

Eevaliisa Kivilahti  
Suomalaisten sairaanhoitajien kokema työhy-  
vointi Suomen ja Norjan terveydenhuollon  
organisaatioissa  
Pro gradu – tutkielma  
Hallintotiede  
Kevät 2011

## **Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta**

Työn nimi: Suomalaisten sairaanhoitajien kokema työhyvinvointi Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa

Tekijä: Eevaliisa Kivilahti

Koulutusohjelama/oppiaine: Hallintotiede

Työn laji: Pro gradu – työ

Sivumäärä: 109

Vuosi: 2011

### **Tiivistelmä:**

Tutkimus kohdistuu suomalaisten sairaanhoitajien kokemuksiin työhyvinvointiin vaikuttaneisiin eroihin Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa tehtävässä hoitoyössä. Tarkastelu painottuu sairaanhoitajien työhyvinvointia edistäneisiin tai sitä vähentäneisiin tekijöihin. Ammatillinen osaaminen, pätevyys, elämäntilanne, työyhteisö ja johtaminen olivat kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten mukaan yhteydessä sairaanhoitajan työhyvinvointiin.

Tutkimus toteutettiin syksyn 2010 ja kevään 2011 aikana haastattelemalla seitsemää (n=7) harkinnanvaraisella lumipallo-otannalla tutkimukseen valikoitunutta suomalaista sairaanhoitajaa. Tiedonantajat olivat työskennelleet erilaisissa perus- ja erikoissairaanhoidon organisaatioissa Suomessa ja Norjassa. Avoimilla teemahaastatteluilta kerätty tutkimusaineisto käsiteltiin laadullisella sisällön analyysillä kokemuseräisen tiedon saamiseksi.

Tutkimustulosten mukaan erot sairaanhoitajan työn sisällössä näkyivät työnjaossa ja työtavoissa, jotka heijastuivat yhteisöllisyyteen ja joustavuuteen työssä. Saatujen tulosten mukaan työyhteisöissä toteutettu työnjako ja erilaiset työtavat näkyivät eroina potilaiden tyytyväisyydessä sekä sairaanhoitajien saamassa palautteesta ja arvostuksesta. Lähijohtamisessa olleet erot liittyivät osastonhoitajan rooliin työyhteisössä, johtamistapaan sekä alaisten arvostukseen. Erot osastonhoitajan roolissa ja työtehtävissä näkyivät eroina työn yhteisöllisyydessä, vastuun jaossa ja luottamuksessa. Saatujen tulosten mukaan sekä sairaanhoitajan työn sisällössä että lähijohtamisessa olleilla eroilla oli vaikutusta sairaanhoitajien työhyvinvointiin. Palkkauksessa olleilla eroilla, joissa erot koskivat myös osaamisesta ja työkokemuksesta saatua palkkaa, koettiin olleen yhteyttä ammattitaidon arvostukseen ja työssä hyvin voimiseen.

Saadut tulokset osoittivat, että monet työhön ja työyhteisöön liittyvät tekijät vaikuttavat sairaanhoitajan työhyvinvointiin. Tärkeänä tekijänä mainittiin työkuormitus, jota voidaan vähentää riittävällä henkilökuntamäärällä, tasapuolisella työnjaolla ja hyvällä lähijohtamisella. Tulosten mukaan yhteisöllisten työtapojen käyttö lisää sairaanhoitajien osaamisen hyödyntämistä ja sen vahvistamista. Tukemalla ikääntyvien sairaanhoitajien työssä jaksamista, vahvistetaan heidän työssä jatkamistaan. Paras mahdollinen, ammatillisuuteen ja ammattietiikkaan perustuva hoito toteutuu hyvinvoivan henkilöstön avulla. Tässä tutkimuksessa saadun tutkimustiedon odotetaan avartavan näkemyksiä sairaanhoitajien työhyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Tuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitajien työhyvinvoinnin tilaa ja sen parantamista koskevassa keskustelussa..

Avainsanat: sairaanhoitaja, työyhteisö, lähijohtaminen, työhyvinvointi

Suostun tutkielman luovuttamiseen kirjastossa käytettäväksi:

Suostun tutkielman luovuttamiseen Lapin maakuntakirjastossa käytettäväksi:

## SISÄLLYS

### Tiivistelmä

1. JOHDANTO	3
1.1 Tutkimuksen taustaa	3
1.2 Tutkimuskysymykset	5
1.3 Tutkimustehtävät ja tutkimuksen tavoitteet	6
1.4 Mitä uutta tämä tutkimus tuo?	6
1.5 Tutkimuksen rakenne	7
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
2.1. Sairaanhoidajan ammatillinen kasvu	8
2.1.1 Ammatillinen osaaminen	9
2.1.2 Pätevyys	13
2.1.3 Asiantuntijuus	16
2.1.4 Eettisyys hoitotyössä	18
2.2. Työhyvinvointi	22
2.2.1 Työympäristön muuttuminen	23
2.2.2 Työhyvinvointitutkimus	25
2.2.3 Työyhteisön merkitys työhyvinvoinnissa	28
2.2.4 Elämäkokonaisuuden hallinta	31
2.3. Hoitotyön lähijohtajuus	33
2.3.1 Osaamisen johtaminen	36
2.4. Yhteenveto	39
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	41
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN JA MENETELMÄT	42
4.1. Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat	42
4.2. Tutkimuksen eettiset lähtökohdat	43
4.3. Tutkimuksen kohderyhmä	44
4.4. Tutkimusaineiston keruu	45
4.5. Tutkimusaineiston analyysi	47
4.5.1 Induktiivinen sisällön analyysi	49
4.5.2 Empiirisen aineiston käsittely	49
5. TUTKIMUSTULOKSET	53
5.1. Taustatiedot	53

5.2. Erot sairaanhoitajan työssä	55
5.2.1 Sairaanhoitajan ammatillisuus	55
5.2.2 Hoitotyön toteuttaminen	60
5.3. Erot hoitotyön lähijohtamisessa	69
5.4. Erot työhyvinvoinnin edistämässä	75
5.5. Yhteenveto tuloksista	78
6. POHDINTA	82
6.1. Tutkimuksen luotettavuus	82
6.2. Tutkimuksen eettisyys	84
6.3. Keskeisten tulosten tarkastelu	84
6.4. Johtopäätökset	88
6.5. Jatkotutkimushaasteet	90
Lähteet	91
Liitteet	109

# 1 JOHDANTO

## 1.1 Tutkimuksen taustaa

Yhteiskuntamme muuttuu nopeaan tahtiin ja meneillään olevien muutosten vaikutukset näkyvät myös terveydenhuollossa ja hoitotyössä. Muutokset terveydenhuollon piirissä ovat olleet varsin nopeita, jatkuvia ja joskus jopa odottamattomia (Temmes ym. 1997). Näihin muutoksiin ovat sairaanhoitajat sopeutuneet ja vastanneet niihin ammattitaidollaan (Metsämuuronen 2000; Ruohotie 2000). Osa sairaanhoitajista on kokenut muutokset positiivisina, toiset taas negatiivisina. Muutokset tuovat työyhteisöihin aina jonkinasteista epävarmuutta. Tämä epävarmuus voi ilmetä epätietoisuutena siitä, missä ja keiden kanssa seuraavaksi työskentelee, onko nykyinen osaaminen riittävää uusissa tehtävissä ja mitä jatkossa tulee tapahtumaan. Parhaiten muutoksiin sopeutuvat Hildénin (2002) mukaan sairaanhoitajat, jotka ottavat mielellään vastaan ja omaksuvat uusia asioita, ovat aktiivisia innovoijia sekä kehittäjiä ja luottavat ammatilliseen osaamiseensa.

Sairaanhoitajien osaaminen on varsin laajaa koostuen kvalifikaatio – ja kompetenssi - tai pätevyysperusteisesta osaamisesta. (Pelttari 1997.) Hoitotyön taitamisen lisäksi sairaanhoitajien osaamiseen sisältyvät, äänettämiin ja pehmeisiin perusosaamistaitoihin kuuluvat, ihmisten kohtaaminen ja arvo- ja eettinen osaaminen sekä taito käyttää omaa persoonaa. (Kalkas & Sarvimäki 1996; Pelttari 1997; Hvalvik 2005.) Päivittäinen kliininen työ, joka koostuu yhteistyöstä, vastuun kantamisesta ja työn kehittämisestä uuden tiedon avulla, on ns. potentiaalista tulevaisuuden osaamista. Lisäksi tarvitsevat sairaanhoitajat työssään entistä enemmän projektityöskentelytaitoja, innovatiivisuutta sekä kykyä tehdä työtä itseohjautuvasti. Edellä mainitut potentiaaliset tulevaisuuden osaamistaidot, joihin nykypäivänä on lisättävä myös taito hallita itsepuolustusta, ovat haastaneet sairaanhoitajat lisäkoulutuksiin ja tekemään hoitotyötä uusilla tavoilla. Sairaanhoitajien päivittäin käyttämät osaamisalueet ovat niin ikään johtamista, sosiaalista - ja palveluosaamista sekä vaikeiden päätösten tekemistä. (ks. Syväjärvi 2005.) Utriainen (2009) kuvaa sairaanhoitajan työtä yhteisöllisyyden, potilastyön ja työn asenneperustan muodostamana kokonaisuutena. Työn yhteisöllisyyteen kuuluvat auttaminen, vapaus, asema työssä, työn mielekkyys sekä yhdessäolo ja parityö. Sairaanhoitajan työn asenneperustassa näkyy toisaalta potilaan hyvä hoitaminen ja toisaalta hoitajuuden arvostaminen, jatkaa Utriainen (2009). Nykypäivän teknologisessa maailmassa sairaanhoitajilla on sekä eettinen että moraalinen vastuu potilaiden huolenpidosta ja hoitamisesta. Potilaiden kokemaan tyytyväisyyteen kuuluu se,

että sairaanhoitajat auttavat potilaita hyväksymään tekniset laitteet hoidossaan ja auttavat heitä luottamaan näihin teknologisiin ratkaisuihin. (Halldörsdottir 1996; Barnad 2000; Almerud 2007.) Tulevaisuuden hoitotyössä tarvitaan projektiosaamisen ja kansainvälisyysosaamisen lisäksi entistä vahvempaa teknologista osaamista, arvioi myös Almerud (2007).

Laadukas hoitotyö toteutuu ainoastaan riittävällä määrällä hyvinvoivaa sitoutunutta hoitohenkilökuntaa. Useiden tutkimusten mukaan esimiestyöllä ja sen toteuttamiseen valituilla johtamistyyeillä on selkeä yhteys sekä työtyytyväisyyteen että organisaatioon sitoutumiseen. (Pool 1997,271–283; Skogstad 1997; Lok & Crowford 1999,365–373.) Mahdollisuudet oman työn kehittämiseen ja tuensaamiseen siinä vahvistavat toisaalta ammatissa olevien sairaanhoitajien sitoutumista työhönsä, parantavat työhyvinvointia ja toisaalta ne lisäävät nuorten kiinnostusta hoitoalaa kohtaan. (Metsämuronen 2000; Kanste 2005). Taitavalla ja oikeudenmukaisella johtamisella edistetään terveydenhuollossa sairaanhoitajien organisaatioon sitoutumista, työtyytyväisyyttä sekä työmotivaatiota. Johtamisessa painottuvat ihmisten osaaminen, ammattitaito ja arvot liitettynä henkilöstön hyvinvoinnista, työmotivaatiosta ja tulevaisuudesta huolehtimiseen. On arvioitu, että tulevaisuudessa työvoiman kompetenssit ja sitoutuminen tulevat nousemaan ratkaisevaan rooliin organisaatioiden menestymisessä, vaikka viimeaikainen suomalainen keskustelu hoitotyössä olevien sitoutumisesta organisaatioon on käsitellyt lähinnä työssä jaksamista ja varhaiseläkkeitä. (Kanste 2005; Utriainen 2009; Kauppinen ym. 2010.)

Hoitotyön työvoimapulaa voidaan ehkäistä sekä koulutuspolitiikalla että terveydenhuollon tuottavuuden parantamisella. (Mäkinen 2010,36–39.) Yhtenä yksinkertaisena keinona tuottavuuden parantamiseen on Mattilan (2008) mukaan se, että sairaanhoitajat saisivat keskittyä ja tehdä oman erityisosaamisensa edellyttämiä töitä omissa organisaatioissaan. Sen sijaan terveydenhuollon organisaatioista ulkomaille tai muille aloille siirtyneiden sairaanhoitajien saaminen takaisin hoitoyöhön vaatii enemmän ponnisteluja. Työn sisältöjen ja johtamisen kehittämisen lisäksi pitää hoitotyön arvostusta nostaa, vakinaistaa työsuhteita, parantaa palkkausta sekä lisätä houkuttelevien etuja ja palkkioita. (Suonsivu 2003.) Sairaanhoitajia voidaan Vahteran ja kumppaneiden (2002b) mukaan innostaa palaamaan hoitotyöhön myös työkykyä ylläpitävillä konkreettisilla toimilla, joita ovat mm. kuntouttava työote ja työaikajoustot. Työkykyä ylläpitävät toimet näkyvät työssä jaksamisena, parempana työyhteisön toimintana ja vähentyneinä sairauspoissaoloina sekä ikääntyvien sairaanhoitajien pitempinä työurina, jatkaa Kanste (2005). Työkykyä ylläpitävien toimien lisäksi tulisi mahdollisimman pitkään työelämässä jatkamista tukevia eläkejärjestelmiä kehittää.

Huolimatta siitä, että Suomessa tutkitaan ja kehitetään uusia työvälineitä, joita hyödyntämällä terveydenhuollon hoito-organisaatioissa voitaisiin tehdä työssä jaksamista parantavia muutoksia, käytetään niitä vähän, toteavat Kanste (2005), Mäkikangas ym. (2007) ja Utriainen (2009). Työpaikan fyysisellä ympäristöllä ja lukuisilla organisaation toimintaan sekä henkilöstön hyvinvointiin liittyvillä seikoilla, joihin kuuluvat myös etenemismahdollisuudet ja palkitseminen voidaan Mattilan (2008) mukaan vaikuttaa henkilöstön työssä jaksamiseen ja jatkamiseen. Kunnossa olevat prosessit, parempi hoitotyön suunnittelu ja joustava johtaminen, vähentävät merkittävästi kiireen tuntua ja parantavat työyhteisön toimintaa sekä työympäristöä, vaikkei työntekijöiden määrää lisättäisikään.

