhoitajatutkinnon suorittanut henkilö. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisesta on säädetty laissa (559/1994) ja asetuksessa (564/1994). Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen<sup>2</sup> mukaan laillistettuja ammattihenkilönimikkeitä on yhteensä 17, mm. lääkärit, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. Sairaanhoitajat ovat siis laillistettuja ammattihenkilöitä, joille on myönnetty oikeus harjoittaa ammattia.

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa sairaanhoitajan tehtäviksi määritellään väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen ja kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ja erilaisissa elämäntilanteissa olevia ihmisiä. Sairaanhoitaja on toiminnastaan vastuussa ensisijaisesti potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Tekemästään hoitotyöstä sairaanhoitajilla on henkilökohtainen vastuu, mutta myös koko työyhteisöllä on vastuu hyvästä hoitotyön laadusta ja sen kehittämisestä.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> [http://www.teo.fi/uusi/suomi\\_1.htm](http://www.teo.fi/uusi/suomi_1.htm)

<sup>3</sup> [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_ty/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)

Sairaanhoitajan työ on monipuolista ja vahvasti inhimillistä. Tehtäviin kuuluvat esim. hoitotyön suunnittelu ja sen vaikuttavuuden seuranta, lääkehoidon suunnittelu ja toteutus sekä niin potilaiden kuin omaistenkin neuvonta. Toiminta-alue on laaja, joten työn sisältö määräytyy viimekädessä työpaikan ja sille ominaisten tehtävien kautta.<sup>4</sup>

Sairaanhoitajan työhön liittyvät hoitotyön alueet ja tehtävät voidaan tiivistää Saarikosken (1998, 18) tapaan. Hän on yhdistänyt Bennerin (1989) ja Pelttarin (1997) määrittelyt ja analyysit näistä tehtävistä seuraavasti:

- kokonaisvaltainen hoitotyö – ihmisen kokonaisvaltainen hoito, huolenpito, auttaminen vuorovaikutuksessa potilaiden/asiakkaiden ja heidän läheistensä kanssa
- kliininen hoitotyö – perushoito, hoitotoimenpiteet, erikoishoitoihin osallistuminen, diagnosointi, potilaiden tarkkailu ja hoito-ohjelmien toteutus
- potilasohjaus – opettaminen, ohjaaminen, neuvominen ja opastaminen
- yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa
- hallinto ja johtaminen
- hoitotyön kehittäminen – itsensä, hoitotyön ja terveydenhuollon kehittäminen sekä laaduntarkkailu ja – varmistus

Saarikosken hoitotyön alueiden jaottelu kokoaa sairaanhoitajien moninaisia tehtäviä. Jaottelua on tarkoitus hyödyntää myöhemmin tämän tutkimuksen empiirisessä osuudessa haastattelujen yhteydessä.

### **3.3 Sairaanhoitajien muuttuva työ**

Sairaanhoitajien tehtävät ovat toisaalta selkeiden määrittelyjen mukaisia, mutta käytännössä tänä päivänä niin koko terveydenhuolto kuin sairaanhoitajien tehtäväkuvakin vaikuttavat olevan monenlaisten muutospainoiden alla. Muutokseen vaikuttavat mm. kuntien heikentyneet taloudelliset resurssit sekä lääkäreiden puute, mikä johtuu pitkälti erityisesti pienten paikkakuntien perusterveydenhuollon yksiköiden huonosta houkuttelevuudesta verrattuna yksityiseen sektoriin ja kaupunkeihin.

---

<sup>4</sup> [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_työ/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ/)

Kuvan siitä, kuinka suomalaiset sairaanhoitajat itse kokevat työnsä ja hoitotyön toimintaympäristön tänä päivänä, antaa toukokuussa 2004 sairaanhoitajille tehty laaja kysely, jolla selvitettiin heidän työolojaan. Kyselyn toteuttivat yhdessä Kuopion yliopiston hoitotieteen laitos ja Sairaanhoitajaliitto, ja se on ensimmäinen tässä laajuudessa toteutettu tutkimus maassamme. Kyselyyn vastasi 1192 muissa kuin hallinnollisissa tehtävissä toimivaa sairaanhoitajaa. Kyselyn tulokset kertovat mm. sen, että sairaanhoitajien tehtäväkuva on laajentunut monella tapaa ja muuttunut paikoin epätarkoituksenmukaiseksi sisältäen mm. ruuan jakelua, vuoteiden sijaamista tai sihteerin työtä. Toisaalta myös lääkäreille kuuluvia tehtäviä raportoitiin yleisesti siirtyneen sairaanhoitajille, esim. hoidon tarpeen arviointia tai potilaiden/asiakkaiden puhelinneuvontaa. Tehtävälän laajentuminen tuo vastaajien mukaan ongelmia ajankäyttöön, mikä puolestaan heijastuu erilaisin tavoin työolosuhteisiin. (Partanen ym. 2004.)

Myös KuntaSuomi 2004-tutkimuksen tulokset kertovat perusterveydenhuoltoon kuuluvia lääkäreiden tehtäviä siirtyneen sairaanhoitajille. Monen eri tahon, mm. Kuntaliiton sekä useiden yliopistojen järjestämään tutkimukseen osallistui yhteensä 47 joko itsenäistä perusterveydenhuoltoa harjoittavaa tai kuntayhtymään kuuluvaa kuntaa. Lääkäripula on kaikille yhteistä ja sitä pyritään ratkaisemaan nk. keikkalääkäreillä sekä osin myös em. tehtävänsiirroilla. Tutkimuksen mukaan hoitajapulaa ei toistaiseksi pidetä kovin vakavana. (Keikkalääkäreitä jo yli puolessa Suomen kunnista 2004.)

Maaliskuun alusta 2005 astui voimaan hoitotakuu. Käytännössä hoitotakuu tarkoittaa, että nk. kiireettömään, lääketieteellisesti tarpeelliseksi katsottuun hoitoon sekä sairaalaan että terveyskeskukseen on päästävä tiettyjen määräaikojen sisällä. Perusterveydenhuollon puolella hoitotakuu takaa asiakkaille välittömän puhelinyhteyden terveyskeskukseen, ja hoidon tarve on arvioitava terveyskeskuksessa kolmen arkipäivän kuluessa. Arviointi voidaan tehdä myös puhelimitse, ja sen voi tehdä muukin terveydenhuollon ammattihenkilö kuin lääkäri. Kaiken kaikkiaan, jos hoitotakuun määräämissä ajoissa ei pysytä, kunta tai kuntayhtymä on velvollinen järjestämään hoidon jossain muussa kunnassa tai yksityisessä terveydenhuollossa ilman, että potilaiden asiakasmaksut muuttuvat. (Terveydenhuollon palvelu paranee 2004, 3-7.) Hoitotakuu tuo epäilemättä uusia haasteita perusterveydenhuollon sairaanhoitajillekin. Laaksosen (2005) mukaan monissa tapauksissa sairaanhoitajan tehtäväksi voi jäädä ensimmäisenä puhelimesta arvioida hoidon tarve. Jos kaikille soittajille annettaisiin aika vastaanotolle, romuttuisi koko hoitotakuun idea. Jo puhelinkeskustelun aikana onkin saatava selville, tarvitseeko asiakas vastaanottoajan vai selvittääkö tilanteesta esim. itsehoito-ohjeilla. (Laaksonen 2005.)

### 3.4 Terveysthuollon ja vanhustaluiden piirteitä Suomessa

#### Perusterveysthuolto ja terveystalut

Kansalaisille suunnatut terveystalut ovat jaettavissa kahteen ryhmään, kansanterveystyöhön ja erikoissairaanhoitoon. Kansanterveystyön tehtäviä määrittää vuoden 1972 Kansanterveystalaki. Termi *kansanterveystyö* juurtui käyttöön Suomessa 1970-luvulla, ja sillä on käytännössä tarkoitettu kaikkea kansanterveystalissa määriteltyä terveystalutusten toimintaa. Termiä *perusterveysthuolto* on alettu käyttää 1980-luvun loppupuolelta lähtien osana kansainvälistä käsitteistöä tarkoittamaan samaa asiaa, vaikka kansainvälinen käsite perusterveysthuolto (primary health care) onkin kansanterveystyötä kapeampi käsite. Meillä perusterveysthuoltoon liittyy toimintoja, kuten sairaalahoito tai ympäristöterveysthuolto, joita ei kansainvälisessä kielenkäytössä mielletä kuuluviksi perusterveysthuoltoon. (Lehto ym. 2001, 105-108.) Terminologia vaikuttaa tänä päivänä hieman kirjavalta, mutta tässä tutkimuksessa perusterveysthuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää kansanterveystalain mukaista palvelutoimintaa, joka käytännössä tapahtuu ylläpitämällä omaa terveystalutusta, kuulumalla kuntayhtymään tai ostamalla palveluja muilta tahoilta.

Kansainvälisesti *terveystalut*-termillä (health center) viitataan yleensä yhteen konkreettiseen toimipaikkaan tai rakennukseen. Suomessa termin merkitys liitetään organisaatioon, jolla voi olla useitakin toimipaikkoja, yhtä toimipaikkaa kutsutaan yleensä terveystalutaksi. (Lehto ym. 2001, 107.) Terveystalutuksen palveluiden muodossa kunta huolehtii lakisääteisistä kansanterveystyön velvoitteistaan. Käytännössä moni mieltänee termin terveystalut tarkoittavan terveystalutilla järjestettävää potilaiden vastaanottoa.

Terveystalutusten sairaalat, jotka tunnetaan ehkä paremmin nimellä vuodeosastot, ovat muihin maihin verrattuna ainutlaatuinen piirre suomalaisessa perusterveysthuollossa. Näiden vuodeosastojen tehtäviin kuuluu lähinnä jo huonokuntoisten vanhusten pitkäaikaishoito, muiden kroonisesti sairaiden potilaiden hoito kuten saattohoito sekä toimiminen jatkohoitopaikkana erikoissairaanhoitajakson päättymisen jälkeen. (Lehto ym. 2001, 112-113.) Yhdessä tämän tutkimuksen kohteina olevista kunnista terveystalutuksen osana on tällainen vuodeosasto ja yhdessä kunnassa toimintakeskus, jossa järjestetään vanhusten pitkäaikaishoitoa sekä palveluasunto-toimintaa.

### Vanhuspalvelut

On ennakoitu, että Suomessakin ikääntyneen väestön määrä kasvaa seuraavien 20-30 vuoden aikana nopeasti. Arviot perustuvat väestöennusteissa yleisesti esitettyyn oletukseen, että syntyvyys ja maahanmuutto pysyvät suurin piirtein 1990-luvun tasolla. Määrän kasvuun vaikuttaa ensinnäkin viime vuosisadan puolivälissä ja sitä aiemmin syntyneiden ikäluokkien suuruus. Toiseksi ikääntyvien määrän kasvuun vaikuttavat alentuneet kuolleisuusluvut. Kun vielä 1900-luvun alussa 65 vuoden iän saavutti ikäluokasta alle 40 prosenttia, nykyisin prosenttiluku on yli 80. On oletettavaa, että kuolleisuusluvut pysyvät tulevaisuudessakin alhaisempana kuin aiemmilla sukupolvilla. (Lehto ym. 2001, 28; 96.)

Suurelta osin vanhusväestökin käyttää yleisiä terveydenhuollon palveluja, kuten esim. lääkärin vastaanottoa. Hallinnollisella *vanhuspalvelu*-käsitteellä tarkoitetaan yleensä erityisiä ikääntyneille tarkoitettuja palveluja, kuten palvelutalot, vanhainkodit ja kotipalvelut, lisäksi mukaan voidaan laskea terveyskeskusten järjestämä pitkäaikaishoito sekä vanhusten kotisairaanhoidon. (Lehto ym. 2001, 93.) Viimeisten parin vuosikymmenen aikana vanhuspalvelut ovat muuttuneet nopeasti. Ikääntyneille on pyritty luomaan edellytyksiä jatkaa esim. kotona asumista mahdollisimman pitkään myös toimintakyvyn heikentyessä. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien ikääntyneiden määrä onkin vähentynyt. Toisaalta pitkäaikaisessa hoidossa olevien vanhusten toimintakyky ja terveys ovat nykyisin entistä heikommat, mikä on lisännyt hoidon ja huolenpidon tarvetta. Palvelutalot ja -asunnot tarjoavat tänä päivänä mahdollisuuden järjestää jo heikompikuntoisten vanhusten kodinomaisen asumisen. Kotona tai palveluasunnoissa asumista tukevien kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtävät olivat aiemmin selkeästi eriytyneet toisistaan, nykyisin monilla paikkakunnilla ne on yhdistetty kotihoidoksi, joka kokonaisuudessaan keskittyy vanhusten perushoitoon. Kaiken kaikkiaan ikääntyneiden määrän nopean kasvun takia vanhushuollossa on jouduttu kehittämään olemassa olevia palvelumuotoja sekä hakemaan uusia toimintatapoja. (Lehto ym. 2001, 103-104.)

### Erikoissairaanhoido

Suomalaisen terveydenhuollon johtava ajatus on hoidon porrastus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Porrastuksella tavoitellaan sekä tarkoituksenmukaisuutta että taloudellisuutta. Tärkein erottava piirre erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on ollut se, että erikoissairaanhoidossa toimitaan jakautuneena lääketieteen erikoisalojen mukaan, perusterveydenhuollossa sen sijaan tutkitaan ja hoidetaan erikoisalasta riippumatta kaikkia eteen tulevia potilaita ja ongelmia perusterveydenhuollon tietojen, taitojen ja välineiden riittävyyden

mukaan. (Lehto ym. 2001, 120.) Hoidon porrastuksen ideana on, että alemman portaan yksikön tulee hoitaa mahdollisuuksien ja osaamisen mukaan kaikki sinne tarjoutuvat potilaat. Tilanteen niin vaatiessa potilaat voidaan lähettää portaikossa ylempänä oleviin yksiköihin. Erikoissairaanhoidon tarpeen päätyttyä potilaan hoitopaikka pyritään taas järjestämään alemmalta portaalta. (Lehto ym. 2001, 123.)

## **4. SAIRAANHOITAJIEN TIEDONHANKINTA**

### **4.1 Tiedonhankinnan merkityksestä**

Hoitotieteellisessä kirjallisuudessa on oman, ammatillisen tietoperustan kehittymisen myötä hoitotyöhön liittyvää tietoa tarkasteltu paljon ja jäsennyksiä on tehty monesta eri näkökulmasta. Hoitotyössä tarvittavan tiedon klassinen luokittelu on Carperin (1978, tässä Lauri & Elomaa 2001, 59-61) luokittelu neljään tietoon: empiirinen eli hoitotieteellinen tieto, eettinen tieto, esteettinen tieto (kutsutaan myös hoitamisen taidoksi) ja henkilökohtainen tieto. Krausen ja Salon mukaan (1993, 33) edellä esitettyjen tietoon lisäksi hoitotyötä määrittävät nk. perustieteiden tieto, kuten anatomia, fysiologia tai tietotekniikka, joita sovelletaan sellaisenaan, sekä lääketieteellinen tieto ja muiden tieteiden tieto, jotka ovat osin suoraan sovellettavaa tietoa, osin hoitotieteen teoreetikkojen työn kautta sovellettavaa tietoa.

Nykyisin monessa ammatissa oman ammatillisen tiedon päivittämistä ja siihen tarvittavien tiedonhankintataitojen ylläpitämistä pidetään yhtenä ammattitaitovaatimuksena. Sairaanhoidajillekin tieto on voimaa, ja heidän työssään on tärkeää, miten he osaavat kysymyksensä asettaa, mistä etsivät tietoa, ja miten he tietoa käyttävät (Koponen 1998, 31). Kaikki hoitotyön edustajat, sairaanhoidajista tutkijoihin, korostavat myös sairaanhoidajien työn teoreettista hallintaa ja pitävät sitä yhtenä sairaanhoidajan työn kvalifikaatiovaatimuksena. Sairaanhoidajalla tulee olla tietoa ihmisestä eri tieteiden näkökulmasta. (Pelttari 1997, 158; 181; 205; 226). Erityisesti hoitotyön hallinnon, koulutuksen ja tutkijoiden edustajien mielestä sairaanhoidajalla tulee olla taidot ja valmiudet hankkia tietoa sekä käyttää ja soveltaa sitä (Pelttari 1997, 236).

Wilskmanin (1999) mukaan hoitotieteellistä ja hoitotyöhön liittyvää tutkimusta tehdään paljon, mutta yleisesti ongelmana pidetään sitä, että tutkittu tieto ja käyttäjät eivät välttämättä löydä toisiaan. Tiedon määrä kasvaa koko ajan, käytettävissä on valtavat tietoresurssit. Näiden resurssien saavuttamisen apuvälineinä on olemassa mm. useita alan viitetietokantoja. Aineistoja julkaistaan

yhä enemmän myös suoraan elektronisessa muodossa, jolloin ne ovat heti luettavissa ja käytettävissä. Nuoremman polven ammattilaiset saavat nykyisin jo koulutuksessaan valmiuksia käyttää eri välineitä, mutta myös jo pitkään työssä olleilla tulisi olla oikeus päästä näille tiedonlähteille. Avaintekijöinä heidän tilanteessaan on ensinnäkin se, että organisaation käytössä on riittävät välineet ja yhteydet, toisaalta työnantajan järjestämä koulutus niiden käyttöön. (Wilskman 1999, 20-21.)

#### **4.2 Näyttöön perustuva hoitotyö**

Näyttöön perustuva hoitotyö (evidence based nursing), joka on luonut viime vuosina uusia haasteita niin muualla maailmassa kuin myös Suomessa, on asetettu keskeiseksi tavoitteeksi hoitotyön laadulle ja tuloksellisuudelle niin hoitotyön käytännössä sekä myös sen johtamisessa, tutkimuksessa ja koulutuksessa (Lauri & Elomaa 2001, 115). Näyttöön perustuvalla toiminnalla terveydenhuollossa, yhtenä alueena hoitotyö, tarkoitetaan parhaaseen mahdolliseen, ajantasaiseen tutkimustietoon perustuvia toimintatapoja tai menetelmiä yksittäistä potilasta tai koko väestöä koskevassa päätöksenteossa ja hoitotoiminnassa (Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä 2004, 81; Leino-Kilpi 2000, 9). Käytännön tasolla näyttöön perustuva toiminta tulee selkeimmin esiin Käypä hoito-suosituksissa, joita Erikoislääkäriyhdistysten ja lääkäriseura Duodecimin hankkeena on vuodesta 1997 alkaen tuotettu ja pyritty levittämään käyttöön. Käypä hoito-suosituksia, joiden perustana on systemaattinen tiedonhaku kirjallisuudesta, tehdään keskeisimmistä kansallisista terveysongelmista ja niillä pyritään yhtenäistämään usein varsin vaihtelevia hoitokäytäntöjä. Koska suositukset ovat jatkuvasti päivittyviä, on niiden merkittävin julkaisutapa sähköinen. (Mäkelä 2000, 23-24.)

Tällä hetkellä hoitotyön käytännöissä tukeudutaan tutkimusten mukaan pääosin kokemukseen perustuvaan tietoon. Tavoitteeksi on kuitenkin asetettu hoitotyön käytännön kehittäminen näyttöön pohjautuvaksi. Hoitotyön käytännön tilanteissa hoitotyön tekijä hyödyntää asiantuntemustaan, sen lisäksi hänen tulisi huomioida näytön tuoma tieto, tilannekohtainen tieto potilaan tarpeista sekä oman toimintayksikön voimavarat. Kehittämiskohteena nähdään valmiuksien luominen hoitotyössä toimiville niin, että heillä on valmiudet ja mahdollisuudet mm. perehtyä uusimpiin tutkimuksiin sekä käyttää hoitoalan sähköisiä tietokantoja päätöksenteon tilanteissa. Esitetyt tavoitteet korostavat hoitotyön johtajien merkitystä uusien, innovatiivisten toimintatapojen kehittämisessä ja kokeilussa. (Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä 2004, 81.)

Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä pyritään toisaalta parhaan mahdollisen kliinisen tutkimustiedon käyttöön yksittäisen potilaan hoidossa, mutta samanaikaisesti pyritään kliinisen tehokkuuden lisäksi myös kustannustehokkuuteen eli suuntaamaan rajalliset resurssit oikein. Näyttöön perustuva hoitotyö on tuonut uusia vaatimuksia alan henkilöstölle niin suhtautumisessa tutkimustietoon kuin myös tiedonhankintaan. Leino-Kilven (2000, 11) mukaan käytännössä ympäristö ja olemassa olevat voimavarat usein omalta osaltaan rajaavat näyttöön perustuvaa hoitotyötä, jossa kysymys on aina selkeästä, käytännön työssä esiintyvistä ongelmista, johon pyritään saamaan ratkaisu erilaisen, uuden tiedon valossa. Tutkimustiedon hankkiminen edellyttää kuitenkin tiettyjä voimavaroja, kuten esim. kirjaston käytön mahdollisuutta tai aiheeseen liittyviä keskeisiä lehtiä. (Leino-Kilpi 2000, 11.)

Näyttöön perustuvan terveydenhuollon yhteydessä kirjallisuudessa esiin tulleita ja suositeltuja tietokantoja ovat *Medic* (kotimainen lääke- ja hoitotieteen viitetietokanta), *Cinahl* (kansainvälinen hoitotieteen viitetietokanta), *Medline* (kansainvälinen lääke- ja hoitotieteen viitetietokanta) sekä *Cochrane* (hoitotieteen systemaattisten katsausten kokotekstitietokanta, joka pyrkii vastaamaan kysymykseen ”kuinka hoito vaikuttaa?”). Myös suomalaisten yliopistojen kokoelmätietokanta *Linda* on suositeltujen joukossa. (Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä 2004, 82; Wilskman 1999, 21.)

### 4.3 Sairaanhoidajien tiedonhankintaan liittyvää suomalaista tutkimusta

Sairaanhoidajien koulutusta ja työtä on tutkittu Suomessa hyvin monesta näkökulmasta todella runsaasti, mutta tämän ammattikunnan tiedontarpeita, tiedonhankintaa tai tiedonkäyttöä on sen sijaan tutkittu vähän. Ainoan laajan kyselytutkimuksen on toteuttanut Lääketieteellinen keskuskirjasto 1990-luvun alussa selvittäessään Helsingin yliopistollisen keskussairaalan sairaanhoidajien tiedontarpeita ja -saantia. Kyselyyn vastasi 260 sairaanhoitajaa. Heillä hallinnollisissa ongelmatilanteissa tärkein tiedonlähde oli esimies, hoitotyöhön liittyvissä ongelmatilanteissa tärkeimmiksi lähteiksi nousivat lääkärit ja hoitohenkilökuntaan kuuluvat työtoverit. Muita lähteitä käytettiin vähän. Jatkovaa tiedonhankintaa kysyttäessä suurin osa kertoi käyttävänsä 1-10 tuntia kuukaudessa oman alan kirjallisuuden lukemiseen. Lääketieteellistä keskuskirjastoa sairaanhoitajat eivät juuri käyttäneet, esteinä tähän olivat tiedon puute kirjaston tarjoamista palveluista sekä kiire ja väsymys. (Sievänen-Allen & Vesalainen 1992; tässä Saarikoski 1998, 29-30.)



Saarikoski (1998) selvitti pro gradu-työssään Seinäjoen sairaalan erikoissairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoitajien tiedon tarpeita, hankintaa ja käyttöä. Teoreettisena taustanaan Saarikoski käytti mm. Leckien, Pettigrew'n ja Sylvainin (1996) ammatillisen tiedonhankinnan mallia sekä hoitotieteen jäsenyyksiä sairaanhoitajan työstä ja hoitotyön tietoalueista. Hän teemahaastatteli 15 sairaanhoitajaa ja analysoi haastattelut kvalitatiivista sisällönanalyysia käyttäen. Tutkimuksen mukaan eri erikoistumisalojen sairaanhoitajien tiedollinen käyttäytyminen oli melko samansuuntaista. Tutkitut sairaanhoitajat priorisoivat lääketieteellistä tietoa, sen sijaan hoitotyön teoreettista tietoa he eivät kokeneet tarvitsevansa jokapäiväisessä työssään. Hoitotyön praktisissa tiedontarpeissa tärkeimpänä tiedonlähteenä pidettiin kollegoita. Muita päivittäisessä työssä hyödynnettäviä lähteitä olivat osastojen sisäiset kokoelmat: lääketieteellinen kirjallisuus, lehdet, ohjekirjat ja lääke- ja laite-esitteet. Tiedonlähteiden valintaan vaikuttivat eniten helppo saatavuus sekä tuttuus. Orientoivia tiedontarpeita tyydyttivät lähinnä ammattilehdet, kurssit ja koulutustilaisuudet. Tutkimuksen mukaan esim. lääkärit ja kirjastot koettiin lähinnä tiedonhankintaa tukeviksi tiedonlähteiksi, joita käytettiin satunnaisemmin ja enimmäkseen orientoivien tiedontarpeiden tyydyttämiseen. Kirjastoja ja niiden tarjoamia palveluita koettiin tarvittavan hoitotyön kehittämisen alueella. Atk-pohjaiset informaatiovälineet olivat sairaanhoitajille melko vieraita. Merkittävimmät tiedonhankintaa rajoittavat tekijät olivat tutkimuksen mukaan ajan puute, taloudelliset tekijät, puutteelliset tiedonhankintataidot sekä myös se, että työorganisaatio ei tarjonnut käyttöön riittävästi tiedonlähteitä ja informaatiovälineitä. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että hankitun tiedon käyttö motivoi sairaanhoitajia työhön. Tiedon käyttö ilmeni ammatillisena kehittymisenä ja tiedon instrumentaalisenä käyttönä, jolloin saatiin taitoja hoitotyöhön. (Saarikoski 1998, 97-102.) Yhtenä jatkotutkimuksen aiheena Saarikoski (1998, 108) näki perusterveydenhuollossa toimivien sairaanhoitajien tiedollisen käyttäytymisen tutkimisen.

Informaatiotutkimuksen lisäksi myös hoitotieteen tutkimusalueella, liittyen näyttöön perustuvan toiminnan luomiin vaatimuksiin, on kiinnitetty huomiota sairaanhoitajien tietokäyttämiseen, lähinnä tutkimustiedon käyttöön. Oranta, Routasalo ja Hupli (2002) selvittivät tutkimuksessaan, millaisia esteitä ja edistäviä tekijöitä on löydettävissä tutkimustiedon hyödyntämisessä sairaanhoitajien hoitotyössä sekä millaisia hoitotieteellisten tutkimusten lukutottumuksia sairaanhoitajilla on. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kahden eteläsuomalaisen keskussairaalan vuodeosastoilla työskentelevät sairaanhoitajat (n= 316, vastausprosentti 80). Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla, joissa oli yksi avoin kysymys. Suurimmat esteet tutkimustiedon hyödyntämiselle sairaanhoitajien mielestä olivat seuraavat seikat: tutkimustieto on julkaistu vieraalla kielellä, lääkärit eivät tee yhteistyötä sovellettaessa tuloksia käytännössä, vaikeaselkoiset

tilastolliset analyysit sekä omien työtehtävien kiireellisyys, mikä estää uusien työtapojen soveltamisen. Esteenä koettiin myös se, että tutkimustulosten vaikutukset käytäntöön olivat epäselviä tai tutkimustuloksia ei koettu esitettävän selkeästi ja luettavasti sekä ajanpuute ylipäättänsä tutkimustulosten lukemiseen. Tärkeimpiä edistäviä tekijöitä olivat niin sairaanhoitajan kuin osastonhoitajan ja koko työryhmän myönteinen asenne tutkimustiedon hyödyntämiselle, tutkimustulosten selkeä, mieluiten suomenkielinen ja kansantajuinen raportointi sekä raporttien helppo saatavuus. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat eivät juuri lukeneet ulkomaisia hoitotieteellisiä artikkeleita, väitöskirjoja tai liseniaatin tutkielmia. Ammattilehtiä, kuten Sairaanhoitaja ja Tehy, lukivat lähes kaikki vastanneet, Hoitotiede-lehteä tai hoitotieteellisiä pro gradu-tutkielmia huomattavasti harvemmat. (Oranta & Routasalo & Hupli 2002, 26-37.)

#### **4.4 Sairaanhoitajien tiedonhankintaan liittyvää tutkimusta muissa maissa**

Muissa maissa, kuten Iso-Britanniassa, Yhdysvalloissa ja Kanadassa on terveydenhuollon ammattilaisten ja myös sairaanhoitajien tiedon tarpeisiin ja tiedonhankintaan liittyvää tutkimusta tehty huomattavasti enemmän kuin meillä Suomessa. Sairaanhoitajien kirjaston käyttöä ja lukemiskäyttäytymistä on tutkittu 1960-luvun loppupuolelta lähtien, ja 1990-luvulta alkaen on sairaanhoitajien kuten koko terveydenhuoltoalan henkilöstön tiedontarpeita ja tiedonhankintaa tutkittu aina enemmän (Saarikoski 1998, 31). Tutkimukset ovat olleet pääasiassa kvantitatiivisia kyselytutkimuksia, niissä on yleisesti painottunut kirjastojen ja tietojärjestelmien käyttö eikä hoitotyön tehtävistä tai hoitotyön rooleista lähteviä tiedontarpeita tai hankitun tiedon käyttöä ole juurikaan tutkittu (Saarikoski 1998, 31-35). Seuraavissa kappaleissa esitellään katsauksenomaisesti 90-luvun loppupuolen sekä 2000-luvun alkupuolen tutkimuksia, jotka aiheensa ja kohderyhmänsä perusteella sopivat esiteltäviksi tämän työn yhteydessä.

Karen Pettigrew (1996) tutki Ontarion osavaltiossa Kanadassa kotisairaanhoitajien (visiting nurses) työssään tarvitsemaa yhteisötietoa (community information), sen hankkimista ja käyttöä. Lähtökohtana tutkimukselle olivat Kanadan ja Yhdysvaltojen hallitusten esittämät arviot ikääntyvien henkilöiden määrän huomattavasta kasvusta lähivuosina. Mm. kotisairaanhoitajilla, jotka tekevät työtään käymällä vanhusten kodeissa, tulee olemaan merkittävä rooli vanhusten pärjäämisessä kodeissaan. Kotisairaanhoitajien tehtäviin kuuluu pääasiassa hoidollisia tehtäviä, mutta käytännössä heidän työnkuvansa on hyvin monimuotoinen ja joustava. Yhtenä oheistehtävänä on välittää vanhuksille monipuolista yhteisöllistä tietoa, jonka avulla vanhukset saadaan linkitettyä

yhteiskunnan jokapäiväiseen toimintaan. Pettigrew haastatteli yhdeksää sairaanhoitajaa. Haastattelujen mukaan hoitajat todella käyttävät yhteisöä koskevaa tietoa ja välittävät sitä sekä kokevat linkkinä toimimisen vanhusten ja yhteiskunnan palvelujen välillä osaksi työtään. Toimiminen näissä tilanteissa on sikäli monimutkaista, että potilailla on usein monia lääketieteellisiä ja psykososiaalisia ongelmia, jotka vaativat useamman tyyppistä tietoa ja apua. Kotisairaanhoitajat hankkivat tätä tietoa kollegoilta sekä vanhusasiakkailta, eri keinoin suoraan palveluiden tarjoajilta sekä kirjastosta tai palveluhakemistoista. Myös hoitajien oma tieto ja kokemus olivat tärkeitä lähteitä. Esteinä yhteisötiedon hankkimiselle koettiin aikapula, fyysiset tekijät (kollegat eivät tavoitettavissa aina tarvittaessa, matkapuhelimia ei käytettävissä) sekä tiedon epäkäytännöllinen ”pakkausmuoto”. Tutkimuksen mukaan kotisairaanhoitajat ovat tietoisia yhteisötiedon luonteesta ja esim. sen ajankohtaisuuden ja päivittämisen merkityksestä ja myös sen merkitsevyydestä apukeinona vanhuksille sairauksista toipumisessa. (Pettigrew 1996, 351-360.)

Jane Farmer, Amanda Richardson ja Sally Lawton (1999) raportoivat artikkelissaan tutkimusprojektista, jossa selvitettiin mahdollisuuksia parantaa syrjäisten seutujen hoitohenkilöstön tiedonsaantia Internetin ja muiden verkkotietolähteiden avulla. Tutkimus tehtiin Skotlannin pienellä saariryhmällä nimeltään Western Isles. Tutkimusprojektin käynnistävinä syinä mainittiin ensinnäkin sairaanhoitajien koulutuksen muutokset sekä näyttöön perustuvan hoitotyön myötä työhön viime aikoina tulleet uudet vaatimukset, joiden kautta jatkuva tiedon ja tiedonhankintataitojen päivitys ja sitä kautta jatkuva ammatillinen kehittyminen ovat korostuneet. Vaikuttavina tekijöinä mainittiin myös asiakkaiden/potilaiden lisääntynyt aktiivisuus seurata terveydenhuollon päätöksiä sekä perusterveydenhuollon saatavissa olevien palvelujen kasvava määrä, kuten kotisairaanhoidon tyyppinen toiminta, joka on lisännyt erityisesti sairaanhoitajien roolia sekä terveyden- ja sairaanhoitoon että arkipäivän elämiseen liittyvän tiedon välittäjänä. Projektin toteuttamisessa käytettiin kyselylomaketta, johon vastasi 60 saarten sairaanhoitajaa tai kättilöä. Lomakkeessa kysyttiin hoitajien sen hetkistä tiedon käyttöä ja heidän käyttämiään lähteitä, kokemuksia informaatioteknologian käytössä sekä arvioita, minkälaisen tiedon hankkiminen olisi heille hyödyllistä. (Farmer, Richardson & Lawton 1999, 49-53.)

Vastaajista 60 % kertoi kokeneensa erityistä tiedon tarvetta viimeisen puolen vuoden aikana. Tärkeimpiä käytettyjä lähteitä tiedonhankinnassa olivat muut hoitajat, lehtiartikkelit, kirjat ja lääkärit. Keskeisiä lääketieteellisiä cd-rom-tietokantoja tutkitut sairaanhoitajat tunsivat ja käyttivät vähän, yleensäkin kokemusta informaatioteknologian käytöstä saarten hoitohenkilökunnalla näytti olevan vähän. Ongelmallisiksi tiedonhankinnassa koettiin yleisesti seuraavia seikkoja: etäisyys

saarten omasta sairaalakirjastosta; paikallisten tietolähteiden puute; vaikeudet tietää, mitä tietoa on saatavilla; tiedon relevanssin ja laadun arvioimisen hankaluus. Projektiin liittyen järjestettiin lisäksi Internet-workshopeja sekä haastateltiin puhelimitse kuutta terveydenhuollon johtavaa henkilöä. Projektin tulokset osoittivat, että Internet todella voi parantaa tiedon saatavuutta, toisaalta huomattiin, että ainakin tuohon aikaan Internetin kattama hoitoalan tieto vaati paljon parannuksia. Tuloksista paljastui myös, että hoitohenkilöstön keskuudessa ilmeni alhaista tietoisuutta tärkeistä hoitoalan tiedon lähteistä sekä puutteita tiedonhankintataidoissa. Tärkeimpänä kehityskohtena nähtiinkin siten sen tietoisuuden luominen, että tiedonhankinta kuuluu asiaan ja se on tärkeää myös hoitoalan henkilöstölle. (Farmer, Richardson & Lawton 1999, 53-62.)

Amerikkalainen J. L. Dorsch (2000) kokosi yhteen tuloksia 25:stä pääosin amerikkalaisista ja kanadalaisista tutkimuksista, joissa tutkittiin pienten, maaseutumaisten paikkakuntien terveydenhuollon eri ammattilaisten tiedon tarpeita ja tiedonhankintaa. Tutkimukset ajoittuivat vuodesta 1975 alkaen aina vuoteen 1999, ja enimmäkseen niiden kohderyhmänä olivat lääkärit, mutta myös mm. sairaanhoitajia oli tutkittujen joukossa. Vertailupohjana Dorsch'illa oli useita tutkimuksia, joissa oli selvitetty kaupunkien vastaavien ammattilaisten tiedonhankintaa. Dorsch'n yhteenvedossa mukana olleissa tutkimuksissa oli metodina käytetty pääasiassa kysely- tai survey-tutkimusta. Tulosten systemaattista yhdistämistä ja analysointia vaikeuttivat erot tutkittavien kohderyhmien välillä sekä tutkittavien tapausten vaihtelevat henkilömäärät. Kuitenkin yhteenvedoon valikoituivat tutkimukset tiettyjen, määriteltyjen kriteerien mukaan, niin että yhtenevyyksiä oli riittävästi, jotta tiettyjä johtopäätöksiä joistakin yleisistä teemoista pystyttiin tekemään. Tuloksenaan Dorsch esitti, että maaseudulla terveydenhuollon ammattilaisilla näyttäisi olevan samanlaiset perustiedontarpeet kuin kaupungeissakin. Molemmilla ryhmillä ovat tärkeimpinä tietolähteinä kollegat ja omat henkilökohtaiset kirjastot. Maaseudun ammattilaiset käyttävät kuitenkin hänen mukaansa vähemmän lehtiä ja online-tietokantoja kuin kaupunkikollegat. Suurimmat erot näyttivät tulevan esiin tiedonhankinnan esteiden suhteen. Pienten yhteisöjen ammattilaiset näyttävät erityisesti kokevan seuraavien esteiden rasittavan tiedonhankintaansa: ajan puute, eristyneisyys, huono kirjastopalvelujen saatavuus, tietoteknisten välineiden ja taitojen puute, taloudelliset kulut ja riittämätön Internet-infrastruktuuri. (Dorsch 2000, 346-354.)

Ruotsalainen Olof Sundin (2002) selvitti tutkimuksessaan, millaisia merkityksiä sairaanhoitajat antavat tiedonhankinnalle ja -käytölle suhteessa hoitotyön ammatillisen identiteetin kehittymiseen. Hänen tarkoituksenaan oli luoda syvempää ymmärrystä ammatillisen tiedon sosiaalisesta merkityksestä työelämässä. Tutkimusaineiston Sundin kokosi haastattelemalla 20 eri alojen

erikoissairaanhoidajaa heidän työpaikoillaan. Useimpia hoitajia haastateltiin yhteensä kolme kertaa, näin aineistoksi muodostui 56 strukturoimatonta haastattelua. Osana hoitajan työtään kaikilla haastatelluilla sairaanhoitajilla oli erityinen opettamisvastuu laadunvarmistus- ja tiedonkehittämissasioissa, ja kaikilla oli takanaan pitkä kokemus hoitotyöstä. Kuitenkin haastateltaviksi valittujen hoitajien tausta ja kokemukset poikkesivat riittävästi toisistaan. (Sundin 2002, 187-191.)

Sundinin (2002) mukaan hoitotyön ammatti-identiteetissä yleisesti on huomattavissa muutos painopisteen siirtymisestä käytännön kokemustiedosta ja suullisesta kommunikaatiosta kohti akateemisempaa (teoreettista) ammattia, johon kuuluu kehittyvä formaalinen kommunikaatio. Tutkitut hoitajat kokivat tämän muutoksen vaihtelevasti. Artikkelissa Sundin esitti tuloksiaan käyttämällä apuna kolmea eri ulottuvuutta: *näkemyksellinen tiedosta, kommunikatiivinen osallistuminen ja itsenäisyys*. Hänen mukaansa sairaanhoitajien näkemykset näistä asioista muodostivat eräänlaisen liukuvan skaalan, jatkumon. Näkemykset tiedosta vaihtelivat skaalalla käytännön tieto ja teoreettinen tieto. Toisaalla pitäydettiin perinteisessä, käytäntöön pohjaavassa ja lääketieteeseen tukeutuvassa ammatti-identiteetissä ja ajan myötä esiin nousseet identiteetin muutosvaatimukset ja muutokset koettiin negatiivisina ja jopa uhkaavina. Toisella reunalla jatkumoa olivat erittäin positiiviset kokemukset hoitotyön tietopohjan muutoksesta ja sitoutuminen hoitotyön teoriaan oli vahvaa. Kommunikatiivisen osallistumisen ulottuvuus jakoi haastateltujen näkemyksiä tiedonhankinnasta ja -käytöstä. Toisella reunalla jatkumoa formaalien lähteiden käyttö ei ollut rutiinia ja tiedonhankinnassa, joka pitkälti tapahtui passiivisesti, turvauduttiin lähityöyhteisön suulliseen kommunikaatioon. Jatkumon toisessa ääripäässä tukeuduttiin pääsääntöisesti formaaleihin lähteisiin, kuten lehdet, tietokannat sekä ammatillinen kirjallisuus, ja kommunikaatioverkostot laajenivat kansalliselle, jopa kansainväliselle tasolle. (Sundin 2002, 192-197.)

Itsenäisyyden ulottuvuudella Sundin toi esiin tapoja, joilla omaa hoitotyön tietoperustaa hyödynnettiin tiedonhankintatilanteissa. Jatkumon toisessa ääripäässä hoitajien tietojen päivittämisen suhteen keskeiseksi nousi lääkärin jakama, lähinnä lääketieteellinen tieto sekä hoitajien tietynlainen riippuvuus siitä. Toisaalla osana uuteen ammatti-identiteettiin kuului tietostrategioiden kehittäminen niin, että sairaanhoitajat pärjäsivät ammatissaan itsenäisesti. Itse hankittu tutkimustieto, jolla esim. lääkärit saatiin vakuutettua, saattoi olla apuna muuttamaan jotain hoitotyön käytäntöä ja näin muodosti symbolisen välineen vaikuttaa työpaikan valtasuhteisiin. Sundin huomasi, että usein samat haastatellut asettuivat samoihin ääripäihin jokaisella kolmella

ulottuvuusskaalalla. (Sundin 2002, 197-200.) Artikkelin perustuu Sundinin tutkimustyöhön, jonka pohjalta valmistui hänen väitöskirjansa hieman artikkelin kirjoittamisen jälkeen<sup>5</sup>.

### Yhteenveto tutkimuksista

Sundinin (2002) työ poikkeaa edellä esitellyistä toisista, perinteisemmän tyylisistä tiedonhankinta-tutkimuksista, joissa kartoitetaan koettuja tiedontarpeita ja tiedonhankinnassa käytettyjä lähteitä. Sundin lähestyy sairaanhoitajien tiedonhankintaa lähtökohtanaan hoitotyön ammatti-identiteetin muuttuminen käytännön kokemustietoon tukeutuvasta kohti teoreettisempaa ammattia (vrt. myös luku 4.2). Hänen saamiensa tulosten mukaan sairaanhoitajien suhtautuminen tietoon oli vaihteleva. Osa hoitajista arvosti vahvasti hoitotyön omaa, teoreettista tietopohjaa, ja usein samat henkilöt tukeutuivat myös formaaleihin lähteisiin, kuten lehtiin ja tietokantoihin, sekä hankkivat aktiivisesti itse tutkimustietoa, tavoitteenaan esim. muuttaa sitä kautta jotain hoitotyön käytäntöä. Toisaalta osa hoitajista yhä tukeutui käytäntöön perustuvaan ja lääketieteeseen tukeutuvaan ammatti-identiteettiin ja koki identiteetin muutospyrkimykset negatiivisena. Näiden hoitajien tiedonhankinta oli usein passiivista, lähteinä olivat lähikollegat. Samaiset hoitajat näyttivät olevan riippuvaisia lääkäreiden jakamasta lääketieteellisestä tiedosta.

Dorsch'n (2000) tulosten mukaan maaseutujen terveydenhuollon ammattilaisilla näyttää olevan samanlaiset perustiedontarpeet kuin kaupungeissakin. Tärkeimpänä tiedonlähteenä molemmissa ryhmissä ovat kollegat ja omat henkilökohtaiset kirjastot, maaseudulla käytetään kuitenkin vähemmän lehtiä ja online-tietokantoja. Nimenomaan maaseudulla tyypillisinä esteinä koettiin ajan puute, eristyisyys, huono kirjastopalvelujen tai tietoteknisten välineiden saatavuus tai tietoteknisten taitojen puute. Pitkästi samoista tiedonhankinnan ongelmista kuin Dorsch raportoivat artikkelissaan Farmer, Richardson & Lawton (1999), tosin ajan puute ei heidän tuloksissaan tullut erityisesti esille. Samoin tärkeimpänä lähteenä myös heidän tuloksissaan olivat kollegat. Erona Dorsch'n tuloksiin nousivat lehtiartikkelit Farmerin, Richardsonin ja Lawtonin (1999, 54) mukaan toiseksi tärkeimmäksi sairaanhoitajien käyttämäksi lähteeksi ennen kirjoja ja lääkäreitä. Tulokset tietokantojen käytöstä olivat molemmissa artikkeleissa samansuuntaiset, maaseudulla niitä tunnetaan huonosti ja käytetään vähän. Farmerin, Richardsonin ja Lawtonin (1999, 60-61)

---

<sup>5</sup> Sundin, O. 2003. Informationsstrategier och yrkesidentiteter. En studie av sjuksköterskors relation till fackinformation vid arbetsplatsen. Doktoravhandling vid Institutionen Biblioteks- och informationsvetenskap/ Bibliotekshögskolan. Högskolan i Borås och Göteborgs universitet: Valfrid.

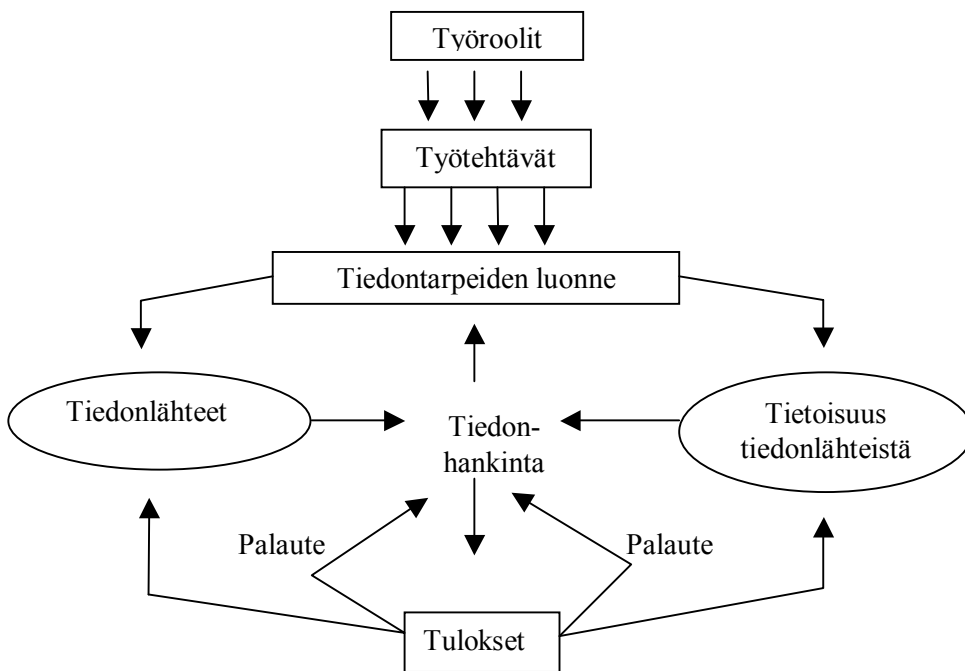
tuloksissa korostuvat havaitut puutteet hoitajien tiedonhankintataidoissa, keskeisten tiedonlähteiden tuntemuksessa sekä ylipäättänsä tietoisuudessa tiedonhankinnan merkityksestä. Näiden tulosten esiin nostaminen antaa viitteitä sairaanhoitajien uudenlaisen ammatti-identiteetin vaatimasta tavasta suhtautua tietoon ja tiedonhankintaan, mikä Sundinin (2002) raportissa tulee jo selkeästi esille.

Pettigrew'n (1996) tutkimuksessa selvitetään edellisiin verrattuna selkeimmin myös tutkittavien tiedonkäyttöä. Tulosten mukaan tutkitut kotisairaanhoitajat käyttävät ja välittävät asiakkailleen yhteisöä koskevaa tietoa ja pitävät sitä tärkeänä osana työtään. Tärkeimpänä lähteenä tämän tiedon saamisessa ovat jälleen kollegat. Merkittävin tiedonhankinnan este on Pettigrew'n mukaan ajan puute, samoin kuin Dorsch'n esittämissä tuloksissa. Myös Sundin (2002, 198) tuo tarkastelussaan esiin tutkittaviensa tiedonkäytön, kahdessa muussa edellä esiteltyssä raportissa ei tiedonkäyttöä ollut selvitetty. Tiedonhankinnan tai tiedontarpeiden tarkastelun erottelua praktiseen ja orientoivaan ei tullut esiin missään edellä esiteltyissä tutkimusraporteissa ja tiedontarpeita tarkasteltiin melko yleisellä tasolla liittämättä tiedontarpeita sen yksityiskohtaisemmin esim. työtehtäviin.

## **5. AMMATILLISEN TIEDONHANKINNAN MALLINTAMINEN**

### **5.1 Leckien, Pettigrew'n ja Sylvainin malli**

Tiedonhankinnan tarkasteluun kehitetyt mallit ovat varsin hyödyllisiä. Ne auttavat kohdentamaan huomion olennaisimpiin seikkoihin, jäsentämään tiedonhankinnan moninaisia ja mutkikkaita ilmiöitä ja siten tukemaan empirian tasoa. Ammatillisen tiedonhankinnan yleismallin ovat kehittäneet Gloria Leckie, Karen Pettigrew ja Christian Sylvain (1996). Mallin pohjana ovat heidän empiiriset tutkimuksensa insinöörien, terveydenhuollon ammattilaisten ja lakimiesten tiedonhankinnasta. Mallin kehittämisessä on pyritty hyödyntämään ja yhdistämään myös monien aiempien tiedonhankintatutkimusten havaintoja ja piirteitä. Tiedonhankintaa tarkastellaan melko yleisellä tasolla, joten malli on joustava ja käyttökelpoinen monien eri ammattialojen tiedonhankinnan tutkimisessa. (Leckie ym. 1996, 163.)



**Kuvio 4.** Ammatillisen tiedonhankinnan malli (Leckie ym. 1996, 180).

Leckien ym. (1996) tiedonhankinnan mallin lähtökohtana ovat työroolit, jotka määrittävät työntekijän työtehtävien luonnetta ja sisältöä. Nämä roolit, joita henkilöllä voi olla useitakin samanaikaisesti, sekä työtehtävät ja niihin liittyvät tilanteet synnyttävät erilaisia tiedon tarpeita, jotka puolestaan virittävät tiedonhankintaa. Tiedontarpeisiin vaikuttavat lisäksi monet muutkin väliintulevat muuttujat. Nämä muuttujat voivat olla työntekijään liittyviä henkilökohtaisia ominaisuuksia, kuten ikä, työuran vaihe, tai työpaikan maantieteellinen sijainti. Muuttujat voivat olla myös kontekstisidonnaisia riippuen tilanteesta tai siitä, onko tiedontarve syntynyt yksilön sisältä vai ulkoisista tekijöistä. Muita väliintulevia muuttujia voivat olla tiedontarpeen esiintymistiheys (toistuva tarve vai uusi), ennustettavuus (onko ennustettavissa vai tuleeko odottamatta), tärkeys ja akuuttisuus tai tiedontarpeen kompleksisuus (onko tehtävä helposti ratkaistavissa vai vaikea; tähän tosin vaikuttavat myös työntekijän henkilökohtaiset ominaisuudet eli miten helpoksi tai vaikeaksi tehtävä koetaan). (Leckie ym. 1996, 179-183.) Kaiken kaikkiaan tämä malli ammatillisesta tiedonhankinnasta tuo esiin hyvin kattavan joukon erilaisia tiedontarpeisiin vaikuttavia tekijöitä.



Tiedonhankintaprosessissa keskeisenä ovat lukuisat eri tiedonlähteet. Leckie ym. (1996, 183-184) jakavat tiedonlähteet seuraavasti: formaaliset (esim. lehdet), informaaliset (esim. keskustelut), sisäiset tai ulkoiset (onko lähde organisaation sisällä vai ulkopuolella), suulliset ja kirjoitetut tai henkilökohtaiset lähteet eli oma tietämys ja kokemus aiheesta. Näistä lähteistä ei välttämättä mikään yksin riitä vastaamaan tiedontarpeeseen, vaan usein joudutaan turvautumaan moneen eri lähteeseen, joko samanaikaisesti tai peräkkäin. Oleellista osaa tiedonhankinnan prosessissa näyttelee henkilön tietoisuus tarjolla olevista lähteistä, eli kuinka hyvin hän tietää niiden olemassaolosta ja käyttökelpoisuudesta. Kirjallisuuden perusteella Leckie ym. ovat löytäneet joukon muuttujia, jotka keskeisimmin vaikuttavat siihen, mitä lähteitä kulloinkin valitaan. Tärkeimpiä näistä muuttujista ovat lähteiden saatavuus, lähteiden tuttuus ja aiemmat onnistuneet kokemukset niiden käytöstä, lähteiden luotettavuus, helppokäyttöisyys sekä oikea-aikaisuus. (Leckie ym. 1996, 184 - 187.)

Saadut tulokset ovat tavallaan tiedonhankintaprosessin päätös, kuitenkin tulosten arviointi on tärkeää. Parhaassa tapauksessa tiedontarve on tullut täytettyä ja henkilö voi jatkaa työtehtäviään eteenpäin. Jos näin ei ole, tiedonhankintaa voidaan jatkaa. Saatujen tulosten arviointi ja kokemukset esim. käytetyistä lähteistä voivat muokata seuraavan tiedonhankintakerroksen hyvinkin erilaiseksi. Mallissa tätä palaamista takaisin tiedonhankintaan saatujen tulosten arvioinnin jälkeen kuvataan palautenuolilla. Saatu palaute voi siis käynnistää tiedonhankintaprosessin uudestaan, mutta se myös muokkaa tietoisuutta lähteistä sekä niiden käyttökelpoisuudesta erilaisissa tiedontarvetilanteissa. (Leckie ym. 1996, 187.)

## **5.2 Tässä tutkimuksessa käytettävä malli**

Leckien ym. (1996) malli tuo kattavasti esiin keskeisiä ammatillisen tiedonhankinnan elementtejä. Mallia on hyödynnetty useissa tutkimuksissa, mm. Saarikoski (1998) käytti sitä tutkiessaan erikoissairaanhoidajien tiedollista käyttäytymistä, samoin Lindström (2003) kartoittaessaan Suomen Pankin tutkijoiden tiedonhankintaa. Saarikosken (1998, 106) mukaan malli tarjosi selkeän ja yleisen viitekehyksen hänen tutkimustarpeeseensa, mallia olisi kuitenkin laajennettava siten, että se huomioisi myös mm. työympäristön ja yhteiskunnan vaikutukset.

### Implisiittiset taustailmiöt

Leckien ym. mallissa mm. tiedonhankinnan esteisiin ei suoranaisesti puututa. Syynä tähän lienee pyrkimys pitää malli mahdollisimman selkeänä siten, että kaikkein oleellimmat elementit nousevat esiin. Tuomalla malliin mukaan monia eri osatekijöitä, mallin keskeisten elementtien hahmottaminen voi hankaloitua. (vrt. Haasio ja Savolainen 2004, 89.) Voidaan ajatella, että tiedonhankintaa kuvaavissa malleissa joukko tekijöitä, kuten tiedonhankinnan esteet, ovat mukana kuitenkin implisiittisesti taustoittaen prosessia ja sen empiiristä tutkimista.

Samanlaisia koko tietokäyttäjyymistä taustoittavia, mutta malligraafeissa hankalasti ilmaistavia tekijöitä ovat myös monet muut tiedonhankinnan kannalta keskeiset konteksti- ja tilannetekijät (vrt. luku 2.2). Leckie ym. (1996, 182-183) mainitsevatkin oman mallinsa esittelyssä useita nimenomaan tiedontarpeisiin vaikuttavia väliintulevia ja kontekstisidonnaisia muuttujia. Konteksti laajasti nähtynä määrittää kuitenkin koko prosessia alkaen työrooleista ja tehtävistä. Esimerkiksi voi olettaa, että pienen kunnan terveyskeskuksen vuodeosasto kontekstitekijöiltään eroaa tavalla tai toisella suuremman paikkakunnan keskussairaalaista. Molemmissa toimii henkilöitä, joiden työnimike on sairaanhoitaja. Heidän tiedontarpeensa ja tiedonhankinnan etenemisensä määräytyvät siten, ei pelkästään työnimikkeen, työroolien ja työtehtävien kautta, vaan myös heidän työympäristöään määrittävistä ominaisista kontekstista ja siinä syntyvistä tilanteista käsin. Samoin johdannossa mainittu tutkittavien henkilöiden työorganisaation tuore hallinnollinen muutos on tekijä, joka nousee merkitykselliseksi nimenomaan tässä tutkimuskontekstissa (muutoksesta tarkemmin luvussa 7.1).

### Wilsonin tietokäyttäjyymisen mallin hyödyntäminen

Myös T. D. Wilsonin jäsenyykset tiedonhankinnasta ovat keskeisiä tiedonhankintatutkimuksessa. Wilsonin (Wilson & Walsh 1996, kappale 7) nk. tietokäyttäjyymisen (myös tiedollisen käyttäjyymisen) yleismalli juontaa juurensa vuonna 1981 tiedontarpeisiin ja tiedonhankintaan vaikuttavista tekijöistä esitettyyn malliin, jota Wilson täydensi 1990-luvun puolivälissä tarkoituksenaan rakentaa entistä yleisempi ja kattavampi tietokäyttäjyymistä jäsentävä malli. Wilsonin malli on laaja ja kattava, ja hän pyrkii yhden mallin avulla kokoamaan ja esittämään koko kompleksisen tietoon liittyvän käyttäjyymisen, mikä tekee mallin hyödyntämisen hankalaksi empirian tasolla. Lisäksi koska mallissa on myös paljon samoja elementtejä kuin edellä esitettyssä Leckie ym. mallissa, joka sinällään vaikuttaa olevan tämän tutkimuksen kannalta riittävä jäsentämään ammatillista tiedonhankintaa, Wilsonin mallia ei kokonaisuudessaan pyritä hyödyntämään.

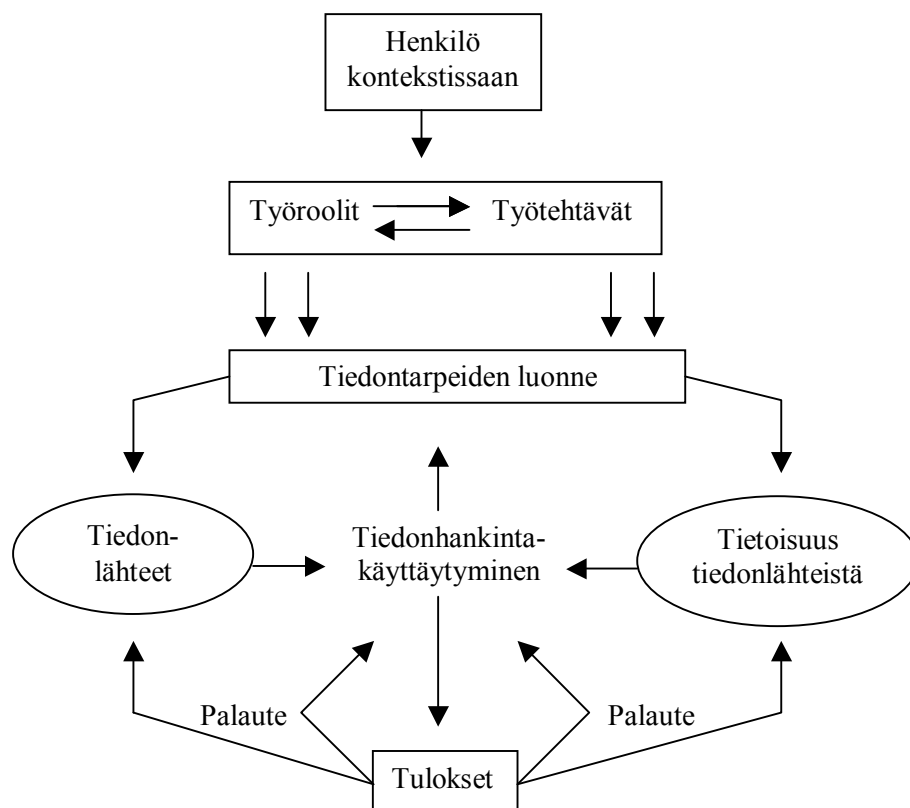
Varsinaista tiedonhankintaa Leckie ym. (1996) eivät omassa mallissaan jäsentele sen tarkemmin. Siltä osin heidän esittämänsä mallia voikin täydentää hyödyntämällä Wilsonin (Wilson & Walsh 1996, kappale 7) jäsenystä ottamalla mukaan hänen määrittelemänsä *tiedonhankinta-käyttäytyminen*, johon hänen mukaansa sisältyvät *passiivinen tarkkailu*, *passiivinen haku*, *aktiivinen haku ja jatkuva haku* (esitelty tarkemmin luvussa 2.1.2). Näin tiedonhankintaan sisällytetään aktiivisen, tarkoituksellisen toiminnan lisäksi myös passiivisemmat tavat hankkia tai saada tietoa.

### Työroolit – työtehtävät

Leckie ym. (1996) nostavat mallissaan työroolit ja niistä määrittävät työtehtävät keskeisiksi tiedontarpeiden synnyttäjiksi ja koko tiedonhankinnan käynnistäjiksi. Mallia hyödynnettäessä on kuitenkin huomattu, että roolien ja tehtävien välinen raja ei ole helposti määriteltävissä. Lindström (2003) on todennut, että työntekijän pääasialliset työroolit näyttävät määrittävän työntekijän virallisesta työnimikkeestä ja lisäksi henkilön työtehtävistä ja niihin liittyvistä tilanteista. Vaikka työroolit määrittävät tehtäviä, myös tehtävät vastavuoroisesti vaikuttavat työrooleihin. Lindström ehdottaakin Leckien ym. mallin muokkaamista siten, että työroolien vaikutusta työtehtäviin ei kuvatakaan vain yksisuuntaisena, vaan vuorovaikutusta ilmaistaan molemmin suuntaisilla nuolilla. (Lindström 2003, 116.) Empirian tasolla voi olla siis vaikea erottaa, syntyykö tiedontarve ensisijaisesti työroolista vai jostakin työtehtävästä ja siihen liittyvästä tilanteesta. Näin ollen tässä tutkimuksessa käytettävää mallia muokattaessa viedään Lindströmin ajatus astetta pidemmälle ja sijoitetaan *työroolit ja työtehtävät* hierarkkisen asetelman sijaan rinnakkain, molemmat *vastavuoroisesti toisiinsa vaikuttaviksi tiedontarpeiden synnyttäjiksi*. Lisäksi sen perusteella, mitä edellisissä kappaleissa tuotiin esiin kontekstin merkityksestä tiedonhankinnan tutkimisen yhteydessä (vrt. myös luku 2.2), hyödynnetään tässäkin kohtaa Wilsonin (Wilson & Walsh 1996, kappale 7) mallia ottamalla koko tiedonhankinnan tarkastelun lähtökohdaksi *henkilö kontekstissaan*.

### Muokattu malli

Edellä esitetyt muutokset huomioiden tämän tutkimuksen empiiristä osuutta jäsentävä malli, joka pääosin noudattaa alkuperäistä Leckien ym. mallia, on seuraavanlainen:



**Kuvio 5.** Tässä työssä käytetty malli aineiston jäsentämiseksi.

## 6. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millaisia työhön liittyviä tiedontarpeita on pienillä paikkakunnilla työskentelevillä perusterveydenhuollon ja vanhustalveluiden sairaanhoitajilla, miten ja mistä he tietonsa hankkivat ja miten he saamaansa tietoa työssään käyttävät. Keskeisiä näkökulmia tässä tutkimuksessa ovat näiden sairaanhoitajien toimiminen perusterveydenhuollossa ja julkisissa vanhustalvelutehtävissä sekä heidän työskentelynsä pienissä työyhteisöissä maaseudulla. Koska tutkimuksen kohteena olevien sairaanhoitajien työskentely-yksiköt siirtyivät vuoden 2005 alusta uuteen, laajahkoon kuntayhtymään, pyritään myös selvittämään, vaikuttaako tämä muutosvaihe jollain tapaa näiden sairaanhoitajien ammatillisen tiedon tarpeisiin ja hankintaan.

Tutkimustulosten avulla on tarkoituksena miettiä mahdollisesti esiin nousevia organisaation tiedonhankinnan kehittämistarpeita ja -mahdollisuuksia. Tuloksista saatu tieto voisi tuoda uutta

pohdittavaa ja ideoita mahdollisten uusien yhteistyömuotojen kehittamisestä myös alueen kirjastoille.

### Tutkimuskysymykset

Tämän työn tutkimuskysymykset ovat muotoutuneet pääosin Leckien ym. (1996) kehittämän ammatillista tiedonhankintaa jäsentävän mallin sekä Wilsonin (Wilson & Walsh 1996) tietokäyttäytymistä jäsentävän yleismallin pohjalta muokatusta, nimenomaan tähän tutkimukseen räätälöidystä mallista. Mallia taustoittavat implisiittisesti tutkimuksen teoriaosuudessa esiin tuodut yleisesti sairaanhoitajien työhön sekä tämän tutkimuksen kohdehenkilöiden työtä määrittävään kontekstiin liittyvät ilmiöt.

Tutkimuksen pääkysymys on seuraava:

- millaista on perusterveydenhuollon ja vanhuspalveluiden sairaanhoitajien tietokäyttäytyminen?

Pääkysymyksestä voidaan johtaa seuraavat alakysymykset:

- mikä on tutkittujen sairaanhoitajien suhde alansa tutkimustietoon?
- millaisia työhönsä liittyviä orientoivia sekä tehtävä- tai tilannekohtaisia tiedontarpeita tutkittavilla sairaanhoitajilla on?
- mitä lähteitä ja kanavia he käyttävät orientoivan tai tehtäväkohtaisen tiedon hankinnassaan?
- millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on elektronisten lähteiden käytöstä?
- mitä hankaluuksia tai esteitä he kokevat työhönsä liittyvässä tiedonhankinnassa?
- miten tutkitut sairaanhoitajat käyttävät hankkimaansa tai saamaansa tietoa, miten he sitä hyödyntävät?

Lisäksi tutkittujen sairaanhoitajien työorganisaation muutokseen liittyvästä tilanteesta omaksi alakysymykseksi nousee seuraava:

- onko organisaation paikallinen hallinnollinen muutos vaikuttanut jollain tavoin sairaanhoitajien ammatillisiin tiedontarpeisiin ja/tai tiedonhankintaan?

## **7. TUTKIMUKSEN KOHDERYHMÄ, MENETELMÄT JA TOTEUTUS**

### **7.1 Kohderyhmä ja organisaatio**

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä ovat kolmen länsisuomalaisen kunnan perusterveydenhuollon ja julkisten vanhuspalvelujen sairaanhoitajat. Kussakin kunnassa on asukkaita alle 2300. Näillä kolmella kunnalla on pitkät perinteet perusterveydenhuollon yhteisestä kuntayhtymätoiminnasta. Vuodesta 1998 alkaen myös yhden kunnan vanhusten laitoshuoltoa järjestävä toimintakeskus on ollut osa kuntayhtymän toimintaa.