Kokemukset huonosti tehdystä työstä kuormittavat sairaanhoitajia henkisesti, kun taas työkykyä pitävät yllä erityisosaamiseen ja arvostukseen liittyvä työn merkitykselliseksi kokeminen ja selkeät tulokset. (Kivimäki ym. 2004.) Sairaanhoitajien arvostus koostuu koulutuksessa syntyneestä vahvasta tietoperustasta, taidoista ja erityisosaamisesta. Suomalaiset sairaanhoitajat ovat kansainvälisesti varsin arvostettuja, sillä heillä on korkeatasoinen sairaanhoitajakoulutus. Työn perustana ovat vahva hoitoetiikka ja työmoraali sekä hoitomenetelmiä koskeva uusin tieteellinen tieto. (Kalkas 2000; Sarvimäki 2000.) On mielenkiintoista pohtia niitä yhteiskunnassa, organisaatiossa, työroolissa ja yksilössä itsessään olevia tekijöitä jotka laukaisevat suomalaisten sairaanhoitajien halun muutokseen, uuden oppimiseen, kompetenssin lisäämiseen tai innostavat hakeutumaan ulkomaille töihin. (ks. Ruohotie 2000.) Sairaanhoitajapulaa potevissa maissa kuten Norjassa, hoitotyön yhteiskunnallinen tehtävä ja arvostus näkyvät työmarkkinoiden haluna saada suomalaisten sairaanhoitajien osaaminen käyttöönsä. Tässä tutkimuksessa tutkijan kiinnostus Norjassa työskentelevien, tai siellä työskennelleiden, laillistettujen suomalaisten sairaanhoitajien työhyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä, heräsi keskusteluissa suomalaisten sairaanhoitajien kanssa, jotka työskentelivät tai olivat työskennelleet sekä Suomen että Norjan terveydenhuollon organisaatioissa.

## 1.2 Tutkimuskysymykset

Kysymyksillä 1) miten sairaanhoitajan työ eroaa Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa, 2) miten hoitotyön johtaminen eroaa Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa ja 3) miten työhyvinvoinnin edistäminen eroaa Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa,

tutkittiin suomalaisten sairaanhoitajien kokemuksia työhyvinvointiin vaikuttavista eroista Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa.

### 1.3 Tutkimustehtävät ja tutkimuksen tavoitteet

Tämän pro gradu - tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda esiin suomalaisten sairaanhoitajien kokemuksia työhyvinvointiin vaikuttavista eroista Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa. Lakisääteistä työhyvinvoinnista huolehtimista voidaan määritellä ja tarkastella monin tavoin ja sen osatekijöitä voidaan painottaa eri tavoin. Organisaation näkökulmasta työhyvinvointi on yksilöiden muodostaman työyhteisön toimimista tehokkaasti yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Yksilön näkökulmasta työhyvinvointi tarkoittaa hyvää toimintakykyä, motivoitumista ja hyvin voimista työssä. Työhön liittyvät tekijät kuten työn osaaminen, työyhteisö, johtaminen vaikuttavat työhyvinvointiin, joiden lisäksi elämäntilanteella ja terveydellä on vaikutusta työssä jaksamiseen. Tässä tutkimuksessa työhyvinvoinnin kehikon muodostivat sairaanhoitajien ammatillinen osaaminen, pätevyys, elämäntilanne, työyhteisö ja johtaminen. Tutkimus toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Tutkimuksen empiirinen tieto kerättiin haastattelemalla harkinnanvaraisella lumipallo-otannalla saatuja tiedonantajia. Haastateltavina olivat Norjassa työskentelevät, tai siellä työskennelleet, suomalaiset laillistetut sairaanhoitajat, joilla oli työkokemusta myös Suomesta. Avoimet teemahaastattelut nauhoitettiin ja käsiteltiin laadullista sisällön analyysiä käyttäen kokemuseräisen tiedon saamiseksi. Tutkimuksen avulla pyrittiin kuvailemaan ja ymmärtämään inhimillisiä kokemuksia sairaanhoitajilta saadun tiedon perusteella. (Krause & Kiikala 1996; Polit & Beck 2004.)

### 1.4 Mitä uutta tämä tutkimus tuo?

Tavoitteena tässä tutkimuksessa oli nostaa esiin Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa olevia eroja, joilla on vaikutusta suomalaisten sairaanhoitajien työhyvinvointiin. Saadun tutkimustiedon odotettiin avartavan näkemystä sairaanhoitajien työhyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitajien työhyvinvoinnin tilaa ja sen parantamista koskevassa keskustelussa.



## 1.5 Tutkimuksen rakenne

Tässä tutkimuksessa edettiin niin, että luvussa kaksi, esiteltiin tutkimuksen teoreettinen viitekehys, jossa teemoina olivat, aikaisemman teorian ja empiirisen tiedon mukaan toisiinsa liittyvät: ammatillinen osaaminen, -pätevyys, asiantuntijuus ja elämäntietämyksen hallinta, työyhteisö ja sen johtaminen sekä työhyvinvointi. Edellä mainittuja teemoja tutkija käsitteli niihin liittyvän kirjallisuuden ja tutkimusten avulla. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen ja pätevyys eli kompetenssi kehittyvät asiantuntijuudeksi sekä koulutuksessa että työssä oppimisena. (Benner 1989; Peltari 1997.) Hoitotyöhön, joka on luonteeltaan eettistä ja edellyttää jatkuvaa oppimista, vaikuttavat sekä työyhteisö että johtaminen. (Lauri & Kyngäs 2005.) Hoitotyön työyhteisöissä työtä tehdään kiinteässä yhteistyössä, joten työhyvinvointiin vaikuttaa myös koko työryhmän tapa toimia. Hoitotyön johtamisella tarkoitetaan sekä resurssien hallintaa että ihmisten johtamista. Johtamisella, jota tässä tutkimuksessa tarkastellaan lähijohtamisen tasolla olevana johtamisena, pyritään luomaan mahdollisimman hyvät edellytykset hoitotyölle ja sen kehittämiseksi. (Kanste 2005.) Lähijohtaminen varmistaa hoitotyön perustehtävänä olevien potilaan tarpeiden ja hänen hyvänsä olemisen hoitotyön lähtökohtana ja toiminnan kohdistamisen tähän hoidon päämäärään. (Parviainen & Sarvimäki 1999; Utriainen 2009.) Etenkin työyksikötasolla tapahtuva johtaminen tukee työn hallintaa ja vaikuttaa työhyvinvointiin. Luvussa kolme esitettiin tutkimustehtävä ja luvussa neljä määriteltiin tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat, aineiston hankinta sekä analyysi. Tutkimustulokset tutkija esitti luvussa viisi. Aineistosta nousevat tutkimustulokset tutkija peilasi aikaisempiin tutkimuksiin ja teki johtopäätöksiä. Pohdinnassa tarkasteltiin myös tutkimuksen luotettavuutta sekä saatujen tutkimustulosten merkittävyyttä.

## 2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Sairaanhoidajan ammatillinen kasvu

Sairaanhoidajakoulutuksen tavoitteena on sairaanhoitajien mahdollisimman hyvä ammattitaito, joka takaa laadukkaan hoidon, vahvistaa sitoutumista työhön sekä parantaa työssä viihtymistä. (Kivinen 1994; Peltari 1997; Perälä 1997; Hildén 1999; Metsämuuronen 2000.) Sairaanhoidajan ammatillisen kasvun ja kehittymisen katsotaan alkavan ammatillisessa koulutuksessa ja jatkuvan elinikäisenä prosessina, joka käsittää toisaalta työntekijän ihmisenä kasvamisen ja kehittymisen ja toisaalta työelämän eri tehtävissä vaadittavan tietotaidon ja kompetenssin ajan tasalla pitämisen (Kuoppamäki 2008.) Ammatillinen kasvu voidaan käsittää myös ammatillisena uusiutumisenä, joka pitää sisällään kehittämistoimia, joilla pidetään yllä ja lisätään ammatillista pätevyyttä. Jatkuvan kasvun ja uusiutumisen prosessi tähtää osaamisen kehittymiseen (Ruohotie 2000; Kari 2001.) Yksittäisen sairaanhoidajan näkökulmasta ammatillinen ja henkinen kasvu on kuin polku, jolle uraa rakennetaan. Uralla eteneminen voi olla joko organisaatiohierarkiassa ylenemistä vastuullisempiin tehtäviin tai etenemistä tehtävästä toiseen ja ammattitasolta toiselle. Siirtyminen vaativampiin tehtäviin edellyttää sairaanhoitajalta sekä mahdollisuutta että halua soveltaa uusia tietoja ja taitoja käytäntöön. Urakäytäytymiseen vaikuttavat myös sairaanhoidajan elämäntilanne ja elämäntilanne.

Uran tai ammatillisen kasvun eri vaiheissa painottuvat eri osaamisalueet. Paloposki ym. (2003, 155–165) ja Kuoppamäki (2008) kuvaavat sairaanhoidajan urakehitystä prosessina, jossa yksilöllinen ammattitaito, ammatillinen osaaminen ja pätevyys kehittyvät. Kasvulle on ominaista osaamisen jatkuva laajentuminen ja monipuolistuminen kliinisessä hoitotyössä. Urakehityksessä näkyy osaamisen täydentyminen. Taidot ja asiantuntemus kehittyvät ja laajentuvat kohti asiantuntijuutta. Bennerin (1989) mukaan sairaanhoidajan ura on vaiheittaista prosessia aloittelijasta asiantuntijaksi. Tässä prosessissa aloittelevan sairaanhoidajan hoitotyössä korostuvat yksityiskohtaisiin ohjeisiin ja sääntöihin tukeutuminen, kun taas asiantuntijan tekemä hoitotyö on kokonaisvaltaista kokemukseen ja kehittyneisiin taitoihin sekä ymmärrykseen perustuvaa. Esimerkiksi pitkä ura ja ammatillinen kokemus nostavat parhaimmillaan esille kokonaisuuksien hallinnan, kollegojen kehityksen tukemisen ja verkosto-osaamisen ammatillisen erityisosaamisen sijasta. Kokeneet sairaanhoitajat omaavat paljon osaamista ja he ovat merkittävässä asemassa siirtäessään mentoreina osaamistaan nuoremmille hoitajille. (Utriainen 2009.) Munnukka (1997) ja Telaranta (1999) korostavat asiantuntijuutta

tieteelliseen tutkittuun tietoon perustuvana osaamisena (evident passed nursing). Kirjallisuudessa sairaanhoitajan urakehitykseen liittyviä käsitteitä, ammatillista osaamista (kvalifikaatio), pätevyyttä (kompetenssi) ja ammattitaitoa, käytetään monella tavalla, jopa toisiaan korvaavina.

Kvalifikaatio – käsite saa alkunsa työstä ja sen asettamasta vaatimuksesta yksilölle ja hänen pätevyydelleen, kun taas kompetenssi – käsitteen voidaan ajatella lähtevän yksilöstä ja hänen suhteestaan työhön. Käsitteenä ammattitaito kattaa sekä kompetenssi- että kvalifikaatiokäsitteet. Yksinkertaistaen voidaan sanoa, että työelämä tuottaa ammattitaitovaatimuksia (kvalifikaatiovaatimuksia) työntekijälle, joihin työntekijä vastaa omalla pätevyydellään (kompetenssillaan). (Pelttari 1997; Hildén 1999; Metsämuuronen 2000; Paloposki ym. 2003, 155–165; Kuoppamäki 2008.) Seuraavaksi tarkastellaan sairaanhoitajan kvalifikaatioita eli ammatillista osaamista, pätevyyttä eli kompetenssia ja asiantuntijuutta sekä eettisyyttä hoitotyössä sekä työyhteisön ja lähijohtamisen yhteyttä työhyvinvointiin. Tutkimuksessa valittujen käsitteiden analysoinnin toteutus ja työvaiheet voivat Laurin & Kynkään (2005) mukaan vaihdella. (ks. Knafl & Deatrick 1993,35–50; Walker & Avant 1992; 1995.) Esimerkiksi Walkerin ja Avantin (1995) menetelmässä rajatapausten ja vastakkaisten käsitteiden nimeäminen on oleellinen osa analyysiä, kun taas Rodgersin (1993a, 7-33; 1993b, 73–92) menetelmästä ne puuttuvat kokonaan (ks. Sorppanen & Kyngäs 2004,175–187.) Tässä tutkimuksessa päädyttiin käsitteiden ammatillinen osaaminen, pätevyys ja asiantuntijuus sekä eettisyys hoitotyössä analysoimaan systemaattisesti ilman tarkkaa rajatapausten ja vastakkaisten käsitteiden määrittelyä. (Avant 1993,51–60; Rodgers 1993a, 7-33; 1993b, 73–92) Reed ym.2004; Sorppanen & Kyngäs 2004,175–187.) Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen eli kvalifikaatiot ja pätevyys eli kompetenssi ovat laajoja osittain päällekkäisiä käsitteitä ja niitä käytetään usein toisiaan korvaavina, kuten seuraavassa analysoinnissa ilmenee.

### 2.1.1 Ammatillinen osaaminen

Kvalifikaatiot ovat ominaisuuksia eli tietoja, taitoja ja valmiuksia tai taipumuksia, joita käytetään työelämässä ja yhteiskunnassa yleensä. Ne kuvaavat työvoiman pätevyyttä työn suorittamiseen. Kvalifikaatiot eli ammatillinen osaaminen painottuu työn edellyttämiin perus- tai vähimmäisvaatimukseen. (Jaakkola 1995,113–127; Metsämuuronen 2000; McMullan ym. 2003,283–294.) Osaamisen käytön ja kehittymisen organisatorisia edellytyksiä kuvaa Lehtonen (2002) sosiaalisella pääomalla, jossa ammatillinen osaaminen on lisäarvoa tuottavaa ammatillista osaamista ja kollektiivinen

osaaminen nähdään organisaatiossa pitkänä ajanjaksona kehittyvänä osaamisena. Ammatillisessa osaamisessa työ ja sen ympäristön vaatimukset sekä tapahtumassa olevat muutokset määrittävät sen, mitkä ovat yksilötason ammattitaidon keskeisiä kvalifikaatioalueita. Organisaatiotasolla kriteerit keskeisen osaamisen määrittämisestä määräytyvät strategialähtökohdista käsin. (Lehtonen 2002.) Organisaation strategian reflektointi vaikuttaa osaamisen kehitysprosessiin, jolloin osaamisen kehitystarpeet on helpompi tunnistaa. Kvalifikaatioille on ominaista, että yksilö saavuttaa kvalifikaatiot oman aktiivisen toimintansa kautta koulutuksensa ja elämänsä aikana, jatkaa Pelttari (1997). Työelämä tuottaa ne vaatimukset, joita ammattitaitoiselta yksilöltä vaaditaan tiettyjen työtehtävien suorittamiseen. Kvalifikaatio on se tunnustettu osaaminen, jolla yksilö vastaa työn tai työnantajan asettamiin haasteisiin. (Pelttari 1997; Metsämuuronen 2000.) Osaamisessa yhdistyvät tietojen ja taitojen monipuolinen ja luova käyttäminen, ajattelun taidot, kyky organisoida työtä ja työskennellä ryhmässä, taidot oppia, kyky joustaa ja mukautua muutoksiin sekä kyky arvioida omaa osaamista ja toimintaa samalla kehittää sitä. (Ranki 1999; Hätönen 2004.) Ammatillinen kehittyminen on mahdollista, vaikka kaikki käytännön taidot olisivatkin hallinnassa.

Kvalifikaatiokäsite on dynaaminen ja laaja (Syväjärvi 2005) ja sen laajaa soveltuvuutta on pidetty usein myös ongelmallisena. (mm. Paloposki ym. 2003, 155 – 165.) Se on laajentunut professionaalisten ja teknis- instrumentaalisten tietojen ja taitojen hallinnasta työympäristössä tapahtuvien muutosten hallitsemiseen eli avainkvalifikaatioihin. Avainkvalifikaatiot mahdollistavat nopeasti ja tehokkaasti tapahtuvan erityisosaamisen hankkimisen ja reagoimisen työtä koskeviin muutoksiin sekä vahvistavat urakehityksen hallintaa. (Ruohotie & Honkanen 2003.) Kivinen (1994) kuvaa kvalifikaatiokäsitteellä yksittäisiä ammatillisia sisältöalueita, joista yksilön ammatillinen pätevyys muodostuu. Työvoimaan liittyvänä potentiaalina kvalifikaatiot voivat joko tulla käytetyksi tai jäädä käyttämättä työntekijästä, työprosessista ja työkollektiivin suhteista ja yhteensopivuudesta riippuen. (Hildén 2000; Ruohotie 2000.) Hoitotyössä tämä voi johtaa siihen, että sairaanhoitajan laajat tiedot ja osaaminen tai olemassa olevat avainkvalifikaatiot jäävät hyödyntämättä. Käytännössä tämä hyödyntämättä jäävä osaaminen on arvotonta, toteavat Pelttari (1997) ja Ruohotie (2000).

Sairaanhoitajan työn kvalifikaatiovaatimuksia on tutkittu potilaiden, sairaanhoitajien, hoitotyön koulutuksen edustajien, terveydenhuollon hallinnon edustajien ja hoitotyön tutkijoiden näkökulmista. Tutkimusten avulla on koottu kvalifikaatiolistaa, jolla on rakennettu mahdollisimman tarkkaa kuvaa hoitotyöstä, sen muuttumisesta ja hoitotyön tulevaisuudenennusteista. Keskeisimmät sairaanhoitajan työn kvalifikaatiot kattavat työn teoreettisen hallinnan, hoitotyön tietoperustan tuntemisen,

kriittisyyden, ongelmanratkaisutaidot sekä yhteisöllisyyden. Sairaanhoidajan työn keskiössä ovat kädentaidot sekä teknologiset valmiudet yhdessä vuorovaikutus- ja muiden sosiaalisten taitojen kanssa. Ihmisläheisessä hoitotyössä intuitiivisuus ja äänettömät taidot täydentävät osaamisen kokonaisuutta. Sairaanhoidajakoulutukseen hakeutumisvaiheessa kohdistetaan hakijan persoonallisuuteen ns. "ihminen-ihmiselle" – vaatimuksia, jotka ovat tärkeä osa sairaanhoidajan työn kokonaisuutta. Kalkas ja Sarvimäki (1997), Pelttari (1997) ja Telaranta (1999) nimeävät "ihminen-ihmiselle" – vaatimuksiksi vuorovaikutusvalmiudet, empaattisuuden, ystävällisyyden, vastuullisuuden, huolenpidon, ihmisen monien ongelmien kokonaisvaltaisen kohtaamis- ja auttamisvalmiuden sekä kyvyn toimia asiakkaan tai potilaan asianajajana sekä terveyden edistäjänä.

Tutkiessaan vastikään ammattikorkeakoulusta valmistuneiden sairaanhoidajien arviota teoreettisesta ja käytännöllisestä osaamisestaan, osoitti Paloposki kumppaneineen (2003,155–165), että tutkimukseen osallistuneet sairaanhoidajat kokivat hallitsevansa parhaiten käytännöllistä osaamista. Käytännöllisen osaamisen alueita olivat mm. potilaan kunnioittaminen, empatia ja vastuullisuuden osoittaminen potilaalle hoitosuhteessa. Käytännölliseen osaamiseen kuuluivat myös kliininen hoitotyön osaaminen kuten injektion antaminen, verenpaineen mittaaminen ja potilaan hygieniasta huolehtiminen. Heikoimmin tutkittavat kokivat hallitsevansa hoitotyön hallinnon ja sosiaalitieteiden aluetta. Parhaimmat teoreettiset tiedot vastavalmistuneilla sairaanhoidajilla oli aseptiikasta sekä anatomiasta ja fysiologiasta. Tutkimustulokset osoittivat myös, että ammatilliseen osaamiseen vaikuttivat merkittävästi työkokemuksen pituus, työsuhteen laatu, työpaikka, ikä ja pohjakoulutus. Paloposken ym. (2003,155–165) saamien tulosten valossa vastavalmistuneiden sairaanhoidajien käsitykset omasta osaamisestaan pohjautuvat käytännön hoitotyön hallintaan, josta puuttui tieteellisen tiedon antama perusta. Tutkimustulokset tukevat ajatusta aloittelijasta asiantuntijaksi kehittymisestä. (Benner 1989; Janhonen & Pyykkö 1996; Benner ym. 1999; Kari 2001), jossa näyttöön perustuva hoitotyö (evident passed nursing) kehittyy työkokemuksen kasvaessa.

Hoito - ja lääketieteen sekä teknologian kehittyminen yhdessä monikulttuuriseksi muuttuneen hoitotyön kanssa, ovat haastaneet sairaanhoidajat oppimaan uutta ja laajentaneet sairaanhoidajan työnkuvaa. (Kuoppamäki & Sarajärvi 2006,17–22.) Uuden tiedon hankkiminen ja sen omaksuminen sujuvat sairaanhoidajilta. Sen sijaan uuden tiedon soveltaminen käytännön hoitotyöhön vaatii lisää ponnisteluja, jatkaa Pelttari (1997). Tieteellisten tiedon soveltamista käytännön hoitotyöhön heikentää toisaalta se, että suurin osa tieteellisistä julkaisuista on englanninkielisiä ja toisaalta työssä olevien

käytäntöjen muuttaminen voi tuottaa vaikeuksia, mikäli työryhmä, etenkin lääkärit, vastustavat niitä. (Oranta ym. 2002,13–205.)

Sairaanhoidajan työ on muuttunut entistä vastuullisemmaksi ja itsenäisemmäksi. Samalla työn kuormitus on kasvanut. (Hildén 1999; Ruohotie 2000.) Kaikki hoitotyössä tapahtuneet muutokset ovat vaikuttaneet potilaisiin, työyhteisöön, johtamiseen ja henkilöstöön. Näissä muutosten pyörteisessä sairaanhoidajilta vaaditaan sekä vahvaa eettistä osaamista että omien arvojen ja asenteiden kirkastamista. Vaikka sairaanhoidajat arvostavat nykyistä osaamistaan, tarvitsevat he kehittämistä muutosten - ja uusien auttamismenetelmien hallinnassa sekä suunnittelu - ja arviointitaidoissaan. (Hildén 1999; Kari 2001; Paloposki ym. 2003,155 – 165; Kuoppamäki 2008.) Sairaanhoidajien käytännön hoitotyön osaamisalueita koskevassa tutkimuksessa on Nousiainen (1998) todennut, että sairaanhoidajien toiminnalliset taidot ovat osastonhoitajien ja ylihoitajien mielestä näkyvimpiä osaamisalueista käytännön hoitotyön tilanteissa. Toiminnallisena osaamisena osastonhoitajat ja ylihoitajat pitivät sitä, että sairaanhoidajat osaavat valita yksilöllisesti ja taitavasti oikeat hoitamisen tavat erilaisissa tilanteissa. Toiminnalliseen osaamiseen kuului myös se, että sairaanhoidajat osasivat organisoida ja johtaa yksikön hoitotyön toimintaa.

Sairaanhoidajan tulevaisuuden osaamiseen kuuluvat entistä suuremmassa määrin monipuolinen teknologinen osaaminen, yrittäjäjyysosaaminen ja kansainvälisyysosaaminen Tulevaisuudessa painottuvat niin ikään moniammatilliset yhteistyövalmiudet, tutkimus- ja tiedonhankkimisvalmiudet, johtamisvalmiudet ja asiakkaan tai potilaan itsehoitoa tukevat valmiudet, jatkaa Pelttari (1997). Laadukas hoitotyö ja laadun hallinta ovat myös tulevaisuudessa osa sairaanhoidajan työtä. Ihmisen syvälinen kohtaaminen tulee olemaan tulevaisuudessa yhtä tärkeä osaamisalue sairaanhoidajan työssä kuin nykypäivänä. (Eteläpelto & Tynjälä 1999; Pelttari 1997; Ruohotie 2000.) Sairaanhoidajalta odotetaan korkeaa motivaatiota, vahvaa itseluottamusta ja halua kohtuullisten riskien ottamiseen. Sairaanhoidajan taitoihin kuuluu myös oman ammatin kehittämiseen vaikuttavien yhteiskunnallisten muutosten seuraaminen. Samalla, kun tulevaisuuden sairaanhoidajan odotetaan tuovan esiin ja markkinoivan enemmän asiantuntijuuttaan, odotetaan hänen pyrkivän vaikuttamaan aktiivisesti yhteiskunnan eri tasoilla. (Nousiainen 1998.) Toisin sanoen sairaanhoidaja vastaa omalla ammattitaidollaan niihin muutoksiin, joita yhteiskunta ja asiakkaat edellyttävät. (Metsämuuronen 2000; Ruohotie 2000; Kuoppamäki & Sarajärvi 2006,17–22.)

### 2.1.2 Pätevyys

Ammatillinen pätevyys eli kompetenssi on käsitteenä monimutkainen ja sitä on määritelty kirjallisuudessa eri tavoin. Näkökulma määrittelyssä voi olla laaja tai suppea. (Hilden 1999; Meretoja ym. 2002,404–409; Watson ym. 2002,421–431.) Laajasti määriteltynä yleiskäsitteenä viittaa pätevyys etiikkaan, sitoutumiseen poliittisiin arvoihin sekä tietoihin ja taitoihin. Stenvallin (2000) mukaan pätevyyttä voidaan pitää myös rationaalisenä harkintana ja kykynä tarkoituksenmukaisten keinojen löytämiseen tavoitteiden saavuttamiseksi. Suppeana käsitteenä pätevyys on tiedollista ja taidollista osaamista. (Stenvall 2000.) Pätevyyttä tiettyyn tehtävään pidetään kykynä kohdata kokonaisuudessaan työn vaatimukset. Metsämuuronen (2000) kuvaa pätevyyttä kykynä selvittää työtehtävästä parhaalla mahdollisella tavalla, jolloin kompetenssi on työntekijän subjektiivinen kokemus omista kyvyistään ja mahdollisuuksistaan toimia asetettujen tavoitteiden suuntaisesti. Pätevyyttä voidaan tarkastella myös henkilöstön ammattitaitona tai tehtävien ja toimintojen asettamina vaatimuksina, jolloin pätevän henkilön tekemät työsuoritukset ovat tasoltaan hyviä, jatkaa Virtanen (1991). Pätevyys eli ammattitaitoon liittyvät valmiudet kehittyvät prosessina peruskoulutuksessa, joka nähdään tässä ammatillisena koulutuksena, täydennyskoulutuksissa ja ammatillisena kokemuksena. Prosessi sisältää sekä ammatillisten tavoitteiden mukaisten toimintojen hallinnan että ammatillisen käyttäytymisen, jossa pätevyyttä käytetään ja se kehittyy. Siirtymällä osaamisen tasolta toiselle oppimisen, koulutuksen ja tutkinnon suorittamisen avulla pyritään Jaakkolan (1995,113–127) ja Hildènin (1999) mukaan muodolliseen pätevyYTEEN. Huolimatta valitusta tarkastelutavasta pätevyYDEN sisällölle on ominaista sen jatkuva muuttuminen uusien työkohteiden, muuttuvan työnjaon ja organisoinnin sekä teknologian ja uuden tiedon muuttuessa, jatkaa Hätönen (1998).

Myös sairaanhoitajan ammatillista pätevyyttä eli kompetenssia voidaan tarkastella monin eri tavoin. Paloposki ym. (2003,155 – 165.) ja Kuoppamäki (2008) pitävät ammatillista osaamista ja pätevyyttä osittain päällekkäisinä, sillä niitä käytetään usein toisiaan korvaavina. Syynä termien epäselvään käyttöön pidetään sitä, että sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys pitää osaamisen lisäksi sisällään sekä ammattia ja persoonallisuutta että yleistä tietoa koskevan vahvan ja laaja-alaisen tietopohjan. Sairaanhoitajan ammatillisen pätevyYDEN lähtökohtana pitävät monet tukijat pätevyYDEN rakentumisesta yksilöstä ja hänen potentiaalisesta kyvystään tiedollisesti ja taidollisesti hallita ammattinsa tai ammattialueensa toiminnallisia kokonaisuuksia. (Kari 2001; Paloposki ym.2003,155 – 165.) Näitä toiminnallisia kokonaisuuksia ovat hoitotyön taitojen hallintaan sisältyvät monipuoliset työn edellyttämät tekniset taidot, käden taidot, suunnittelu- ja johtamistaidot sekä sairaanhoitajan työssä ko-

rostuvat vuorovaikutus-, yhteistyö- ja ryhmätyötaidot. Yhtenä sairaanhoitajan ammatillisen pätevyyden elementtinä pidetään myös persoonallisuutta. Hildénin (1999) mukaan persoonallisuuteen kuuluvat aloitekyky, korkea työmoraali ja työmotivaatio sekä vahva sitoutuminen työhön. Tasapainoinen elämäntilanne ja hyvä fyysinen kunto vähentävät sairaanhoitajan työssään kokemaa henkistä kuormitusta ja takaavat ammattitaitoisen hoidon toteutumisen ja työssä jaksamisen. Työssä jaksaminen tukee myös halua täydentää osaamista. (Kari 2001; Paloposki ym.2003,155 – 165; Kuoppamäki & Sarajärvi 2006,17–22.) Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys eli kompetenssi on Kivisen (1994) ja Hildénin (1999) mukaan toimintakykyä suhteessa osoitettuun tehtävään.

Monilla työskentelyorganisaatioissa ja työmenetelmissä tehtävillä muutoksilla voidaan tukea sairaanhoitajien pätevyyttä. (Suonsivu 2003.) Palkitseamalla, kannustamalla oppimiseen ja antamalla palautetta tehdystä työstä, tukee johto vastuullisesti organisaatiossa olevaa pätevyyttä. Edellä mainittu ammatillista pätevyyttä tukevat toimet, yhdessä sairaanhoitajakoulutuksesta saatujen valmiuksien, halun olla hyvä sairaanhoitaja ja haasteellisen työn kanssa, motivoivat sairaanhoitajia ammatillisen pätevyyden kehittämiseen. Työyhteisöltä saatu tuki korostuu kollegiaalisessa hoitotyössä. (Utriainen 2009; Paasivaara & Nikkilä 2010.) Ammatillisen pätevyyden ylläpitokeinoja on monia, joista sairaanhoitajat käyttävät eniten ammattikirjallisuuden ja –lehtien ja tutkimusten lukemista, täydennyskoulutuksia ja työnohjausta, jatkavat Ruohotie (2000) ja Karvinen-Niinikoski (2009,77–84). Kliinisessä hoitotyössä sairaanhoitajat lisäävät ammatillista pätevyyttään perehtymällä uusiin hoitomenetelmiin joko organisaation sisäisissä koulutuksissa tai kokeneiden kollegojen perehdytyksessä ja opastuksella. Organisaation ulkopuolella tapahtuvat täydennyskoulutukset ovat tärkeitä ammattitaidon kartuttamisessa, sillä ne vahvistavat sekä kliinistä - että tiedollista pätevyyttä ja mahdollistavat laajan ammatillisen keskustelun. Tutkimukset vahvistavat, että vahva oppimisorientaatio edistää itsensä kehittämistä sekä helpottaa tiedon hankkimista alan kehityksestä. Se auttaa myös pitämään yllä ammattitaitoa ja teknistä osaamista. (Pelttari 1997; Hildén, 1999; Ruohotie 2000; Kuoppamäki & Sarajärvi 2007,17–22.) Ammatillisen pätevyyden dokumentointi takaa Syväjärven (2005) mukaan pätevyyden saamisen näkyväksi.