Hallinnolliset raamit näiden kuntien terveydenhuollon ja osittain vanhuspalveluiden osalta ovat nyt hieman muuttuneet. Vuoden 2004 alussa muodostettiin uusi, laajahko perusturvakuntayhtymä, jonka tehtävänä on järjestää kuuden jäsenkuntansa perusterveydenhuollon ja ympäristöterveydenhuollon palvelut. Tämän tutkimuksen kaikki kolme kuntaa kuuluvat siis perusterveydenhuollon osalta yhtymään liittyneiden kuntien joukkoon. Vanhushuollon palvelut kuntayhtymä järjestää neljälle kunnalle, joista tämän tutkimuksen kohteena kaksi kuntaa. Uuden kuntayhtymän varsinainen toiminta alkoi 1.1.2005. Henkilökuntaa käynnistymisen aikaan koko uudessa yhtymässä oli yhteensä n. 450. Erikoissairaanhoito näissä kunnissa tapahtuu yhden yliopistollisen sairaalan, yhden keskussairaalan ja yhden aluesairaalan kautta. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat työskentelevät joko terveysasemien vastaanotoilla ja vuodeosastolla tai vanhusten pitkäaikaishoitoa järjestävässä toimintakeskuksessa. Myös kotisairaanhoitajia kuuluu kohderyhmään.

Alustavan tutkimusluvan saamiseksi otettiin tämän työn aloittamisvaiheessa syksyllä 2004 yhteyttä uuden perusturvakuntayhtymän johtavaan hoitajaan, joka välitti sitten kuntayhtymän johtoryhmän alustavan, suullisen luvan tutkimuksen tekijälle. Virallista tutkimuslupaa ja samalla lupaa sairaanhoitajien haastatteluun pyydettiin kirjeitse perusturvakuntayhtymän johtoryhmältä, joka myönsi tutkimusluvan tälle pro gradu-työlle 21.12.2004, tutustuttuaan ensin tutkimuksen tekijän aiheesta laatimaan tutkimussuunnitelmaan. Lisäksi johtoryhmä pyysi tutkimusraportin valmistuttua yhden kappaleen siitä kuntayhtymälle. Tutkimuslupa-anomus liitteenä (LIITE 1).

## 7.2 Tutkimusstrategia ja tutkimusmetodi

Tässä tutkimuksessa on tarkoituksena selvittää, millaista on perusterveydenhuollon ja vanhuspalveluiden yksiköissä toimivien sairaanhoitajien tietokäyttäytyminen. Perinteisistä tutkimusstrategioista (vrt. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1998, 130) tämä työ edustaa tyypiltään kvalitatiivisiin menetelmiin perustuvaa tapaustutkimusta. Tutkimuksessa haetaan tästä yksittäisestä tapauksesta yksityiskohtaista, intensiivistä tietoa, jonka avulla kuvaillaan tätä tapausta ja siihen liittyviä ilmiöitä. Kuvailevan tutkimuksen tarkoituksena on yleensä esittää tarkkoja kuvauksia henkilöistä tai tilanteista sekä dokumentoida ilmiöistä keskeisiä ja kiinnostavia piirteitä. Tutkimuskohteena on toisaalta yksilö, mutta myös näistä yksilöistä muodostuva ryhmä tai yhteisö. (Hirsjärvi ym. 1998, 130; 136.)

Tapaustutkimuksissa aineistoa voidaan kerätä useita metodeja käyttämällä (Hirsjärvi ym. 1998, 130). Tässä tutkimuksessa on päädytty teemahaastatteluun eli puolistrukturoituun haastatteluun, joka on joustavuutensa puolesta moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin sopiva. Teemahaastattelun tärkein ominaisuus on se, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Teemahaastattelussa asetetaan keskeiseksi tutkittavien henkilöiden tulkinnat asioista sekä heidän antamansa merkitykset niille. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47-48.)

## 7.3 Aineiston keruun toteutus

Heti alustavan tutkimusluvan jälkeen saatiin kolmen kohdekunnan muodostaman vanhan kuntayhtymän sen hetkiselältä johtavalta hoitajalta luettelo kaikista näiden kolmen kunnan alueella kuntayhtymässä työskentelevistä sairaanhoitajista. Samainen johtava hoitaja sekä vanhusten toimintakeskuksen osastonhoitaja olivat eräänlaisia yhdyshenkilöitä haastattelujen toteuttamisen aikana. He selvittivät työvuoroihin liittyviä asioita, mieltivät parhaan mahdollisen ajankohdan haastattelujen tekemiseen hoitajien työpäivän aikana sekä esittivät tilan haastattelujen tekemiseen.

Sairaanhoitajien vapaaehtoista suostumusta haastatteluihin pyydettiin sähköpostitse. Pyynnön mukana kaikki saivat myös selvityksen tehtävästä tutkimuksesta. Selvityksessä myös luvattiin, että tutkimuksessa tullaan noudattamaan tutkimuksenteon yleisiä moraalisia ja eettisiä periaatteita ja sääntöjä siten, että kaikki haastatteluissa esiin tulleet asiat käsitellään luottamuksellisesti ja niitä

käytetään vain tutkimustarkoitukseen, kenenkään yksityisyyttä loukkaamatta. Haastattelupyyntökirje liitteenä (LIITE 2).

Hoitajat ilmoittivat suostumuksestaan sähköpostin välityksellä, puhelimitse tai tavattaessa osastolla muiden haastattelujen yhteydessä. Osalla hoitajista oli hankaluuksia päästä käsiksi työpaikan vasta käyttöönotettuun henkilökohtaiseen sähköpostiin, mutta samainen haastattelupyyntö kulkeutui heillekin paperiversiona lähiesimiehen kautta, joka sitten myös välitti keskitetysti näiden hoitajien suostumukset haastatteluihin.

Tutkimusta varten haastateltiin 14 sairaanhoitajaa. Potentiaalisia haastateltavia oli yhteensä vain 17. Pyrkimyksenä oli saada mukaan sairaanhoitajia kaikista kolmesta kunnasta ja myös kaikista eri tehtäväkentistä. Oletuksena oli, että näin valikoituneen joukon kautta pystyttäisiin kuvaamaan niitä asioita, joita tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää. Kaikki suostumuksensa antaneet haastateltiin ja nämä henkilöt täyttivät eri tehtäväkenttien edustavuusvaatimuksen. Haastatelluista sairaanhoitajista naisia oli yksitoista, miehiä oli kolme. Haastateltujen ikäjakauma oli 32-56 vuotta, puolet heistä oli n. 40 vuotiaita ja kuusi haastateltavista oli yli 45 vuotiaita. Sairaanhoitajiksi heistä yhdeksän oli valmistunut 70- ja 80-luvuilla, vuosina 1994 – 1996 neljä ja vuonna 2002 yksi hoitaja. Hoitajista viisi oli erikoistunut sisätautikirurgiseksi tai psykiatriseksi sairaanhoitajaksi. Kolmella haastatelluista oli myös terveydenhoitajan ja heistä yhdellä lisäksi terveystieteiden maisterin tutkinto takanaan.

Tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista neljä työskenteli yhden kunnan terveyskeskuksen vuodeosastolla, kaksi hoitajista työskenteli terveyskeskuksissa lääkärin vastaanotoilla ja kaksi heistä oli kotisairaanhoitajia. Lisäksi vanhuspalveluja järjestävän toimintakeskuksen vanhainkodilla (vuodeosastotyyppinen) pääsääntöisesti työskenteleviä sairaanhoitajia haastatteluissa oli mukana kaksi, pääsääntöisesti toimintakeskuksen dementiaosastolla työskenteleviä kaksi ja sen palvelukodilla työtään teki yksi haastateltu sairaanhoitaja. Yhtenä haastateltavana oli jo edellä mainittu entinen johtava hoitaja, nykyinen koko uuden kuntayhtymän koulutus- ja kehittämiskoordinaattori, jonka toimipaikka vielä haastattelujen aikaan oli pääasiassa yhdessä näistä kunnista. Haastatelluista 13 oli vakituudessa työsuhteessa, yksi sijaisena työskennellyt oli viimeisten viiden vuoden aikana tehnyt useita pitkiä sijaisuuksia kohde kuntien terveydenhuollon tehtävissä.

Haastattelut suoritettiin 28.2. – 4.4.2005. Haastattelutilana oli joko haastateltavan hoitajan oma työhuone, osaston vapaana oleva toimistohuone, osaston vapaana oleva päivähuone tai toiminta-



keskuksen hoitajia haastateltaessa henkilökunnan ruokala. Yksi haastattelu tehtiin haastateltavan toivomuksesta hänen kotonaan. Kaikissa näissä haastatteluissa ympäristö oli rauhallinen eikä paikalla ollut muita henkilöitä. Yksi haastattelu tehtiin kyseisen sairaanhoitajan toivomuksesta ja myös olosuhteiden sanelemana terveysaseman vastaanottopisteessä, kuitenkin ennalta rauhalliseksi arvioituna ajankohtana. Haastattelu jouduttiin keskeyttämään muutaman kerran joko lyhyiden puheluiden tai henkilökäyntien takia, mutta keskeytyksillä ei sinänsä tuntunut olevan vaikutusta haastattelun sujumiseen. Kaikki haastattelut nauhoitettiin haastateltavien suostumuksella. Haastattelujen kesto oli keskimäärin yksi tunti, lyhin haastattelu kesti 45 minuuttia, pisin n. puolitoista tuntia.

### Haastattelurunko

Haastatteluja varten oli muotoiltu työn viitekehyksen ja siitä nousseiden tutkimuskysymysten pohjalta haastattelurunko, joka ensimmäisen, eräänlaisen testihaastattelun jälkeen vielä hieman supistui. Lopuissa haastatteluissa kysymysten tarkka muoto ja järjestys saattoivat vaihdella, mutta samat teemat käytiin läpi kaikissa.

Haastattelurunko (LIITE 3) muodostui viidestä teemasta:

- työolosuhteet ja työtehtävät
- tiedontarpeet
- tiedonhankinta
- tiedonkäyttö
- muutostilanteen vaikutus tietokäyttäytymiseen

Ensimmäisen teeman mukaisesti kysyttiin haastateltavien demografiset tiedot sekä työpaikkaan liittyvät tiedot ja pyydettiin heitä kuvailemaan keskeisimpiä työtehtäviään. Tiedontarpeitahan haluttiin selvittää tutkimuskysymysten (kts. luku 6) mukaisesti nimenomaan työhön liittyvien tilanteiden ja työtehtävien kautta. Koska erityyppisten sairaanhoitajien tehtävien kirjo on moninainen, haastateltavia pyydettiin miettimään työtehtäviään myös edellä luvussa 3.2 esitellyn hoitotyön alueiden jaottelun kautta. Tämä jaottelu näytettiin paperilla haastattelujen aikana.

Toiseksi haastateltavilta kysyttiin millaista tietoa he ylipäättänsä kokivat käyttävänsä työssään sekä pyydettiin kertomaan työhön liittyvistä tiedontarpeista. Kolmannessa teemassa hoitajia pyydettiin miettimään, mitä lähteitä he käyttivät tietoa hankkiessaan, miten he lähteitä valitsivat ja millaisia mahdollisia esteitä he tiedonhankinnassa kohtasivat. Haastatteluissa haastateltavat saivat tässä

kohden nähtäväkseen paperin, jossa oli luettelo erilaisista lähteistä (LIITE 4). Sekä tiedontarpeiden että tiedonhankinnan tarkastelun yhteydessä haluttiin erottaa toisistaan orientoiva ja praktinen, mikä käytännössä tapahtui siten, että esim. ensin annettiin haastateltavien kertoa orientoivan tiedon tarpeista ja sitten heiltä kysyttiin erikseen vielä praktisen eli tehtäväkohtaisen tiedon tarpeista. Haastattelujen aikana haastateltaville selvitettiin orientoivan ja praktisen ero.

Tämän tutkimuksen viitekehuksesta keskeisesti esiin nousseena aiheena (vrt. luvut 4.1 ja 4.2) yhdeksi tutkimuskysymykseksi asetui tutkittujen sairaanhoitajien suhtautuminen tutkimustietoon. Tähän kysymykseen pyrittiin saamaan vastaus haastattelurungon tiedontarve-teeman tarkentavan kysymyksen kautta. Samoin omaksi tutkimuskysymykseksi oli viitekehysten kautta nousut erityisesti elektronisten lähteiden käyttö (vrt. luku 4), joten siihen aiheeseen paneuduttiin tiedonhankintateemassa. Neljännessä teemassa haluttiin selvittää miten haastateltavat saamaansa tietoa käyttivät ja viidennessä eli viimeisessä teemassa selvitettiin vielä muutosvaiheen mahdollisia vaikutuksia haastateltavien tietokäyttäytymiseen. Haastattelurunkoa muotoiltaessa teemojen alle oli syntynyt paikoin hyvinkin yksityiskohtaisia, tarkentavia kysymyksiä, joita esitettiin, mikäli asiat eivät tulleet suoraan haastatteluissa esille.

#### **7.4 Tutkimusaineiston käsittely**

Laadullisen haastatteluaineiston käsittelyssä on monia eri vaiheita. Analyysissa aineistoa eritellään ja luokitetaan, synteessä eli tulkintavaiheessa luodaan kokonaiskuvaa ja pyritään ymmärtämään tutkittava ilmiö syvällisemmin ja esittämään se uudessa perspektiivissä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 143-144.)

Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 136) mukaan laadullinen analyysi alkaa jo oikeastaan haastattelu-tilanteessa, mikäli tutkija itse tekee haastattelut. Analyysin toisena vaiheena voidaan siten pitää tutkijan itsensä tekemää haastattelujen purkamista tekstiksi. Purkaminen tehtiin heti kunkin haastattelun jälkeen, sanasta sanaan ja puhekielen ilmaisut säilyttäen. Haastattelijan kysymykset ja kommentit kirjoitettiin tekstiin lyhyesti muutamalla sanalla. Tekstiä kertyi yhteensä 115 sivua tiheimmällä rivivälillä kirjoitettuna.

Tekstiksi kirjoitettua aineistoa lähdettiin jatkokäsittelyyn nk. *sisällön analyysin* menetelmin. Sisällön analyysi voidaan määritellä joukoksi menettelytapoja, joita käyttäen dokumenttien

sisällöstä voidaan tehdä havaintoja ja kerätä tietoja tieteellisiä pelisääntöjä noudattaen (Pietilä 1976, 4). Termiä *sisällön analyysi* pidetään tässä tutkimuksessa synonyyminä Pietilän (1976) luomalle termille *sisällön erittely*. Tuomen ja Sarajärven (2004, 106-108) mukaan olisi aiheellista erotella termit siten, että sisällön erittelyllä tarkoitettaisiin tekstin sisällön kuvaamista kvantifioiden ja sisällönanalyysillä puolestaan ymmärrettäisiin pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Koska ainakin jonkin asteinen kvantifointi puoltaa paikkaansa myös sisällön sanallisen kuvailun yhteydessä (esim. suuntaa antavat huomiot siitä, kuinka suuri osuus tutkittavista jonkin asian on ilmaissut tietyllä tavalla) ja sitä on jopa hankala täysin välttääkään, tukeudutaan tässä tutkimuksessa myöhemmin tässä luvussa esiteltävään Kyngäksen ja Vanhasen (1999) tapaan määritellä sisällönanalyysi, jossa tutkittavaa ilmiötä voidaan tarkastella myös määrällisesti.

Dokumentit Pietilä (1976, 7) määrittelee inhimillisen toiminnan tai käyttäytymisen tuotteiksi, joita voidaan pitää luonteeltaan esittävinä. Hänen mukaansa dokumentti voidaan käsittää ilmiöksi, joka sisältää tietoja itsestään ilmiönä sinänsä tai tietoja mahdollisista muista ilmiöistä. Tiedot voivat olla joko eksplisiittisiä tai implisiittisiä. Dokumentit voivat olla joko valmiina olemassa tai ne voidaan luoda tai teettää tutkimusta varten, ja niitä tai niiden sisältöä voidaan kuvata tai selittää joko sellaisenaan tai niiden avulla voidaan kerätä tietoa tai tehdä päätelmiä muista ilmiöistä. (Pietilä 1976, 20; 23.) Yhtenä edellisten määrittelyjen mukaisena dokumenttityyppinä voidaan pitää tämän tutkimuksen teemahaastatteluilla kerättyä ja kirjalliseksi materiaaliksi muutettua aineistoa. Aineiston ilmisältöä systemaattisesti ja objektiivisesti sisällön analyysin menetelmin käsittelemällä pyrittiin saamaan vastaus tässä tutkimuksessa asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Kyngäksen ja Vanhasen (1999, 5) mukaan sisällön analyysin toteuttamiseksi ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä. Analyysissa voidaan lähteä etenemään joko aineistolähtöisesti induktiivisella otteella tai teorialähtöisesti eli deduktiivisesti käyttäen aineiston luokittelussa hyväksi jotain aikaisempaa käsitejärjestelmää. Analysoinnissa voidaan keskittyä joko vain siihen, mikä on ilmiselvästi ilmaistu tai myös piilossa oleviin viesteihin. Analyysiyksikön määrittäminen on analysoinnin ensimmäinen vaihe sekä aineisto- että teorialähtöisessä lähestymisessä. Analyysiyksikkö on yleensä tutkimustehtävästä riippuen yksi sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Sisällön analyysin avulla voidaan järjestää, kuvailla ja myös kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Tutkimuksen tuloksena raportoidaan muodostetut kategoriat (eli kuvaillaan analyysiprosessit, vrt. Kyngäs & Vanhanen, 1999, 5) ja niiden sisällöt eli mitä kategorioilla tarkoitetaan. (Kyngäs & Vanhanen 1999; 4, 10.)

Tälle työlle asetetuista tutkimuskysymyksistä (vrt. luku 6) muodostui luonteva analyysirunko. Analyysiyksikköinä haastatteluaineistossa tarkasteltiin yhdestä tai useammasta virkkeestä tai sen osasta koostuvia lausumia. Analyysin lähestymistapa oli siis teorialähtöinen, eli aineiston jäsentämisessä lähdettiin liikkeelle tukeutuen analyysirunkoon eli asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Jokaista tutkimuskysymystä käsiteltiin yksi kerrallaan poimimalla jokaisesta haastattelusta kuhunkin tutkimuskysymykseen liittyvät kohdat. Nämä kohdat liitettiin omiksi tekstikokonaisuuksikseen, jolloin saatiin karkeasti luokitettua aineistoa, josta sitten haettiin samankaltaisuuksia, säännönmukaisuuksia ja tyypillisiä piirteitä, mutta myös poikkeavia tapauksia.

Teknisinä apukeinoina ilmiöiden ja niitä vastaavien ilmaisujen hakemisessa käytettiin eri väreillä merkkäämistä ja paikoin yksinkertaista taulukointia. Esiin nousevia eri piirteitä tarkasteltiin suhteessa toisiinsa ja pyrittiin saamaan tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman kattava kokonaiskuva ja siten vastaus tutkimuskysymyksiin. Aineistoa analysoitaessa pyrittiin tarkastelemaan ja tulkitsemaan vain ilmiselviä merkityksiä, ei löytämään mitään piiloisia viestejä. Vaikka aineistoa ei varsinaisesti pyritty kvantifioimaan esim. laskemalla joidenkin ilmaisujen tarkkoja frekvenssejä, kvantitatiivista otetta analyysiin toivat mukaan kuitenkin paikoin viittaukset siitä, kuinka suuri osa vastaajista tietyn asian ilmaisee jollakin lausumalla. Tuomi ja Sarajärvi (2004, 101-102) toteavat, ettei laadullisen aineiston analyysissa ole olemassa sellaista tieteellistä metodia, joka takaisi totuuden etsinnän menestyksekkäästi ja tuottaisi itsestään viisaita ajatuksia, vaan tutkimuksen tekijän itse on tuotettava analyysinsä viisaus.

Tutkimusraporttiin voidaan Kyngäksen ja Vanhasen (1999, 10) mukaan liittää suoria lainauksia aineistosta lisäämään raportin luotettavuutta ja osoittamaan lukijalle luokittelun alkuperää. Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 194) mielestä haastatteluotteet auttavat välittämään mahdollisimman elävän kuvan haastattelun kohteena olevasta ilmiöstä sekä tukevat tutkijaa vahvistamaan argumentointiaan. Myös Eskola ja Suoranta (2000, 152) näkevät, että lainattujen aineistokohtien liittämällä tutkimusraporttiin saadaan kerrottua ja perusteltua lukijalle, mikä tekstikohdassa on saanut tutkijan tulkitsemaan sen juuri kuin hän on sen tulkinnut. Tämänkin käsillä olevan tutkimuksen raportoinnissa otettiin mukaan suoria lainauksia haastateltujen puheesta selittämään merkitysten antamista. Lainauksilla haluttiin lisäksi elävöittää tekstiä, herättää lukijan kiinnostusta ja myös tuoda esiin tutkimuksen pääroolia näyttelevien haastateltujen henkilöiden äänet sekä osa siitä ainutlaatuisesta ja elämänläheisestä aineistosta, joka haastatteluilla saatiin koottua. Lainauksissa säilytettiin kerrontaa elävöittävät puhekielen ja murteen ilmaisut, mutta joitakin ylimääräisiä täytesanoja (että, tota, tota noin yms.) poistettiin, sisältöä kuitenkin mitenkään

muuttamatta. Tulosten kuvaamisen yhteydessä tutkittuihin sairaanhoitajiin viitataan usein myös ilmaisuilla *hoitaja, tutkittava* tai *haastateltava*.

## 8. TULOKSET

### 8.1 Sairaanhoitajien työskentely-ympäristöt ja työtehtävät

Yhtenä tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia työtehtävistä nousevia tiedontarpeita tutkituilla sairaanhoitajilla on. Vaikka tutkimusta jäsentävässä mallissa luvussa 5.2 (kohta Työroolit – työtehtävät) asetetaan myös työroolit työtehtävien rinnalle mahdollisiksi tiedontarpeiden synnyttäjiksi, ei työrooli vaikuttanut haastatteluissa nousevan kuitenkaan keskeiseksi. Useimmat mielsivät roolikseen sairaanhoitaja, tai sitten joko aiempien työtehtävien kautta saatu kokemus tai oma vankka kiinnostuneisuus johonkin asiaan toi roolin, jonka kautta jotkut henkilöt kokivat lähinnä tulevansa tiedonlähteeksi toisille (enemmän luvussa 8.3, kohta Praktisen tiedon hankinta). Näin ollen analyysissä lähdettiin liikkeelle hoitajien keskeisimpien työtehtävien tarkastelulla. Työskentelyolojen ja työtehtävien melko tarkankin kuvailun kautta tutkimuksessa pyrittiin tuomaan esiin juuri tätä tutkittavaa tapausta taustoittavia kontekstipiirteitä ja tutkittavien työssä syntyviä tilanteita.

Mukana tutkimuksessa oli siis sairaanhoitajia kolmen eri kunnan terveyskeskuksista, joista yhden osana on myös vuodeosasto, sekä yhdestä myös kuntayhtymään kuuluvasta vanhuspalveluja järjestävästä toimintakeskuksesta (haastateltujen sijoittuminen yksiköittäin esitely tarkemmin luvussa 7.3). Terveyskeskuksessa, jonka yhteydessä on vuodeosasto, työskenteli haastattelujen aikaan lääkäri joka päivä, kahdessa pienempien kuntien terveyskeskuksissa lääkäri oli paikalla 2-3 päivänä viikossa, joko kokopäiväisesti tai osan päivää.

Seuraavaksi esitellään eri työyksiköiden sairaanhoitajien keskeisimpiä tehtäviä. Erikseen tarkastellaan vuodeosaston, toimintakeskuksen, lääkärin vastaanotoissa työskentelevien sairaanhoitajien sekä kotisairaanhoitajien ja hallinnollisten ja johtavien sairaanhoitajien tehtävät. Samalla kuvaillaan lyhyesti eri työskentely-yksiköiden piirteitä.

#### Vuodeosaston sairaanhoitajat

Yhdellä kohderyhmän kunnista on osana terveyskeskusta 32-potilaspaikkainen vuodeosasto, jonka potilasaines muodostuu periaatteella yksi kolmasosa pitkäaikaispotilaita, yksi kolmasosa

kuntoutuspotilaita sekä yksi kolmasosa nk. akuutteja tapauksia. Pitkäaikaispotilaat odottavat joko vanhainkotipaikkaa tai heillä on jokin pitkäaikais sairaus, jonka takia muu hoitopaikka ei tule kysymykseen. Vuodeosasto toimii myös saattohoitopaikkana. Kuntoutuspotilaat voivat olla ns. intervallijaksolaisia, eli he ovat välillä eripituisia jaksoja vuodeosastohoidossa, välillä kotonaan, tai he voivat olla myös ns. jatkohoitopotilaita eli muista sairaaloista esim. leikkauksen jälkeen kotiutettavia. Osa kuntoutuspotilaista voi olla myös alkoholinvieroitushoidossa olevia. Akuuttipotilaat tulevat lääkärin vastaanoton kautta ja ovat tapauksia, joissa hoitona tarvitaan esim. suonensisäisiä lääkityksiä. Potilaat ovat pääsääntöisesti vanhuksia, haastattelujen aikaan pitkäaikaispotilaiden määrä oli painottunut ja osasto oli ääriään myöten täynnä. Osastolla työskentelee kaiken kaikkiaan kahdeksan sairaanhoitajaa (yksi heistä osastonhoitaja), yhdeksän perushoitajaa, kolme laitospulasta ja yksi osastonsihtööri. Terveyskeskuslääkäri työskentelee osastolla aamupäivisin, mutta iltaisin, öisin ja viikonloppuisin omaa lääkäriä ei ole koko talossa. Työskentely tapahtuu aamupäivisin kolmessa eri moduulissa, sairaanhoitaja-perushoitaja pareina. Työ on kolmivuorotyötä.

Luvussa 3.2. esitellyistä hoitotyön alueista vuodeosaston sairaanhoitajilla keskeiseksi nousi kliininen hoitotyö ja sen yhtenä tärkeänä osana lääkehoitoon liittyvät tehtävät. Varsinkin vanhuspotilaiden hoidossa useat eri lääkkeet ovat keskeinen osa hoitoa ja sairaanhoitajien tehtävänä on huolehtia asianmukaisesta tablettien jakamisesta tai injektioina annettavien lääkkeiden antamisesta. Keskeisinä kliinisen hoitotyön tehtävinä pidettiin myös potilaiden perushoitoa eli päivittäisistä tarpeista, kuten ruokailu ja puhtaus, huolehtimista ja niissä avustamista sekä erilaisia hoitotoimenpiteitä.

Perushoidon ja hoitotoimenpiteiden kautta hoitajille välittyy kokonaisvaltaisesti tietoa potilaan voinnista ja pärjäämisestä. Sairaanhoitajat osallistuvat päivittäiselle lääkärinkierrolle ja pystyvät sitten välittämään tätä potilaiden tarkkailun kautta saamaansa potilaskohtaista tietoa lääkärille, joka yleensä tapaa potilaitaan vain hetken. Varsinaista diagnosointia ei haastateltujen hoitajien tehtäviin kuulunut, mutta sen suuntaista toimintaa kylläkin runsaasti. Lääkäri on osastolla vain kierron ajan, ja iltaisin, öisin ja viikonloppuisin lääkäriä ei ole paikalla koko terveystaloksessa, joten usein hoitajien tehtäväksi jää tarkkailla tilanteita ja potilaiden voinnissa tapahtuvia muutoksia. Sairaanhoitajien tehtävänä on esim. tehdä tarvittaessa päätös potilaan lähettämisestä eteenpäin toiseen hoitoyksikköön, kun omat ja osaston keinot eivät tunnu enää riittävän.

Myös potilasohjausta pidettiin yhtenä oleellisena osana työtä. Potilaita pyritään, tietenkin kunkin kunnosta riippuen, opastamaan ja auttamaan mahdollisimman paljon omatoimisuuteen eli pyritään olemaan auttamatta potilaita avuttomiksi (enemmän ns. kuntouttavasta työotteesta luvussa 8.4). Kotiuttamisvaiheessa ohjeistusta annetaan joko potilaalle itselleen, kotihoodolle (=entinen kotisairaanhoito ja kotipalvelu yhdistettynä) tai potilaan omaisille, niin että potilaan asiat saadaan järjestettyä ja jatkossa hän pärjää kotonaan. Hoitotyön alueista myös yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa nähtiin tärkeänä tehtäväalueena. Jatkuvaa yhteistoimintaa oli tietenkin osaston perushoitajien ja lääkärin, kotihoodon henkilöiden, röntgenhoitajan, fysioterapeutin, laboratorion kanssa tai talon ulkopuolelta esim. seurakunnan kanssa. Päivittäisiin, keskeisiin pidettyihin työrutiineihin haastatelluilla kuuluivat myös raportointi ja kirjaaminen, eli kaikki tehdyt toimenpiteet ja potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset kirjataan tarkasti ja työvuoron vaihtuessa tilanteet raportoidaan seuraavaan vuoroon tulevalle. Näin siirretään tärkeää potilastietoa toisille sairaanhoitajille

Kaiken kaikkiaan vuodeosaston sairaanhoitajat pitivät osastolla tekemäänsä työtä hyvin kokonaisvaltaisena hoitotyönä, potilasta hoidetaan ja hänestä huolehditaan kokonaisuutena. Hoitotyön kehittäminen nähtiin kyllä kuuluvaksi osaksi työtä, mutta sitä ei koettu välttämättä jokapäiväiseksi asiaksi konkreettisen perushoidon ja hoitotoimenpiteiden viedessä valtaosan työskentelyajasta.

#### Toimintakeskuksen sairaanhoitajat

Osalla haastatelluista sairaanhoitajista oli työympäristönä vanhuspalveluja tarjoava toimintakeskus. Toimintakeskus jakautuu kolmeen osaan: *vanhainkoti*, jossa asukkaita 20, erillinen 10-paikkainen *dementiaosasto* sekä *palvelukoti*, jossa asukkaita 20. Saman katon alla on siis 30 laitoshoitopaikkaa sekä palvelukodilla 20 kotihoodopaikkaa. Palvelukodin paikat ovat kotihoodoa sikäli, että sen asukkailla on samat etuudet esim. Kelalta kuin tavallisessa kodissakin asuvalla. Koko toimintakeskuksessa työskentelee 5 sairaanhoitajaa, 9 perushoitajaa/lähihoitajaa, 11 laitospulaista tai hoitopulaista sekä osastonsihtööri ja lisäksi keittiöhenkilökuntaa. Sairaanhoitajien työ on pääosin kolmivuorotyötä. Yöaikaan vanhainkodilla on yksi päivystävä hoitaja, joka valvoo myös dementiaosaston tilanteen ja johon tarvittaessa palvelukodin asukkaat saavat yhteyden hälytyskelloa soittamalla. Lääkäri on toimintakeskuksessa kerran viikossa n. kaksi tuntia.

Toimintakeskuksen *vanhainkodin* sairaanhoitajat kokivat työssään keskeiseksi perushoitoon liittyvät tehtävät, kuten asukkaiden syöttämisen ja puhtaudesta huolehtimisen. Asukkaat ovat

iäkkäitä ja hyvin huonokuntoisia, suurin osa vuodepotilaita, kukaan heistä ei liiku itsekseen ja lähes kaikki tarvitsevat syöttöapua. Hoitotyön alueena painottuu siis kliininen hoitotyö, josta perushoidon lisäksi nousevat esiin myös lääkehoito, muut hoitotoimenpiteet sekä potilaiden tarkkailu. Potilasohjaus koettiin kuuluvaksi oleelliseksi osaksi perushoitoa, mutta jo huonokuntoisten asukkaiden kanssa potilasohjaus ei noussut niin keskeiseksi kuin edellä esiin tulleessa vuodeosaston hoitajien työssä. Hoidettavista asukkaista monet olivat olleet vanhainkodilla jo kauan.

*Dementiaosastolla* pääsääntöisesti työskentelevät sairaanhoitajat kokivat samoin perushoidon keskeiseksi työssään. Dementiaosaston asukkaat ovat sikäli parempikuntoisia vanhuksia, että he pystyvät kaikki liikkumaan ja selviytyvät esim. ruokailusta itsenäisesti, joten perushoitokin on enemmän toiminnoissa avustamista. Erilaiset dementoivat sairaudet vaikuttavat kuitenkin toimintakykyyn niin, että asukkaat tarvitsevat jatkuvaa avustamista, tukea ja ohjaamista, jotta he selviäisivät päivittäisten asioiden, kuten vessakäyntien, pesujen ja ruokailujen kanssa. Potilasohjaus olikin sitä kautta keskeinen osa työtä, asukkaiden toimintakykyä pyrittiin pitämään yllä ohjaamalla ja tukemalla heitä mahdollisimman paljon omatoimisuuteen.

Asukkaiden suhteellisen hyvästä fyysisestä terveydentilasta johtuen varsinaisia hoitotoimenpiteitä dementiaosastolla tehtiin melko vähän. Esiin tulivat lähinnä lääkehoitoon liittyvät tehtävät ja esim. verikokeiden ottaminen laboratorioskokeita varten. Haastateltujen sairaanhoitajien tehtäviin kuului myös viriketoiminnan järjestäminen, mikä käytännössä tarkoittaa esim. lehtien lukemista, laulamista, jutustelua ja säiden salliessa pientä ulkoilua. Arkisin aamupäivien aikana dementiaosastolla on töissä kerrallaan kaksi työntekijää, iltavuoroissa ja viikonloppuisin sekä aamu- että iltavuoroissa on töissä vain yksi henkilö. Kymmenen dementiapotilaan perushoidosta huolehtimisen ja siinä avustamisen viedessä suurimman osan päivittäisestä työajasta haastatellut kokivat, että viriketoiminnan suunnitteluun ja toteuttamiseen jää kovin vähän aikaa. Lääkäri käy osastolla viikoittain, lähinnä kuitenkin tarvittaessa, eli hoitajat seuraavat asukkaiden vointia ja välittävät tiedot lääkärille, joka sitten tilanteen mukaan käy katsomassa potilasta.