Sairaanhoitajan ammatillisen pätevyyden nykytilaa, kehittämistarpeita sekä sairaanhoitajan työn muuttumista ja muutoksen edellyttämää osaamista on tutkittu. (Benner 1989; Janhonen & Pyykkö 1996; Benner ym. 1999; Pelttari 1997; Kari 2001; Paloposki ym. 2003,155–165; Kuoppamäki 2008.) Iällä, koulutustaustalla ja työkokemuksella on tutkimusten mukaan merkitystä ammatillisen pätevyyden ilmenemiseen, toteaa Meretoja (2003.) Tutkimuksen kiinnostuksen kohteena ovat toi-



saalta olleet työyhteisön odotukset ja työyhteisöissä käytetyt pätevoitymistä tukevat toimet ja toisaalta keinot, joilla sairaanhoitajat ylläpitävät ja kehittävät omaa ammatillista pätevyyttään ja tekijöitä, jotka motivoivat ammatillisen pätevyyden kehittämiseen ja ylläpitoon. Lisäksi tutkimuksissa on selvitetty, millainen vaikutus sairaanhoitajan elämäntilanteella on ammatilliseen kasvuun ja millaisia valmiuksia sairaanhoitajan peruskoulutus antaa jatkuvaan itsensä kehittämiseen (Hildén 1999; 2000; Meretoja ym. 2004a, 329–336; Kuoppamäki & Sarajärvi 2006,17–22; Karvinen-Niinikoski 2009,77–84, Utriainen 2009.)

Edellä olevat määritelmät osoittavat, että sairaanhoitajan pätevyyden määritelmät ovat yksilöllisiä ja osittain epäselviä. Sairaanhoitajien pätevyyden arvioinnin tarkempaan selvittämiseen on mm. Meretoja (2003) kehittänyt Bennerin (1989) ammattipätevyyden viitekehykseen perustuvan 73- muuttujaa sisältävän NCS- mittarin. Lähtökohtana mittarin kehittämisessä on ollut se, että sairaanhoitajien ammattipätevyyden kehittäminen vaatii tieteellisesti testattuja arviointivälineitä ja sekä sairaanhoitajien että osastonhoitajien osallistumista tähän arviointiprosessiin. (Meretoja 2003; Meretoja ym. 2004b, 124–133.) NCS - mittarilla voidaan arvioida sairaanhoitajan ammattipätevyyttä kausaalisesti erilaisissa hoitotyön toimintaympäristöissä. (Meretoja ym. 2004a, 329–336.) Mittaria on hyödynnetty useissa erilaisissa tutkimuksissa Suomessa. Mm. Mäkipoura (2007,140–152) on kartoittanut mittarilla Helsingin yliopistosairaalan neurologian klinikassa työskentelevien sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä ja täydennyskoulutustarvetta. NCS- mittarilla on tutkittu myös Peijaksen sairaalassa sisätautien -, kirurgisella - ja psykiatrisella osastolla työskentelevien sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä erikoissairanhoidossa. Myös Salonen ym. (2007,1-9) ovat hyödyntäneet mittaria mentoointia ja ammatillista pätevyyttä kartoittavassa tutkimuksessaan teho- ja valvontaosastolla sekä päivystysosastolla.

Eri terveydenhuollon organisaatioissa Meretojan (2003) kehittämää mittaria on käytetty onnistuneesti kehityskeskustelujen pohjana. Mittari koostuu sairaanhoitajan oman osaamisen itsearviointista ja esimiehen tekemästä sairaanhoitajan osaamisen esimiesarvioinnista. Käytännössä sekä sairaanhoitaja että osastonhoitaja arvioivat sairaanhoitajan ammatillisen pätevyyden tasoa toiminnan laatua mittaavalla VAS (Visual Analogue Scale) 0- 100 janalla sekä toiminnan tiheyttä mittaavalla 4- portaisella asteikolla 1= hyvin harvoin, 2= satunnaisesti, 3= erittäin usein ja 4= ei sovellettavissa työtehtäviin. Mittarilla saatuja osaamisprofiileja sairaanhoitajien ammatillisesta osaamisesta hyödynnetään organisaatioissa olevan pätevyyden kartoittamiseen. Kartoituksia käytetään myös henki-

löstön ja toiminnan kehittämisen pohjana sekä tarvittavan täydennyskoulutuksen suunnittelussa. (Meretoja 2003.)

Kuten edellä on todettu ammatillinen osaaminen ja pätevyys ovat osittain päällekkäisiä ja niitä käytetään usein toisiaan korvaavina. Ammatillinen pätevyys lähtee yksilöstä ja hänen potentiaalisesta kyvystään tiedollisesti ja taidollisesti hallita tietyn ammatin tai ammattialueen toiminnallista kokonaisuutta. Tasona tarkasteltuna pätevyys on riittävä toimintakyky hoitaa ammattiin liittyviä tehtäviä ja toimintoja, joita yksilön odotetaan hallitsevan kullakin osaamisetasolla. Tasoina pidetään myös muodolliseen pätevyteen johtavaa oppimista, koulutusta ja tutkintoja. (Jaakkola 1995,113–127; Hilden 1999; Hilden 2002.) Tutkimustulokset osoittavat, että sairaanhoitajat kehittävät ammatillista pätevyyttään koko uran ajan. Tätä pätevyyden kehittämistä kutsutaan myös aloittelijasta asiantuntijaksi kehittymiseksi, jossa näyttöön perustuva hoitotyö (evident passed nursing) kehittyy kokemuksen kasvaessa. (Benner 1989; Janhonen & Pyykkö 1996; Benner ym. 1999; Kari 2001). Ammatillisesti pätevällä sairaanhoitajalla on laaja tietopohja, johon sisältyy ammatillista ja hoitotieteellistä tietoa sekä tietoa työyksikön tehtävistä että teknologian tuntemusta. Edellytykset sairaanhoitajien ammatillisen pätevyyden jatkuvalle ylläpitämiselle ja kehittämiseksi perustuvat sairaanhoitajakoulutuksen antamiin valmiuksiin, asetuksiin täydennyskoulutuksesta (29.11.2003/992, 2003/993) ja omaan elämäntilanteeseen sekä työyhteisön ja johtamisen tukeen.

### 2.1.3 Asiantuntijuus

Asiantuntijuuden määrittelyyn liittyy Telarannan (1999) mukaan kysymys asiantuntijuuden osoittamisesta niissä sosiaalisissa yhteyksissä, joissa sitä jaetaan ja otetaan käyttöön. Asiantuntijuuden oletetaan paikantuvan käytännön yhteisöihin kuten työorganisaatioihin, ryhmiin ja verkostoihin. Hoitotyön asiantuntijuus perustuu monitieteelliselle tietoperustalle ja työn tieteelliselle hallinnalle, joista erityisinä sairaanhoitajan asiantuntijuusalueina mainitaan mm. vuorovaikutus -, päätöksenteko - ja käden taidot, vastuullisuus, persoonallisuuden kehittyminen sekä elinikäinen oppiminen. Asiantuntijuus edellyttää mm. Kalkkaan ja Sarvimäen (1996) mukaan jatkuvaa työskentely- ja ajattelumallien arviointia ja uudistamista. Työn laatu ja sen hallinta tulevat olemaan myös tulevaisuudessa osa jokaisen sairaanhoitajan työhön kuuluvaa asiantuntijuutta, vaikka työ muuttuisi entistä vaativammaksi ja raskaammaksi. Hallitakseen työtään vaaditaan sairaanhoitajalta vahvaa ammattitaitoa toisaalta hoitotyön tarpeen tunnistamisessa ja toisaalta tuloksellisessa hoitotyössä. Hoitotyön panos-

ten seuranta, arviointi sekä hoitotyön kehittäminen ovat kiinteä osa asiantuntijuutta. (Kari 2001; Meretoja 2003; Utriainen 2009.) Asiantuntijuuden kehittymistä voidaan tarkastella myös työympäristöjen haasteena, sillä hoitoyhteisöt määrittelevät oman alueensa asiantuntijuuden kriteerit. Näin määritellylle asiantuntijuudelle on tyypillistä, että monet sen normeista ja arvoista eivät ole näkyviä. (Kalkas & Sarvimäki 1997; Telaranta 1999).

Asiantuntijuus näkyy sekä mahdollisuuksien luomisena ja kannustuksena sairaanhoitajan ammatilliselle kehittymiselle että hoitoyhteisön toteuttamana hoitotyön kehittämisenä. Tärkeinä vaikuttimina hoitoyhteisöistä lähtevässä asiantuntijuuden kehittämisessä ovat johdon tuki ja kannustus, toimintakykyinen työryhmä, työn kannustearvo ja työn aiheuttaman stressin hallinta. (Hildén 1999; Telaranta 1999; Ruohotie 2000; Paloposki ym. 2003,155–165; Kuoppamäki 2008.) Asiantuntijuuden ajatellaan kehittyvän prosessissa, jossa sairaanhoitaja tulee entistä vahvemmin osalliseksi omaan hoitoyhteisöönsä kuuluvista käytänteistä. Sairaanhoitajalta edellytetään hyvän tiedollisen ja taidollisen pohjan työlle antavaa koulutusta edetäkseen ammatillisuuden kehittymisen portaikossa. (Janhonen & Pyykkö 1996; Paloposki ym. 2003,155–165.) Ammatillisuuden tasot ovat perehtyvä, suoriutuva, pätevä, taitava ja asiantuntija. (Benner 1989; Benner ym.1999.) Näillä tasoilla sairaanhoitajan edellytetään etenevän päteväälle tasolle ja säilyttävän sen koko työuran ajan. Ammatillinen kehittyminen asiantuntijatasolle vaatii Bennerin (1989) ja Bennerin ym. (1999) mukaan yleensä pitkää työkokemusta. Ammattiuramallia hyödyntämällä on saatu hyviä tuloksia hoitotyön laadun kehittämisessä, henkilökunnan vaihtuvuuden vähentämisessä sekä työtyytyväisyyden ja motivaation lisäämisessä. (Nuccio ym. 1996,23–37; Meretoja 2003.)

Ammattiuramallista poiketen sairaanhoitajan työura voidaan nähdä eri työnantajille ja yli organisaatiorajojen menevistä tehtävistä, jolloin uraa eivät määrittele pelkästään ikä ja toisiaan seuraavat tehtävät saman organisaation tai työnantajan palveluksessa. Tämä ns. horisontaalinen ammatillinen kasvu, jossa sairaanhoitaja on tietyn organisaation ulkopuolella ja työskentelee yli organisaatiorajojen, on lisääntynyt terveydenhuollon organisaatioissa. (Telaranta 1999.) Työurien rakentuessa horisontaalisesti, määritellään sairaanhoitajan asiantuntijuus myös markkina-arvolla ja arvostuksella. (Pelttari 1997.) Kun sairaanhoitajat tuovat enemmän esiin asiantuntijuuttaan, arvostetaan heitä enemmän ja heidän vaikutusmahdollisuutensa kasvavat eri yhteiskunnan tasoilla (Pelttari 1997; Ruohotie 2000), sillä tarve rohkealle, tietävälle ja taitavalle toisen ihmisen puolestapuhujalle on aina olemassa.

Hoitotyön sisältöjen muuttuminen ja tiedon määrän lisääntyminen asettavat toisaalta haasteita sairaanhoitajien koulutukselle ja toisaalta ne synnyttävät uusia osaamistarpeita. (ks. Oranta ym. 2002,15–205.) Urakehitys rakennetaan sekä tiedoille ja taidoille että henkiseen kasvulle, jossa osaaminen monipuolistuu ja laajentuu. Se sisältää myös hyvin toimivan vuorovaikutuksen eri hoitotyön ammattiryhmien välillä. Vastuu omasta osaamisesta ja asiantuntijuuden jatkuvasta kehittämisestä on sairaanhoitajalla itsellään. Sairaanhoitajat arvioivat omaa osaamistaan itsearvioinnin sekä potilailta, esimieheltä ja työryhmän muilta jäseniltä saadun palautteen avulla. Työnantajan tehtävänä on puolestaan tukea ammatissa kehittymistä systemaattisella perehdytyksellä, kehityskeskusteluilla ja tarvittavilla täydennyskoulutuksilla. Tulevaisuudessa koulutuksen, asiantuntijuuden ja erityisosaamisen tarve ja arvostus tulevat kasvamaan ja siinä painottuvat entisestään Pelttarin (1997) ja Paloposken ym. (2003,155–165) mukaan moniammatilliset yhteistyövalmiudet, tutkimus- ja tiedonhankkimisvalmiudet, johtamisvalmiudet sekä asiakkaan tai potilaan itsehoitoa tukevat valmiudet. Vaikka ammatillista kasvua asiantuntijuudeksi määritellään eri näkökulmista, edellyttää kasvuprosessi sitoutumista läpi elämän jatkuvaan osaamisen vahvistamiseen, joka takaa laadukkaan hoitotyön ja sairaanhoitajan kehittymisen kohti syvempää asiantuntijuutta.

#### 2.1.4 Eettisyys hoitotyössä

Hoitotyön arvot ja arvostukset pohjautuvat filosofiseen käsitykseen ihmisestä ja terveydestä. Eettiset ja moraaliset arvot määrittävät Sarvimäen (2000) mukaan, mikä on oikein ja väärin, mikä on hyvää ja pahaa. Hoitotyön ammatit ovat ns. professioita tai semiprofessioita, eli ne pyrkivät mahdollisimman korkeatasoiseen ammatillisuuteen. (Kalkas & Sarvimäki 1996; Nöttveit 2004.) Eri ammattikunnat ja toiminta - alueet ovat muokanneet osittain yleisen tavan ja ammatillisen profiilin kautta eri aikoina erilaisia ammattikoodeja. Nämä koodit on nähty tietynlaisiksi ohjaimiksi. (Laitinen 2008.) Profiolla viitataan ammattirooliin, johon henkilö asettuu ollakseen siinä osaava, taitava ja seuratakseen ammatillista tietopohjaa. Siihen sisältyy tunnustautuminen tiettyyn yhteisöön ja sen jäsenyyteen. (af Ursin 2007; Paasivaara & Nikkilä 2010.) Eri ammattirooleissa, kuten sairaanhoitajan roolissa, persoonallisuuksien erot jäävät yleensä huomiotta, jolloin koko ammattiryhmä nähdään samanlaisena (Appelbaum 1999; Syväjärvi 2005.) Ammatillista roolia pidetään niin ikään yhteiskunnallisena mekanismina, jonka välityksellä erityisesti uusi tieto muuttuu toiminnaksi ja

palveluiksi, joihin liitetään sekä professionaalista ohjaamista että eettistä ohjausta, toteaa af Ursin (2007).

Hyveitä ja velvoitteita sisältävät ammattiroolit ovat Oakley-Cookingin (2006) ja Beauchamp-Childress (2001) mukaan sidottuja institutionaalsiin päämääriin ja odotuksiin, joihin liittyvä luottamus ja vastuu voidaan nähdä yhteisön osoittamana edellytyksenä roolille ja sen esiintymiselle. (ks. Newman & Brown 1996; Abma 2002,119–138; Simons 2006,243–265.) Ammattiroolin vastuu kattaa myös juridisen vastuun teoista (Laitinen 2008). Huolimatta siitä, että yksilöön määrittyy jokin ominaisuus tai rooli, on hänellä vapaus valita se merkitys, jonka hän määritetylle ominaisuudelle, tai roolille antaa ja miten hän toimii suhteessa tuohon objektivointiin. Persoonan olemassaoloa edellyttävät tilannekohtaisuus, vuorovaikutteisuus, dialogisuus ja kohtaaminen vaikuttavat ammattirooliin ja toimintaa ohjaavat rooliin liittyvät valinnat ja uskomukset. Samalla rooliin luovutetaan oikeuksia ja vastuita. (Applbaum 1999; Appiah 2005.) Henkilö on kompetentti, kun hän kykenee tekemään rationaaliseen harkintaansa perustuvia päätöksiä. (Beuchamp & Childress 2001.) Suppeasti ja ulkoisesti ajatellen ammattirooli sisältää myös ulkoista vapautta ja vapaata harkintaa. (Ahonen 1985; Stenvall 2000.)

Yhtenä sairaanhoitajan professionaalisuuden kriteerinä on sen perustuminen altruismiin. Hoitotyön keskeisiä periaatteita ovat sekä altruismin periaate että periaate ihmisen kunnioittamisesta ainutkertaisena olentona. Altruismi tarkoittaa Auguste Comten mukaan pidättäytymistä oman edun tavoittelusta ja se ilmenee epäitsekkyytinä. Vastakohtana altruismille on egoismi. Eettisenä periaatteena altruismi merkitsee sitä, että teko on moraalisesti hyvä ja sen tarkoituksena on lisätä toisen ihmisen hyvinvointia, onnea, hyvänolontunnetta tai vähentää toisen ihmisen kärsimystä, onnettomuutta ja pahoinvointia. (Kalkas & Sarvimäki 1996.) Altruismissa on Rescherin (1975) mukaan tärkeä rooli ns. sijaistunteilla (vicarious effects) tai empatialla, ihmisen kyvyllä iloita toisen ihmisen ilosta ja surra toisen ihmisen kanssa. Etiikka ja moraalit vaikuttavat ihmisten ja sosiaalisten yhteisöjen toiminnassa, tavoissa ja säännöissä, joita toiminta noudattaa ja siinä hengessä, missä toimitaan. Hoitotyössä altruismi merkitsee sitä, että sairaanhoitaja asettaa potilaan edun oman etunsa edelle, jatkaa Sarvimäki (2000). Terveiden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden aikaansaaminen ja toisaalta sairauden, huonovointisuuden, kärsimyksen ja turvattomuuden ehkäiseminen ovat altruismin periaatteen soveltamista käytäntöön.

Eräs osoitus ihmisen moraalisen suhtautumisesta ja hänen henkisyystään on hoitaminen. Hoitamisessa ihminen nimenomaan osoittaa huoltaan toisesta ihmisestä, huolehtii hänestä, ottaa huomioon toisen tarpeita ja pyrkii edistämään toisen intressejä ottaen samalla vastuuta toisesta ihmisestä, silloin kun hän ei siihen itse pysty. (Hasselberg 1995; Kalkas & Sarvimäki 1996.) Ihmisen hoitamista ja hoivaamista ei pidetä pelkästään vaistonvaraisena käyttäytymisenä, vaan ihmisen nähdään moraalisuutensa ja henkisyytensä kautta pystyvänä laajentaman huolenpitoa koskemaan toisten ihmisten oikeutta ihmisarvoiseen elämään, jatkaa Sarvimäki (2000). Hoidon perusarvot huolenpito, vastuu, solidaarisuus, altruismi ja kunnioittaminen ovat samoja arvoja kuin hyvän moraalisen ja henkisen elämän arvot yleensä. On perusteltua sanoa, että hoitaminen on moraalista toimintaa tai taitoa, sillä viime kädessä se perustuu moraalisiin arvoihin ja ilmaisee ihmisen moraalista kykyä ja henkistä ulottuvuutta, täydentävät Sarvimäki ja Stenbock-Hult (1991). Hoitoyön eettiset ratkaisut eivät inhimillisen lähtökohtansa vuoksi tapahdu kaavamaisesti, vaan ne perustuvat tilannearviointiin ja perusteltuun toimintapäätökseen, jota hoitotyön sitoumukset ohjaavat.

Sairaanhoitajan suhde potilaaseen on se keskeinen alue, jossa hoitotyön eettiset ongelmat tulevat käytännössä esiin. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen suhde on kaksisuuntainen vuorovaikutussuhde, joka voi Kalkkaan (2000) mukaan sisältää myös näkemyseroja. Näkemyseroista huolimatta suhteen lähtökohtana on sairaanhoitajan ammatillinen vastuu potilaasta sekä ihmisoikeuksien kunnioittaminen (ks. Laki potillaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 1.3.1993). Monet hoitoyön eettisistä ongelmista nousevat juuri hoitotyön roolin monitahoisuudesta tai epäselvyydestä sekä ihmisten arkielämää ja yksilöllistä elämäntapaa lähellä toimimisesta. Rooleihin liittyviä epäselvyyksiä, joihin liittyy eettisiä ongelmia, ovat kirjallisuudessa mainitut hoitotyöntekijän ja potilaan välistä suhdetta koskevat kysymykset, lääkärin ja sairaanhoitajan yhteistyötä ja työnjakoa koskevat kysymykset sekä näkemys hoitotyöstä asiantuntija-ammattina (professiona). Viimeiseen eli kolmanteen kysymykseen kuuluu myös kysymys siitä, mikä on sairaanhoitajan perimmäinen tehtävä terveydenhuollossa. (Andersson 1997, 53–71; Kalkas 2000.)

Sairaanhoitajien arviot pätevydestään arvoihin ja eettisiin periaatteisiin pohjautuvalla auttamisen osa-alueella, olivat Mäkipeuran ym. (2007,140–152) neurologisessa toimintaympäristössä tekemässä tutkimuksessa hyvät. Arviot vaihtelivat kohtalaisen hyvästä erittäin hyvään pätevyteen. Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys oli erittäin hyvää eettisen tietoperustan ohjatessa päätöksentekoa ja kohtalaisen hyvää tutkimustiedon aktiivisessa hyödyntämisessä, jatkavat Mäkipeura ym. (2007,140–152). Eettiseen tietoperustaan perustuvassa päätöksenteossa arvioivat sairaanhoitajat

ammattillisen pätevyytensä erittäin hyväksi. Työssään sairaanhoitajat tekevät päätöksiä, tukevat potilaan selviytymiskeinoja, suunnittelevat potilaan kokonaishoidon yksilöllisesti ja muokkaavat hoitosuunnitelmaa kunkin potilaan tilanteen mukaan erittäin usein. (Heikkilä ym. 2007,3–12.) Työhön sitoutuminen ja korkea työmoraali sekä ilon tunteminen ihmisten auttamisessa, ilmensi Hildènin (1999) mukaan sairaanhoitajan tekemän työn olevan arvojen ohjaamaa. Sairanhoitajat toteuttivat hoitotyötä huomioiden yksilöllisiä ja eettisiä periaatteita. (Meretoja ym. 2002,404–409.)

Ammattikuntana sairaanhoitajia velvoittavat ja säätelevät myös lainsäädännölliset normit, toteaa Utriainen (1992). Erilaisissa hoitotyön ammateissa toimivien koulutuksesta ja oikeudesta harjoittaa ammattiaan on säädetty laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559), jossa määritellään terveydenhuollon ammattihenkilöiden yleiset oikeudet ja velvollisuudet. Sosiaali- – terveysministeriön alainen Valvira ohjaa ja valvoo ammattihenkilöiden toimintaa sekä merkitsee heidät terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin. Käytännössä sairaanhoitajien koulutuksen suunnitteluun osallistuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja opetusmaisteriön edustajien sairaanhoitajien ammattikunnan edustajia, jolloin sairaanhoitajien näkemys yhteiskunnallisesta tehtävän ja toimintansa perusteista on mukaan ammattipätevyyden määrittelemisessä.

Eettisesti merkittäviä hoitotyöhön liittyviä kansainvälisiä suosituksia ovat sekä YK:n ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus vuodelta 1948 sekä Kansainvälisen sairaanhoitajajärjestön (ICN) hyväksymät sairaanhoitajan eettiset ohjeet vuodelta 1953. Näissä ohjeissa sairaanhoitajien ammattikunnan edellytetään ottavan itsenäistä vastuuta oman ammattitaitonsa piiriin kuuluvissa ratkaisuisissa. Kansallisella tasolla sairaanhoitajat toimivat ammattikuntansa jäseninä, jota sitovat ammattikunnan arvot ja eettiset ohjeet. Suomen sairaanhoitajaliitto hyväksyi sairaanhoitajan eettiset ohjeet vuonna 1973 ja vuonna 1989 ne tarkistettiin uudelleen ja julkaistiin suomenkielisinä Sairanhoitaja lehdessä vuonna 1993. Eettiset ohjeet määrittelevät sairaanhoitajien ammatillisen toiminnan päämääräksi ihmisten terveyden edistämisen sekä hyvän voinnin ylläpitämisen ja lisäämisen. Ohjeiden sisältö on kehittynyt sairaanhoitajan tehtävän ja velvollisuuksien kuvaamisesta potilaiden hyvinvoinnista huolehtimisen ja itsenäisen ammatillisen vastuun kantamisen suuntaan. Uusimmissa ohjeissa näkyy sekä sairaanhoitajan henkilökohtainen vastuu että hoitajien yhteisvastuu potilaiden ja väestön hyvinvoinnista huolehtimisessa. Sairanhoitajan eettinen arvoperusta heijastuu potilassuhteen lisäksi hänen toimintatavoissaan ja suhteissaan työtovereihin. Omat kansalliset eettiset ohjeet Suomen Sairanhoitajaliitto ry. hyväksyi syyskuussa 1996 (Suomen sairaanhoitajaliitto 2007.)

Auttamistyössä ja annettaessa merkityksiä omalle työlle törmäävät kulttuurisesti määräytyvä uhrautuva hoivaidentiteetti ja nykyaikainen tulosvastuullinen ammatti-identiteetti toisiinsa. (Utriainen 2009.) Huolimatta siitä, että yhteiskunnassa ja toimintaympäristöissä tapahtuu muutoksia, on terveydenhuollon eettinen arvopohja säilynyt pitkään pääpiirteissään perinteisenä. (Kalkas 2000; ETENE 2001.) Viime aikoina arvorakenteet ja työkäytännöt ovat muuttuneet tulostavoitteita painottaviksi, ja tämä on Saaren (2008) mukaan heijastunut sairaanhoitajien työssä jaksamiseen. Varsinkin ikääntyvät sairaanhoitajat kokevat ristiriitaa joutuessaan tekemään työtä oman arvopohjansa ja ammattietiikkansa vastaisesti, jatkaa Utriainen (2009). Tätä ristiriitaa vähentäisi vaikuttaminen organisaation eettiseen ilmapiiriin niin, että sairaanhoitajat saisivat tehdä työtään arvopohjansa ja ammattietiikkansa mukaisesti. Työilmapiirillä, joka tukee hoitotyön eettisyyttä, on vaikutusta sairaanhoitajien työtyytyväisyyteen, työhyvinvointiin ja organisaatioon sitoutumiseen. (Saari 2008; Utriainen 2009.) Yhteenvedona todetaan, että eettisyys on pohja sairaanhoitajan työlle, ammatilliselle osaamiselle, -pätevyydelle ja ammatillisuuden kehittymiselle asiantuntijuudeksi. Tämä kokonaisuus, johon liittyvät työyhteisöön, johtamiseen ja elämänkokonaisuuteen liittyvät tekijät, vaikuttaa sairaanhoitajan työssään kokemaan työhyvinvointiin. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005.)

## 2.2 Työhyvinvointi

Työhyvinvoinnin ajattelallaan muodostuvan subjektiivisesti koetun työn, työympäristön ja vapaa-ajan sopivasta kokonaisuudesta. (Kivimäki ym. 2002.) Työhyvinvointi pitää sisällään osaamisen, motivaation, elämäntilanteeseen ja terveyteen sekä työyhteisöön liittyvät tekijät, jossa itse työ ja sen johtaminen muodostavat keskeisen osan. (Kauppinen ym. 2010.) Kivimäki ym. (2002) ja Forma ym. (2004) korostavat työhyvinvoinnin merkitystä myös taloudellisesta näkökulmasta. Työolojen kehittämisessä työhyvinvointi ja työssä viihtyminen ovat nousseet keskeisiksi tekijöiksi terveysriskien torjunnan ohella. Työhyvinvoinnista huolehtiminen kuuluu työntekijän terveyden ja työolosuhteiden työturvallisuuslain mukaiseen huolehtimiseen. Perinteiset työturvallisuuslain mukaisten fyysisten vaarojen tunnistaminen ja poistaminen työpaikoilla on onnistunut. Sen sijaan kehittämistä tarvitaan henkisten ja sosiaalisten vaarojen vähentämiseen. (Kivimäki ym. 2002.)



Työelämän ja työympäristön muutokset näkyvät työmarkkinoiden toiminnassa ja tulonjaossa. (Kivimäki ym. 2002.) Parhaimmillaan nämä muutokset ovat organisaatiotasolla joustavuutta ja lisääntynyttä vuorovaikutuksellisuutta. Työ on tiimityötä, työvoiman määrä pyritään sopeuttamaan tarvetta vastaavaksi ja johtamistasoja karsitaan. Huolimatta siitä, että joillakin aloilla muutokset ovat joltaneet työvoiman vähentämiseen, kamppaillaan työmarkkinoilla työvoimavajetta vastaan. (Keinänen 2009.) Työvoiman riittävyyteen yritetään vaikuttaa erilaisilla valtakunnallisilla ja paikallisilla ohjelmilla, joilla lisätään työn houkuttelevuutta ja vaikutetaan työssäoloajan pitenemiseen. Yhtenä esimerkkinä näistä ohjelmista on sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2003 asettama valtakunnallinen Veto-ohjelma, jonka tavoitteena oli vaikuttaa vuosina 2003–2007 täysipainoiseen työelämään osallistumiseen ja työssäoloajan pidentymiseen. Toimintaohjelma sisälsi myös työn, perhe-elämän ja vapaa-ajan yhteensovittamistavoitteita sekä tasa-arvon ja työn houkuttelevuuden lisäämistä. Keskeisissä tuloksissa kävi ilmi, että ohjelmalla oli jonkinasteista vaikutusta ikääntyneiden työtä koskeviin asenteisiin, eläkkeelle siirtymisen myöhentymiseen ja työllisyysasteen kohottamiseen. Ohjelman aikana oli myös edetty työterveyshuollon kehittämisessä sekä toimeentulo- ja eläketurvajärjestelmien kannustavuuden parantamisessa. Sen sijaan sairauspoissaolot, tapaturmien määrä ja alkoholin kulutus eivät olleet vähentyneet. Ohjelman parhaana antina pidettiin, viestintäkampanjoilla ja työpaikkojen herättelyyn keskittyneillä seminaareilla aikaansaatuja asenteisiin vaikuttamista. (Kauppinen ym. 2010.)