*Palvelukodin* sairaanhoitajan tehtävissä varsinainen kliininen hoitotyö ja perushoito jäävät vähemmälle kuin kahdella muulla toimintakeskuksen osastolla. Palvelukodin puolella asukkaat ovat fyysisesti hyväkuntoisia, osa asukkaista on psyykepotilaita, ja vaikka pääosin asukkaat ovat vanhuksia, heidän joukossaan on myös hieman nuorempia. Työssä omatoimisten ja hyväkuntoisten asukkaiden kanssa painottuukin hoitotyön alueena potilasohjaus eli asukkaita ohjataan, neuvotaan ja kannustetaan omatoimisuuteen päivittäisistä toimista suoriutumisessa. Myös viriketoiminnan



suunnittelu ja toteuttaminen on tärkeä osa työtä, mm. kerran viikossa palvelukodilla järjestetään viriketoimintapäivä, jolloin esim. leivotaan, retkeillään tai askarrellaan.

Myös toimintakeskuksen sairaanhoitajat näkivät toteuttamansa hoitotyön hyvin kokonaisvaltaisena. Tärkeänä nähtiin pyrkiminen siihen, että asukkailla olisi mahdollisimman hyvä, kivuton ja turvallinen olo osastoilla.

### Lääkärin vastaanoton sairaanhoitajat

Terveyskeskusten lääkärin vastaanotossa työskentelevien sairaanhoitajien (toisen nimike terveyskeskusavustaja, toisen lääkärin vastaanoton sairaanhoitaja) tehtävät poikkesivat jonkin verran muiden haastateltujen sairaanhoitajien tehtävistä. Tärkeimpänä tehtävänä heillä oli hoitaa terveyskeskuksen ajanvaraus ja potilaiden ilmoittautuminen. Vaikka usein terveyskeskukseen soittavat tai paikan päällä käyvät henkilöt tietävät jo itse tarvitsevansa ajan suoraan lääkärille, monessa tapauksessa vastaanoton sairaanhoitajan tehtäväksi jää arvioida kuulemansa tai näkemänsä perusteella, ohjataanko potilas kuitenkin ensin esim. terveydenhoitajan luokse. Vastaanoton sairaanhoitajilta kysytään laboratoriovastauksia, ja myös tulosten seurauksena potilaat ohjataan mahdollisesti lääkärille tai lääkärin puhelintunnille tai heille annetaan muita hoito-ohjeita. Varsinkin vanhukset monta kertaa turvautuvat tuttuun hoitajaan ja kääntyvät hänen puoleensa mitä erilaisimpien asioiden ja kysymysten kanssa. Näiden tehtävien kautta keskeisimmäksi hoitotyön alueeksi vastaanoton sairaanhoitajien työssä nousikin potilasohjaus.

Haastateltujen sairaanhoitajien työhön kuului myös, tilanteen niin vaatiessa, lääkärin avustaminen erilaisissa toimenpiteissä ja tutkimuksissa sekä osallistuminen ensihoitotehtäviin. Tehtäviin kuului jonkin verran myös tiettyjä itsenäisesti tehtäviä toimenpiteitä, kuten sydänfilmin ottaminen. Kliinisen hoitotyön osuus näillä vastaanoton hoitajilla oli kuitenkin selkeästi pienempi kuin eri osastoilla työskentelevillä hoitajilla.

Haastatellut kaksi vastaanoton sairaanhoitajaa työskentelivät hieman erikokoisissa yksiköissä, mikä toi jonkin verran eroja heidän tehtäviinsä. Pienemmän yksikön hoitajan tehtäviin kuului myös monenlaisia toimistotehtäviä, mm. lääkärin saneluiden kirjoittamista, potilasarkeiston hoitoa ja laskutusta sekä lääkkeiden ja hoitotarvikkeiden tilausta. Toisen yksikön sairaanhoitajalla oli kerran viikossa myös oma hoitajan vastaanotto, jolla hän ottaa vastaan esim. vakituisia asiakkaita, joille hän tekee lääkärin kanssa sovittuja toimenpiteitä. Haastateltujen hoitajien toimenkuva vaikutti

varsin vaihtelevalla, toinen hoitajista nimesikin keskeisimmäksi hoitotyön alueeseen ”kokonaisvaltaisen potilasohjauksen”.

### Kotisairaanhoitajat

Kotisairaanhoitajien työ tapahtuu pääasiassa asiakkaiden/potilaiden kotona. Hoitajat pakkaavat autoonsa hoitotoimenpiteissä ja tutkimuksissa tarvitsemiaan välineitä ja käyvät päivästä riippuen 5-15 asiakkaan luona. Asiakkaat ovat pääosin vanhuksia ja pitkäaikaissairaita, ja säännöllinen asiakassuhde on saattanut kestää jo kauan. Asiakkaiden joukossa on myös sairaalasta kotiutettuja potilaita, jotka tarvitsevat kotisairaanhoitajan käyntejä jonkin tietyn ajan.

Keskeisenä kotisairaanhoitajien tehtävänä oli lääkehoidosta huolehtiminen. Lääkkeitä haetaan apteekista, reseptejä uusitetaan lääkäreillä ja myös seurataan, miten lääkkeet vaikuttavat. Varsinkin vanhusasiakkaiden yleisen kunnon seuraaminen, tarvittavien kokeiden ottaminen ja toimiminen välikätenä lääkärin tai osastohoidon suuntaan koettiin tärkeäksi osaksi työtä. Kotisairaanhoitajat tarkkailevat ja arvioivat myös vanhusten pärjäämistä omassa kodissa ja tilanteen mukaan yhteistyössä eri tahojen kanssa huolehtivat mahdollisesta jatkohoitopaikasta.

Hoitotyön alueista tärkeimmäksi kotisairaanhoitajat kokivatkin kokonaisvaltaisen hoitotyön, toisen hoitajan omin sanoin määrittelemänä ”vanhuksen kokonaisvaltaisen hoito”. Myös potilasohjaus korostui heidän työssään, samoin yhteistyö muiden ammattiryhmien, kuten kotiavun henkilökunnan kanssa. Kliinisen hoitotyön osuus jäi vähemmälle, kuitenkin erilaisia hoitotoimenpiteitä, esim. säärihaavojen hoito tai leikkausompeleiden poisto, kuului jonkin verran heidän tehtäviinsä.

### Hallinnon ja johtamisen sairaanhoitajat

Haastatelluista sairaanhoitajista kolmella tehtävät painoutuivat selkeästi hallintoon tai johtamiseen. Lisäksi sairaanhoitajista kaksi toimi sijaisena joko osastonhoitajan tai vastaavan hoitajan vapaiden ja lomien aikoina, joten jotkin hallinnolliset tehtävät olivat osana heidänkin työtään. Heillä kuitenkin painottui potilaiden/asiakkaiden kanssa tehtävä hoitotyö. Hallinnon ja johtamisen sairaanhoitajilla keskeisinä olivat henkilöstöhallintoon liittyvät tehtävät, esim. työvuorosuunnittelu eli huolehtiminen siitä, että jokaisessa vuorossa on aina riittävä määrä asianmukaisen koulutuksen saaneita ja työkokemukseltaan sopivia henkilöitä. Lisäksi keskeisiä olivat työsopimusasiat ja palkanmaksuun liittyvien asioiden valmistelu. Myös lääkeasioiden hoitaminen eli lääkkeiden hintavertailut ja tilaaminen sekä asukkaiden tai potilaiden päivittäiseen lääkehuoltoon liittyvät asiat kuten myös yleisesti hoitoyksiköissä tarvittavan erilaisen materiaalin hankinta sekä ruokahuollon

sujumisesta huolehtiminen koettiin keskeisiksi tehtäviksi. Ison osan työajasta vievät myös asukkaiden tai potilaiden asioiden selvittely omaisten ja eri yhteistyötahojen kanssa.

Esimiesasemassa olevien hoitajien tehtäviin kuului myös jonkin verran varsinaista kliinistä hoitotyötä, tosin varsinkin juuri haastattelujen aikaan kuntayhtymän muutos oli lisännyt selkeästi juuri heidän hallinnollisia tehtäviään, joten varsinaiseen potilaiden hoitoon pystyttiin osallistumaan vain hyvin vähän. Kuitenkin myös hoitotyön kehittäminen koettiin oleelliseksi osaksi omaa työtä ja kehittämisessä olisi tärkeää päästä osallistumaan myös ns. hoitotyön arkeen. Johtavassa asemassa olevan hoitajan oman työajan suunnittelu nähtiinkin tasapainoiluna hallinnollisten ja kliinisen hoitotyön tehtävien välillä.

Omanlaistaan ja muista haastatelluista selkeimmin eroavaa tehtäväkenttää edusti koulutus- ja kehittämiskoordinaattorin tehtäviä hoitava sairaanhoitaja. Hänen tehtäviinsä kuuluu koko kuntayhtymän koulutustarpeiden selvittely ja järjestäminen ja sitä kautta hoitotyön alueina hänellä painottuu hoitotyön kehittäminen ja yhteistyö muiden ammattiryhmien, lähinnä eri yksiköiden esimiesten kanssa. Hänet kuitenkin valittiin haastateltavaksi, koska aiemmin hän toimi kaikkien haastateltujen sairaanhoitajien johtavana hoitajana ja hänenkin äänensä haluttiin saada kuuluviin.

## **8.2 Sairaanhoitajien tiedontarpeet**

Aluksi tässä luvussa esitellään hoitajien näkemyksiä työssään tarvitsemasta tiedosta ja hoitotyön tietoaalueista (vrt. luku 4.1) yleensä. Tarkemmin selvitetään toisaalta kokemustiedon, toisaalta tutkimustiedon merkitystä työssä. Sairaanhoitajien tiedontarpeiden tarkastelussa erotettiin, tutkimuskysymysten mukaisesti (vrt. luku 6), orientoivan tiedon sekä praktisen tiedon tarpeet. Tutkimuksessa oli mukana erityyppisiä sairaanhoitajia useasta eri työyksiköstä, niinpä heidän tehtäväkentästään muodostui moninainen kokonaisuus. Tämä moninaisuus näkyi myös heidän kuvauksissaan erilaisista työhön liittyvistä tiedontarpeista. Tarkastelussa pyrittiin löytämään ja kokoamaan toisaalta yhteisiä piirteitä, mutta toisaalta tuomaan esiin jonkin yksikön tai sairaanhoitajatyypin erityispiirteitä. Tarkoituksena oli siis luoda kokonaiskuvaus keskeisistä seikoista. Praktisen tiedon tarpeet liitettiin hoitotyön alueisiin samaan tapaan kuin sairaanhoitajien työtehtävienkin esittely (vrt. luku 8.1). Haastateltuja sairaanhoitajia koskevaan hallinnolliseen muutostilanteeseen liittyviä tiedontarpeita tarkastellaan omana lukunaan (luku 8.5). Ensiksi pyritään siis luomaan kuvaa näiden sairaanhoitajien ns. normaalista tietokäyttäytymisestä ja myöhemmin

paneudutaan muutoksen tuomaan erityistilanteeseen. Jatkossa käytetään pääsääntöisesti ilmaisua *potilaat/asiakkaat* tarkoittamaan eri työyksiköissä ja eri sairaanhoitajien hoitotyön kohteena olevia henkilöitä.

### Hoitotyön tietoaalueista

Haastatellut sairaanhoitajat kokivat käyttävänsä työssään pääasiassa hoito- ja lääketieteellistä tietoa. Hoitotieteen merkitystä korostavat hoitajat kokivat lääketieteen enemmän lääkärin tietoaalueeksi, mutta osa haastatelluista oli sitä mieltä, että myös heidän työssään korostui nimenomaan lääketieteen merkitys. Nämä hoitajat joko työskentelivät kiinteämmässä yhteydessä lääkäriin tai kokivat hoitotyön käytännön olevan vahvasti riippuvainen lääkärin määräyksistä ja ohjeista. Jotkut lääketieteen painottumisen työssään maininneista olivat toisaalta sitä mieltä, että monessa kohtaa sairaanhoitaja joutuu ottamaan viime kädessä liiankin paljon vastuuta tarkkaillessaan potilaiden oireita ja tehdessään niistä johtopäätöksiä, jotka sitten esitetään lääkärille ilman että lääkäri, osastosta riippuen, välttämättä potilasta tapaa.

*Oon aatellu, että meillä hoitajilla on melkonen vastuu. Kun se lääkäri käy, ni ei hän potilaita tapaa, että me esittelemme hälle asiat ja tavallaan potilaat on meidän vastuulla. (SH 8)*

Hoitotyön johtavilla henkilöillä tärkeäksi nousi myös hallinnollinen tieto, jonka merkitys oli korostunut muutosvaiheen aikana. Työyhteisön kehittämissasioiden kautta keskeiseksi koettuna mainittiin myös kasvatustieteellinen tieto.

Työssä yleensä käyttämäänsä ja tarvitsemaansa tietoa sairaanhoitajat luonnehtivat monipuoliseksi tiedoksi ihmisestä, ihmisen elimistön toiminnasta tai ihmisen käyttäytymisestä. Kun erikoissairaanhoidossa toimitaan jakautuneena lääketieteen erikoisalojen mukaan, perusterveydenhuollossa tutkitaan ja hoidetaan kaikkia eteen tulevia potilaita ja ongelmia erikoisalasta riippumatta (vrt. luku 3.4 kohta Erikoissairaanhoito). Omaan ammattiin liittyvän tiedon täydentämistä ja päivittämistä pidettiin yleisesti tärkeänä. Terveystieteiden ala, joka muuttuu kovaa vauhtia koko ajan, mukana ei pysy ilman uuden tiedon hankintaa.

*Koko ajan on oltava tavallaan ajan hermolla ja tulee monta kertaa, et kokee niinkun sen, että mä en tiedä tarpeeks, vaan et.... Ja sit kun meillä ei oo erikoisalaa, että meillä on tiedettävä sisätautipotilaista, kirurgisista potilaista, aivoverenkiertohäiriöt, kaikki mahdolliset, dementiaat, psykiatriset potilaat, kaikki, ni et ei semmosta tietomäärää periaatteessa edes pysty itteensä kaataan sisään, mutta jotain tarttis niinkun joka alalta tietää. (SH 9)*

Pitkän ja monipuolisenkin työuran kautta saatua henkilökohtaista tietoa eli kokemustietoa lähes kaikki pitivät tärkeänä osana työnsä perustaa, osa kertoi sen olevan keskeisin tietoalueista. Työn tietopohjan luovat lääketieteen ja hoitotieteen tieto, mutta sairaanhoitajan työssä käytännön tekeminen painottuu vahvasti. Esim. jonkin konkreettisen hoitotoimenpiteen tekeminen todella ”tiedetään” vasta, kun teoritiedon lisäksi siitä on saatu myös käytännön kokemusta. Uusia, eteen tulevia tilanteita voidaan verrata aiemmin koettuun ja tehtyyn ja siten saadaan vahvistusta tilanteiden ratkaisemiseksi. Omasta kokemustiedosta voidaan saada varmuutta esim. päätöksien tekemiseen tilanteessa, jossa potilaan tilassa tapahtuu muutoksia ja on ratkaistava, lähetetäänkö potilas eteenpäin vai hoidetaanko omalla osastolla. Näissä tilanteissa käytetään myös ns. kollegiaalista kokemustietoa, eli kollegaani luotetaan ja hänen henkilökohtaista tietoaan arvostetaan. Jotkut haastatelluista toivat kuitenkin selkeästi esiin, että kokemuksen kautta saatu tieto ei yksin riitä; uuden, teoreettisen tiedon hankkimista tarvitaan.

*Eli lähinnä justiinnsä tää oman työyhteisön kehittämissasiat. Et nekään ei oo menny, ne ei hoidu sillä pelkällä jollain vanhalla kokemuksella, niihin on täytyyny kyllä oppia hakee. (SH 4)*

*Ja toinen asia, mikä on niinku toi diabeteksen hoito, tosin sitä mä oon täs käytännön kokemuksella oppinu kattomaan, mutta se on silti mun mielest, et siin kaipais sitä lisätietoo, oikeen semmosta eksaktii tietoo. (SH 7)*

### Orientoivan tiedon tarpeet

Haastatteluissa nousi vahvasti esiin atk-tietojen ja -taitojen merkitys ja niiden lisääminen. Haastateltujen sairaanhoitajien työyksiköissä esim. potilaiden/asiakkaiden lääkemääräykset olivat tietokoneella ja mm. laboratorio- tai röntgenmääräykset tehtiin tietokoneen avulla. Myös monet hallinnolliset asiat, kuten työvuorosuunnittelu, työsopimusasiat tai palkanlaskentaan liittyvät asiat tehtiin entistä enemmän tietokoneen avulla. Varsinainen hoitotyön kirjaaminen tapahtui vielä paperilla, mutta sekin oli juuri siirtymässä atk-pohjaiseksi.

*...koska mä kattoin, että jotta mä selviän tästä työstäni, ni mun on pakko hankkia hyvät atk-taidot. Et se ei riitä, että mä osaan tehdä sitä vajavaisesti, koska täytyy olla nopeutta, täytyy saada äkkiä valmista, kun aikaa on vähän. (SH 10)*

Oikeastaan kaikkien haastateltujen sairaanhoitajien työssä suurimpana potilas- tai asiakasryhmänä olivat vanhukset. Realiteettina nähtiin se, että vanhusväestön määrä on koko ajan kasvussa myös tutkittujen hoitajien työskentelypaikkakunnilla. Yksi alue, johon liittyvää lisätietoa omassa ammatissa kaivattiinkin, oli gerontologia (=tieteenala, joka tutkii ihmisen vanhenemista sekä vanhuutta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä). Esim. dementoivat sairaudet on alue, josta vasta

viime aikoina on alettu saada enemmän tietoa. Useampikin hoitajista oli suorittanut tai oli parhaillaan suorittamassa aiheeseen liittyviä täydennysopintoja, pääasiassa omalla ajallaan.

Yksittäisiä hoitotoimenpiteitä, joihin liittyvän tiedon jatkuvaa seuraamista ja päivittämistä jotkut haastatelluista hoitajista tunsivat tarvitsevansa, olivat *diabeteshoito*, *haavahoito* sekä *ensihoito ja elvytys*. Diabetes nähtiin koko ajan yleistyvänä sairautena ja diabeteshoito-ohjeiden koettiin muuttuvan kovalla vauhdilla. Näiden ohjeiden päivittämistä pidettiin tärkeänä, ei pelkästään oman, osastolla tapahtuvan hoitotyön kannalta, vaan myös potilasohjauksessa sellaisella osastolla, jolla potilaalle ennen kotiuttamista annetaan kotihoito-ohjeita liittyen lääkitykseen tai ruokavalioon. Myös haavahoitoa, esim. säärihaavojen hoitoa, pidettiin nopeasti muuttuvana alueena. Siihen liittyvän uuden tiedon saamista ja sitä kautta mahdollisesti työtä helpottavien uusien menetelmien tuomista työkäytäntöihin osa hoitajista piti tärkeänä. Ensihoito ja siihen liittyvät elvytykset puolestaan ovat tilanteita, joita haastatelluilla hoitajilla ei välttämättä ollut usein. Sen vuoksi jotkut hoitajat tunsivat epävarmuutta niiden kohtaamisessa ja kokivat tarvitsevansa muuttuviin ensihoito-ohjeisiin liittyvän tiedon jatkuvaa päivittämistä. Ensihoitotilanteet tulevat vastaan yllättäen ja vaativat nopeaa toimintaa, itse tilanteessa ei ole välttämättä enää aikaa hakea tietoa siitä, miten toimitaan.

*Ensihoidossa ei oo sit taas kauheesti aikaa hakee mitään. Vaik onki olemassa ensihoidon käsikirja, pieni kirja, ei sitäkään ehdi sitten kyllä välttämättä lukemaan aina. (SH 3)*

Muita yksittäisiä alueita, joissa jotkut hoitajat kertoivat tarvitsevansa laajempaakin tiedon seuraamista ja päivittämistä, olivat mm. asiakkaiden sydänvaivat, erilaiset lääkehoidot ja psykepotilaiden tai yleensä potilaiden poikkeava käyttäytyminen. Lääkärit eivät välttämättä aina ole välittömässä läheisyydessä ja helposti ja nopeasti saavutettavissa, ja jotkut hoitajat kokivat tarvitsevansa lisätietoa näitä tilanteita varten.

*... mutta se on vielä, kun täällä on tosiaan näitä psykepotilaitaki ja heil on näitä harhoja ja tämmösiä, ni niistä niinku kokee semmosta neuvottomuutta, et haluais tietoo vähän siitä alueesta sillai enemmän, että miten pitäis siinä toimia ja ...(SH 11)*

Hoitotyötä on jo vuosien ajan yleisesti pyritty kehittämään näyttöön pohjautuvaksi. Sitä kautta tutkimustiedon hankinta ja sen hyödyntäminen ovatkin korostuneet viime vuosina terveydenhuollon alalla (vrt. luku 4.2). Suurin osa haastatelluista kertoi pitävänsä tutkimustietoa tärkeänä ja tunsivat tarvitsevansa sitä jossain määrin, mutta näyttöön perustuva hoitotyö vaikutti olevan käsitteenä melko vieras tai sitä ei koettu merkitykselliseksi tai mahdolliseksi toteuttaa omassa työ-

ympäristössä. Jotkut haastatelluista myös kertoivat epäilevänsä joko hoitotieteellisen tutkimustiedon sopivuutta ja käytettävyyttä omassa pienessä työyksikössä tai ylipäättänsä tutkimustiedon luotettavuutta tai hoitotieteen merkittävyyttä. Esiin tuli kuitenkin myös näkemys, että tutkimusta pitäisi enemmän käyttää ja hyödyntää.

*Eihän se, ei sitä voida teoretisoida koko sitä hoitotyötä, se käytännön hoitotyö edelleen tehdään käsillä ja sydämellä, mut kumminkin, et siel taustalla on se teoria, mihkä se kaikki perustuu ja pohjautuu. Kyllä mä nään sen ihan tärkeenä. (SH 9)*

Selkein näkemys tutkimustiedon hyödystä ja merkityksestä omassa työssä oli lähinnä niillä henkilöillä, joilla oli tuoreimmat kokemukset hoitoalan opinnoista. Esiin tuli myös arvio siitä, että näyttöön perustuva hoitotyö ja käytännön hoitotyö kohtaavat kunnolla vasta sitten, kun nuoremman polven, tämän päivän mukaisen koulutuksen saaneita henkilöitä toimii alalla enemmän. Haastatteluissa tuli esiin myös hoitotyöhön liittyvän tutkimustiedon jalostamisen tarve. Käypä hoito-suositukset nähtiin yhtenä konkreettisena muotona, joka tuo tutkimustiedon lähelle käytännön hoitotyötä.

*Siis mä tarviin tutkimustiedosta johdettuja käypä hoito juttuja, mut en varsinaista sitä pelkkää tutkimustietoo. Mutta siitä johdettuja tämmösiä käytännön asioita, jalostetussa muodossa, että pelkkä tutkimus ei niinku riitä siihen, että on tehty joku tohtorin väitöskirja jostakin, vaan siitä täytyy tulla niitä käytännön versioita sitten, ni sitä tietoo mä tarviin tässä työssä. (SH 7)*

### Praktisen tiedon tarpeet

Suurin osa hoitajista koki tarvitsevänsä tilannekohtaista tietoa lähes päivittäin, muutama hoitaja vain silloin tällöin, korkeintaan kerran viikossa. Hajontaan vaikutti oletettavasti myös se, miten haastateltavat mielsivät *tiedonhankinnan* tai ylipäättänsä *tiedon*. Toisille se vaikutti olevan hyvinkin pienten asioiden selvittämistä, jotkut taas yhdistivät sen johonkin vaativampaan ongelman ratkaisuun. Haastatteluissa asiaa ei pyritty rajaamaan vaan annettiin haastateltavien itse luoda näkemyksensä. Tiedontarpeiden kokemisessa näkyi myös osastokohtaisia eroja. Osastoilla, joissa potilaiden/asiakkaiden vaihtuvuus on pieni, heidän terveytensä ja sairautensa on opittu tuntemaan ja hoitotoimenpiteet ja niihin liittyvät tilanteet toistuvat haastateltujen mukaan pitkälti rutiinisti totuttujen kaavojen mukaan.

Suurimmalla osalla haastatelluista eniten tiedontarpeita tuli esiin kliinisen hoitotyön alueelta lääkehoitoon liittyvissä tilanteissa. Uusia lääkkeitä tulee markkinoille nopeaa vauhtia, ja uuden lääkkeen ilmestyessä potilaan tai asiakkaan lääkemääräyksiin hoitajat tuntevat tarvetta tarkistaa

lääkkeen ominaisuuksia. Tietoa lääkkeistä haetaan mahdollisten sivuvaikutusten ja yhteisvaikutusten takia.

*...just tohon lääkehuoltoon liittyen, et niinku lääkkeiden jaossa saattaa tulla semmosia, et on uusii lääkkeitä tai semmosii, mitkä ei oo niin tuttuja viel, ni joutuu ihan tarkistele, mihin vaivaan tämmönen on ja mikä lääke, et se nyt ihan ensimmäisenä. (SH 2)*

*Lääkkeet muuttuu niin kauheesti, et ei voi aina aatella, et on vaan aspiriinia ja VPenia, et on paljon muutakin. Ja näist just sanotaan lääkkeiden sivuvaikutuksist ja sen tyyppisist, niist on pakko ottaa kyl selvää... (SH 3)*

Kliinisen hoitotyön alueesta nousivat esiin myös erilaiset konkreettiset hoitotoimenpiteet, joihin liittyvää tietoa osa hoitajista oli tuntenut tilannekohtaisesti tarvitsevansa. Nämä toimenpiteet joko tulivat vastaan ihan uutena, niitä käytettiin harvemmin tai ne olivat ohjeiltaan nopeasti muuttuvia. Osittain näihin tilanteisiin liittyvä tiedontarve on luonteeltaan myös orientoivaa, koska osa hoitajista ilmaisi tarvitsevansa tällaisiin tilanteisiin myös etukäteen valmistavaa tietoa. Tällaisia mainittuja hoitotoimenpiteitä olivat esim. ensihoito, haavahoidot ja diabeteshoito. Haavahoito- ja diabeteshoito-ohjeet muuttuvat koko ajan, ja vaikka ne hoitoina ovatkin yleisiä, hoitajat joutuvat välillä tarkistamaan, että varmasti toimivat viimeisten ohjeiden mukaisesti. Ensihoito- ja elvytystilanteisiin haastatellut sairaanhoitajat kertoivat joutuvansa vain harvoin, rutiinia ei pääse syntymään ja myös ensihoito-ohjeet muuttuvat. Joskus hoitajat joutuvat tekemään myös täysin uusiakin toimenpiteitä.

*...täst on nyt vähän aikaa, kun tiputettiin rautaa potilaalle ja se oli ihan uus, ni kyllä ne oli selvitettävä ne siihen raudan tiputukseen liittyvät ohjeet, kuinka nopeesti se tiputetaan ja mitä erikoisalueita siinä on huomoitava sitten potilaan voinnissa ja tämmösissä. Ni kyl ne täyty ohjeista kattoo eriksee sitten kaikki, et se oli ihan uutta asiaa silloin. Tarttis kattoo nytkin, jos tulis, siitä on sen verran aikaa, ni uudestaan kerrata. (SH 9)*

*Kyllä mulle melkein nousee tällaset elvytystilanteet, koska niitä on onneks niin harvoin ja ainahan niitä harjotellaan, mutta kyllä mä koen, että ne on semmosia, missä en koe olevani vahvoilla. Et aina täytyy kerrata ja mielti, että mitä lääkettä missäkin välissä... (SH 1)*

*No tietysti sit semmoset asiat, mitkä aina niinkun kehitty, niin niitä aina mieltii, et tiedäkö mä varmaan, millai nykyään tehdään, sanotaan nyt joku diabeteksen hoitaminen, se on aika monimutkanen juttu nykyään. Ja siitä tiedetään nyt paljon enemmän kuin joskus aikasemmin. (SH 14)*



Hoitotyön alueista myös potilasohjaukseen liittyy tilanteita, joissa haastatellut hoitajat olivat kokeneet tarvitsevansa tietoa. Esim. kotiuttamistilanteissa potilaat tarvitsevat kotihoito-ohjeita ja sitä kautta myös monenlaista ajan tasalla olevaa tietoa, jonka välittäminen on nimenomaan sairaanhoitajien tehtävä. Osa hoitajista koki ohjeisiin liittyvän tiedon olevan koko ajan muuttuvaa, ja tilannekohtaisesti tiedon ajantasaisuus ja oikeellisuus on tarkistettava. Myös jotain toimenpidettä tai tutkimusta odottava potilas tai asiakas voi haluta jo etukäteen kuulla, mitä tulee tapahtumaan, ja hoitajan on pystyttävä vastaamaan näihin kysymyksiin.

*...et just esimerkis tämmönen sokeritautipotilas, et hälle kotihoito-ohjeita, et ku siihenhän liittyy niin paljon kaikkee, jalkojenhoidosta ja kaikesta lähtien, ni kyl mun ainakin niit täytyy kerrata, ja koko ajanhan tulee uutta lääkityksen ja kaiken suhteen, ruokavaliosuosituksia ym. ym., ni pakko niitä on vaan yrittää sitä uutta tietoo hakee. (SH 2)*

*...ni kyllä on kaverilta kysyttävä taikka hankittava kirjoista taikka jostain tietoja. Ja jotain tutkimuksia, että mitenkä se tutkimus tehdään, kun pitää potilaalle selittää sitä... (SH 9)*

Erityisesti sairaanhoitajat, joiden työssä korostui potilasohjaus, tarvitsivat lääkkeisiin liittyvää tietoa jakaakseen sitä asiakkaille tai potilaille. He eivät siis olleet välttämättä suoranaisesti tekemisissä lääkehoidon kanssa.

*...on paljon vanhempia ihmisiä ja nuorempiikin, jotka tulee lääkäriltä, ja niil on resepti kädessä, ja ne on ihan pölähtäneit, eikä ne tiedä yhtään, mitä siel on puhuttu, ja miks heille on annettu lääkettä, ni sit pitäs pystyä siinä vielä vähän niinku opastamaan, ennenkun tää potilas lähtee ulos. (SH 3)*

*Aika paljon siis esimerkiks tommoset lääkitykset ja ja eri lääkkeiden yhteisvaikutukset on semmosia, mitkä nyt muistuu ainakin ensimmäiseks mieleen... Semmosissa tullee monta kertaa kyllä, että täytyy kertakaikkiaan sanoo sille asiakkaalle, että mun täytyy kyllä tästä asiasta ottaa nyt selvää, että mä en tästä kyllä tiedä... Että kun siinäkin on esimerkiks kaikki tämmöset verenohennuslääkkeet, mitkä ei sovi läheskään kaikkien lääkkeiden kans... (SH 13)*

Potilasohjaukseen liittyvät myös tilanteet, joissa sairaanhoitaja joutuu joko puhelimesta tai kasvotusten arvioimaan asiakkaan ongelmaa ja hakemaan ratkaisua siihen, onko asiakas aiheellista ohjata lääkärin vastaanotolle vai riittävätkö terveydenhoitajalla käynti tai itsehoito-ohjeet. Asiaan liittyvä tieto voi olla jo olemassa hoitajalla, mutta täydentävää tietoa haetaan, jotta saataisiin annettua asiakkaalle mahdollisimman selkeä ja oikea vastaus.

*Nyt just viime viikollakin etsiskelin, kun on suussa rakkuloita, et mitä sitten tehdä... Kun ei oo selkeesti semmonen asia, mikä nyt just ois lääkärille, kun ne on tämmösi itsehoidollisii monesti, mut siin on vaan helpompi sitte, kun potilaalle tai asiakkaalle voi helpommin sen selittää, kun se on kerrottu siel [Internet] oikein kunnolla. (SH 3)*

Osana potilasohjausta erityisesti kotisairaanhoidajat joutuvat neuvomaan ja opastamaan potilaita/asiakkaita tai heidän omaisiaan asioissa, jotka eivät suoranaisesti liity sairaudenhoitoon. Erityisesti vanhusasiakkaat tarvitsevat apua esim. sosiaaliturvaan liittyvän ”paperisodan” hoitamisessa tai he haluavat tietoa joistain olemassaolevista palveluista. Näissä tilanteissa tarvittava tieto ei välttämättä ole heti hoitajalla itsellä hallussa, vaan asioista on otettava selvää.

Edellä esitellyt praktisen tiedon tarpeet ovat liitettävissä hoitotyön alueista joko kliiniseen hoitotyöhön tai potilasohjaukseen. Hoitotyön alueista kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön puolestaan voi katsoa kuuluvaksi tilanteet, joissa jotkut sairaanhoitajat mainitsivat tarvitsevansa usein nk. potilaskohtaista tietoa, eli yleensä tietoa potilaan tai asiakkaan sairaushistoriasta tai muista häneen liittyvistä käytännön asioista. Esim. potilaan/asiakkaan siirtyminen kuntayhtymän sisällä osastolta toiselle tai kotiutuminen isommasta sairaalasta tuo mukanaan tilanteita, joissa potilaskohtaista tietoa on haettava.

*...ja nimenomaan kun on tullut joku uusi [...] niin hänestä ihan tämmösiä käytännön asioita. Toki tulee aina semmonen hoitotiedote mukana, mut kaikkeehan siinä ei ole. Eli tulee jotain tämmöstä kysyttävää, että onko tällä ihmisellä ollut näin ja näin aikasemmin. (SH 4)*

Myös potilaiden/asiakkaiden omaiset saattavat kaivata vastauksia moniin kysymyksiin. Koska lääkäri on joillakin osastoilla vain hyvin harvoin tavoitettavissa, eivät omaiset lääkäriä juurikaan tapaa vaan asioita kysellään nimenomaan hoitajilta. Näihin tilanteisiin jotkut hoitajat kertoivat kaipaavansa uusinta, eksaktia tietoa.

Haastatelluilla hoitotyön johtavilla henkilöillä praktiset tiedontarpeet liittyivät usein erilaisen hallinnollisen tiedon hakemiseen ja päivittämiseen. Muuttuvaa lainsäädäntöä vuosilomista tai muista henkilöstön työsuhteeseen liittyvistä asioista on jatkuvasti päivitettävä ja tarkastettava.

### 8.3 Sairaanhoitajien tiedonhankinta

Seuraavaksi käydään läpi haastateltujen sairaanhoitajien käyttämiä orientoivan ja praktisen tiedon lähteitä. Niiden tarkastelussa pyrittiin nostamaan esiin keskeisimmät, useimpien käyttämät lähteet, mutta tuomaan myös esille poikkeavuuksia tai vaihtoehtoja. Sähköisiä lähteitä tarkastellaan omana kokonaisuutenaan.

#### 8.3.1 Orientoivan tiedon hankinta

Orientoivassa, yleisemmän tiedon seuraamisessa ammattilehdet tulivat esiin lähteinä kaikilla haastatelluilla hoitajilla. Haastattelussa mainittiin ammatti- tai etujärjestöjen Sairaanhoitaja-lehti (Sairaanhoitajaliitto), Tehy-lehti (Terveys- ja sosiaalialan koulutettujen ammattilaisten etujärjestö) sekä SuPer (Suomen lähi- ja perushoitajienliitto). Haastatelluista hoitajista useimmat saivat kotiinsa sekä Sairaanhoitaja-lehden että Tehy-lehden tai ainakin toisen niistä. Hoitotyön johtavien henkilöiden kohdalla painottui Tehy-lehti, jonka kautta välittyä tietoa esim. työsuhdeasioihin liittyvistä muutoksista.

*No kotiin mulle tulee se Sairaanhoitaja-lehti, se on ihan hyvä. Jos sattuu, et on itseä kiinnostavia juttuja. Väliin luen tosi tarkkaankin sen. (SH 2)*

*Lehtiä seuraan, omia ammattilehtiä, lähinnä Tehy ja sit toi Sairaanhoitaja-lehti, mutta et ne on nyt, että niitä lueskelee kotona, että ne ei oo sellasiin äkillisempiin juttuihin, se on vaan lähinnä sen yleisemmän tiedon ylläpitämistä ne lehdet. (SH 9)*

Myös työyksiköissä oli saatavilla hoito- tai vanhustyöhön liittyviä lehtiä, joista jotakin useimmat hoitajat kertoivat seuraavansa ja lukevansa ja saavansa niistä joskus hyödyllistä omaan työhön liittyvää tietoa. Mainittuja lehtiä olivat mm. Medi uutiset, Vanhustyö-lehti, Dementiauutiset, Mielenterveys-lehti sekä eri sairaustyyppien omat lehdet, kuten Diabetes- tai Syöpä-lehti. Myös Hoitotiede-lehti oli osalla hoitajista saatavilla työpaikalla, mutta sitä luettiin hyvin satunnaisesti. Ongelmana lehtien lukemisessa työpaikalla koettiin ajan puute. Lehtiä luettiin ja seurattiin esim. yövuorojen aikana. Haastattelujen aikaan ei missään yksikössä ollut varsinaista lehtikiertoa järjestettynä.

*...mikäs sen lehden nimi nyt sitten onkaan, joku Vanhustyö, se tulee vissii tilaamatta, jostain Vanhustyön keskusliitosta. Ja sitten tulee ihan näitä, onko se Invalidityö sen lehden nimi, ja sitten Fin Ilkko, eli nää avanneleikattujen lehti tulee ja... Mikäs se keuhko...Silmuko se on? Ja niissä on monissakin aika usein nimenomaan vanhuksistakin. Niistä voi soveltaa sitä tietoo. (SH 13)*

Keskeinen tiedonhankinnan kanava, jota kaikki tutkitut sairaanhoitajat pitivät tärkeänä, oli työnantajan järjestämä täydennyskoulutus. Sairaanhoitajien alalla työnantajalla on nykyisin lakisääteinen velvollisuus järjestää henkilöstölle mahdollisuuksia täydennyskoulutukseen ja työntekijä on puolestaan velvollinen osallistumaan koulutukseen, kolme päivää vuodessa. Haastatteluissa tulivat esiin esim. lähisairaanhoitopiirien alueelliset koulutukset, joista hoitajat kokivat saavansa tuoretta ja hyödyllistä tietoa liittyen esim. yleisimpiin sairauksiin, hoitotoimenpiteisiin tai lääkityksiin.

*Ja sitte on nää koulutustilaisuudet, puhutaan nyt esim. rytmihäiriöiden hoito terveyskeskuksessa taikka Infektiopäivät ja tän tyyppisiä, ni nää on mun mielest semmosii, et tärkeit osallistuu. Ja tämmösii, jotka keskittyy ihan yhteen asiaan niinku kipsauksiin tai jotain muuta, ni ne on mun mielest... (SH 3)*

Osa sairaanhoitajista käytti hyväkseen myös kirjallisuutta päivittääkseen ammattiinsa liittyvää tietoa. Jotkut sairaanhoitajat kertoivat selaavansa ja lukevansa työajan ulkopuolella omia, kotikokoelmien kirjoja, esim. keskeisiä alan oppikirjaklassikoita tai muita perusteoksia. Kirjallisuuden orientoivan tiedon lähteekseen maininneet olivat pääsääntöisesti henkilöitä, jotka lähiaikoina olivat suorittaneet joitakin terveydenhuollon tai vanhustyön opintoja ja esim. hankkineet itselleen niitä koulutuksia varten keskeistä kirjallisuutta. Vain aivan muutama hoitaja kertoi käyttävänsä myös kirjastoa ammatillisen, orientoivan tiedon hankintaan.

Sanomalehdet, TV tai radio, tulivat esiin useissa haastatteluissa. Terveystiedon ja vanhustalvet ovat aloja, joista usein kirjoitetaan tai kerrotaan julkisessa sanassa. Joskus sairaanhoitajat kokivat saavansa omaan työhön liittyvää tietoa tätäkin kautta. Tosin muutama haastatelluista hoitajista kertoi, että ei seuraa lainkaan televisiota tai ei kokenut saavansa mitään työhönsä liittyvää tietoa tätä kautta.

*Mä en kattele telkkarista mitään Teho-osasto-ohjelmia, vaan sitte kun sieltä tulee jotain asiaohjelmia, ni mä katton niitä. Ihan nyt näistä yleisist tiedotusvälineist, voi sanoo, et sielt tulee katottuu aika paljon. (SH 7)*

Omaehtoinen opiskelu oli yksi usealla haastatelluista esiin tullut tapa hankkia omaan ammattiin liittyvää orientoivaa tietoa. Moni haastatelluista korosti orientoivan tiedon hankinnassa

nimenomaan omaa aktiivisuutta ja oman, työajan ulkopuolisen ajan käyttöä siihen tarkoitukseen. Moni haastatelluista olikin suorittanut tai parhaillaan suorittamassa jollain tapaa omaan työhön liittyviä opintoja, ja joillain laajemmat opinnot olivat suunnitelmissa lähitulevaisuudessa, kun oma elämäntilanne sen vain sallii.

*Ja kuitenkin se, että ite niinku kouluttaa itseensä. Minust mä pidän sitä tärkeenä, vaik joskus käyny sen sairaanhoitajakoulun, ni siit on aikaa. Se menee hirveesti eteenpäin tää juttu, että sitä mä pidän tärkeenä, että ite huolehtii siitä, että kouluttaa itseensä ja pysyy tosiaan ajan tasalla. (SH 5)*

Myös kollegat mainittiin yhtenä orientoivan tiedon lähteenä. Kollegoiden kanssa eri aiheista käydyt ns. yleiset keskustelut, joissa kuullaan jonkun toisen kokemuksia esim. käydystä koulutuksesta tai ajatuksia jonkun toisen lukemasta artikkelista, tarjoavat uutta tietoa. Samoin muutamat sairaanhoitajista hyödyntävät tilanteita, joissa on mahdollisuus keskustella lääkäreiden kanssa, saadaksesen sitä kautta tietoa ajankohtaisista asioista.

*No sitte ihan työtä tehdessä, lääkärin kanssa yhteistoiminnassa, ni siinä aina kun tulee jotain mieleen, ni kyselen ja koitan päästä selvyYTEEN, että missä, nyt ku meilläkin on täällä nuoria lääkäreitä, et mis mennään tällä hetkellä ja kaikkee tämmöstä. (SH 7)*

Hoitotyön johtavilla henkilöillä keskeisiä orientoivan tiedon lähteitä olivat myös erilaiset alueelliset tai valtakunnalliset tiedotetyyppiset kirjeet. Tällaiset tiedotteet sisältävät esim. sosiaali- ja terveysministeriön koko terveydenhuollon alaa sääteleviä ohjeistuksia.

Tutkimustietoa hankittiin lähinnä sattumoisin. Siihen saatettiin törmätä joko sanomalehdissä, televisiossa tai oman alan ammattilehdissä, joista lähinnä esiin tuli Sairaanhoitaja-lehti. Johtavat henkilöt saivat tutkimustietoa myös esim. seuraamalla sairaanhoitopiirien tiedotteita. Nämä tiedotteet voivat välittää tutkimukseen perustuvaa ja jo sovellettua tietoa esim. uusista sairaanhoitopiirin sisällä käyttöön otettavista hoitokäytännöistä. Henkilöt, jotka kertoivat pyrkivänsä aktiivisesti hankkimaan tutkimustietoa, kohtasivat siinä kuitenkin esteitä (esteistä enemmän luvussa 8.3.4)

### **8.3.2 Praktisen tiedon hankinta**

Praktisen, tilannekohtaisen tiedon hankinnassa ehdottoman keskeiseksi lähdeyyypiksi nousivat henkilöt. Tärkeimpiä olivat kollegat eli toiset sairaanhoitajat. Riippuen siitä, millainen henkilöstö

kussakin työyksikössä on, myös muu hoitohenkilöstö, kuten terveydenhoitajat tai perus-/lähihoitajat koettiin tärkeiksi lähteiksi.

*Kun miettii, et jos mul on akuutti tiedontarve, ni kylhän se polku on aika taattu. Et eka se on ne omat työkaverit, läheltä siitä äkkiä funtsitaan se asia ja siitä se lähtee laajenee, et jos soitetaan tai otetaan lääkäriin yhteys. Kyllä näin se menee. (SH 2)*

*Jos mennään vähä yksityiskohtasempiin kokonaisuuksiin, ni kyllä se melkein aina se ensimmäinen vaihtoehto on ne työkaverit. Ne on helposti tavoitettavissa ja kokemus on osottanu, että aika moneen asiaan se vastaus löytyy siitä porukasta. Ja sehän on sitte taas kaikista nopein väylä löytää se tieto. (SH 4)*

Osalla sairaanhoitajista oli työpaikalla omia joko epävirallisia tai virallisia vastuualueitaan, joissa tarvittavia tietoja he työhönsä kuuluvilla koulutuksilla jatkuvasti myös päivittivät. Tällaisia olivat mm. aivohalvauspotilaiden yhdyshenkilö tai diabeteshoitoon erikoistunut hoitaja. Myös joidenkin sairaanhoitajien aiempi työkokemus jollakin erityisalueella tai esim. vankka henkilökohtainen kiinnostuneisuus vaikkapa atk-asioihin ja sitä kautta tietotekninen orientoituminen nosti heidän arvoaan tiedonlähteenä näillä nimenomaisilla alueilla. Toiset työyksiköissä tunsivat nämä erikoisosaamiset ja –alueet ja niitä hyödynnettiin tarvittaessa. Sairaanhoitajien työ tapahtuu pitkälti tiimityöskentelynä, samoin tiedonhankinta tapahtuu usein luontevasti ”porukalla pohtimisena”, kuten eräs haastatelluista asian ilmaisi.

Toinen lähdetyyppi, jonka useimmat haastatelluista mainitsivat, oli erilaiset käsikirjat. Tiedontarpeita tuli usein lääkehoitoihin liittyvissä tilanteissa ja lääkeopas Pharmaca Fennica mainittiinkin usein tärkeänä hakuteoksena, josta tietoja tarkistettiin. Muita mainittuja tiedonlähteinä käytettyjä kirjoja olivat Ensihoidon käsikirja, Sairaanhoitajan käsikirja ja Lääkärin käsikirja.

*Meillä on toi Sairaanhoitajan käsikirja ja Lääkärin kirja on siellä, mistä voi kattoo. Sitte Pharmaca Fennicasta löytyy lääkkeisiin liittyvät asiat, ni oikeestan niinkun varmistellaan asioita melkein päivittäin. Ja sieltä lähinnä näitä, että mikä on joku vastaava lääke, kun meillä monella eri kauppanimella on lääkkeitä, ni nitte varmistuksia sieltä. (SH 9)*

Kaikkien haastateltujen hoitajien työyksiköissä tai -pisteissä oli käytettävissä jonkinlainen käsikirjasto. Arviot näistä kirjakokoelmista vaihtelivat hieman, mutta pääosin niitä pidettiin suppeina ja osin vanhentuneina. Kirjoja hankitaan eri yksiköihin resurssien mukaan. Hoitoalan keskeisten kirjojen ongelmana nähtiin niiden nopea vanheneminen.

Lääkäri keskeisenä tiedonlähteenä mainittiin lähes yhtä usein kuin käsikirjallisuuskin. Sairaanhoidajat joutuvan usein tilanteisiin, jossa esim. potilaan/asiakkaan voinnissa on tapahtunut muutos ja silloin joudutaan harkitsemaan sitä, onko otettava yhteys lääkäriin. Varsinkin niinä päivinä tai vuorokaudenaikoina, kun omassa työyksikössä ei lääkäreitä ole paikalla vaan lähin lääkäri saattaa olla toisella paikkakunnalla, asia hoidetaan puhelinkonsultaation avulla. Lääkäreiltä haetaan näissä, usein hyvin akuuteissakin tilanteissa, lääketieteellistä arviointia potilaan voinnista ja sitä kautta ratkaisua syntyneeseen ongelmatilanteeseen.

*Me voidaan tehdä erilaisia asioita potilaan kans, mitataan, tutkitaan tietyt asiat ennen ku toimitaan, että kylhän meidän siltikin pitää ottaa lääkäriin yhteyttä, jos todetaan, että sil on verensokerit ihan pilvissä tai jotakin. (SH1)*

*Mut kyl mä monesti oon soittanut, et on lääkärin kans ihan käyty keskustelua läpi, et miten edetään. (SH2)*

Muita marginaalisia, kuitenkin mainittuja lähteitä olivat henkilölähteinä vielä erikoissairaanhoidon työyksiköiden osastojen hoitajat, joita saatettiin konsultoida puhelimitse vähemmän akuuteissa tilanteissa. Potilaskohtaista tietoa tarvittaessa käännyttiin usein myös kotihoidon henkilöstön tai omaisten puoleen. Muutama hoitajista mainitsi myös raportoinnin sekä ns. potilaspaperit tai työyksiköissä käytössä olevan atk-pohjaisen potilastietojärjestelmän itselleen tärkeänä lähteenä. Raportointi on jokapäiväistä rutiinia sairaanhoitajan työssä, sen avulla siirretään tärkeää potilaskohtaista tietoa seuraavaan työvuoroon tulevalle kollegalle. Yleisesti potilaan tietoihin kirjataan mm. tehdyt tutkimukset ja lääkemääräykset ja potilaskohtaista tietoa saatetaankin hakea tai tarkistaa potilaan papereista tai tietokoneelta, ilman, että sitä välttämättä mielletään tiedonhankinnaksi.

*Niin no sitten tietysti nää potilaspaperithan on yks tiedonlähde, sieltähä selviää sen potilaan kohdalta hirveen paljon vanhoistakin tiedoista, että onko ollu vastaavanlaista aikasemmin ja mitä silloin on tehty, taikka onko jotain asiaa jo tutkittu ja mitä silloin on siitä selvinny ja...Ne on kyllä tärkeitä. (SH 9)*

Millä perusteella tiedonlähteet valitaan tai ne valikoituvat, riippuu pitkälti tilanteesta. Osa sairaanhoitajista joutuu usein akuutteihin tilanteisiin, joissa tarvittava tieto on saatava nopeasti. Usein on käytettävä sitä lähdeä, mikä on juuri sillä hetkellä käytettävissä. Tiedonlähteen on oltava toisaalta luotettava, mutta myös helposti tavoitettavissa. Kokemukset aiemmista tilanteista ohjaavat hankkimaan tietoa määrättyiltä tahoilta.

*Oikeestaan se valikoituu sillä perusteella, mikä on ninkun helpoiten saatavilla olevaa asiaa. Että sen ottaa, minkä ensiks käteen tulee. (SH 10)*

### 8.3.3 Elektroniset lähteet

Kaikki haastatellut hoitajat käyttivät tietokonetta päivittäisessä työssään apuvälineenä erilaisten potilasta koskevien asioiden käsittelyssä. Tietokoneella tehtiin laboratorio- tai röntgenläheteitä ja niiden vastaukset myös saatiin koneella nähtäviksi tai sen avulla seurattiin esim. potilaiden lääkemääräyksiä. Myös hoitotoimenpiteiden kirjaamista tehtiin jonkin verran. Suurimmalla osalla hoitajista varsinainen hoitotyön kirjaaminen tapahtui vielä paperilla, mutta muutos atk-pohjaiseen kirjaamiseen odotti lähitulevaisuudessa. Edellä mainittuja toimintoja varten kaikissa työ-yksiköissä oli käytössä uusi, elektroninen potilastietojärjestelmä (järjestelmästä enemmän luvussa 8.5). Hoitotyön johtavat henkilöt käyttivät tietokonetta hyvin paljon myös esim. työvuorosunnitteluun, työ sopimusten tai taloushallinnollisten asioiden käsittelyyn. Tietokoneita oli jokaisessa työyksikössä vähän ennen haastatteluja saatu lisää, ja hoitajat kokivat tietokoneen käyttömahdollisuuden parantuneen aiemmasta jonkin verran.

Tietokonetta tiedonhankinnan apuvälineenä käytettiin vaihtelevasti. Muutamalle sairaanhoitajalle Internet tarjosi kuitenkin tärkeimmän tiedonhankintakanavan. Näille hoitajille oli yhteistä se, että heillä joko on ollut helppo pääsy tietokoneelle työskentely-ympäristössään tai he olivat erityisen kiinnostuneita yleensä atk:sta. He olivat vakuuttuneita ja hyvin tietoisia Internetin tarjoamista mahdollisuuksista. Juuri vähän ennen haastatteluja osassa työyksiköistä oli tullut mahdolliseksi pääsy Terveysportti-nimiseen portaaliin, joka kokoaa samaan osoitteeseen monia keskeisiä lääketieteen sisällöntuottajia. Terveysportissa on erikseen lääkärin tietokannat ja sairaanhoitajan tietokannat, ja mm. alan keskeiset käsikirjat, kuten Pharmaca Fennica, Lääkärin käsikirja tai Sairaanhoitajan käsikirja ovat luettavissa siellä sähköisinä. Myös Käypä hoito-suositukset ovat luettavissa Terveysportin kautta. Hoitajat, jotka Terveysporttia paljon käyttivät, pitivät sen tarjoamia lähteinä hyvinä, luotettavina ja jatkuvasti päivittyvinä. He kokivat sen myös nopeaksi ja helpoksi tavaksi hankkia tilannekohtaista tietoa.

*Mut sit on toi Terveysportti, meil on tosi hyvä kirjasto tuolla Internetissä. Sitä tulee käytettyä kyllä. Kirjat on vähän hankalia siinä, että kun se vanhenee se tieto. Et sen takia tulee käytettyä sitä Terveysporttia ja sieltä kautta sitte etittyä asioita, jos tarvii. Ne on ajan tasalla aina, ja sieltä pystyy hakee kaikki tiedot. (SH 7)*

Osin Terveysportin sisältämä tieto on vapaasti käytettävissä, osin se vaatii maksullisen yhteyden. Lisäksi tärkeinä joko tilannekohtaisen tai orientoivan tiedon maksuttomina sähköisinä lähteinä mainittiin esim. Kansanterveyslaitoksen www-sivut, eri yhdistysten, kuten Dementianhoito-yhdistyksen tai Diabetesliiton sivut sekä sairaanhoitopiirien sivut. Tosin esim. eri



sairaanhoidopiirien tarjonnassa oli vielä vaihtelua, mutta kokemus oli opettanut, mille sivuille missäkin tilanteessa kannatti hakeutua.

*Sillä lailla aika laajasti kyllä etsitään niitä. Kun jossain voi olla ensihoito-ohjeet siis todella hyvät, ja toisil ei oo juur mitään, taik ei niit oo viel tehty. Tai sit kipsausohjeet tai jotakii, jumppaohjeita kipsatulle kädelle, niitä löytyy ihan hyviä, ku toisil ei o mitään. Kyl pikkusen täytyy miettiä, et mist hakee. (SH3)*

Tilanteissa, joissa selkeää osoitetta tiedonlähteelle Internetissä ei ollut tiedossa, verkkoa käyttämään tottuneet hoitajat käyttivät myös hakukoneita, joista nimeltä mainittiin Google. Pääasiallinen kokemus ”googlaamisesta” oli, että sillä tavalla löytyy vastaus kaikkeen, toisaalta haittapuolena tuli myös esiin viitteiden runsaus, mikä ei enää sitten tue tiedonhankintaa kiireisen työn vaatimissa tilanteissa (enemmän luvussa 8.3.4). Se, että tiedot olivat peräisin joltakin tutulta ja turvalliselta sivulta, takasi myös tietojen luotettavuuden, mitä pidettiin tärkeänä myös sähköisten lähteiden kohdalla, samoin kuin yleensäkin lähteiden valinnassa.

Tärkeimpänä ammatillisen, tilannekohtaisen tiedon ja myös osittain orientoivan tiedon hankintakanavana Internet oli siis vain muutamalla hoitajalla, mutta kaikista haastatelluista noin puolet käytti sitä ammatilliseen tarkoitukseen ainakin jonkin verran. Kaikki haastatellut olivat käyttäneet Internetiä jonkin verran, ja lähes kaikki ainakin satunnaiseen, jonkin hoitotyöhön liittyvän asian selailuun. Kuten edellä mainittiin, työyksiköiden tietokonekanta oli juuri hieman parantunut, mutta moni haastatelluista ei juuri käyttänyt tietokonetta työpaikalla minkäänlaiseen orientoivaan selailuun tai eksaktimpaan hakuun, vaan selailua saatettiin tehdä kotikoneella.

Mainittakoon vielä, että nekin hoitajat, jotka pitivät Internetiä tärkeänä tiedonhankintakanavanaan, turvautuivat usein myös henkilölähteisiin tai perinteisiin hakuteoksiin. Esiin tuli kuitenkin arvio siitä, että tulevaisuudessa sähköiset lähteet tulevat syrjäyttämään perinteiset kirjamuotoiset.

*Mutta että tämä [Internet] tulee varmasti tulevaisuudessa oleen se kanava, mitä kautta esimerkiksi nää käyvät hoitosuositukset tulee henkilöstön tietoon. (SH 10)*

Työpaikan sähköposti oli pienellä osalla hoitajista ollut käytössä jo pidemmän aikaa, ja heille se olikin jo päivittäinen tiedon välittämisen ja erityisesti tiedon saamisen apuväline. Hieman ennen haastatteluja kaikkikin hoitajat olivat saaneet oman työpaikan sähköpostiosoitteen. Totutteluvaihe niiden käytössä oli siis menossa. Osa hoitajista uskoi työsähköpostin käyttömahdollisuudesta olevan hyötyä tiedonhankinnan kannalta, osa epäili, että työaikana ei sähköpostia ehdi seurata.

Muita sähköisiä lähteitä, kuten cd-romeja tai elektronisia lehtiä, haastatellut eivät juuri olleet käyttäneet. Ainoat harvat kokemukset elektronisista lehdistä liittyivät muutamalla hoitajalla lähiaikojen opiskeluun, ja pääsääntöisesti esim. omaan ammattiin liittyvien lehtien sähköisestä olemassaolosta ei tiedetty.

### **8.3.4 Tiedonhankintaa hankaloittavia tekijöitä ja esteitä**

#### Yleistä

Kiire ja ajan rajallisuus sairaanhoitajan työpäivän aikana tulivat esiin kaikissa haastatteluissa. Akuutteihin tilanteisiin, joihin ainakin osa hoitajista melko usein työyksiköstä riippuen joutuu, hoitajat kokivat tiedon pääsääntöisesti saavansa. Tilanteet on pakko ratkaista tavalla tai toisella. Aina se ei välttämättä kuitenkaan sujunut mutkattomasti ja niin nopeasti kuin he olisivat toivoneet. Yleensä näissä tilanteissa turvauduttiin helpoimmin saavutettaviin lähteisiin eli kollegoihin. Seuraava kohde tiedonhankinnassa oli usein lääkäri, mutta lääkärin tavoitettavuuden osa hoitajista koki ongelmana. Joissakin työyksiköissä lääkäri oli paikalla fyysisesti vain hyvin harvoin, kaikissa kuntien terveyskeskuksissakaan lääkäri ei ollut välttämättä joka päivä. Iltaisin, öisin ja viikonloppuisin joka paikassa toimittiin ilman omaa lääkäriä, päivystyksen varassa.

*No jos nyt aatellaan niinkun tietoo, tiedon saantia vaikka potilaitten hoitamisesta, just joku akuutimpi tilanne on päällä siinä, ni se on ehdottomasti hankaloittava tekijä, että ei tahdo olla lääkäreitä, että voi joutua jonottelee kauan tai voi joutua soittaa moneen paikkaan, ennen kun saa lääkärin puhelimen päähän. (SH 6)*

Jotkut hoitajista kokivat työpaikan kirjakokoelman puutteelliseksi tai välttämättä kirjat eivät olleet aina saatavilla. Muita, lähinnä tilannekohtaista tiedonhankintaa hankaloittavia tekijöitä tuli esiin vain harvoja, lähinnä yksittäisinä mainintoina, jotka vaihtelivat yksiköittäin ja henkilöittäin.

Ajan puute korostui erityisesti orientoivan tiedon hankinnassa. Työpäivän aikana ei mihinkään laajempien asioiden selvittelyyn ehditä, perushoitotyö vie kaiken ajan ja energian. Jokainen tietää tilanteen, eikä työparia tai kollegaa haluta ylimääräisesti rasittaa jättämällä omat käytännön työt hänelle pidemmäksi aikaa. Jotkut hoitajat mainitsivatkin nimenomaan yövuoroissa voivansa keskittyä esim. oman ammattialan lehtien lukemiseen tai kokeilla Internetin tarjoamia lähteitä.

*Se pitäis ajatella ammatillisesti sitä asia niin, että mun pitää selvittää tää asia nyt eikä kantaa huonoa omaatuntoa siitä, että pari jää kentälle yksin. Mut kun sen tietää miten vaikeeta sielä kentällä on yksin työskennellä... (SH 1)*

*Kyl sitä työkaverit kattois hitaasti, jos mä nyt kesken päivän rupeisin jotain isompaa juttua selvittelee. Et tietysti tollaset, mitkä pitää nopeesti saada, pieni yksittäinen tieto, akuutti juttu, ni pakkohan se on se tieto ottaa ja siihen se aika käyttää. Mut joku isompi kokonaisuus, ei se työajan puitteissa onnistu. (SH 2)*

Työaikaan sidottuja tärkeimpiä orientoivan tiedon hankintatapoja olivat työpaikan kautta saatava koulutus ja pikainen ammattilehtien selailu työpaikalla, muuten orientoiva ammatillinen tiedonhankinta koettiin pitkälti kuuluvaksi työajan ulkopuolelle. Monen mielestä kuitenkin työpäivän jälkeen ei enää riitä energiaa eikä haluakaan miettiä työasioita. Joillekin myöskään elämäntilanne esim. perheen pienten lasten kanssa ei sallinut vapaa-ajan käyttöä esim. opiskeluun tai työhön liittyvien asioiden laajempaan selvittelyyn. Kuitenkin kaikille kotiin tulevat järjestölehdet Tehy ja/tai Sairaanhoitaja olivat nimenomaan omalla ajalla aktiivisesti seurattuja lähteitä. Ajan puute esteenä tai tiedonhankintaa hankaloittavana asiana tuli esiin myös joidenkin kokemuksena siitä, että osastokokoukset, jotka onnistuessaan ja säännöllisesti toteutuessaan voivat antaa tietoa, eivät kuitenkaan kiireen vuoksi aina toteudu.

Työhön kuuluviin koulutuksiin useimmat hoitajat kokivat pääsevänsä riittävästi, mutta joitain hankaluuksia tuli esiin senkin suhteen. Koulutuksiin varattu raha on rajallinen. Jotkut hoitajista kokivat, että työpaikkakoulutuksen tarjonta, jonka on kohdistuttava tasapuolisesti koko henkilöstölle, ei välttämättä ollut kuitenkaan riittävä oman ammatillisen kehittymisen kannalta. Koulutukseen osallistuminen hankaloituu myös, jos sen ajaksi ei ole sijaistavaa henkilöä.

*Tällä hetkellä ja lähinnä tulevaisuuden esteenä tulee varmasti ole tää sijaispula. Että mistä me saadaan sijaiset, jotka tekee töitä sinä aikana, kun me kouluttaudumme. Et se tulee oleen suurin ongelma, koska nyt kyllä näyttää aika huonolta niinkun työntekijöitten saaminen. (SH 10)*

Moni tutkituista ilmaisi lääkäritilanteen myös orientoivaa tiedonhankintaa hankaloittavana tekijänä. Usein vaihtuvien lääkäreiden ja hoitajien välille ei välttämättä ehdi syntyä sellaista kanssakäymistä, että lääkärin hallitsemaa oman alan tietämystä pystyttäisiin laajemmin hyödyntämään. Esiin tuli myös mielipide siitä, että nuoremmat lääkärit harvemmin ovat perehtyneitä erityisesti vanhushuoltoon.

*...meillä oli hirveen hyviä lääkäreitä ennen, nyt on ihan huutava lääkäripula, on semmosia poikkeajia tässä talossa, et heiltä ei enää saa niinkun mitään. Ennen kun oli vakkari lääkäri, ni hän neuvo ja ohjas ja opasti ja anto tietoo ja näin, mutta se on loppunu vuosia sitten oikeastaan jo. Että oikeastaan on ikävä sitä aikaa. Nää on tosiaan, että joka viikko melkein käy eri lääkäri poikkeemassa ja on, käy pari kolme kertaa, että se ei enää anna kyllä tietoo. (SH 6)*

### Esteet elektronisten lähteiden käytössä

Haastatelluista hoitajista useimmat olivat toimineet jo kauan työelämässä, ja aikoinaan atk-opinnot eivät kuuluneet heidän koulutukseensa millään tavalla. Terveystieteiden ala on kuitenkin tietoteknistynyt koko ajan kovaa vauhtia. Haastatteluissa tuli esiin työpaikan tarjoaman atk-koulutuksen riittämättömyys, tietoteknisten tietojen ja taitojen hankkimisen hoitajat kokivat jääneen pääasiassa heidän omalle vastuulle.

Ne hoitajat, jotka käyttivät myös Internetiä tiedonhankintaan, kokivat tietokoneiden rajallisen määrän hankaloittavan tiedonhankintaa. Omia tiedonhakutaitoja muutamia hoitajia pitivät myös puutteellisina tai ei tiedetty, mistä osoitteesta tai lähteestä verkossa vastauksen kysymyksiinsä saisi. Jotkut hoitajat kertoivat myös, että aina ei vielä välttämättä huomata Internetin tarjoamia mahdollisuuksia, vaan hakeudutaan aiemmin käytetyille ei-sähköisille lähteille.

*Internetistä jonkun verran, en oo viel oppinu riittävän hyvin käyttämään, taikka sillai siis osaan käyttää, muttei miellä sitä, ei tuu mieleen, että sieltähän vois löytyä tosi paljonki asioita. Mut sitä ehdottomasti vois hyödyntää paljon enemmän. (SH 9)*

Kieli tuli myös vastaan Internetin tehokkaassa hyödyntämisessä tiedonhankintakanavana. Hoitajilla oli tietoa joistakin englannin- tai ruotsinkielisistä sivustoista, joista voisi löytää hyödyllistä tietoa, mutta oma kielitaito koettiin riittämättömäksi. Internetin tarjoama tiedon runsaus tuli myös hankaluutena esiin. Kokeiluina tehdyistä hauista saattoi tuloksena olla runsaasti viitteitä, joista oli työlästä ja aikaa vievää valita usein juuri nopeasti tarvitsemansa tieto.

### Esteet tutkimustiedon hankinnassa

Hoitajista muutama tunsi tarvitsevansa omaan alaan liittyvää tutkimustietoa, mutta koki esteitä sen hankinnassa. Heillä ei kertomansa mukaan ollut välttämättä tietoa kanavista tai lähteistä, mistä tällaista tietoa voisi hakea. Tietoa tehdyistä tutkimuksista kyllä saatiin esim. eri lehtien tai kirjallisuuden kautta, mutta itse tutkimukseen ei päästy käsiksi. Ongelmallisina tulivat esiin nimenomaan tilanteet, joissa oli olemassa selkeä tarve esim. johonkin tiettyyn sairauteen ja sen hoitomenetelmiin liittyvään tietoon ja tutkimuksen kautta saatuun näyttöön. Myös se, että välittömässä läheisyydessä ei ollut sellaisia kirjastoja, joissa olisi voinut itse selata ja haeskella näitä tutkimuksia, tuli esteenä esiin. Kaukolainauksen mahdollisuudet tiedettiin, mutta ennen sitä pitäisi olla selvemmin tiedossa, mitä halutaan kaukolainata.