### 2.2.1 Työympäristön muuttuminen

Työympäristöt ovat muuttuneet paljon viime vuosina. Toimialojen muutokset ja teknologian huima kehitys ovat heijastuneet työsuhteisiin ja työaikoihin. Työorganisaatioissa tapahtuneet muutokset näkyvät etenkin lisääntyneenä tiimityönä ja tuotannon kehittämisenä sekä siirtymisenä joustaviin työaikoihin. Joustavuus ei kuitenkaan synny itsestään, vaan se edellyttää organisaatioilta ja työntekijöiltä jatkuvaa muutosvalmiutta, muutoksen hallintaa sekä itseohjautuvuutta ja osaamisen ja ammattitaidon laajentamista. Jatkuva oppiminen, kehittyminen ja kyky siirtyä uusiin tehtäviin vaativat työntekijöiltä kiinnostuksen ylläpitämistä työhön. (Ruohotie 2000; Viitala 2004b.) Huolimatta siitä, että uudella teknologialla ja tuotantomenetelmillä on saavutettu lukuisia etuja, on työtahti monilla aloilla kiristynyt. (Forma ym. 2004; Kauppinen ym. 2010.) Työntekijöiden psyykinen ja sosiaalinen kuormittuminen on kasvanut varsinkin terveydenhuollon ammattiteissa. (Suonsivu 2003; Utriainen 2009.) Työolojen ja työelämän laadun myönteiset piirteet ovat keskittyneet enimmäkseen suuriin organisaatioihin ja pysyvien työsuhteiden haltijoihin epäedullisten piirteiden löytyessä pienyri-

tyksistä sekä epätyypillisistä ja epäjatkuvista työsuhteista. (ks. Keinänen 2009.) Epätyypillisissä työsuhteissa työskentelevien työntekijöiden työkyvyn ja työhyvinvoinnin taso on laskenut. Tämä johtuu Forman ym. (2004) mukaan työn jatkumisen epävarmuudesta ja puutteista työhön liittyvässä neuvonnassa ja ohjauksessa. Epätyypillisissä työsuhteissa olevat kiinnittyvät heikommin työyhteisöihin ja koulutusmahdollisuudet olivat vähäiset.

Työ ja terveys – haastattelututkimuksen mukaan sosiaali- ja terveysalan työt sisälsivät paljon henkisiä ja fyysisiä kuormitustekijöitä. (Kauppinen ym. 2010.) Eniten työntekijöitä kuormitti kiire ja työ koettiin henkisesti rasittavaksi. (ks. Suonsivu 2003.) Työn ja organisaation johtamisen koettiin myös olevan heikkoa, joka näkyi tyytymättömyytenä työhön ja vähäisempinä vaikutusmahdollisuuksina työssä. Toisaalta sosiaali- ja terveysalan henkilöstö oli yleisesti ottaen tyytyväinen työhönsä (Forma ym. 2004), jonka Kauppinen ym. (2010) arvioivat johtuvan pitkälti asiakastyön palkitsevuudesta, sillä sosiaali- ja terveysalalla tehtävä työ tarjoaa paljon onnistumisen kokemuksia ja asiakastyö tuottaa iloa sekä mielihyvää. (ks. Utriainen 2009.) Lisääntynyt väkivallan ja kiusaamisen kohteeksi joutuminen herättivät sen sijaan kielteisiä tunteita. (Suonsivu 2003.)

Vaikka työ terveysalalla sisältää paljon palkitsevia piirteitä ovat säästämispaineeet, rakennemuutokset, tehostamistoimet, henkilöstön ikärakenne ja entistä vaativampi työn kohde asettaneet henkilöstön sellaisiin paineisiin, jotka uhkaavat vakavasti työssä jaksamista. Työhyvinvointia murentumiseen on vaikuttanut myös lisääntyvä psyykkinen ja fyysinen väkivalta ja sen uhka. (Kauppinen ym. 2010.) Huolimatta siitä, että työajat ovat lyhentyneet maassamme 1990-luvun puolivälistä lähtien, tekee lähes puolet palkansaajista edelleen rahana tai vapaa-aikana korvattua ylityötä. (Keinänen 2009,99–120; Kauppinen ym. 2010.) Samaan aikaan syrjäytymisongelmien ja toimeentulo-ongelmien arvioidaan kasvavan entisestään osa- ja määräaikaistyön yleistyessä, jatkavat Kivimäki ym. (2000) ja Kauppinen ym. (2010). Vuorotyötä ja yötyötä sekä pitkää työpäivää tekevien työntekijöiden ongelmat liittyvät sen sijaan hankaluuksiin sovittaa yhteen työ- ja yksityiselämää. (Forma ym. 2004.)

Lähi vuosina vahvoille kasvualoille kuten hoiva-alalle ennustetaan työvoimapulaa, sillä hoivapalvelujen kysyntä kasvaa tasaisesti väestön vanhetessa. Hoivapalvelujen kehittämistä voivat Kauppisen ym. (2010) mukaan rajoittaa päätökset hoivapalvelujen tuotannon rahoittamisesta. Huonoiksi koetut työolosuhteet ja alhaiset palkat vaikuttavat myös tulevaisuudessa työvoiman saantiin. Yhtenä kei-

nona työvoimapulan välttämiseen pidetään työurien jatkamista, joka edellyttää toisaalta työolojen ja työympäristön parantamista ja toisaalta vaikuttamista yleistä terveydentilaa ja toimintakykyä edistäviin elintapoihin. Myös maahamme muuttavan työvoiman ja ulkomaille muuttavan suomalaisen työvoiman sekä työttömien työnhakijoiden erityistarpeet terveyden ja työkyvyn tukemisessa olisi otettava paremmin huomioon. Kehittämällä palvelujärjestelmiä, seuraamalla työolojen terveysvaikutuksia sekä tukemalla työntekijöiden terveyden, työkyvyn ja riskien hallintaa vaikutetaan Kivimäen ym. (2000) ja Viitalan (2004b) mukaan moniin työelämässä oleviin epäedullisiin piirteisiin ja ongelmiin. Tämä vaatii myös työsuojelun ja työterveyshuollon toiminnan kehittämistä. (Kauppinen ym. 2010.)

### 2.2.2 Työhyvintointitutkimus

Työelämässä tapahtuvat muutokset luovat jatkuvasti uusia tarpeita ja haasteita työhyvinvointitutkimukselle. Viime aikoina työelämään on vaikuttanut kansainvälisen toiminnan laajentuminen. Lisähaasteina ovat työssä käyvän väestön ikääntyminen sekä kansantaloudelliset muutokset. Työhyvinvointitutkimuksen odotetaan kohdistuvan työyhteisöjen kehittämiseen, joten se pyritään suuntaamaan työelämän kehittämisen keskeisille alueille, tavoitteiden vaihdellessa yksilöstä työyhteisöihin sekä yhteiskunnan tuottavuuteen ja kilpailukykyyn. Tutkimus pitää sisällään hyvät johtamiskäytännöt ja ajatuksen tuottavuuden parantamisesta. Keskeisinä tavoitteina ovat työympäristössä esiintyvien epäkohtien ja vaaratekijöiden tunnistaminen, arvioiminen ja poistaminen sekä hyvien työolojen syntymisen edistäminen ja yksilöiden työssä selviytymismahdollisuuksien ja työn hallinnan parantaminen. Tutkimuksen tuottamien hyvien käytäntöjen odotetaan tukevan työpaikkatasolla ja valtakunnallisella tasolla olevaa päätöksentekoa. Työhyvinvoinnin tarkastelulle saadaan uusia näkökulmia ja asioita voidaan käsitellä uudellaisissa toimintakonteksteissa, kun tutkimushankkeet ja ohjelmat kytketään muiden sektoreiden tutkimus- ja kehittämistoimintaan (esim. sektoriohjelmat, yhteiskuntavastuu, laatuasiat, kestävä kehitys). (Kauppinen ym. 2010.)

Yksilötasolla työhyvinvointitutkimus ylläpitää sekä edistää työssäkäyvien henkilöiden terveyttä, hyvinvointia, motivoituneisuutta ja innovatiivisuutta, jolloin tavoitteet kohdistuvat elinikäisen työolosäoloajan pidentämiseen ja työstä aiheutuvien terveyshaittojen kustannusten vähentämiseen. Työpaikka- ja työyhteisötasolla työhyvinvointitutkimus tuottaa tietoa terveysriskeistä ja vaaratekijöistä, työn aiheuttamasta haitallisesta fyysisestä ja henkisestä kuormituksesta, työkyvyn ylläpitämisestä,

todettujen terveystekijöiden ja kuormitustekijöiden poistamisesta ja hyvistä käytännöistä. Tutkimus antaa tietoa mahdollisista uusista riskeistä ja kuormitustekijöistä ja lisää työn tuottavuutta ja taloudellisuutta sekä parantaa palvelujen ja tuotteiden laatua. Yhteiskunnallisella tasolla työhyvinvointitutkimus tuottaa tarvittavaa tietoa valtakunnalliseen päätöksentekoon sekä säädösten ja ohjeiden valmisteluun. Merkittävä tavoite on huonosta työhyvinvoinnista yhteiskunnalle aiheutuvien haittakustannusten vähentäminen ja työn ja tuotannon tuottavuuden ja taloudellisuuden parantaminen sekä kansantaloudellisen hyvinvoinnin lisääminen. (Kauppinen ym. 2010.) Yksilöihin, työyhteisöihin ja työoloihin suunnattu tutkimus parantaa mahdollisuuksia tuottaa välttämättömiä ja tarpeellisia sosiaali-, terveys- ja muita palveluja yhteiskunnan tasolla. Kansainvälisellä tasolla työhyvinvointitutkimus ylläpitää ja parantaa suomalaisen tuotantoelämän kilpailukykyä, edistää yritysten kansainvälistymistä sekä levittää hyvää turvallisuuskulttuuria ja työhyvinvointia kansainväliseen tuotantoelämään.

Jokaisen yksilön työhyvinvointi koostuu eri asioista. Yleisesti ottaen johtamista, organisaatioon ja turvallisuuteen liittyviä asioita pidetään työhyvinvoinnin keskeisinä tekijöinä, sillä ne vaikuttavat työn tekemiseen, työyhteisöön sekä työmotivaatioon. (Viitala 2004b.) Myös työntekijän elämäntilanne, terveys ja valmiudet vaikuttavat työssä jaksamiseen. Työyhteisön hyvä toiminta sekä demokraattinen ja oikeudenmukainen johtamistapa parantavat työhyvinvointia, mikä näkyy työn tuloksissa ja työntekijöiden kokonaisterveyden tilassa sekä koetussa työturvallisuudessa, toteaa Kaarina Suonsivu vuonna 2003 tekemässään hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemuksiin ja niiden yhteyttä työyhteisötekijöihin käsittelevässä tutkimuksessaan. Sairaanhoidon opiskelijat ja nuoret hoitotyöntekijät kokivat usein jaksamisessaan ongelmia. Hyvinvoivat työntekijät olivat tyytyväisiä ja sitoutuneita, mikä näkyi organisaatioissa tehokkuutena, tuloksina ja sairauspoissaolojen vähäisyytenä. (Suonsivu 2003.) Vahtera ym. (2002) tukevat Suonsivun (2003) näkemystä, että työn vastatessa asetettuja vaatimuksia ja odotuksia, on työntekijöillä myönteisiä ja miellyttäviä tunnetiloja ja he voivat hyvin työssään.

Tyytyväisyyttä voidaan Vahteran, Kivimäen ja Virtasen (2002) mukaan arvioida myös työsuhteen jatkuvuudella, palkkauksella ja vuorovaikutuksen toimivuudella työyhteisössä. Työssä hyvin voimista ja jaksamista vahvistavat hyvä työilmapiiri, kollegoilta saatu tuki, arvostuksen saaminen ja työn mielekkääksi kokeminen sekä vaikutusmahdollisuudet työssä. Esimieheltä saatu tuki ja ohjaus tukevat henkilökohtaista kasvua ja kehitystä antamalla tilaa ja mahdollisuuksia ajatella ja toimia itsenäisesti työssä. Työhyvinvoinnin tasoa organisaatioissa mitataan sairauspoissaoloilla, joka on

Vahteran ym. (2002a) sekä Otalan ja Ahosen (2002) mukaan hyvä mittari. Hyvä työpaikkailmapiiri pitää yllä työntekijöiden osaamista ja työhyvinvointia sekä edistää työssä jaksamista. Tulevaisuudessa organisaatiot, joissa panostetaan koko työyhteisön hyvinvointiin ja parannetaan työympäristöä, ovat vahvoja. (Metsämuuronen 2000; Ojala & Ahonen 2002.) Inhimillisen pääoman uudelleen sijoittuminen tulee vaikuttamaan ratkaisevasti myös alueelliseen kehitykseen tulevaisuudessa. (Ritsilä 2001.) Kun sairaanhoitajat jaksavat työssään hyvin, jatkavat he työuraansa pitempään. Tämä taas turvaa hoitohenkilöstön riittävyyttä ja takaa korkeatasoisen potilashoidon.

Työsuorituksia ja työhyvinvointia parannetaan vaikuttamalla työntekijöiden toiminnan muuttumiseen joko pitkäkestoisella kehittämisellä tai lyhyemmällä koulutuksella. (Suurla 2001; Virkkunen 2002.) Sairaanhoitajat kehittävät itseään eniten osallistumalla lyhyisiin koulutuksiin. Kehityskeskustelut, keskustelut kollegojen kanssa työhön liittyvistä asioista ja erilaisten hoitotyön ohjeiden laatiminen ovat osa sairaanhoitajien toiminnan muuttamiseen kuuluvia tapoja. Sen sijaan vertaisarviointien, organisaatioiden sisäisten asiantuntijahakemistojen, sparrausryhmien, itsearviointien, työn rikastamisen ja intressipiirien käyttöä tulisi lisätä, sillä täydennyskoulutuspäivät tuskin riittävät henkilöstön osaamisen kehittämisessä. (Virkkunen 2002.) Työntekijöiden kehittäminen organisaatioissa on työntekijöiden perehdyttämistä työn keskeisiin osa-alueisiin kun taas organisaatioiden kehittäminen keskittyy kompensatioihin, työsuojeluun ja niihin liittyviin järjestelyihin. Virkkunen (2002) toteaa kompensatioiden olevan sekä henkilöstön taloudellista ja ei -taloudellista palkitsemista. Kompensatiot voivat olla toisaalta palkkaa sekä rahassa mitattavia muita etuja tai toisaalta ei taloudellisia palkkioita kuten uusia haasteita ja vastuuta työssä. Palkitsemisen rinnalla tulisi johtamisen tukea työsuojelua, joka vahvistaa hyvinvointia ja työkykyä. Vahvistunut työhyvinvointi ja parempi työkyky näkyvät tehokkuutena ja emotionaalisina sekä voimaantumisen kokemuksina työssä. (ks. Dunder 2002, 63–65.)