*Hoitotyö-lehdessä on ja Sairaanhoidaja-lehdessä on jonkun verran niitä, et niistä kyllä löytää. Mut että nekin on sitten, mitä sieltä sillä hetkellä tulee, ei se käy niin päin, että jos mä tarviin tätä tietoo, et mä löytäsin just siihen tietoo. Esimerkiks jos mä nyt ajattelen niin, että meillä olis joku tietty potilas, jolla on joku tietty sairaus ja mä haluaisin kattoo, mitä tutkimustietoo siitä sairaudesta esimerkiks on tehty ja onko tutkittu, ni semmotten tiedon löytäminen on kyllä tosi hankalaa. Etten mä oo löytäny sellasta kanavaa vielä, miten se toimis hyvin. (SH 10)*

*Mutta se, että sais ihan niitä [tutkimuksia] helposti käsiinsä, se ei oikein kyllä onnistu, täältä käsin, jos ei oo missään koulus kirjoilla. Et se hankaluus on varmaan täs tilantees ainakin täällä. Et sairaanhoito-oppilaitoksen kirjasto olis kyl semmonen käyttökelponen paikka siinä kohtaa, et siellä niitä on. (SH 14)*

Tutkimustiedon saamista hankaloittavana tekijänä pidettiin myös sitä, että pääosin hoitoalan ja näytöstä kertovat tutkimukset ovat englanninkielisiä. Toisaalta kansainväliset tutkimukset nähtiin esim. suuren otoksen takia luotettavina ja siinä mielessä käyttökelpoisina. Suomalaisiin tutkimuksiin oli perehdytty lähinnä opiskeluun liittyen, mutta yleensäkin tutkimuksien lukemista pidettiin aikaavievänä ja hankalana. Myös tutkimustiedon hankinnassa korostui oma aktiivisuus, joskin esiin tuli myös toive, että työnantaja jollain tapaa edesauttaisi tutkimusten ja niiden sisältämän tiedon saatavuutta. Konkreettisena parannusehdotuksena eräs tutkituista näki henkilön, joka perehtyisi hoitotyön tutkimuksiin, valikoisi niistä jokaiselle yksikölle sopivimmat ja mielellään vielä referoisi ja kääntäisi suomen kielelle.

#### **8.4 Tiedonkäyttö**

Tutkimuskysymysten mukaisesti haastatteluissa selvitettiin myös sairaanhoitajien hankitun tiedon käyttöä. Yhteinen kokemus kaikilla haastatelluilla oli se, että he voivat työssään, tavalla tai toisella, hyödyntää hankkimaansa uutta tietoa. Jotkut hoitajista olivat sitä mieltä, että osa hankitusta tiedosta siirtyy suoraan päivittäiseen työhön ja sitä pystytään hyödyntämään esim. perushoitotyössä ja potilaan tilan arvioimisessa.

*No tietysti sitä soveltaa ihan niinkun siihen käytännön työhön koko ajan, että just kun arvioi potilaan voinnin muutoksia ja muuta, ni johtuukos se nyt kun alotettiin se uus lääke, ni siitä ja nyt ku on tapahtunu näin, ni se että eilen on tehty tämmönen muutos hoidossa, ni onkos tämä nyt sitten siitä johtuva. Ja ihan tätä potilaan tilan arvioimisessa sitä tietoo käyttää oikeestaan kaikkein eniten. (SH 9)*

Lähestulkoon kaikki haastatellut kertoivat pitävänsä tärkeänä saadun tiedon jakamista työyhteisössä. Hoitotyön johtavilla henkilöillä tiedon välittäminen on selkeä osa työnkuva, myös useimmat muut hoitajat kokivat sen velvollisuudekseen. Koulutustilaisuuksien jälkeen esim.

osastokokouksessa pyritään koulutuksen anti jakamaan toisillekin, ja jos osastokokous kiireen takia jää pitämättä, pyritään tietoa jakamaan ainakin ohimennen työvuorossa oltaessa. Myös koulutustilaisuuksista saatuja esitteitä ja oppaita tai omia, opiskeluun liittyviä kirjoja tuodaan muidenkin luettaviksi työpaikalle. Muutamat hoitajat kertoivat tulostavansa Internetistä löytämiään mielenkiintoisia sivuja tai ottavansa kopioita lehtiartikkeleista, joiden katsoivat hyödyttävän muitakin työyhteisössä, ja tuovansa niitä luettaviksi kahvihuoneen pöydälle tai jakavansa suoraan potentiaalisille asiasta kiinnostuneille henkilöille työyksiköissä.

Uusi tieto muuttaa helpoiten toimintaa pienissä käytännön asioissa. Koulutuksissa saatu tieto esim. tiettyjen insuliinikynien ja neulojen yhteensopimattomuudesta, täsmentynyt tieto verisuonitukoksia ehkäisevän lääkepiteksen yksinkertaisimmasta antotavasta tai puudutuksen merkityksestä silmähuuhtelun yhteydessä ovat muuttaneet konkreettisesti työkäytäntöjä vaivattomampaan suuntaan. Hoitajat kertoivat pyrkivänsä poimimaan koulutuksista oleellisia uusia asioita, jotka eivät ole vielä käytössä omassa työyksikössä, mutta vaikuttavat sopivilta ja käytännöllisiltä kokeiltaviksi sielläkin.

*No ehkäpä silloin tosiaan kun opiskelin tätä [...], ni jotain semmosia ehkä tuli siel mieleen, että ai joo, täähän onkin tätä juttua, et mä oon aina tehny näin, miks mä en voiski tehdä sitä näin. Kyllä mä ainakin silloin huomasin, et tuli jotain semmosia juttuja, että vaikutti siihen tekemiseen. Ja sitte kun sai sen tiedon, että se selvitti asioita, että senhän voi tehdä tosiaankin jotenki toisinki sen homman. (SH 5)*

Sairaanhoitajien työ on kuitenkin pitkälti tiimityöskentelyä, ja osa hoitajista koki, että uusien tuulien tuominen työyksikköön ei välttämättä ollut mutkatonta. Muutosvastarinta on aina olemassa ja vanhoista, totutuista käytännöistä ei ole helppo luopua. Yksi haastatelluista kertoikin tarvitsevänsä tutkimustietoa voidakseen perustella tämän teoreettisen tiedon avulla jotain tekemistään muille hoitajille. Monet hoitotyön asiat tapahtuvat samanlaisina ja kaavamaisesti. On helpompi yrittää uudistaa tai muuttaa jotain asiaa, kun on olemassa näyttöä siitä, että näin kannattaa tehdä. Yksi hoitajista esitti arvion, että esim. jossain koulutuksessa suoraan henkilökohtaisesti saatu uusi tieto voi edesauttaa hyväksymään muutoksen paremmin, kuin jos tieto välittyy kollegalta.

Sairaanhoitajan on toimittava lääkäriltä tulevien hoito-ohjeiden ja – määräysten mukaisesti. Joskus hoitajat voivat kuitenkin joutua siivilöimään näitä määräyksiä. Haastateltujen hoitajien työskentely-yksiköissä lääkärin vaihtuvuus on ollut suuri. Jokainen lääkäri tuo mukanaan omia käytäntöjään, myös lääkemääräysten suhteen. Potilaat/asiakkaat itse eivät välttämättä aina ole täysin selvillä lääkehoitonsa kokonaisuudesta ja esim. eri lääkkeiden yhteisvaikutuksista. Myöskään lääkäriellä ei

ole välttämättä selkeää kokonaiskuvaa potilaan tai asiakkaan koko lääkityksestä ja esim. joidenkin lääkkeiden yhteensopimattomuus potilaan aiempien lääkkeiden kanssa voi jäädä lääkäriltä huomaamatta. Myös omaiset voivat tuoda potilaalle tai asiakkaalle erilaisia lääkkeenomaisia valmisteita, joiden käyttö muiden lääkitysten yhteydessä ei välttämättä ole aivan ongelmatonta. Jotkut haastatelluista olivat sitä mieltä, että ilman sairaanhoitajan jatkuvaa kontrollointia potilaat tai asiakkaat saattaisivat joutuvat syömään turhaankin joitain lääkkeitä.

*Ja tämmösiä tulee ihan viikottain, nyt näistä lääkkeistä, uusia lääkkeitä tulee markkinoille paljon. Lääkärit kun vaihtuu usein, ni vaihtuu lääkäreitten mukana lääkkeetkin. Paljon on semmosia lääkkeitä, mistä ei oo mitään tietoo etukäteen. (SH 4)*

*...kun on paljon semmosia lääkkeitä, mitä ei heille sovi ja ei voi käyttää, ettei olis semmosia päällekkäisyyksiä. (SH 5)*

*...yhelle [...] oli kovin tuotu tämmöstä Hyvä päivä- juomaa. Aloin sitä sit kattoo, ni siin oli kalsiumia lisätty. Ni tuli mieleen, hällehen menee omaisten halusta kalsiumpillereitä, että onkos tää nyt, että eikös sitä kalsiumia tuu sitte jo liikaa. Sitä me sitte tutkailtiin, et kuinka paljon kalsiumia on hyvä päivässä saada, ja tultiin johtopäätökseen, että kyllä hän sitä kalsiumia saa liikaa, jos hän syö ne pillerinsä ja tän kalsiumjuoman...(SH 8)*

Selkeimmän esimerkin uuden hankitun, nimenomaan orientoivan tiedon hyödyntämisestä ja sen vaikutuksesta käytännön työssä tarjosi muutaman haastateltavan mainitsema nk. kuntouttavan työotteen periaate, jota on pyritty toteuttamaan tutkittujen hoitajien työyksiköissä. Kuntoutumista edistävän työotteen koulutusmallia pilotoitiin muutama vuosi sitten lähisairaanhoitopiirin projektina tämän tutkimuksen kohteina olevien kolmen kunnan alueella. Projektin taustalla oli tutkittua tietoa siitä, että laitosvanhukset tekevät mahdollisimman paljon ja mielellään itse. Henkilökuntaa koulutettiin talon sisäisellä koulutuksella ja yhdessä haettiin sopivia tapoja, joilla asukkaiden tai potilaiden omatoimisuutta pyrittiin lisäämään. Osassa työyksiköistä projekti on tuottanut hyviä tuloksia, jotka ovat eräiden haastateltujen mielestä näkyneet hyvinkin konkreettisesti.

*Että kun oli se kuntouttava työote, ni siitähän oli just koulutusta ensin henkilökunnalle, ennenkun sitä alettiin toteuttaa. Sitä oli sitten useamman kerran. Että siitä on varmaan noussu sitä tietoo ja yhdessä työyhteisössä sitte mietitty, että mitkä on meille sopivia ja semmosia sitten käyty läpi. Että sen myötä on meijä työnkuva oikeastaan muuttunu tosi paljon, että ei se oo sitä avustamista enää sillai, ja kun miettii, mitä se oli ennen sitä se työ, ni kyllä se muuttunu on siitä. (SH 11)*

Hankittu tieto tuo varmuutta omaan työskentelyyn. Esiin tulivat erityisesti tilanteet, joissa hoitajat joutuvat ottamaan vastuulleen potilaan/asiakkaan vointia koskevan muutosvaiheen huomaamisen ja siihen reagoimisen. Tosin myös omaa, henkilökohtaista kokemustietoa käytetään näiden tilanteiden

ratkaisemisessa. Uusi tieto voi myös motivoida omassa, usein kiireisessä ja stressaavassa työssä toimimista ja siinä jaksamista.

*Ja tavallaan sillai, että sen on tajunnu tai niinku tehny aikasemminki, tavallaan sen vanhan tiedon ja sen vaistonvarasen perusteella, työkokemuksen perusteella, mutta sitte kun sen lukee sellasen 300-sivusen pumaskan, ni sitten sen niinku oikein tiedostaa, että näihän mä juur toimin. Ja näinhän pitää mun jatkossakin toimia. Niin sillon sen niinkun enemmän tiedostaa ja myöskin tuo sitä oman työn arvostusta, et arvostaa sitä työtä, mitä niitten ihmisten kanssa tekee. (SH 7)*

Hankittua, uutta tietoa jaetaan myös potilaille/asiakkaille tai heidän omaisilleen. Potilasohjaus korostui monen haastatellun työtehtävissä ja itse saatua, uutta tietoa pyrittiin välittämään myös potilaille.

*Esimerkiks nytkin kun oltiin semmosessa, lyhyt koulutus, just taas niinku tähdennettiin verenpaineen mittausta, et se pitää aina mitata istuen ja samasta kädestä. Et ei saa, et makuuarvoilla ei periaatteessa ole mitään merkitystä, jos potilas on makuulla. Kyllähän sitä jos asiakaskin kotona mittailee ja tulee julki, että hänellä on oma mittari, ni tottakai sitä sanoo, et muist ny ottaa se, ota siit samasta kädestä, äläkä tee sitä makuulla. (SH 2)*

## **8.5 Muutostilanteen vaikutukset tietokäyttämiseen**

Tutkittujen hoitajien työskentelykunnat aloittivat toimintansa vuoden 2005 alussa uudessa, laajahkossa perusturvakuntayhtymässä. Kaikki kolme ovat mukana perusterveydenhuollon ja ympäristöterveydenhuollon palveluiden osalta, ja myös kahden kunnan vanhushuollon palvelut hallinnoidaan tämän kuntayhtymän kautta. Haastatteluissa oli mukana vain niitä sairaanhoitajia, joiden työyksiköitä muutosvaihe kosketti. Haastatteluissa pyrittiin selvittämään tiedontarpeiden ja tiedonhankinnan näkökulmasta, millaisia kokemuksia hoitajilla oli tilanteesta heti uuden yhtymän toiminnan alkaessa.

Pääasiassa haastatellut hoitajat kokivat, että organisaation hallinnon muutos ja siirtyminen suurempaan kuntayhtymään eivät vaikuttaneet varsinaisesti heidän hoitotyön tehtäviinsä. Potilaiden/asiakkaiden kohtaaminen ja hoitotyö pysyivät samanlaisena kuin aiemminkin. Muutamalla hoitajalla tuli laboratoriojärjestelyjen takia uutena tehtävänä näytteiden otto. Lisäksi hoitotyön johtavat henkilöt, joille vielä aiemmin oli kuulunut enemmän myös käytännön hoitotyön tehtäviä, kokivat, että muutoksen myötä hallinnolliset tehtävät sekä toimistorutiinit lisääntyivät oleellisesti heidän kohdallaan. Nämä hoitajat kokivatkin uudessa tilanteessa varsinaiseen hoitotyöhön jäävän ajan liian niukaksi.



Suurin muutos, joka poikkeuksetta kaikkien haastateltujen kohdalla tuli esiin ja jonka suhteen lähes kaikki haastatellut kertoivat kokeneensa päivittäistä, jatkuvaa tiedontarvetta, oli uuden kuntayhtymän myötä käyttöön otettu potilastietojärjestelmä. Tietojärjestelmää käytetään hoitotyössä päivittäin esim. laboratorio- tai röntgenläheteiden tekemiseen tai potilaiden lääkemääräysten seuraamiseen. Hoitotoimenpiteiden kirjaaminen tehtiin enimmäkseen vielä paperiversiona, mutta hoitajien raportit ja potilaskohtaiset hoitosuunnitelmat kokonaisuudessaan olivat siirtymässä pikkuhiljaa sähköisiksi. Haastatellut eivät kokeneet ongelmallisena ainoastaan uuden järjestelmän käyttöönottoa ja sen opettelua, vaan asiaan vaikutti myös muisto edellisestä potilastietojärjestelmästä, jonka jokainen oli kokenut helpompikäyttöiseksi ja toimivammaksi. Edellinen järjestelmä oli ehtinyt olla käytössä muutaman vuoden. Järjestelmän vaihtamiseen näillä kolmella paikkakunnalla oli päädytty, koska uusi järjestelmä oli jo käytössä suurimmalla osalla uuden kuntayhtymän työntekijöistä. Haastatteluissa tuli esiin, että henkilöt, joilla jo päätösvaiheessa oli kokemuksia molemmista järjestelmistä, eivät pystyneet kuitenkaan vaikuttamaan päätökseen. Molemmat järjestelmät ovat valtakunnallisesti käytössä eri sairaanhoitopiireillä ja ovat johtavia sarjassaan.

*Tää [uusi järjestelmä], siin on käyty kovaa koulua. Ensinnäkin et on opeteltu se käyttää ja toiseks, et pikkuhiljaa pitää vaan hyväksyä, että sitä on pakko käyttää. Elikä me koettiin, että meillä oli tosi hyvä se vanha ohjelma, ja tämä koetaan hankalaks, mut ei se auta, pakko mennä mukana ja tehdä. (SH 2)*

Hoitajien kokemukset uudesta potilastietojärjestelmästä olivat yhdensuuntaisia. Se koettiin vanhanaikaiseksi, kömpelöksi, monimutkaiseksi, aikaa vieväksi tai epäselväksi.

*Mutta se on niin jotenkin sillai, että [vanhassa] kaikki näki kerralla. Potilaalla on nämä sivut auki taikka käytössä ja sieltä voi kattoo, että mitä sillä sivulla sitten lukee. Mutta [uudessa] mennään ensin tähän, ja sitten sieltä haetaan tämä ja sieltä tämä, niin sitten päästään sille sivulle. Ja sitten kun haluaa sinne ensimmäiseen, sitten palataan kaikki takasi, et se on monimutkasempi, ja sillai, että sitä on vaikeempi sitä kokonaisuutta hahmottaa, että mitä tietoja sillä potilaalla siellä koneella jo on. (SH 9)*

*Kun se on niin semmonen moniluukkunen se ohjelma, sieltä kun jostakin kohdasta lähdet jotakin hakemaan, ni vähän päästä oot niin hukassa, ettet tiä muuta, kun että pistän kiinni tämän! ... kun se vie niin paljon aikaa, se vie niin paljon aikaa kertakaikkiaan! Kaikki täytyy mennä niin monen luukun takaa ja sit täytyy aika hyvin tietää kyllä, minkä luukkujen takaa mihinkäki pääsee! Eikä sitä opi, ennenkun käytännössä ja hakemalla. (SH 14)*

Jotkut hoitajat olivat sitäkin mieltä, että uuden järjestelmän kanssa koettuja ongelmia on korostanut mahdollisesti tietynlainen muutosvastarinta. Käytössä oli jo hyväksi koettu ja aikoinaan opeteltu

järjestelmä, muutos uuteen järjestelmään tuntui turhauttavalta ja työläältä. He halusivatkin uskoa, että uusi järjestelmä on hyvä ja toimiva, kun se perusteellisesti opitaan. Johtavat henkilöt kokivat tilannetta hankaloittavaksi lisäksi sen, että myös kaikki henkilöstöhallinnon ohjelmat vaihtuivat samanaikaisesti.

Haastattelujen aikoihin järjestelmä oli ollut käytössä kolmisen kuukautta, mutta se aika ei ollut riittänyt järjestelmän sisäanajoon, vaan käyttöön liittyviä kysymyksiä ja ongelmia nousi hoitajien mukaan yhäkin usein ja stressaavat kokemukset jatkuivat. Kuitenkin päivittäiset työt pystyttiin tekemään jo järjestelmän avulla. Varsinaisen käyttökoulutuksen henkilöstö sai edellisen vuoden loppusyksystä, mutta suurin osa haastatelluista piti tuota koulutusta riittämättömänä ja liian varhaisessa vaiheessa toteutettuna. Tarkoituksena oli, että uutta järjestelmää olisi alettu kokeilla heti koulutuksen jälkeen pikkuhiljaa työvuoroissa vanhan järjestelmän käytön rinnalla. Käytännössä totuttelu ei kuitenkaan toteutunut niin: päivisin ei siihen koettu riittävän aikaa, ja yövuorossa ongelman tullessa esiin ei välttämättä minkäänlaista tukea ollut saatavilla ja kokeilut saattoivat loppua lyhyeen.

*No, silloin kun mä oon ollu yökkönä, ni silloin mä oon yleensä ollu koneella, että mä oon koittanu harjotella. Mutta sitte jos mä oon jääny johki kiinni, etten mä oo päässy jatkaa, ni mä oon jättäny siihen sitte. (SH 8)*

Tietojärjestelmään liittyvissä ongelmatilanteissa käännyttiin pääasiassa kollegoiden puoleen. Pieni osa hoitajista oli ollut aktiivisesti yhteydessä järjestelmän pääkäyttäjään, joka oli puhelinyhteyden päässä kuntayhtymän suurimmalla paikkakunnalla. Myös järjestelmätoimittajaan nämä muutamat saattoivat olla yhteydessä, varsinkin kun pääkäyttäjä ei ollut aina tavoitettavissa. Jotkut hoitajista olivat saaneet myös hieman enemmän koulutusta uuden järjestelmän käytössä, tai heillä oli muuten vankempi kokemus tietokoneista. Nämä hoitajat sitten pystyivät jakamaan tietoa myös kollegoilleen. Järjestelmään liittyvissä tiedontarvetilanteissa oli pääasiassa selvitty tämän kollegiaalisen tuen avulla.

Muutama hoitaja toi esiin näkemyksensä, kuinka uuden, monimutkaisen tietojärjestelmän käyttöön liittyvän koulutuksen tulisi tapahtua. Parhaana vaihtoehtona nähtiin se, että aivan alkumetreillä kouluttava tukihenkilö olisi jonkin aikaa työpaikalla käytettävissä jatkuvasti.

*Meillä kerätiin listaan tietoja, mutta kirjota nyt siihen sanoilla paperille se ongelma, ja sitte toine vastaa siihen kahdella sanalla vastauksen, ni siitä ei ollu mitään hyötyä siitä asiasta. Et täytyy olla joku ihminen konkreettisesti paikalla, että miltä vois kysyä, että miksi tekee näin ja miksi tekee näin. (SH 9)*

Toinen haastatteluissa esiin noussut muutostilanteeseen liittyvä, tiedontarpeita lisännyt asia oli organisaation hallinnon laajeneminen ja hierarkistuminen. Ensinnäkin esimiesasetelmat muuttuivat jonkin verran, minkä monet hoitajat kokivat monimutkaistaneen asioita ja hankaloittaneen tiedon saamista. Esimerkiksi koko entisen kuntayhtymän henkilöstön, niin laitos- kuin avopuolenkin, esimiehen eli yhden johtavan hoitajan tehtävät jakaantuivat noin kymmenelle eri henkilölle. Uuden kuntayhtymän myötä mm. vuodeosaston hoitajat, lääkärin vastaanoton sairaanhoitajat tai kotihoidon sairaanhoitajat saivat kaikki omat johtavat esimiehensä. Uuden kuntayhtymän jäsenkuntien erilaisia työkäytäntöjä oltiin parhaillaan yhtenäistämässä, ja moni hoitajista koki tarvinneensa tietoa näistä uusista, muuttuvista käytännöistä. Myös entisten kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistymisestä kotihoidoksi oli monella noussut kysymyksiä. Aina ei kuitenkaan välttämättä ollut selvillä, kuka mistäkin asiasta huolehtii ja keneen pitäisi ottaa yhteys asioiden selvittämiseksi. Uudet esimiehet olivat myös vieraampia ja fyysisesti kaukana, monelle haastatelluista vain nimiä paperilla. Jotkut hoitajista kokivat myös, että kaikki tarpeellinen tieto ei välttämättä kulje laajassa organisaatiossa heille asti.

Muutostilanteesta oli syntynyt monenlaisia tiedontarpeita, mutta lähes kaikkien hoitajien mielestä yleensä niihin oli tieto jostain löytynyt. Tiedonlähteenä näissä käytännön asioiden selvittämisessä oli yleensä oman työyksikön lähiesimies tai seuraavan portaan esimies. Toinen väylä oli ottaa yhteyttä suoraan henkilöön, joka ennen oli jonkin asian hoitanut ja hän yleensä pystyi ohjaamaan eteenpäin seuraavalle henkilölle. Laajemmassa muutosvaiheeseen liittyvien asioiden seuraamisessa jotkut kokivat sanomalehtien kirjoittelun käytännöllisemmäksi lähteeksi kuin henkilöstölle suoraan välitetyt yhtymähallinnon kokouspöytäkirjat tai -muistiot. Osa hoitajista oli myös ollut mukana erilaisissa suunnittelutyöryhmissä ja välitti sitten toisillekin niissä saamaansa tietoa.

Kaiken kaikkiaan muutos suunnittelu- ja valmisteluvaiheineen oli kestänyt jo muutaman vuoden ja haastatteluissa tuli esiin, että tavalla tai toisella tilanne on näytellyt melko isoa roolia haastateltujen hoitajien elämässä. Muutosvaihe oli aiheuttanut paljon hämmennystä ja epävarmuutta ja lähes kaikki hoitajat olivat kokeneet sen stressaavana. Monella muutostilanne oli herättänyt tarkemmin kohdentumatonta epätietoisuuden tunnetta tulevasta. Oman näkökulman paljon puhuttuun muutostilanteeseen antoi eräs haastatelluista, jonka mielestä muutos ei tapahdu itsestään eikä se tule mistään ulkoapäin valmiiksi annettuna, vaan työtä tekevät henkilöt itse tekevät muutoksen.

*Mut sit jos aattelee kokonaisuutena koko tätä [uusi kuntayhtymä], ni kyllähän mä luulen, ettei kaikille vielääkään kaikki asiat o selviä, että mihin ollaan menossa ja mitä kaikkee tulee, mitä tehdään. Et se semmonen tiedontarve, että laajemmin tätä [uutta kuntayhtymää] ajatellen, et mitä täst tulee, mitä tulevaisuus tuo tullessaan. (SH 2)*

*Mut että kaikki vie oman aikansa. Ja kaikilla oli tietysti ihan hirveet odotukset, että kaikki muuttuu sit niinkun napin painalluksesta tammikuun siittä ja siittä päivästä lähtien. No ei se millään voi muuttua, kun meidän varmaan täytyy tää muutos tehdä! Ettei se muutu ennen. (SH 14)*

Uutena tiedonlähteenä mainittiin koko uuden kuntayhtymän viikkotiedote, joka jaetaan kaikille sähköpostitse sekä myös paperiversiona sisäisessä postissa. Jotkut hoitajat kokivat uudessa yhtymässä positiivisena asiana myös uusien kollegoiden kautta syntyneen eräänlaisen ryhmäntymisen. Aiemmin työn viiteryhmä syntyi paikkakunnittain, mukana oli kaiken tyyppisiä hoitajia ja mahdollisesti muutakin henkilökuntaa. Laajemman kuntayhtymän syntyessä muodostui koko alueelle selkeästi suurempi joukko esim. lääkärin vastaanoton sairaanhoitajia tai osastonhoitajia. Näille ryhmille oli aloitettu säännölliset kuukausipalaverit, joiden onnistuessaan koettiin voivan välittää tälle tietylle ryhmälle kohdennettua tietoa.

Positiivisena asiana uuteen potilastietojärjestelmään liittyen mainittiin myös parantunut potilaskohtaisen tiedon saaminen. Järjestelmän kautta voi parhaimmillaan saada nopeasti välitöntä tietoa yhtymän aluesairaalassa tehdyistä toimenpiteistä esim. potilaan siirtyessä takaisin pienempien hoitoyksiköiden osastoille. Lisäksi koulutusmahdollisuuksien ja -tarjonnan uskottiin parantuvan kuntayhtymässä, jonka henkilöstön kokonaismäärä on n. 450. Vielä ei koulutusten suhteen ollut ehtinyt tapahtua paljoa, mutta monella haastatelluista se tuli esiin tulevaisuuden toiveena. Uutena tiedonhankinnan kanavana tulivat esiin myös lähinnä vanhuspalveluihin liittyvä projekti sekä sydänpotilaan hoitoon liittyvä laatuprojekti, joihin tutkimuskohteina olleet työskentely-yksiköt liittyivät uuden kuntayhtymän käynnistyessä. Projekteihin kuuluu monenlaista koulutusta, joiden kautta mm. viimeisintä tutkimustietoa saadaan siirrettyä käytännön työhön.

## **9. TULOSTEN YHTEENVETO, POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET**

### **9.1 Tutkimustulosten yhteenveto**

#### Työtehtävät

Suurimmalla osalla haastatelluista hoitajista työssä painoutuivat kliinisen hoitotyön tehtävät. Mitä huonokuntoisempien potilaiden/asiakkaiden yksiköstä oli kysymys, sitä enemmän sairaanhoitajien työ tuntui olevan potilaiden perushoitoa. Lääkehoitoon liittyviä tehtäviä oli eniten vuodeosaston sairaanhoitajilla, mutta kaikillakin hoitajilla lääkehoidollinen työ näytteli keskeistä roolia. Työskentely-ympäristöissä, joissa potilaat tai asiakat olivat parempikuntoista, hoitotyö painottui enemmän potilasohjauksen suuntaan kliinisen hoitotyön jäädessä vähemmälle. Potilasohjaus

hoitotyön alueena korostui erityisesti lääkärin vastaanoton sairaanhoitajilla sekä kotisairaanhoitajilla. Hallinnon ja johtamisen sairaanhoitajien työssä painottuivat henkilöstöhallinnon hoitaminen ja erilaisten työyksikköä koskevien yleisempien asioiden selvittely ja hoitaminen.

Hoitotyö nähtiin yleisesti kokonaisvaltaisena, potilaita hoidetaan ja heistä huolehditaan kokonaisuutena. Yhteistyötä ja vuorovaikutusta oli runsaasti mm. omaisten, työyksiköiden muun henkilöstön tai sosiaalitoimen kanssa. Hoitotyön kehittämistä pidettiin osana työtä, vaikkakaan sitä ei koettu jokapäiväisenä asiana, kuten konkreettista perushoitoa, joka vanhuspainotteisissa ja kiireisissä työympäristöissä tuli esiin monella keskeisenä tehtävänä.

#### Työssä käytetty tieto ja koetut tiedontarpeet

Haastatellut hoitajat kokivat yleensä työssä käyttämänsä ja tarvitsemansa tiedon monipuoliseksi ja kokonaisvaltaiseksi tiedoksi ihmisestä ja hänen käyttäytymisestään. Tiedon monipuolisuus korostuu työssä, jossa kohdataan ja hoidetaan monentyyppisiä potilaita ja ongelmia lääketieteen erikoisalasta riippumatta. Käytettävä tieto koettiin vaihtelevasti liittyvän joko hoitotieteeseen tai lääketieteeseen. Se osa hoitajista, joka piti lääketiedettä tärkeimpänä työn tietoalueena, työskenteli kiinteämmin lääkärin kanssa yhteistyössä, koki hoitotyön olevan vahvasti riippuvainen lääkärin ohjeistuksista tai päinvastoin näki potilaan hoidollisen vastuun tulevan paljon myös sairaanhoitajan harteille.

Työssä käytetyistä tietoalueista henkilökohtainen tieto eli kokemustieto painottui useimmalla hoitajalla. Käytännön kokemuksen kautta saatu sekä oma että kollegiaalinen tieto auttaa ja antaa varmuutta uusien ongelmatilanteiden ratkaisussa. Tutkimustietoa koettiin tarvittavan jossain määrin, käytännön tekemiseen painottuvassa työssä sen merkitys koettiin kuitenkin vähäiseksi tai tutkimustiedon käytettävyyttä ja sopivuutta omassa työyksikössä epäiltiin. Näyttöön perustuvan hoitotyön ideat vaikuttivat olevan joko vieraita, niiden ei katsottu kuuluvan omaan työskentely-ympäristöön tai niillä ei katsottu olevan mahdollisuuksia toteutua siellä. Muutamassa haastattelussa korostui kuitenkin näkemys teoriasta käytännön takana ja sitä kautta hoitotyön teoreettisen tiedon hankkimisen ja hyödyntämisen merkitys.

Kaikki sairaanhoitajat pitivät tärkeänä työhönsä liittyvän uuden tiedon hankkimista ja olemassa olevan tiedon jatkuvaa päivittämistä. Yleisimmin esiin tullut orientoivan tiedon tarpeen alue oli atk. Terveystieteiden huolto on tietoteknistynyt nopeaa vauhtia ja tietokoneet ovat keskeisiä työvälineitä hoitotyössäkin. Gerontologia oli toinen alue, joka vanhuspainotteisissa työskentely-ympäristöissä tuli esiin ja johon liittyvää tietoa koettiin tarvittavan. Esiin tuli myös yksittäisiä hoitotoimenpiteitä,

kuten diabeteshoito, haavahoito tai ensihoito ja elvytys, joihin liittyvän tiedon seuraamista ja päivittämistä pidettiin tärkeänä. Hoito-ohjeet muuttuvat, on pysyttävä ajan tasalla, jotta tilanteiden eteen tullessa niissä pystytään asianmukaisesti työskentelemään. Esim. nopeaa toimintaa vaativia elvytystilanteita varten halutaan olla koko ajan valmiudessa. Näitä tilanteita saattaa tulla esiin vain harvoin, mutta yllättäen, jolloin tilanteen aikana ei toimintaohjeita enää ehditä välttämättä hakea. Tietoa hoito-ohjeisiin tarvittiin joko osastolla tai asiakkaan kotona tapahtuvassa hoitotyössä sekä myös potilaita varten esim. kotiuttamistilanteissa.

Edellä esitellyt orientoivan tiedon tarpeet eivät suinkaan tulleet esiin kaikkien haastateltujen kohdalla. Päinvastoin, jotkut hoitajat kokivat olevansa vahvoilla nimenomaan esim. atk-taidoissa tai ensihoidon alueella. Nämä hoitajat olivat joko erityisen kiinnostuneita jostain alueesta tai heillä oli aiempaa työkokemusta joltakin tietyltä alueelta. Tämä asiantuntijuus motivoi omaehtoisestikin päivittämään niitä tietoja ja taitoja ja tarvittaessa toimimaan tukena tai lähteenä kollegoille. Sitä kautta heille muodostuikin eräänlainen rooli henkilönä, johon toiset helposti tukeutuvat näihin vahvuusalueisiin liittyvissä ongelmissa.

Suurin osa hoitajista kertoi tarvitsevänsä työssään tilannekohtaista tietoa lähes päivittäin. Hoitotyön alueista tiedontarvetilanteet liittyivät pääasiassa joko kliiniseen hoitotyöhön tai potilasohjaukseen. Kliinisen hoitotyön alueelta eniten ja useimmalla hoitajalla tiedontarvetta näyttivät herättävän lääkehoitoon liittyvät tilanteet. Uusia lääkkeitä tai samoja lääkkeitä eri kauppanimillä tulee markkinoille koko ajan, myös usein vaihtuvat lääkärit tuovat omat lääkehoidolliset käytäntönsä.

Praktisen tiedontarpeen herättäjinä mainittiin myös yleisiä ohjeiltaan muuttuvia hoitotoimenpiteitä, kuten haavahoidot ja diabeteshoito sekä ensihoitotilanteet, jotka kaikki tulivat esiin myös orientoivan tiedon tarpeissa. Orientoivan tiedon sekä praktisen tiedon tarpeet tuntuivatkin paikoin limittyvän yhteen. Samaan asiaan liittyen saatettiin tarvita siis laajempaa ja yleisempää tiedon seuraamista, mutta myös tilannekohtaisen ongelman eteen tullessa ohjeistus haluttiin varmistaa. Lisäksi työssä tulee vastaan ajoittain myös täysin uusia toimenpiteitä, joista suoriutumiseen uutta tietoa tarvitaan.

Potilasohjaukseen liittyen sairaanhoitajat välittävät potilaille/asiakkaille erilaista tietoa esim. kotihoito-ohjeista, sosiaalietuuksista tai muista palveluista. Näihin tilanteisiin saatettiin tarvita ajan tasalla olevaa korrektaa tietoa. Myös lääkkeisiin liittyviin kysymyksiin osa hoitajista kertoi usein

joutuvansa vastaamaan. Jotkut hoitajista joutuivat myös tilanteisiin, joissa oli arvioitava välittömästi potilaan hoidon tarve tai mietittävä asianmukaiset, ajan tasalla olevat itsehoito-ohjeet.

Joissain tilanteissa, esim. potilaan siirtyessä osastolta toiselle, hoitajat kertoivat myös tarvitsevansa kokonaisvaltaista tietoa potilaasta tai hänen sairaushistoriastaan. Myös omaisten kanssa saatetaan joutua tilanteisiin, joissa on pystyttävä vastaamaan mitä moninaisimpiin kysymyksiin. Hoitotyön johtavilla henkilöillä praktiset tiedontarpeet liittyivät heidän tehtäväkuvansa mukaisesti pääasiassa esim. henkilöstöhallintoon tai työläinsäädäntöön.

### Tiedonhankinta

Keskeisimmät tavat hankkia orientoivaa tietoa olivat tutkituilla sairaanhoitajilla erilaiset ammattilehdet ja työpaikan järjestämä täydennyskoulutus. Myös lähinnä omaa kirjallisuutta käytettiin jonkin verran, samoin sanomalehdet, TV ja radio palvelivat osalla hoitajista satunnaisemmassa tiedonhankinnassa. Omaehtoinen, työajan ulkopuolella tapahtuva opiskelu oli myös yksi tapa päivittää ammattiin liittyviä tietoja. Kollegoiden kanssa käytyjen yleisten keskustelujen kautta saatiin myös usein sattumoisin hyödyllistä tietoa, samoin lääkäreiltä sellaisissa työyksiköissä, joissa he olivat paremmin saavutettavissa. Oma aktiivisuus ja myös oman ajan käyttö korostui tutkittujen sairaanhoitajien orientoivassa tiedonhankinnassa. Orientoivan tiedon lähteet valikoituvat pitkälti oman mielenkiinnon mukaan. Koulutuksiin hakeudutaan, lehdestä luetaan artikkeli tai TV:stä katsotaan ohjelma sen mukaan, mikä itseä kiinnostaa.

Työhön liittyvässä tilannekohtaisessa tiedonhankinnassa suurimmalla osalla haastatelluista sairaanhoitajista keskeisimpinä tiedonlähteinä olivat tuttuun tapaan kollegat. Myös kirjallisuuteen turvauduttiin usein tai käännyttiin henkilökohtaisesti tai puhelimitse lääkärin puoleen.

Jokainen haastateltu käytti työssään tietokonetta, se on oikeastaan yksi perustyöväline. Tiedonhankintaan sitä käytettiin vaihtelevasti. Internet oli tärkeimpänä tiedonhankintakanavana muutamalla tutkitulla hoitajalla, ja noin puolet hoitajista käytti sitä jonkin verran ammatillisen tiedon hankintaan. Kaikilla oli Internetistä kyllä kokemuksia, ja lähes jokainen kertoi ainakin satunnaisesti sitä kautta törmänneensä myös johonkin hoitotyöhön liittyvään asiaan. Internetiä selailtiin ja sieltä haettiin tietoa pääasiassa kotona. Perusedellytyksinä Internetin säännölliseen ja tarkoitushakuiseen käyttöön ammatillisessa tiedonhankinnassa työpaikalla olivat hyvä pääsy tietokoneelle ja myös atk-kiinnostuneisuus ja sitä kautta tullut vankempi perehtyneisyys tietokoneisiin. Tärkeimpänä elektronisena kanavana mainittiin pääasiassa maksullinen

Terveysportti-portaali, jonka kautta on pääsy keskeisiin alan käsikirjoihin, kuten Pharmaca Fennicaan, Sairaanhoitajan käsikirjaan tai Käypä hoito-suositukseen. Kyseinen portaali ei ollut vielä haastattelujen aikaan kaikkien käytettävissä tai ainakaan sitä ei tunnettu. Kokonaan maksuttomina Internetin kautta hyödynnettävinä lähteinä mainittiin lisäksi Kansanterveyslaitoksen, Dementiahoitoyhdistyksen, Diabetesliiton tai eri sairaanhoitopiirien www-sivut. Työsähköposti oli pienellä osalla haastatelluista jo vakiintunut tiedon saamisen väline, suurin osa totutteli parhaillaan sen käyttöön. Mitään alan cd-romeja tai elektronisia lehtiä ei lähteinä käytetty.

Osa hoitajista koki tietyn tyyppisten tiedontarpeiden johtavan usein aina samoille lähteille. Lääkkeisiin liittyvää tietoa lähdetään hakemaan lähes poikkeuksetta Pharmaca Fennicasta. Myös muut työpaikalla saatavilla olevat käsikirjat tunnetaan aiempien käyttökokemusten perusteella, ja vaikkapa johonkin hoitotoimenpiteeseen liittyvää tietoa lähdetään hakemaan juuri tietystä kirjasta. Sama tuli esiin Internetin suhteen niillä hoitajilla, jotka paljon Internetiä tiedonhankintaan käyttivät. Esim. Terveysportti-portaaliin on koottu keskeisiä lähteitä, joihin tiedontarvetyypin mukaan osataan hakeutua. Muita eri aiheisiin liittyviä, luotettavia sivuja on löydetty usein kokeilun kautta, ja myöhemmin kokemuksen perusteella tiedetään osoite tarvittavan tiedon saamiseksi. Jos osoite ei ole tiedossa, on seuraava vaihtoehto Google. Pääsääntöisesti kuitenkin, olipa tiedontarve mikä tahansa, vähimmän vaivan lain mukaisesti yleensä ensimmäisenä kysyttiin kollegalta.

### Esteet

Yleisin tiedonhankintaa hankaloittava tekijä oli ajan puute. Kiireen tunne leimaa usein sairaanhoitajan työtä, ja työpäivään mahdutettavia asioita on priorisoitava. Tiedonhankinnassa turvaututtiin pääsääntöisesti helposti tavoitettavaan kollegaan, mutta toisen tärkeän henkilölähteen eli lääkärin huonon tavoitettavuuden jotkut kokivat tiedonhankintaa hankaloittavana tekijänä. Myös yhtenä keskeisenä praktisen tiedonhankinnan lähdetyyppinä esiin tullut työpaikan kirjakokoelma oli joidenkin haastateltujen mielestä puutteellinen.

Ajan puute korostui erityisesti orientoivassa tiedonhankinnassa. Tehtäväkohtaiset, usein akuutitkin tiedontarvetilanteet on pakko saada ratkaistua tavalla tai toisella ja aika siihen on otettava. Työpaikalla ei kuitenkaan ehditä juurikaan selvittää varsinaista perustyötä sivuavia laajempia asioita, vaikka mielenkiintoa ja tarvetta tunnettaisiinkin. Ammattiin liittyvä orientoiva tiedonhankinta koettiin pitkälti kuuluvaksi työajan ulkopuolelle, mutta ajan rajallisuus tai voimavarojen puute tuli vastaan myös oman ajan käytössä. Vaaditaan ennen kaikkea sopiva elämäntilanne ja aikaa sekä myös erityistä motivoituneisuutta ja innostuneisuutta, että käytetään



omaa aikaa omaehtoiseen opiskeluun tai selataan iltaisin petilukemisina vanhoja tai uusia hoitoalan oppikirjoja.

Työpaikan koulutukset olivat tärkeä orientoivan tiedon kanava, mutta kaikki eivät kokeneet rajallisin varoin järjestettävää ja kaikille tasapuolisesti kohdistettavaa koulutusta riittäväksi oman ammatillisen kehittymisen kannalta. Myös sijaisten puute voi hankaloittaa koulutuksiin osallistumista. Jotkut kokivat lääkärien puuttumisen, huonon tavoitettavuuden tai jatkuvan vaihtuvuuden aiheuttavan esteitä tai hankaluuksia myös orientoivan tiedon hankinnassa.

Elektronisten lähteiden käytössä esteinä koettiin omien tietoteknisten tietojen ja taitojen puute, työpaikan tarjoaman atk-koulutuksen riittämättömyys tai tietokoneiden rajallinen määrä. Myöskään aina ei vielä huomata käyttää Internetin tarjoamia uusia mahdollisuuksia. Internetin käyttöä tiedonhankintakanavana hankaloitti myös se, että aina ei tiedetty mistä osoitteesta tai lähteestä oikeaa tietoa löytyisi, mutta toisaalta myös Internetin tarjoama tiedon runsaus. Myös vieraskielisyys hankaloitti nettilähteiden käyttöä.

Hoitotyöhön liittyvistä tutkimuksista saatiin tietoa satunnaisesti ammattilehtien kautta, mutta kohdistetun, esim. johonkin tiettyyn sairauteen liittyvän tutkimustiedon hankintakanavia ja -lähteitä ei tunnettu. Tutkimusten lukemista pidettiin aikaavievänä ja hankalana, yhtenä syynä tutkimusten yleinen julkaisukieli englanti. Hoitotieteellisen tutkimustiedon hankinnan suhteen esteenä tuli esiin myös sopivan kirjaston puute lähiympäristössä.

### Tiedonkäyttö

Hoitajat kokivat voivansa hyödyntää monella tapaa hankkimaansa uutta tietoa, osa siitä siirtyy suoraan päivittäiseen työhön. Tiedon jakamista työyhteisössä pidettiin pääsääntöisesti tärkeänä, jopa velvollisuutena. Käydyn koulutuksen tai kurssin antia pyritään välittämään toisille kollegoille, joko osastokokouksissa tai muuten työn ohessa. Esitteitä, oppaita tai omaan opiskeluun liittyviä kirjoja tuodaan toisillekin nähtäviksi. Internetistä saatetaan tulostaa kiinnostavilta vaikuttavia sivuja tai lehtiartikkeleita kopioidaan kollegoidenkin luettaviksi.

Uusi tieto on voinut muuttaa toimintaa ja työkäytäntöjä vaivattomampaan suuntaan joissakin käytännön asioissa. Muutosvastarinta voi kuitenkin hankaloittaa saadun tiedon laajempaa hyödyntämistä ja käytäntöön siirtämistä. Erään näkemyksen mukaan nimenomaan tutkimustieto voisi olla joskus hyödyllistä, koska sen avulla jokin uusi ja erilainen toimintatapa voisi olla

paremmin perusteltavissa. Esiin tuli, että kokemuksen mukaan muutokset on yleensä helpompi hyväksyä, jos siihen liittyvä tieto on saatu itse henkilökohtaisesti eikä toisen välittämänä. Konkreettisimman esimerkin uuden tiedon muuttavasta, positiivisesta vaikutuksesta työympäristössä tarjosi nk. kuntouttavan työtteen periaate. Kuntouttavaan työtteeseen oli ensin perehdytty teorian kautta työpaikan sisäisillä koulutuksilla ja sitten lähdetty toteuttamaan oppeja käytännön työssä. Toiminnan tulokset koettiin paikoin hyvinkin onnistuneiksi.

Saamaansa lääketietoa hoitajat käyttivät selvittääkseen lääkkeiden mahdollisia sivu- tai yhteisvaikutuksia. Lisäksi tällainen tieto yhdistettynä potilaskohtaiseen tietoon saattaa auttaa hoitajaa myös siivilöimään esim. joitakin lääkärin määräyksiä ja näin kontrolloimaan potilaan/asiakkaan mahdollista päällekkäistä tai jopa turhaa lääkitystä. Joidenkin kokemusten mukaan hankittu uusi tieto voi myös tuoda varmuutta omaan työskentelyyn tai motivoida ja auttaa usein kiireisessä työssä jaksamisessa. Hoitajat kokivat myös välittävänsä uutta saamaansa tietoa potilaille/asiakkaille ja heidän omaisilleen.

### Muutostilanne

Siirtyminen uuteen ja laajempaan kuntayhtymään ei vaikuttanut varsinaisesti tutkittavien hoitajien työtehtäviin. Poikkeuksena olivat hoitotyön johtavat henkilöt, joilla hoitotyöhön käytettävä aika väheni ja erilaiset hallinnolliset ja rutiininomaiset toimistolliset tehtävät lisääntyivät. Yleisesti haastatteluissa tuli esiin uuden yhtymän myötä käyttöönotettuun potilastietojärjestelmään liittyvät tiedontarvetilanteet. Kaikki haastatelluista kertoivat käyttöön liittyviä kysymyksiä ja ongelmia nousevan yhäkin lähes päivittäin, n. kolme kuukautta järjestelmän käyttöönottamisen jälkeen. Potilastietojärjestelmää käytetään jatkuvasti moneen tarkoitukseen, vaikkakin varsinainen hoitotyön kirjaaminen tai potilaskohtaiset hoitosuunnitelmat olivat, yksiköstä riippuen, vasta siirtymässä sähköisiksi. Uusi järjestelmä koettiin poikkeuksetta vanhanaikaiseksi, kömpelöksi, monimutkaiseksi, aikaa vieväksi tai epäselväksi. Edellinen, helpommaksi ja toimivammaksi koettu tietojärjestelmä oli ajatuksissa taustalla lisäämässä muutosvastarintaa, jota saattaa esiintyä tällaisissa tilanteissa. Kokemukset uuden järjestelmän käyttöönotosta olivat turhauttavat ja stressaavat. Kuitenkin esiin nousi myös visio ja toive, että uusikin järjestelmä voi olla toimiva ja hyvä, kun se perusteellisesti opitaan. Myös moni henkilöstöhallinnon atk-ohjelma vaihtui samanaikaisesti.

Näissä tiedontarvetilanteissa auttoi pääasiassa kollegiaalinen tieto ja tuki. Pieni osa hoitajista oli saanut järjestelmäkoulutusta hieman enemmän, tai osa heistä oli aktiivisesti puhelinyhteydessä pääkäyttäjään tai järjestelmätoimittajaan. Toiset hoitajat käyttivät sitten näitä kollegoita

tiedonlähteenään. Uuteen järjestelmään saatu koulutus toteutettiin useimman haastatellun mielestä liian varhain eikä se ollut riittävä asiaan perehdyttämiseksi. Järjestelmän totutteluun ajateltu ja annettu siirtymäaika ei toteutunut toivotulla tavalla. Päivisin järjestelmään ei ehditty paneutua ja yövuoroissa puuttui kokeiluissa tarvittava tuki. Parhaana vaihtoehtona uuden atk-järjestelmän käyttöönottolanteisiin tämän tyyppisessä työympäristössä tuli esiin järjestelmän perusteellisesti tunteva tukihenkilö, joka olisi työyksiköissä jonkin aikaa jatkuvasti paikalla.

Toinen selkeästi esiin noussut muutosvaiheessa toisaalta tiedontarpeita lisännyt ja toisaalta myös tiedonhankintaa hankaloittava seikka oli työorganisaation hallinnon laajeneminen, muuttuminen ja hierarkistuminen. Myös uudet tai muuttuvat erilaiset työkäytännöt, joita koko kuntayhtymän alueella oltiin juuri yhtenäistämässä, herättivät monella tiedontarpeita. Uudessa tilanteessa ei aina kuitenkaan ollut selvillä, keneltä tai mistä asiat nopeimmin ja parhaiten selviäisivät. Myös esimiesasetelmat olivat muuttuneet. Uudet, vain nimeltä tiedetyt henkilöt saatettiin kokea vaikeasti lähestyttäviksi. Yleisesti ottaen näihin muutosvaiheessa syntyneisiin tiedontarpeisiin oli yleensä aina vastaus saatu, usein joko lähiesimieheltä, seuraavan portaan esimieheltä tai jotain asiaa aiemmin hoitaneelta henkilöltä. Tilanteeseen liittyi monella myös eräänlaista epämääräistä tiedontarvetta siitä, mitä tulevaisuus tuo tullessaan.

Tiedonhankintaan positiivisesti vaikuttaneina asioina mainittiin mm. uusi kuntayhtymän sekä sähköisenä että paperisena välitettävä viikkotiedote sekä säännölliset kuukausipalaverit tietyille hoitajaryhmille. Uudet kollegat ja laajempi ryhmäntyminen nähtiin monella tapaa myönteisenä asiana, myös tiedonhankintaa tukevana. Lisäksi koko yhtymällä käytössä olevan potilastietojärjestelmän hyöty tuli myös esiin. Järjestelmän välityksellä on tarvittaessa mahdollista saada nopeasti myös muissa yksiköissä kirjattua potilaskohtaista tietoa. Myös koulutusmahdollisuuksien uskottiin parantuvan tulevaisuudessa. Uutena, tietoa välittävänä kanavana mainittiin kuntayhtymän vaihdoksen mukana tulleet vanhustyö- ja laatuprojektit.

### Yhteenvetotaulukko

Seuraavassa yhteenvetotaulukossa esitetään tuloksia tulkiten keskeisimmät esiin tulleet tiedontarvetypit ja niissä käytetyt pääasialliset lähteet tai kanavat. Taulukossa on huomioitu lähinnä aktiivisemmat tavat hankkia tietoa. Taulukossa **P** kuvaa lähteen merkitystä praktisessa tiedonhankinnassa ja **O** orientoivassa tiedonhankinnassa. Koska lähteillä on erilaista painoarvoa tarpeesta tai tilanteesta riippuen, kuvataan näitä painotuksia seuraavasti:

**PP** tai **OO** = tärkeä lähde/kanava

**P** tai **O** = melko tärkeä lähde/kanava

Jos ruudussa ei ole kumpaakaan symbolia, lähteen/kanavan merkitys tiedonhankinnassa joko on vähäinen tai sen kohdennettu käyttö juuri taulukossa esitettyihin tiedontarpeisiin ei tutkimuksessa tullut selkeästi esiin.

	Lääke- tieto	Hoito- toimen- piteet	Potilas- kohtainen tieto	Atk	Geronto- logia
Kollegat	PP	PP	PP	PP	
Lääkärit		P			
Muut henkilöt			P	P	
Ammatti- lehdet	O	O			O
Käsikirjat, muu kirjallisuus	PP O	PP O			O
Työpaikan järjestämä koulutus	OO	OO			O
Oma- ehtoinen opiskelu				OO	OO
Internet	P	P			
Potilas- tieto- järjestelmä			PP		

**Taulukko 1.** Keskeisimmät tiedontarvetyypit ja niissä pääasiassa käytetyt lähteet tai kanavat.

## 9.2 Tulosten pohdinta ja johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa selvitettiin, millaista on pienissä työyksiköissä maaseudulla työskentelevien sairaanhoitajien tietokäyttäytyminen eli millaisia tiedontarpeita heillä on, miten he tietoa hankkivat sekä miten he hankkimaansa tietoa käyttävät. Hoitotyötä koskevasta ajankohtaisesta kirjallisuudesta saadun tiedon perusteella selvitettiin erityisesti elektronisten lähteiden käyttöä sekä tutkimustiedon merkitystä ja sen hankintaa. Tutkimukseen valitut sairaanhoitajat työskentelivät kolmella alle 2300

asukkaan paikkakunnalla. Nämä kunnat olivat hiljattain aloittaneet toimintansa uudessa, suurehkoissa kuntayhtymässä, ja tämä ajankohtainen muutos tässä nimenomaisessa tutkimusympäristössä haluttiin tuoda mukaan tutkimukseen.

Keskeisenä tutkimuksen viitekehyksessä oli Gloria Leckien, Karen Pettigrew'n ja Christian Sylvainin (1996) kehittämä ammatillista tiedonhankintaa kuvaava malli. Mallia muokattiin hieman aiemmassa tutkimuksessa saatujen kokemusten kautta pohtimalla työroolin merkitystä tiedontarpeita herättävänä tekijänä. Mallia täydennettiin myös käyttäen apuna Wilsonin (1996) jäsenystä tiedonhankinnasta. Tutkimusta taustoitettiin lisäksi luomalla katsaus kirjallisuuteen ja tutkimukseen, joissa oli selvitetty, miten hoitotyö yleensä määritellään, millaiseksi suomalaiset sairaanhoitajat yleisesti sen kokevat, mitä ovat suomalainen perusterveydenhuolto ja vanhuspalvelut tänä päivänä sekä mikä merkitys tiedonhankinnalla on nimenomaan sairaanhoitajan ammatissa. Edellä kerrotuista elementeistä syntyi viitekehys, jonka avulla tutkimuskysymykset muodostettiin. Koko tähän teoriaan tukeutuen rakennettiin teemahaastattelurunko, jolla lähdettiin hakemaan tutkimuksessa mukana olevien henkilöiden omaa kertomusta aiheesta. Näistä kertomuksista kootun aineiston avulla saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin.

Leckien ym. (1996) malli loi hyvän pohjan koko tutkimukselle. Mallin pääelementit olivat jotakuinkin suoraan siirrettävissä tutkimuskysymyksiin ja haastattelurunkoon. Mallin muutos, johon lähdettiin Lindströmin (2003) tulosten pohjalta ja jossa työroolit asetettiin samalle tasolle työtehtävien kanssa, puoltaa paikkaansa tässä tutkimusympäristössä. Haastatellut henkilöt mielsivät pääasiassa työroolikseen sairaanhoitaja (lukuun ottamatta hoitotyön johtavia henkilöitä, joilla tehtävänimikekin oli esim. vastaava sairaanhoitaja). Työtehtävät ja niihin liittyvät tiedontarvetilanteet määrittyivät siis pitkälti juuri tämän työnimikkeen kautta. Alkuperäisessä mallissa Leckie ym. (1996) antavat työrooleilla välineen jäsentää usein varsin moninaista tutkittavien henkilöiden työtehtävien kenttää. Tämän tutkimuksen analyysissä lähdettiin kuitenkin liikkeelle suoraan työtehtävistä tiedontarpeen herättäjänä, mutta näitä tehtäviä koottiin luvussa 3.2 esiteltyjen hoitotyön alueiden kautta. Saatujen tulosten mukaan rooleja muodostui paremminkin siitä, että jotkut haastateltavat kokivat omien olemassa olevien vahvuusalueidensa avulla voivansa välittää tietoa toisille, toisin sanoen rooliensa kautta he toimivat tiedonlähteinä.

Perusterveydenhuollon ja vanhuspalveluiden tehtävissä kohdataan monenlaisia potilaita ja ongelmia ja työssä tarvitaan tietoa laaja-alaisesti. Tutkimustuloksissa nousi esiin oman henkilökohtaisen tiedon eli kokemustiedon merkitys. Näyttöön perustuvan hoitotyön tavoitteiden mukaisesti

hoitotyön ammatti-identiteetti yleensä on muuttumassa kohti teoreettisempaa, tutkimukseen pohjaavaa ammattia. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan tutkimustiedon merkitys ja myös sen tarve tunnettiin, mutta toisaalta sen käytettävyyttä ja sopivuutta omassa työyksikössä tai ylipäättänsä sen merkitystä myös epäiltiin. Oma työ nähtiin hyvin käytännönläheisenä ja usein kaukana teoreettisesta tutkimuksesta. Erityisesti tuoret, laajemmat omaan ammattiin liittyvät opinnot olivat kuitenkin saattaneet tuoda uutta näkemystä teorian merkityksestä käytännön työn takana. Näkemysten jakautuminen käytännön tiedosta ja teoreettisesta tiedosta on samansuuntaista, mitä Sundin (2002) tuloksissaan kertoo. Samoin Sundinin tuloksiin ovat verrattavissa yksittäiset maininnat tämän työn tuloksissa siitä, että uuden tutkimustiedon avulla saataisiin mahdollisesti perusteltua kollegoille ja siten muutettua jotain hoitotyön käytäntöä tai että hankitun tiedon avulla voidaan mahdollisesti siivilöidä joitain lääkärin määräyksiä.

Tutkimustekstin lukeminen yleensä koettiin aikaa vieväksi ja hankalaksi, ja sitä hankaloittaa tutkimusten pääkieli englanti. Myös yhtä keskeistä tutkimustietoa välittävää lähettä eli Hoitotiede-lehteä luettiin melko vähän. Nämä tulokset ovat hyvin samansuuntaisia, mitä Oranta, Routasalo ja Hupli (2002) havaitsivat tutkiessaan kahden keskussairaalan vuodeosaston sairaanhoitajien tutkimustiedon hyödyntämistä. Leino-Kilven (2000) mukaan ympäristö ja olemassa olevat voimavarat voivat usein rajoittaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja tutkimustiedon hankinta edellyttää esim. kirjaston käytön mahdollisuutta. Yhtenä esteenä tutkimustiedonhankinnassa tämän tutkimuksen hoitajat näkivätkin sopivan kirjaston puutteen, toisin sanoen esim. yliopiston tai ammattikorkeakoulujen kirjastojen sijaitsemisen kaukana. Huomionarvoista tuloksissa on myös se, että henkilöt, jotka kokivat tarvitsevansa tutkimustietoa työnsä tueksi, eivät oikein tienneet, mistä sitä tietoa saisi. Tilannetta voi yhä verrata n. kuuden vuoden takaiseen tilanteeseen, jota Wilskman (1999, 20-21) luonnehti toteamalla, että tutkittu tieto ja käyttäjät eivät välttämättä löydä toisiaan.

Terveydenhuolto on muuttuva ala ja se heijastuu myös tutkittujen sairaanhoitajien sekä praktisiin että orientoiiviin tiedontarpeisiin, joita eniten nousi lääkkeisiin, muuttuviin hoitotoimenpiteisiin tai tietotekniikkaan liittyen. Tulokset ovat samansuuntaiset verrattuna Saarikoskeen (1998), joka tutki Seinäjoen sairaalan erikoissairaanhoitajien tiedollista käyttäytymistä. Saarikosken (1998, 97) mukaan mm. lääketieteen eri alojen kehitys aiheutti usein tiedontarpeita myös hänen tutkimillaan sairaanhoitajilla. Atk-tiedon orientoiva tarve nousi käsillä olevan tutkimuksen tutkimusympäristössä kuitenkin selkeämmin esiin kuin Saarikoskella, mikä kertonee sairaanhoitajan työn nopeasta tietoteknistymisestä. Saarikosken (1998, 98) tutkimuksessa keskeinen praktisen tiedon tarve oli uusiin osastoilla käytettäviin teknisiin laitteisiin tai hoitovälineisiin liittyvä tieto. Tällaista ei tämän

tutkimuksen vanhustyöpainotteisessa ja perusterveydenhoidollisessa tutkimusympäristössä tullut juurikaan esiin, sen sijaan yhtenä tärkeänä orientoivan tiedon tarpeena pidettiin gerontologiaa ja esim. dementoiviin sairauksiin liittyvää tietoa, josta puolestaan Saarikoski ei raportoi. Erot selittyvät siis mitä todennäköisimmin tutkimuskontekstien eroilla sekä myös gerontologian tieteenalana kehittymisellä.

Tuloksia käytetyistä lähteistä voidaan tarkastella luvussa 2.1.2 esitellyn Wilsonin (Wilson & Walsh, 1996) tiedonhankintakäyttämisen jäsentelyn valossa. Tutkittujen sairaanhoitajien praktinen tiedonhankinta nimenomaan on aktiivista hakua. Tärkeän orientoivan tiedon lähdeyyppin eli ammattilehtien käyttö tiedonhankinnassa voidaan nähdä lähinnä joko passiivisena tarkkailuna tai jatkuvana hakuna. Lehtiä luetaan tai selataan säännöllisesti, tarkoituksena ei välttämättä ole hankkia tietoa, mutta sitä otetaan vastaan sattumalta ja siten laajennetaan olemassa olevia tietoja ja ajatuksia. Toinen keskeisistä orientoivan tiedon hankintatavoista eli työpaikan järjestämä täydennyskoulutus on tyypiltään jatkuvaa hakua, jolla päivitetään ja laajennetaan omaa tietopohjaa. Kuitenkin koska koulutustilaisuudet edellyttävät osin myös omaa aktiivisuutta esim. koulutuksiin hakeutumisessa, voi sen katsoa lähestyvän myös aktiivista hakua. Tosin myös esimiehet välittävät tietoa eri koulutuksista ja tarjoavat niitä henkilöille, jotka kustakin koulutuksesta heidän arvionsa mukaan eniten hyötyvät. Omaehtoinen kouluttautuminen taas edellyttää vahvaa aktiivisuutta ja motivaatiota ja lähestyy aktiivista hakua. Myös passiivisella tarkkailulla oli oma merkityksensä tutkittujen sairaanhoitajien orientoivan tiedon hankinnassa. TV:n, radion, sanomalehtien tai yleisten kollegakeskustelujen kautta voidaan saada sattumoisin kiinnostavaa ja hyödyllistä tietoa. Tutkimustiedonhankinta tapahtui tulosten mukaan pääasiassa sattumalta ja oli lähinnä passiivista tarkkailua tai passiivista hakua, jolloin etsittäessä tietoa jostakin asiasta saadaan relevanttia tietoa jostain muustakin itseä kiinnostavasta asiasta. Jonkin verran tutkimustietoa saatiin myös jatkuvana hakuna esim. sairaanhoitopiirien tiedotteista.

Tulokset tärkeimmistä tiedonhankintaan käytetyistä lähteistä tai kanavista (kollegat, osastojen kokoelmat, ammattilehdet ja koulutustilaisuudet) olivat pitkälti yhtenevät Saarikosken tuloksiin. Selkein ero tuli esiin elektronisten lähteiden käytössä. Saarikosken (1998, 100) tulosten mukaan ”atk-pohjaiset informaatiovälineet olivat muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta vieraita eikä niiden uskottu tarjoavan työssä tarvittavaa tietoa”. Nopean, tietoteknisen kehityksen myötä tämän päivän tutkimuksessa voidaan tuloksena esittää, että muutamalla tutkimukseen osallistuneella henkilöllä Internet oli tärkein tiedonhankintakanava ja noin puolet käytti sitä jonkin verran ammatillisen tiedon hankintaan.

Muissa maissa tehtyihin tutkimuksiin (vrt. luku 4.4) verrattuna yhtäläisyyksiä tämän tutkimuksen tuloksiin tuovat kollegat tärkeimpänä lähteenä. Myös tiedonhankinnassa koetut esteet ovat samantyyppisiä: ajan puute, huono kirjastopalvelujen tai tietoteknisten välineiden saatavuus tai tietoteknisten taitojen puute. Sen sijaan tämän tutkimuksen tuloksissa sekä orientoivan että praktisen tiedon hankinnassa hankaloittavana tekijänä esiin tullutta lääkäreiden vaihtuvuutta tai huonoa tavoitettavuutta ei mainittu Saarikosken tai muissa maissa tehdyissä tutkimuksissa. Syynä tähän voi olla lääkäritilanteen huonontuminen aiemmista tutkimusvuosista tai kysymyksessä on nimenomaan tämäntyyppisestä suomalaisesta tutkimusympäristöstä esiin nouseva piirre.

Olipa tiedonhankinta sitten aktiivista hakua tai passiivisempaa hakua ja tarkkailua, tiedonhankinnalla vaikuttaa olevan keskeinen merkitys tutkittujen sairaanhoitajien päivittäisessä työssä. Terveystenhoito on ala, joka muuttuu ja elää jatkuvasti, aikoinaan opinnoissa saadut tiedot eivät riitä työssä selviytymisessä. Asioita varmistetaan, tarkistetaan, kerrataan tai selvitetään ilman, että henkilö välttämättä kokee erityisesti hankkivansa tietoa. Saarikoski (1998, 99) totesi tulostensa pohjalta, että hänen tutkimiltaan hoitajilta puuttui tiedonhankinnan strategia, eli tiedonhankintaa ohjasi myös sattuma ja tieto hankittiin sieltä mistä se nopeimmin ja helpoimmin saatiin. Useimmissa ammateissa tiedonhankinta ei ole itseisarvo, vaan kuten tässäkin tutkimusympäristössä se on pitkälti piiloista toimintaa, joka limittyy muuhun työhön ja palvelee siinä suoriutumisessa. Ideaalina on nimenomaan nähtävä, että tarvittu tieto, vaikkapa uudesta hoitomenetelmästä tai lääkkeestä, saadaan nopeasti ja helposti, tavalla tai toisella. Näin varsinkin praktisen tiedon hankinnassa. Orietoiva tiedonhankinta, jollei ole tyypiltään passiivista tarkkailua, edellyttääkin erilaisia asioita, mm. vahvempaa omaa aktiivisuutta ja omaehtoisuutta.