Riippumatta tiedon ja osaamisen kehittämistavasta, liittyy siihen aina kriittisiä kohtia, jotka näkyvät Suurlan (2001) mukaan uuden tiedon luomisessa, osaamisen kehittämisessä ja käytännöissä. Valittavaa on, että työntekijöillä olevaa erityisosaamista ei aina hyödynnetä, jolloin organisaatiotasoisien tiedon ja osaamisen käyttö jää joko osittaiseksi tai jopa kokonaan hyödyntämättä ja johtaa usein työntekijöiden turhautumiseen. (Gerlander & Launis 2007, 202 – 212; Kivinen 2008.) Työn organisointi sisältää eri töiden välisten suhteiden kokonaisuudet. Niissä huomioidaan sekä teknologiset ja organisatoriset että työntekijän yksilölliset ja sosiaaliset vaatimukset. Esimerkkinä työn organisoinnin vahvasta ja joustavasta kulttuurista mainitsee Ruohotie (2000) työkierron, työn laajentamisen,

rikastamisen ja itseohjautuvuuteen tukemisen. Tavoite on saada osaaminen paremmin koko organisaation käyttöön. (Kivinen 2008.) Hoitotyön yhteisöllisyys, yksilövastuinen hoitotyö sekä koko työtiimin osaamisen tason ja taitojen kehittäminen ovat työyhteisöjen kehityksen avainasioita terveydenhuollon organisaatioissa, toteaa Hintsala (2005). Silti sijaisina tai määräaikaisina työskentelevät hoitotyöntekijät ja johtajat, jätetään vakinaista henkilökuntaa useammin uuden tiedon luomisen ja osaamisen kehittämisen ulkopuolelle. Tasapuolinen kehittäminen toisi työyhteisöihin parempaa osaamista ja näkyisi laadukkaampana hoitotyönä.

### *Tämän tutkimuksen näkökulma työhyvinvointiin*

Työn ja ihmisen välistä suhdetta koskevassa tutkimuksessa tutkitaan hyvinvoinnin ulottuvuuksia ja hyvinvointia aikaansaavia tekijöitä sekä työolojen kehittämistä. Kinnusen ym. (2005) ja Mäkikankaan ym. (2005) mukaan tietoa työelämässä olevista hyvistä ja vahvoista asioista sekä tekijöistä, jotka joko edistävät tai vähentävät hyvinvointia työssä, pitäisi tutkia enemmän. Työelämässä hyvinä koetut työsuoritukset ovat merkityksellisiä ja ne koetaan positiivisiksi. Edellytyksenä positiivisten tunteiden syntymiselle ovat mahdollisuudet omien kykyjen käyttämiseen ja työtehtävien tärkeiksi kokemiseen sekä työstä saatava palaute. Työssä syntyneet positiiviset kokemukset kannustavat hyviin työsuorituksiin ja lisäävät työn merkityksellisyyttä ja työhyvinvointia. (Gerlander & Launis 2007,202–212; Grönfors ym. 2001,2–28; Kivimäki ym. 2001,163–171.) Työtyytyväisyydellä ja työsuorituksilla on Grönforsin ym.(2001,2–28) ja Utraisen (2009) mukaan positiivinen yhteys työntekijöiden hyviin työtaitoihin. Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi vaikuttaa työyhteisö työssä jaksamiseen ja mahdollisuuteen työsuoritusten parantamiseen. (Mäkikangas ym. 2005.) Tässä tutkimuksessa painotus oli suomalaisten sairaanhoitajien Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa kokemien työhyvinvointia edistäneiden tai vähentäneiden tekijöiden tarkastelussa. Tarkastelun odotetaan antavan tietoa sairaanhoitajien työssä jaksamiseen ja jatkamiseen. (ks. Mäkikangas ym. 2005.)

### 2.2.3 Työyhteisön merkitys työhyvinvoinnissa

Työyhteisöt edellyttävät sairaanhoitajalta toisaalta kattavaa tietoperustaa sekä vahvoja tiedon soveltamistaitoja, ja toisaalta hyvää asiakaspalvelukykyä, työhön sopivaa persoonallisuutta sekä ammat-

tiin sopivaa arvo- ja asennemaailmaa. Hoitotyön työyhteisöt odottavat sairaanhoitajan arvostavan omaa ammattiaan ja työtään sekä hallitsevan hyvät muutoksenhallinta- ja päätöksentekotaidot että kehittämis-, arviointi- ja suunnittelutaidot. Asiantuntijuuden, hoitotyön ja työhyvinvoinnin kehittämisessä odottavat sairaanhoitajat saavansa tukea työyhteisöltä sekä johdolta. (Pelttari 1997.) Tutkimusten mukaan sairaanhoitajat arvostavat omaa itsenäistä työtään, osallistuvat hoitotyön päätöksentekoon ja tuntevat hyvin työyhteisönsä toimintaperiaatteet. (Ruohotie 2000; Paloposki ym. 2003,155–165; Kuoppamäki 2008.) Sen sijaan osaaminen muutosten hallinnassa ja oman organisaation toiminnan tuntemus ovat heikkoja. (Hilden 1999.) Nämä organisaatiota ja sen toimintaa koskevat puutteelliset tiedot osoittavat, että sairaanhoitajat tarvitsevat kipeästi kehittämistä ja vahvistamista muutoksenhallinta-, suunnittelu-, arviointi ja kehittämistaidoissaan.

Hoitotyötä tehdään kiinteässä yhteistyössä, jossa toisaalta jokainen vastaa omasta suorituksestaan ja toisaalta koko työryhmän aikaansaannoksista. (Laaksonen ym. 2005, 160–166.) Työryhmällä on yhteinen tehtävä, työtä tehdään ja suunnitellaan yhdessä, työryhmän merkitys korostuu pari- ja ryhmätyössä, jossa yhteisöllisyys on erittäin vahva. Yhteistyö ei ole pelkästään yhdessä tekemistä, vaan se vahvistaa sairaanhoitajien kokemaa työn kannustearvoa ja vähentää työstä aiheutuvaa stressiä. (Paloposki ym. 2003; Kanste 2005; Utriainen 2009.) Yhteisöltä saatu sosiaalinen tuki edistää hyvinvointia ja vähentää raskautta työssä. (Uutela 1998, 208.) Leikkaussalissa työskentelevien työryhmien toimintaa tutkiessaan havaitsi Silén - Lipponen (2005) ammattitaitoisten työryhmien olevan kyvykkäitä ja halukkaita yhteistyöhön hoidollisen osaamisen, persoonallisen taitavuuden sekä sosiaalisten ja teknisten taitojen osalta. Yhteistyö näkyi työryhmien jäsenten hyvänä mahdollisten riskien ilmenemisen havaintokykyinä sekä leikkauspotilaan turvallisuutta korostavana työryhmän jäsenten työskentelyn ohjaamisena. Yhteistyön merkitys Silén - Lipponen (2005) mukaan näkyi myös työn kannustearvon lisääntymisessä, työstä aiheutuvan stressin hallinnan paranemisessa sekä arvostuksessa. (ks. Telaranta 1999; Paloposki ym. 2003,155–165; Kanste 2005; Kuoppamäki 2008.)

Tutkiessaan ikääntyviä sairaanhoitajia kuvasi Utriainen (2009) yhteisöllisyyttä hoitajavastavuoroisuudella, joka kattoi työn mielekkyyden, auttamisen, aseman työssä, yhteisöllisyyden, vapauden, parityön ja yhdessäolon. Yhteisöllisyys oli yhteenkuuluvuutta, jossa hyvä hoitaminen, hoitajuuden arvostaminen ja potilaiden asettaminen etusijalle, näkyi jokapäiväisenä yhdessä tekemisenä sekä parityönä. (Utriainen 2009.) Kun nuorten sairaanhoitajien sitoutumista työhön, työtovereihin ja ammattiin tutkittiin, todettiin työhön sitoutumisen olevan lyhytaikaista. (Orajärvi 2005.) Sitoutumiseen vaikuttivat urasuunnitelmat, mahdollinen ammatin vaihto tai työyhteisön vaihtaminen. Huoli-

matta siitä, että sitoutuminen oli lyhytaikaista, kiinnittyivät nuoret sairaanhoitajat Orajärven (2005) mukaan hyvin työtovereihinsa ja rakensivat sosiaalisia suhteita työyhteisössä. Työyhteisössä olevaa työilmapiiriä sekä sosiaalistumista työyhteisöön pidettiin tärkeinä työviihtyvyyden kannalta. Erityisesti nuoret sairaanhoitajat arvostivat yhteistyötä ja työtovereilta saatavaa psyykkistä tukea. Työ koettiin merkitykselliseksi, mutta ei tärkeimmäksi asiaksi elämässä. Sen sijaa työn liiallinen kuormitus nähtiin perusteeksi työyhteisön vaihtamiselle. Nuorten sairaanhoitajien työyhteisöön sitoutumiseen vaikuttivat lähinnä työhön, työyhteisöön ja itseen liittyvät tekijät. Työhön liittyviä tekijöitä olivat työn sisältö, kuormittavuus ja palaute. Muita nuorten sairaanhoitajien työhön sitoutumiseen vaikuttavia työyhteisötekijöitä olivat työilmapiiri, työporukkaan kuulumisen tunteet sekä arvot. Henkilökohtaisilla työhön sitoutumiseen vaikuttavilla tekijöillä tarkoittivat nuoret sairaanhoitajat työn hallintaa, elämäntilannetta, työn vakinaisuutta, vaihtelunhalua ja ammatissa kehittymistä sekä työn ja ammatin merkitystä ja henkilökohtaisia arvoja.

Kuten nuoret sairaanhoitajat, pitävät kaikki sairaanhoitajat Silén-Lipposen (2005) mukaan esimieheltä saatua henkilökohtaista palautetta tärkeänä, sillä myönteisen ja rakentavan palautteen koettiin ilmaiseen työnjohdon läsnäoloa ja työntekijöiden ponnistelujen arvostamista, joka puolestaan vaikutti työpaineessa kestämiseen. Myös kritiikin esittäminen ja vastaanottaminen onnistuivat parhaiten kokeneessa ja joustavassa ryhmässä, jonka jäsenet olivat muutoshaluisia ja itsetuntoisia. Sen sijaan käskyvaltaisissa ja arvoasemiin perustuvissa organisaatioissa suorien arvioiden esittäminen oli usein vaikeaa korvautuen juoruilla tai selän takana puhumisella. Silén-Lipposen (2005) mukaan sairaanhoitajat arvostivat muilta potilashoitoa antavilta tahoilta saamaansa palautetta. Palautetta odotettiin sekä toisilta sairaanhoitajilta että lääkäreiltä, sillä saadulla palautteella on yhteyttä omien toimintatapojen tunnistamiseen. Esimiesten ja työtovereiden antama rakentava palaute nähtiin myös tärkeäksi ammatillisen itsetunnon lähteeksi. (ETENE 2001; Kanste 2006; Hawas 2009,87.)

Hyvään työilmapiiriin liitettiin työtovereiden keskinäinen tuki sekä työyhteisön avoin ilmapiiri. (Kuoppamäki 2008.) Työtyytyväisyyttä ja työyhteisön toimivuutta tutkinut Hawas (2009) kuvasi ja analysoi työyhteisön toimivuuden yhteyttä työtyytyväisyyteen ja selvitti sairaanhoitajien omia käsityksiä ja kokemuksia työyhteisön toimivuuden merkityksestä heidän työtyytyväisyydelleen. Esimiehen neuvotteleva työote, lähiesimiehen arvostus hoitajien työtä kohtaan, sekä häneltä saatu palaute ja tuki ristiriitatilanteessa, lisäsivät hoitajien työtyytyväisyyttä. (Hawas 2009,82,87–88.) Päätöksentekoon osallistuminen, onnistuneesta työstä saatu palaute, autonomia oman työn suhteen, sekä työnhallinta liittyivät sairaanhoitajien työtyytyväisyyden kokemuksiin. Myös työyhteisön toi-



mivuuteen ja työnpiirteisiin liittyvillä päätöksillä sekä viihtyisällä työympäristöllä oli vaikutusta tyytyväisyyteen. (Hawas 2009,89–90.) Työyhteisössä vallitseva avoimuus, selvät toiminnan tavoitteet ja työntekijöiden roolit sekä saatu sosiaalinen tuki vaikuttivat sairaanhoitajien työmotivaatioon. Parhaimmassa tapauksessa ne lisäsivät hyvinvointia ja lievensivät stressitilanteiden aiheuttamaa uhan kokemusta tai antoivat jopa konkreettista tukea selviytymiseen vaikeissa tilanteissa.

Opinnoista saadut valmiudet, työyhteisön johtaminen ja sairaanhoitajan oma elämäntilanne ja elämäntilanteiden hallinta, vaikuttivat kiistämättä sairaanhoitajien työhön motivoitumiseen ja ammatilliseen kehittymiseen. (Pelttari 1997; Kanste 2005.) Kuokkanen (2003) korostaa sairaanhoitajien moraalisten periaatteiden, persoonan vahvuuden, asiantuntijuuden, tulevaisuuteen orientoitumisen ja sosiaalisuuden kantavan työssä. Ne ovat rohkeutta tehdä hoitotyötä ratkaisuja tehden ja kehittämällä työtä. Työyhteisöissä ne näkyvät kykyä vastaanottaa arvioiteja ja halukkuutena opettaa toisia. Terveystieteiden organisaatioissa on monenlaisia yhteistyö- ja tiimimalleja, joita yhdistää ryhmässä tehtävä tehokas, turvallinen ja vaikuttava hoitotyö. (Parker 2007,419–434.) Hyvin toimivissa työyhteisöissä toimintaa kehitetään ja työyhteisön jäseniä kunnioitetaan. (Kivimäki ym. 2002; Kuoppamäki 2008; Utrianen 2009.) Myönteinen ja avoin ilmapiiri rohkaisee työyhteisön jäseniä osallistumaan ja painottaa yksilöiden ja ryhmien työhön liittyvää yhteistä vastuuta. Selkeät toiminnan tavoitteet ja työntekijöiden roolit yhdistettynä asetettujen tavoitteiden toteutumisen seuraamiseen ja työntekijöiden oman toiminnan arviointiin, motivoivat tekemään hyvin työtä.

#### 2.2.4 Elämäntilanteiden hallinta

Työn ja muun elämän yhteensovittamisessa tärkeitä näkökohtia ovat ajankäyttö sekä työn ja vastavasti perheen tai vapaa-ajan merkitys ihmiselle. Julkunen työryhmineen (2004) kysyi tutkimuksessaan sairaanhoitajien elämän keskeisiä tekijöitä, joilla selvitettiin työn suhteellista asemaa elämäntilanteiden hallinnassa. Tutkimuksessa nousivat tärkeimmiksi perhe ja lapset, jonka jälkeen seurasivat oman työn tekeminen kunnolla sekä menestyminen työssä. Elämään haluttiin tasapainoista kokonaisuutta. Vaikka työn koettiin tuovan muuhun elämään kohdistuvia vaatimuksia ja rajapintoja, koettiin sen samalla pitävän kiinni elämässä ja sosiaalisissa suhteissa. (Julkunen ym. 2004; Kivimäki ym. 2004; Rauramo 2004.)