Edellytyksiä usein piiloiselle, mutta työssä hyvin tärkeälle praktiselle tiedonhankinnalle ja erityisesti orientoivan tiedon hankinnalle pitäisi kuitenkin pyrkiä kehittämään olemassa olevien resurssien rajoissa. Kattava tiedonhankinnan strategia koko henkilöstölle kuulostaa hyvältä, mutta tämän päivän terveydenhuollon käytännössä epätodennäköiseltä. Ratkaisuna voisi olla, että joku/jotkut hoitajista perehdytettäisiin tiedonhankinta- ja tiedonhallintataitoihin ja he voisivat sitten toimia tukihenkilöinä toisille työyhteisöissä. Tämän päivän tiedonhankintaa sekä yleensä koko hoitotyötäkin tukevat pitkälti erilaiset atk-sovellukset, joten myös atk-tekniisen tuen riittävä järjestäminen olisi ensiarvoisen tärkeää. Esiin tulikin, että joillakin hoitajilla oli vahva kiinnostus tietotekniikkaan ja jo valmiuksia toimia atk-tukena. Samantyyppisiä ideoita tuli esiin myös tutkimustiedon hyödyntämisen suhteen. Ratkaisuna voisi olla henkilö, joka poimii eri työyksiköiden



toimintaan liittyvää tutkimusta, jalostaa sen helposti luettavaan muotoon ja välittää sitä. Jos tällaiseen toimintaan päästäisiin, tarkoittaisi se myös sitä, että tiedon ja tiedonhankinnan merkitys olisi silloin ymmärretty tämän päivän terveydenhuollon tavoitteiden mukaisesti.

Konkreettisin ja mitä ilmeisimmin jo tapahtumassa oleva tiedonhankintaa tukeva muutos olisi tutkittujen työyksiköiden siirtyminen perinteisistä alan käsikirjoista enemmän elektronisiin tietokantoihin. Henkilöiden lisäksi käsikirjat mainittiin paljon käytettyinä lähteinä, ongelmana on kuitenkin kalliin kirjamuotoisen aineiston nopea vanheneminen. Myös terveydenhuollossa tärkeässä asemassa olevat Käypä hoito-suositukset soveltuvat parhaiten jatkuvan päivittymisensä takia sähköiseen julkaisu-ympäristöön. Esim. tuloksissa mainittu sähköinen Terveysportti-portaali sisältää ilmeisesti kaiken sairaanhoitajia palvelevan käsikirja-aineiston ja siitä saadut käyttökokemukset olivat hyvin positiivisia. Se että työpaikan käsikirjastona olisikin jokin sähköinen nettiportaali, edellyttää koko henkilöstön perehdyttämistä sellaiseen käyttöön, tietokonekannan kasvattamista ja sen myötä riittävää atk-tekniistä tukea.

Tuloksista kävi ilmi, että tutkimuksessa mukana olleista sairaanhoitajista vain harvat kertoivat käyttävänsä kirjastoa jonkinlaiseen ammatilliseen tiedonhankintaan. Saarikosken (1998, 100) tutkimuksessa kirjastoa ja sen palveluita koettiin tarvittavan hoitotyön kehittämisessä. Hänen tutkimusympäristössään toimii tieteellinen kirjasto (vrt. Saarikoski, 1998, 39), joten sellainen työympäristö tarjoaa mahdollisuuksia kirjaston käyttöön ja esim. tutkimustiedon saamiseen. Käsillä olevan tutkimuksen sairaanhoitajilla on kyllä työskentelykunnissaan käytettävissä pienet, yleiset kirjastot, mutta tieteelliset tai ammattikorkeakoulukirjastot ovat matkojen takana. Alueen kirjastoille voisikin esittää mietittäväksi, olisiko olemassa jotain keinoja ja mahdollisuuksia tehostaa yhteistyötä ja tukea jollain tavoin terveydenhuollon ammattilaisten tiedonhankintaa. Pienissäkin yleisissä kirjastoissa on kuitenkin koulutettu henkilöstö, joka työkseen hakee ja hankkii tietoa, sekä nykyisin pitkälti myös hyvät tietotekniset valmiudet. Tosin resurssien vähäisyys määrittää työtä jokaisella alalla.

Hankitun tiedon käytön tuloksissa huomionarvoisiksi nousivat yksittäiset maininnat joidenkin, sinänsä pienten asioiden muuttumisesta uuden, täydennyskoulutuksista saadun tiedon avulla vaivattomammin tai helpommin toteutettaviksi tai potilas-/asiakasystävällisemmiksi. Erityisesti ns. kuntouttavan työotteen mukanaan tuomat kokemukset kertovat, että uuden, teoreettisen tiedon ja käytännön työtapojen yhteensovittamisella voidaan saada konkreettisia muutoksia aikaan.

Kiinnostava on myös se esiin tullut seikka, että tässä tutkimusympäristössä sairaanhoitajat saattavat joutua hankitun tiedon avulla siivilöimään lääkärin määräyksiä.

Tutkimuksessa tarkasteltua muutostilannetta lähestyttiin yhtenä tutkittavan ilmiön kontekstiin liittyvänä tekijänä. Sille ei pyritty hakemaan erityistä teoriataustaa, vaikka epäilemättä työssä koettuihin muutoksiin liittyvää tutkimusta on olemassa. Muutostilannetta tarkasteltiin erillisenä teemana, mutta muutos limittyi haastateltavien jokapäiväiseen työhön. Useimmilla haastatelluista se oli aiheuttanut jonkinlaista epävarmuutta, lisääntynyttä tiedontarvetta tai jopa stressiä. Tuloksista nousivat esiin erityisesti uuteen potilastietojärjestelmään liittyvät kokemukset. Tutkitut hoitajat ovat sikäli poikkeuksellisessa asemassa, että heillä on nyt kokemusta ja näkemykset kahdesta valtakunnallisesti laajasti käytössä olevasta terveydenhuollon eri järjestelmästä. Vaikka uuden järjestelmän suhteen oli vielä menossa jo kolmisen kuukautta kestänyt sisäänajovaihe ja vaikka eräänlaisen muutosvastarinnan koettiin mahdollisesti vaikuttavan asiaan, tutkittujen hoitajien kokemusten perusteella on todettava, että järjestelmistä aiemmin käytössä ollut oli käyttäjäystävällisempi, loogisempi ja selkeämpi. Sinänsä demokraattisesti toteutettu päätös koko uuteen yhtymään käyttöönotettavan järjestelmän valinnasta tarkoitti tutkittujen hoitajien kohdalla siirtymistä paremmasta huonompaan.

Muutama hoitajista mainitsi yleensä potilaskohtaisen tiedon työssä tärkeäksi ja potilastietojärjestelmän keskeiseksi lähteeksi sen saamiselle. Vaikuttaa siltä, että potilaskohtaisen tiedon tarpeet korostuvat hoitoyksiköissä, joissa on paljon pitkäaikaispotilaita tai -asiakkaita tai joissa potilaat/asiakkaat siirtyvät yksiköstä toiseen tai intervallihoidossa yksiköistä kotiin ja takaisin. Potilastietojärjestelmän, jonka voi katsoa olevan eräänlainen tiedonhakuprosessi, tulisi olla siis mahdollisimman helppokäyttöinen ja selkeä, jotta se palvelisi kiireisen työn keskellä tiedon tallentamista ja tiedonhakua. Luvussa 2.2 esiteltiin Gaslikovan (1999) näkemyksiä, joiden mukaan tietojärjestelmien suunnittelijoiden tulisi huomioida hyvinkin tarkkaan erilaisia tiedonhankintakonteksteja ja niissä tapahtuvaa tietokäyttämistä, jotta saataisiin kehitettyä parhaita mahdollisia järjestelmiä. Sairaanhoitajan työ on kiireistä ja stressaavaa ja lisäksi tänä päivänä terveydenhuollossa työskentelee suuri joukko jo ikääntyneempiä sairaanhoitajia, joille koko tietotekninen maailma saattaa olla melko vieras. Järjestelmien suunnittelussa ja kehittämisessä tulisi pyrkiä siihen, että apuvälineeksi tarkoitettu järjestelmä palvelisi kaikkia hoitajia ilman, että sen opettelu aiheuttaa kuukausia kestävästä päänvaivasta, jopa stressiä ja sen käyttö on hankalaa.

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi kuuluu tutkimuksen raportointiin liittyviin perinteisiin. Luotettavuuden tarkastelussa yleisten käsitteiden validiteetti ja reliabiliteetti on katsottu palvelevan lähinnä määrällisen tutkimuksen tarpeita, ja nimenomaan laadullisen tutkimuksen arvioimisessa ei ole olemassa mitään yksiselitteisiä ohjeita (Tuomi & Sarajärvi, 2004, 133-135). Eskolan ja Suorannan (2000, 208) mukaan laadullisessa tutkimuksessa on mahdollista liikkua vapaammin aineiston analyysin, tulkintojen ja tutkimustekstin välillä. Heidän mukaansa erityisesti laadullisen tutkimuksen tekijä joutuu koko ajan pohtimaan tekemiään ratkaisuja ja ottamaan kantaa sekä analyysin kattavuuteen että tekemänsä työn luotettavuuteen. Tutkija on tutkimuksensa keskeisin tutkimusväline. Tutkimuksen luotettavuus tulisi näkyä tutkimustekstissä erilaisina merkkeinä ja kielellisinä toimenpiteinä. (Eskola & Suoranta, 2000, 208-210.)

Tämän tutkimuksen luotettavuutta voi tarkastella työn eri vaiheiden kautta. Ensinnäkin haastattelurunko teemoineen rakentui monipuolisesta viitekehystä, jossa oli tuotu esiin sekä tiedonhankintatutkimuksen että myös hoitotyön ja -tieteen aiheeseen liittyviä keskeisiä käsitteitä ja näkökulmia. Teemahaastattelu aineistonkeruun menetelmänä on työläs mutta aiheeseen syvälle porautuva ja soveltui erinomaisesti tämän tutkimuksen tarkoituksiin. Haastatteluaineisto muunnettiin sanatarkasti tekstiksi, joten analyysivaiheessa oli käytävissä koko esiin tullut kertomus. Tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden ja työympäristöjen ominaisuuksia pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, samoin aineiston keruun toteutus ja aineiston analyysin vaiheet kerrottiin melko yksityiskohtaisesti. Tulosten raportoinnin yhteydessä tuotiin myös esiin suoria lainauksia haastatteluaineistosta perusteluksi aineiston luokittelulle ja tehdyille tulkinnoille.

Yhtenä jatkotutkimuksen aiheena esiin nousee eri sairaanhoitajatyypin tietokäyttämisen tarkempi tarkastelu. Tämän tutkimuksen tuloksissa ei pyritty erityisesti erottelemaan eri hoitajatyyppejä kahdestakin syystä. Ensinnäkin erottelulla olisi saatu kahden, jopa yhden henkilön tutkittavien joukkoja, jolloin tyyppittelyn perustuminen näin harvoihin tapauksiin olisi laskenut tulosten luotettavuutta. Toiseksi kuvattaessa kovin pientä tyyppijoukkoa vaarana on astuminen yli tutkimusentekoa ohjaavien yksityisyys- ja intymiteettirajojen. Kuitenkin tuloksissa tuotiin esiin joitain tietokäyttämisen piirteitä, jotka korostuivat nimenomaan tietyn tyyppisillä hoitajilla. Ikääntyneen väestön määrän nopeaan kasvuun pyritään varautumaan koko yhteiskunnassa monin keinoin. Kotisairaanhoitajilla on todettu olevan kasvava merkitys sekä vanhusten terveydenhuoltoon että myös jokapäiväiseen elämään liittyvän tiedon välittäjänä (vrt. Farmer, Richardson & Lawton, 1999; Pettigrew, 1996). Hoitotakuun voimaantulo vaikuttaa epäilemättä lääkärin vastaanoton sairaanhoitajien työskentelyyn ja tiedontarpeisiin (vrt. Laaksonen, 2005). Suurempi joukko esim.

edellä mainittuja sairaanhoitajatyyppejä omina ryhminään tutkittuina voisi tuoda uudenlaista tietoa mm. mietittäessä keinoja heidän tiedonhankintansa tukemiseen.

Sitä, miten totuudenmukaisesti haastateltavat vastaavat tutkimustilanteessa esitettyihin kysymyksiin, on vaikea arvioida lähes kaikessa tutkimuksessa. Tämän tutkimuksen tyypillisen aineiston analysointi diskurssianalyysin keinoin voisi tuoda mielenkiintoista vertailupohjaa sisällönanalyysin avulla saatuihin tuloksiin. Myös perusterveydenhuollon sairaanhoitajien tiedonkäytön selvittäminen pelkästään voisi tarjota kiinnostavan tutkimuskohteen. Viime vuosina on alettu nähdä lisääntyvää tarvetta erityisesti tiedonkäytön tutkimukseen. Tutkimuksessa voisi selvittää, miten sairaanhoitajat käyttävät saamaansa tai hankkimaansa tietoa hoitotilanteissa tai muissa työhönsä liittyvissä tilanteissa. Näyttöön perustuvan hoitotyön ideat korostavat ei pelkästään tiedonhankinnan merkitystä, vaan ennen kaikkea hankitun tutkimustiedon hyödyntämistä. Hoitotieteessä tutkimustiedon hyödyntämistä on alettu selvittääkin, mutta epäilemättä kiinnostavaa tietoa voisi tuoda asian tarkastelu nimenomaan informaatiotutkimuksen näkökulmasta.

## LÄHTEET

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994).

Benner, P. 1989. Aloittelijasta asiantuntijaksi. Helsinki: WSOY: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö.

Dervin, B.1997. Given a context by any other name: methodological tools for taming the unruly beast. Teoksessa Information Seeking in Context. Proceedings of an International Conference on Research in Information Needs, Seeking and Use in Different Contexts 14-16 August, 1996, Tampere, Finland. Ed. by Pertti Vakkari, Reijo Savolainen & Brenda Dervin. London & Los Angeles: Taylor Graham.

Dorsch, J L. 2000. Information needs of rural health professionals. A review of the literature. Bulletin of the Medical Library Association. 88 (4), 346-54.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. p. Tampere: Vastapaino.

Farmer, J. & Richardson, A. & Lawton, S. 1999. Improving access to information for nursing staff in remote areas. The potential of the Internet and other networked information resources. International Journal of Information Management 19 (1), 49–62.

Gaslikova, I. 1999. ”Information Seeking in Context” and the development of information systems. Information Research, 5 (1), 1-11. <<http://informationr.net/ir/5-1/paper67.html>>. Viitattu 9.2.2005.

Haasio, A. & Savolainen, R. 2004. Tiedonhankintatutkimuksen perusteet. Helsinki: BTJ Kirjastopalvelu.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 1998. Tutki ja kirjoita. 3.-4. p. Helsinki: Kirjayhtymä.

Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1996. Hoitotyön etiikan perusteet. 5. uud. p. Helsinki: WSOY.

Kansanterveyslaki (66/1972).

Karttunen, P. 1999. Tietoa hoitotyön toimintaan. Sairaanhoidon opiskelijoiden käsityksiä tiedosta ja tiedon suhteista toimintaan. Acta Universitatis Tamperensis 651. Tampere: Tampereen yliopisto.

Keikkalääkäreitä jo yli puolessa Suomen kunnista. 2004. Satakunnan Kansa 26.11.2004, 5.

Koponen, L. 1998. Sairaanhoitaja yhdistävänä voimana. Sairaanhoitaja 71 (2), 28-31.

Krause, K. & Salo, S. 1993. Teoreettinen hoitotyö. 2. p. Helsinki: Kirjayhtymä.

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

Laaksonen, K. 2005. Hoitotakuu tulee – sairaanhoitajien osaaminen käyttöön. Sairaanhoitaja-lehti 3.2.2005

<<http://sairaanhoitaja.sairaanhoitajaliitto.fi/Article.jsp?category=113&selected=113&article=11088>>.

Viitattu 28.2.2005.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994).

Lauri, S. & Elomaa, L. 2001. Hoitotieteen perusteet. 3.-4. p. Helsinki: WSOY.

Leckie, G., Pettigrew, K & Sylvain C. 1996. Modeling the information seeking of professionals. A general model derived from research on engineers, health care professionals and lawyers. Library Quarterly 66 (2), 161-193.

Lehto, J., Kananoja, A., Kokko, S., & Taipale, V. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuolto. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, H. 2000. Näyttöön perustuva hoitotyö: onko sitä? Teoksessa Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: Tammi, 9-20.

Lindstöm, P. 2003. Tiedonhankinta Suomen Pankin tutkimus- ja selvitystyössä. Tampereen yliopisto. Informaatiotutkimuksen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Murtonen, K. 1992. Tuloksellisempaan tiedonhankintatutkimukseen. Kirjastotiede ja informatiikka, 11 (2), 43-51.

Mäkelä, M. 2000. Näyttöön perustuva terveydenhuolto Suomessa. Teoksessa Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: Tammi, 21-28.

Niiniluoto, I. 1992. Informaatio, tieto ja yhteiskunta. Filosofinen käsiteanalyysi. 1.-4. p. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Nurmi, T. 1998. Uusi suomen kielen sanakirja. Helsinki: Gummerus.

Oranta, O. & Routasalo, P. & Hupli, M. 2002. Sairaanhoidaja tutkimustiedon hyödyntäjänä – estävät ja edistävät tekijät. Hoitotiede 14 (1), 26-37.

Partanen, P., Heikkinen, T. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2004. Työolosuhteet hoitotyössä vuonna 2004. Sairaanhoidajajakyselyn tuloksia. Sairaanhoidajalehti 1.10.2004.

<<http://sairaanhoidaja.sairaanhoidajaliitto.fi/Article.jsp?category=113&selected=113&article=9157>> Viitattu 1.12.2004.

Pelttari, P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Väitöskirja: Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Helsinki: Stakes. Tutkimuksia; 80.

Pettigrew, K. 1996. Nurses' perceptions of their needs for community information. Journal of Education for Library & Information Science 37 (4), 351-361.

Pietilä, V. 1976. Sisällön erittely. 2. p. Helsinki: Oy Gaudeamus Ab.

Saarikoski, S. 1998. Sairaanhoidajien työssään tarvitsema tieto, sen hankinta ja käyttö. Tampereen yliopisto. Informaatiotutkimuksen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Savolainen, R. 1999. Tiedontarpeet ja tiedonhankinta. Teoksessa Tiedon tie. Johdatus informaatiotutkimukseen. Helsinki : BTJ Kirjastopalvelu, 73-109.

Sonnenwald, D. 1999. Evolving perspectives of human information behaviour: contexts, situations, social networks and information horizons. Teoksessa Exploring the Contexts of Information Behaviour. Proceedings of the Second International Conference on Research in Information Needs, Seeking and Use in Different Contexts. 13/15 August 1998, Sheffield, UK. Ed. by T.D. Wilson & David Allen. London & Los Angeles: Taylor Graham, s. 176-190.

Sundin, O. 2002. Nurses' information seeking and use as participation in occupational communities. The New Review of Information Behaviour Research. Studies of information seeking in context. 3, 187-202.

Terveydenhuollon palvelu paranee. Kiireettömään hoitoon määräajassa. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

<<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/12/is1106141552319/dokumentti.pdf>>.

Viitattu 8.2.2005.

Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. 2004. 2. p. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; Julkaisuja 2003: 18.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-3. p. Helsinki: Tammi.

Vakkari, P. 1997. Information seeking in context. Teoksessa Information Seeking in Context. Proceedings of an International Conference on Research in Information Needs, Seeking, and Use in Different Contexts 14-16 August, 1996, Tampere, Finland. Ed. by Pertti Vakkari, Reijo Savolainen & Brenda Dervin. London & Los Angeles: Taylor Graham, 451-464.

Vakkari, P. 1999. Tiedonhankinnan tukeminen ja informaatiotutkimus. Teoksessa Tiedon tie. Johdatus Informaatiotutkimukseen. Helsinki: BTJ Kirjastopalvelu, 9-31.

Wilskman, K. 1999. Miten löytää tiedon lähteille? Sairaanhoitaja 72 (9), 20-21.



Wilson, T.D. 1999. Models in information behaviour research. *The Journal of Documentation* 55 (3), 249-270.

Wilson T. & Walsh, C. 1996. Information behaviour: an inter-disciplinary perspective. A report to the British Library Research and Innovation Centre on a review of the literature. British Library Research and Innovation Centre. <<http://informationr.net/tdw/publ/infbhav/prelims.html>>. Viitattu 24.2.2005.

<[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_ty/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty/)>. Viitattu 19.11.2004.

<[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_ty/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)>.

Viitattu 19.11.2004.

<[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_ty/sairaanhoitajakoulutus/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty/sairaanhoitajakoulutus/)>.

Viitattu 17.3.2005.

<[http://www.teo.fi/uusi/suomi\\_1.htm](http://www.teo.fi/uusi/suomi_1.htm)>. Viitattu 12.4.2005.

**LIITTEET****LIITE 1: Tutkimuslupa-anomus**

Marjut Tiisala  
[...]  
marjut.tiisala@uta.fi

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS  
15.12.2004

[...] perusturvakuntayhtymän  
johtoryhmä

Olen opintovapaalla työstäni [...] kirjastossa ja suoritan kuluvan lukuvuoden aikana Tampereen yliopistossa informaatiotutkimuksen syventäviä opintoja, joihin kuuluu mm. pro gradu-tutkielma. Graduni aihepiiri liittyy informaatiotutkimuksen alalla keskeiseen ammatillisen tiedonhankinnan tutkimukseen. Tarkoituksenani on tutkia **pienien paikkakuntien perusterveydenhuollon sairaanhoitajien tiedontarpeita ja tiedonhankintaa**. Tutkimukseni on kvalitatiivinen tapaustutkimus, tutkimusmetodina teemahaastattelut, joihin tarvitaan n. 15 sairaanhoitajaa.

Pyydän tutkimuslupaa nykyisen [...] sairaanhoitajien teemahaastatteluihin. Haastattelujen suunniteltu ajankohta on helmikuu 2005, jolloin kyseiset sairaanhoitajat hallinnollisesti kuuluvat jo [...].

Tarkoituksena on selvittää, millaisia työhönsä liittyviä tiedontarpeita näillä pienten kuntien sairaanhoitajilla on ja miten ja mistä he tietonsa hankkivat. Koska näiden asioiden selvittäminen ajoittuu juuri uuden kuntayhtymän käynnistymisvaiheeseen, tarkoituksena on myös kartoittaa, vaikuttaako tämä muutosvaihe jollain tapaa heidän ammatillisen tiedon tarpeisiin. Tulkittujen tutkimustulosten avulla on tarkoitus miettiä tuloksista mahdollisesti esiin nousevia organisaation tiedonhankinnan kehittämistarpeita ja -mahdollisuuksia. Tuloksista saatu tieto voi tuoda uutta mietittävää ja kehitettävää myös alueen kirjastoille. Tutkimuksen loppuraportti valmistunee vuoden 2005 syksyn aikana.

Pro gradu-tutkielmaani ohjaa Tampereen yliopiston informaatiotutkimuksen laitoksen professori, YTT Pertti Vakkari (p. 03-2156968).

Marjut Tiisala  
YTM-opiskelija

LIITE: Tutkimussuunnitelma

**LIITE 2: Haastattelupyyntökirje**

Marjut Tiisala  
[...]

**TUTKIMUSHAASTATTELUPYYNTÖ**

[...]sairaanhoitajat [...]

Hei!

Suoritan informaatiotutkimuksen syventäviä opintoja Tampereen yliopistossa ja teen pro gradu-tutkielmaa aiheesta **pienien paikkakuntien perusterveydenhuollon sairaanhoitajien työssään tarvitsema tieto, sen hankinta ja käyttö**. Ammatillisen tiedonhankinnan tutkimus on informaatiotutkimuksen keskeinen osa-alue, jonka tavoitteena on edesauttaa ammattikohtaisten tietojärjestelmien ja tiedonhankinnan apuvälineiden kehittämistä sekä tuoda esiin eri ammattialojen tai työorganisaatioiden tiedonhankinnan kehittämistarpeita ja -mahdollisuuksia. Perusterveydenhuollon sairaanhoitajien tiedollista käyttäytymistä on Suomessa tutkittu melko vähän.

Tarkoitukseni on selvittää, millaisia työhönsä liittyviä orientoivia tai tehtävälähtöisiä tiedontarpeita pienien kuntien sairaanhoitajilla on ja miten ja mistä he tietonsa hankkivat. Koska näiden asioiden selvittäminen ajoittuu juuri uuden kuntayhtymän käynnistymisvaiheeseen, tarkoituksena on myös selvittää, vaikuttaako tämä muutosvaihe jollain tapaa ammatillisen tiedon tarpeisiin ja hankintaan. Aion selvittää em. asioita teemahaastattelujen avulla, joita varten tarvitsen n. 15 vapaa-ehtoista haastateltavaa. **Pyydänkin nyt suostumustanne haastatteluun.** Osallistumisenne haastatteluihin edesauttaisi suuresti tutkielmani valmistumista ja loppututkintoni suorittamista.

Olen saanut tutkimusluvan tutkimuksen tekemiseen [...] johtoryhmältä. Haastattelujen kesto on 1–1,5 h ja ne voidaan tehdä työvuorojen aikana. Tarvittaessa voin tulla tekemään haastattelun myös kotiin haluananne aikana. Tutkimuksessani noudatan tutkimuksenteon yleisiä juridisia, moraalisia ja eettisiä periaatteita ja sääntöjä siten, että kaikki haastatteluissa esiin tulleet asiat käsitellään luottamuksellisesti ja niitä käytetään vain tutkimustarkoitukseen, kenenkään yksityisyyttä tai anonymiteettiä loukaamatta.

**Pyydän, että ilmoittaisitte suostumuksestanne vapaa-ehtoisiksi haastateltaviksi minulle sähköpostilla mahdollisimman pian.** Suostumuksen saatuaani sovittelen haastattelu-aikoja työvuorolistojenne mukaan ja ilmoitan aikataulusta teille. Haastatteluja aion tehdä viikosta 9 alkaen aina viikolle 14. Kerron mielelläni lisää haastateluista tai tutkimuksestani joko sähköpostilla tai puhelimitse.

Haastattelujen käytännön toteuttamisesta olen keskustellut [...] koulutus- ja kehittämiskoordinaattori [...] kanssa, häneltä olen myös saanut kohderyhmääni soveltuvien henkilöiden nimet.

Ystävällisin terveisin  
Marjut Tiisala

**LIITE 3: Teemahaastattelurunko**

(s. 1/3)

**Teemahaastattelurunko****Henkilötiedot sekä työpaikkaa koskevat tiedot**

- ikä, sukupuoli, koulutus, koska valmistunut tähän ammattiin, kuinka kauan työssä tässä paikassa, aiemmat työpaikat, lyhyt selvitys omasta työskentely-yksiköstä/osastosta, esim. sen potilas- ja henkilöstörakenteen määrittelyä

**Työtehtävät**

- Millaista on työsi, kuvaile työtehtäviäsi (3-4 olennaisinta).
- Mitä hoitotyön alueita ja tehtäviä työhösi kuuluu, mitkä niistä painottuvat (luettelo hoitotyön alueista)?
- Onko sinulla työyhteisössäsi jokin tietty rooli tai useita rooleja?

**Tiedontarpeista**

- Kuvaile, millaista tai mitä tietoa yleensä käytät työssäsi, liittyen eri hoitotyön alueisiin ja tehtäviin (esim. kokemustieto, lääketieteellinen tai hoitotieteellinen tieto).

**a) Orientoivan tiedon tarpeet:**

- Tunnetko tarvitsevasi omaan ammattiisi yleisesti liittyvän tiedon seuraamista ja päivittämistä (esim. hoito- tai lääketieteellinen tieto, jokin muu)?
- Alallasi tehdään koko ajan paljon uutta tutkimusta. Tunnetko tarvitsevasi tällaista tutkimustietoa tai ns. teoreettista tietoa omassa ammatissasi?

**b) Praktisen tiedon tarpeet:**

- Oletko tuntenut joskus työtehtävissäsi tai niihin liittyvissä tilanteissa, ettet pärjää jo sinulla olemassa olevalla tiedolla ja kokemuksellasi? Jos kyllä, kuvailenko niitä tehtäviä tai tilanteita.
- Mistä hoitotyön alueista tai tehtävistä tällaisia tiedontarpeita useimmin nousee?
- Kuinka usein sinulle tulee tunne, että tarvitset lisää tai uutta tietoa saadaksesi jonkin työhösi liittyvän ongelman tai tilanteen ratkaistua?

(s. 2/3)

## **Tiedonhankinnasta**

### **a) Orientoivan tiedon hankinta:**

- Miten/mistä saat tai hankit tietoa seurataksesi yleisesti mitä alallasi tapahtuu tai päivittääksesi työssäsi yleensä tarvitsemiasi tietoja (luettelo lähteistä)?
- Saatko tietoa hoitotieteen uusista tutkimuksista tai luettavaksesi niitä? Jos saat, miten?

### **b) Praktisen tiedon hankinta:**

- Mitä lähteitä tai kanavia käytät saadaksesi tietoa jonkin ongelmallisen työtehtävän tai tilanteen ratkaisemiseksi tai paikataksesi aukon sen hetkisessä tiedossasi (luettelo lähteistä)?

Seuraavissa kohdissa tarkennetaan eräiden lähteiden tai kanavien käyttöä (jollei ole tullut esiin keskustelussa vielä):

- Onko teillä työpaikallasi tai sinulla itselläsi olemassa jonkinlainen käsikirjasto, jossa koottuna alasi kirjoja tai lehtiä ja jota voit aina tarvittaessa käyttää?
- Saatko joitain lääke- tai hoitotieteellisiä lehtiä luettavaksesi työpaikallasi? Onko teillä lehtikiertoa? Tuleeko kotiisi jokin alan lehti?
- Onko sinulla työpaikallasi käytettävissä tietokonetta? Miten yleensä käytät tietokonetta työssäsi?
- Onko Internetin käyttö sinulle tuttua, onko se käytettävissäsi työpaikallasi? Mihin tarkoitukseen käytät Internetiä (esim. sähköposti, verkkokeskusteluryhmät)?
- Onko työpaikallasi käytettävissä esim. joitain hoitoalan kotimaisia tai ulkomaisia cd-tallenteita tai on line-tietokantoja, joista voisit lähteä jäljittämään puuttuvaa tietoa? Jos on, oletko käyttänyt niitä ja millaisia kokemuksia käytöstä on ollut?
- Onko käytettävissäsi alan elektronisia lehtiä? Jos on, oletko käyttänyt niitä ja millaisia kokemuksia käytöstä on ollut?
- Saatko/oletko saanut riittävästi tietoa ammattialaasi liittyvien keskeisten formaalien tiedonlähteiden (esim. kirjat, ammatti- ja tieteelliset lehdet, on line- ja cd-rom-tietokannat) olemassaolosta ja käyttömahdollisuuksista?

(s. 3/3)

**Sekä orientoivat että praktiset tarpeet:**

- Millä perusteella valitset tai miten valikoituvat ne lähteet, joista tietoa hankit tai saat?
- Johtaako jokin tietty tarve aina jollekin tietylle lähteelle?
- Koetko saavasi tarvitsemasi tiedon juuri silloin kun sitä tarvitset?
- Koetko mitään hankaluuksia tiedonhankinnassasi tai onko siinä jotain esteitä?
- Nykyään puhutaan informaatiotulvasta, miten itse koet tilanteen, onko omaan työhösi liittyvää tietoa tarjolla riittävästi, liian vähän tai liikaa?

**Tiedonkäyttö**

- Miten arvioit käyttäväsi hankkimaasi tai päivittämäsi tietoa? Miten hyödynnät sitä omassa työssäsi?
- Oletko huomannut, että hankkimasi tai saamasi uusi tieto on muuttanut toimintaasi työssäsi?
- Jaatko saamaasi tietoa toisille työyhteisössäsi? Entä potilaille/asiakkaille tai heidän omaisilleen?

**Muutostilanteen vaikutuksesta tietokäyttäytymiseen**

- Onko työsi viime aikoina muuttunut jotenkin, liittyen paikallisiin hallinnollisiin muutoksiin?
- Koetko, että muutos uuteen kuntayhtymään olisi poistanut tai lisännyt työhösi liittyviä tiedontarpeita? Esimerkkejä näistä tilanteista.
- Jos lisännyt, miten olet pyrkinyt näissä tilanteissa tietoa saamaan ja oletko onnistunut?
- Jos poistanut, millä tavoin? (esim. onko tullut uusia lähteitä tai kanavia, onko jonkin lähteen tai kanavan käyttö helpottunut)?

## **LIITE 4: Tiedonlähteet-apuluettelo**

### **1. Henkilöt**

- kollegat
- lääkärit
- muut työtoverit ja muu henkilökunta
- muut henkilöt

### **2. Kirjallisuus**

- oppikirjat
- hakuteokset
- tutkimukset
- muu kirjallisuus

### **3. Lehdet**

- ammattilehdet
- tieteelliset aikauslehdet
- muut lehdet

### **4. Internet**

- sähköposti
- keskusteluryhmät
- tietokannat

### **5. Cd-rom tietokannat**

### **6. TV tai radio**

### **7. Kurssit, seminaarit, koulutustilaisuudet, kokoukset ja palaverit**

### **8. Kirjastot**

### **9. Työpaikan tai oma ”kirjasto”**

### **10. Muut lähteet**