Toni Dunderfelt puhuu ihmisen elämänkaaresta, joka sisältää eri vaiheita ja erilaisia odotuksia ja ongelmia. Työyhteisön jäsenet käyvät läpi erilaisia elämänkaaren vaiheita, jotka vaikuttavat työn tekoon, työmotivaatioon ja ihmissuhteisiin työssä. (Rauramo 2004.) On selvää, että perhettä perustavien nuorten sairaanhoitajien arvot ja odotukset ovat varsin erilaisia kuin hoitajilla, jotka ovat siirtymässä eläkkeelle. Näiden erojen Julkunen ym. (2004) toteaa näkyvän niin lapsiperhe vaiheessa olevien sairaanhoitajien kokemana aikapulana ja toisaalta ikääntyvien sairaanhoitajien odotuksina työaikojen mukautumisesta heidän tarpeisiinsa. (Harisalo & Miettinen 1998.) Elämäkokonaisuuden näkökulman puuttuminen työyhteisöissä näkyy Minna Salmen (2004) mukaan siinä, että työntekijää pidetään pelkästään työntekijänä, ja hänet unohdetaan ihmisenä, jolla on muutakin elämää kuin työelämä. Kun tarkastellaan työn ja perheen välistä ristiriitaa, voidaan se nähdä sekä tyytymättömyytenä perhe elämän alueella että koettuna työtytymättömyytenä ja kuormittuneisuutena työssä. Työstä perheeseen suuntautuva ristiriita näkyy tyytymättömyytenä perhe - elämän alueella ja perheestä työhön suuntautuva ristiriita ilmenee koettuna työtytymättömyytenä ja kuormittuneisuutena. (Hakanen 2004,42–58.) Ehtona perhemyönteisen ilmapiirin luomisessa on työyksikön ylimmän johdon sitoutuminen perhettä tukevaan politiikkaan. Eri-ikäisten sujuvaan yhteistyöhön työyhteisöissä tulisi Ilmarisen ym. (2003, 162–171) mielestä panostaa, sillä nuorena uusia asioita opitaan helposti ja myöhemmällä iällä vahvistuu laaja alaisen hallinnan ja kokonaisuuksien hahmottamisen kyky. Joustava johtaminen, jota Ilmarinen (2003,162–171) sanoo ikäjohtamiseksi, on varsin käyttökelpoinen johtamistapa sovitettaessa yhteen työyhteisöissä olevaa erilaisuutta ja erilaisia arvoja.

Vastuu hyvien käytäntöjen luomisesta on Kivimäen, Otonkorven ja Lehtorannan (2003) mukaan työyhteisöissä. Lähiesimiehellä on keskeinen asema sekä työpaikkakulttuurin ja työkäytäntöjen luomisessa että säilyttämisessä, sillä ilman lähiesimiehen antamaa tilaa ja tukea perhemyönteinen politiikka ei toteudu käytännössä. Hoitotyö on pääsääntöisesti naisvaltaista kolmivuorotyötä (Vahtera ym. 2002b), jonka rytmi muodostaa työntekijöiden ja heidän perheidensä arkielämän rungon. (Julkunen ym. 2004.) Naiset kantavat edelleen useimmiten vastuun kodista sekä läheisistä, joten on selvää, että työelämän joustavuus, naisten hyvinvointia lisäävät työvuorojärjestelyt, lomien ja palkkattomien vapaiden pitämisen ajankohtiin vaikuttaminen, auttaisi heitä selviytymään terveempinä ja hyvinvoivempina sekä työstä että kodin vastuista. (Vahtera ym. 2002a.) Pohdittaessa työelämän joustoja, pitäisi huomioida myös lyhyemmän työajan tuomat edut (Harisalo & Miettinen 1998; Julkunen ym. 2004), sillä työaikajoustot vastaavat sekä ikääntyneiden työntekijöiden heikentyneeseen työkykyyn että lapsiperheiden erilaisiin tarpeisiin. Joustavilla työajan järjestelyillä voidaan edistää

työn perhe elämän yhteensovittamista (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:25, 33) yhtä hyvin kuin hoitotyön oppivia organisaatioita ja elinikäistä oppimista. (Julkunen & Nätti 1997.)

### 2.3 Hoitotyön lähijohtajuus

Organisaation johto jaetaan organisaation koko toiminnasta vastaavaan ylimpään johtoon, keskijohtoon, joka johtaa määriteltyjä osa-alueita ja palveluorganisaation alimmalla tasolla olevaan toiminnalliseen ja operatiiviseen johtoon eli lähijohtoon. (Aarva 2009.) Esimiehet ovat henkilökuntaa varten ja tekevät henkilökunnan kanssa yhdessä toimintaan liittyviä suunnitelmia, kannustavat asetettujen päämäärien ja menestyksen saavuttamiseen sekä vaalivat työryhmän työrauhaa. (Telaranta 1999.) Esimiesten kompetenssivaatimukset ovat 2000-luvulla säilyneet pääpiirteissään entisellään, vaikka esimiestyötä opitaan eri tavalla kuin aikaisemmin. (Telaranta 1999.) Hoitotyön johtamisen jakaa Sairaanhoidajien koulutussäätiö (2004) eri johtamistasoilla olevien työtehtävien perusteella hoitotyön lähijohtoon, keskijohtoon ja ylimpään strategiseen johtoon. Tämän työtehtäviin perustuvan jaon mukaan lähijohdon vastuualueita ovat työyksikön operatiivinen johtaminen ja vastaaminen pitkän ja lyhyen ajan suoritustavoitteiden saavuttamisesta sekä ammattitoiminnan asianmukaisesta toteuttamisesta. Keskeistä hoitotyön lähijohtamisessa on palvelun saatavuuden, toimivuuden, toiminnan asiakaslähtöisyyden ja kustannustehokkuuden parantaminen sekä toiminnallisten prosessien ja näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen. Lähijohtamisen odotetaan myös tukevan henkilöstön osaamista ja hyvinvointia. (Sairaanhoidajien koulutussäätiön 2004.)

Nikkilä ja Paasivaara (2007) näkevät terveydenhuollon organisaatioiden lähijohtamisen osastohoitajan organisaation alimmalla hierarkkisella tasolla tapahtuvana osaston tai työyksikön johtamisena. Surakan (2006) sairaalaympäristössä tekemässä tutkimuksessa osastonhoitajan työ koostui toimivalta (järjestelijä, tietokeskus) (52 %), vastuullisuudesta eli tukemisesta ja osaamisen varmistamisesta ja kehittämisestä (24 %) sekä asiantuntijana olemisesta eli perustyön ymmärtämisestä (14 %). Perustyön ymmärtäminen oli Surakan (2006) mukaan välillistä ja välitöntä hoitotyön tekemistä. Välimäki (1999) kuvaili lähijohtamisessa organisaation prosessien ja strategian muuttumisen käytännön läheiseksi työyhteisössä tapahtuvaksi suunnitteluksi, käytännön toimiksi ja tehtäviksi. Käytännön läheisyys lähijohtamisessa on asiakaslähtöisyyttä ja henkilöstön osaamisen kehittämistä. (ks. Laaksonen ym. 2005, 160–166.) Käytännön arjen johtaminen kuvaa Nikkilän ja Paasivaaran (2007) mielestä hyvin terveydenhuollon lähijohtamista, jossa lähiesimiehet toimivat aktiivisesti työyksikön

hyödyksi ja tulosten saavuttamiseksi tukemalla ja kehittämällä henkilöstön osaamista. (Telaranta 1999.) Isosaari (2006) pitää lähijohtajaa työnjohtajana ja lähijohtamista esimiestyönä tai työnjohtamisena.

Laaksonen ym. (2005) ovat todenneet lähiesimiehen vastuun perustuvan hänen saamaansa valtaan. Johtajan vastuu kattaa delegoinnin, päätöksenteon, työtehtävien jaon, työntekijöiden sijoittamisen, ohjauksen, valvonnan, työajan seuraamisen ja epäkohtiin puuttumisen. Johtamiseen ja asemaan liittyy aina valtaa ja vastuuta, toteaa Nurmi (2000,10). Tämä valta, jonka tyyppisiä ovat palkitsemis-, rankaisu-, asema -, henkilökohtainen - ja asiantuntijavalta voidaan määritellä esimiehen, joko positiivisesti tai negatiivisesti käyttämäksi vaikutusmahdollisuudeksi. (Yukl 2006, 148.) Esimiehen asemavalta tulee organisaation ylemmältä tasolta ja henkilökohtaisen valtansa esimies saa henkilöiltä, joihin hän pyrkii vaikuttamaan. (Hersley & Blanchard 1990, 198.) Toisin sanoen osastonhoitajan valtaan vaikuttavat hänen asemansa organisaation virallisessa ja epävirallisessa kommunikaatioverkostossa. (ks. Laaksonen ym. 2005,160–166.) Hallitsemalla omaan työyksikköönä kuuluvat työtehtävät ja henkilöstöhallinnon sekä aistimalla työyhteisössä vallitsevaa tunneilmastoa, edistää osastonhoitaja työryhmän vuorovaikutteista yhteistyötä ja työhyvinvointia. (Viitala 2004a; Sinkkonen & Taskinen 2005.)

Terveydenhuollon päätöksenteon periaatteet näkyvät Isosaaren (2006,45–50) mukaan kirjattuina hallinto- ja johtosäntöön sekä delegointisäännöksiin. Hierarkiaan ja organisaatorakenteeseen kuuluu aseman, kunnian, palkkioiden ja vallan asteittainen lisääntyminen organisaatiossa ylöspäin mentäessä, jatkaa Isosaari (2006,45–50). Tätä osoittaa mm. lähijohtajan säännöillä, määräyksillä ja käytänteillä rajattu päätösvalta. Myös resurssien hallintaa koskeva päätöksentekovalta ja harkinnan rajat, jotka kuuluvat kiinteästi sekä päätöksentekoon, harkintaan ja henkilöstöhallintoon, on määriteltä tarkasti resursseja koskevissa kysymyksissä. Rajausten sisällä osallistuvat lähijohtajat yleisen tason hallinnon päätöksentekoon muokkaamalla päätöksiin tarvittavaa tietoa ja välittämällä yksiköistä tietoa päätöksenteon perustaksi. Myös lähijohtamisen toimeenpanoon liittyy tilannekohtaista soveltamista ja harkintaa, jonka edellytetään olevan organisaation tavoitteiden kanssa yhteneväistä, jatkaa Isosaari (2006,45–50). Laaksonen ym. (2005) korostavat lähijohtajuuden luotettavuutta, oikeudenmukaisuutta ja johdonmukaisuutta, joilla lähijohtaja osoittaa arvostavansa työntekijöitään. Kivimäen ym. (2002) tekemät tutkimukset osoittavat johtamisen oikeudenmukaisuudella ja työntekijöiden kokemalla terveydellä olevan yhteyttä toisiinsa. Oikeudenmukaiseksi koettu johtaminen vähensi sairastumisriskiä toteavat Kivimäki ym. (2002).

Psykologisena selityksenä pitivät työntekijät oikeudenmukaisuutta osoituksena heidän asemastaan ja arvostuksestaan työryhmässä. Esimieheen halutaan luottaa ja olla luottamuksen arvoisia, sillä luottamus ja tuki lujittavat työtovereiden keskinäisenä yhtenäisyyden tunnetta ja työyhteisön avoimuutta. (Kirjavainen & Laakso-Manninen 2001.) Työyhteisössä oikeudenmukaisuus liitettiin työyhteisön toimintatapoja ja henkilöstöasioita sääteleviin sääntöihin ja normeihin. Työntekijöiden mukaan oikeudenmukainen lähijohtajuustyö näkyi tasapuolisena kohteluna, vuorovaikutuksena, työn organisointina, luottamuksena ja luotettavuutena, jatkavat Romana ym. (2004) ja Kanste (2005). Kuntatyö 2010 projektin mukaan terveydenhuollon organisaatioissa työskentelevät työntekijät ja esimiehet nimesivät oikeudenmukaisiksi johtamiskeinoiksi töiden organisoinnin, työnjaon, osastokokoukset, tiedottamisen, osaamisen varmistamisen ja keskustelut. (Romana ym. 2004.) Keskeisenä tekijänä oikeudenmukaisuuden toteutumisessa pidettiin osastonhoitajan toimintatapaa, joka hyvin toimiessaan lisäsi sekä työntekijöiden sitoutumista työpaikkaan että vähensi kitkaa eri henkilöstöryhmien välillä. (ks. Kanste 2005.) Tutkimuksessa, jossa ylihoitajat ja osastonhoitajat esittivät näkemyksiään osastonhoitajien työn sisällöstä, totesi Narinen (2002) sekä ylihoitajien että osastonhoitajien pitäneen osastonhoitajan tärkeimpänä tulevaisuuden työtehtävänä työnjohdollisia tehtäviä, kun taas taloushallinnon osaaminen nähtiin merkityksettömänä. Ylihoitajat odottivat osastonhoitajien työtehtävien painottuvan tulevaisuudessa yhteistyö – ja kehittämistehtäviin ja osastonhoitajien mielipiteissä korostui kliinisen pätevyyden vahvistaminen.

Sinkkonen ja Taskinen (2005, 89–91) totesivat, että erikoissairaanhoidossa työskentelevät osastonhoitajat arvostivat enemmän hoitohenkilöstön kehittämisen menetelmiä ja koulutusmenetelmiä hoitotyössä kuin perusterveydenhuollossa työskentelevät osastonhoitajat. Perusterveydenhuollossa työskentelevät osastonhoitajat arvostivat sen sijaan hoitotyön budjetoinnin osaamista ja vastuuta hoitotyön kustannuksista. Viitanen ym. (2007, 114–122) jakoivat osastonhoitajien johtajaroolit yliopistosairaaloissa henkilöstön hyvinvoinnista huolehtivaan esimiehisyteen sekä hallinnolliseen, koordinoivaan ja valvojajohtajuuteen, joista jälkimmäinen oli yleisempi yliopistosairaaloissa. Viitanen ym. (2007) mukaan liiketoimintajohtoisten johtamismallien soveltaminen sosiaali- ja terveydenhuoltoon ei saanut yliopistosairaaloissa kannatusta. Lähiesimiesten, keskijohdon ja ylimmän johdon johtamisosaamisen ja täydennyskoulutusten tasoa sosiaali- ja terveydenhuollossa tutkineet Sinkkonen-Tolppi ja Viitanen (2005, 68–74) totesivat, että johtajat odottivat koulutusten vahvistavan johtajien kykyä toimia muutoksissa, vahvistavan kokonaisuuksien hallintaa ja vuorovaikutustaitoja. Yli puolet vastanneista eritasoisista hoitotyön johtajista piti tärkeimpinä osaamisalueinaan epävarmuu-

den sietokykyä, verkostotyöskentelytaitoja ja taloushallinnon johtamisosaamista. Merkityksettömmimpänä pidettiin persoonallisuutta ja suhteita poliittisiin päättäjiin. Sen sijaan oman organisaation vahvistamisessa pidettiin tärkeimpänä strategisen johtamisen, muutosjohtamisen ja osaamisen johtamisen vahvistamista. (Sinkkonen-Tolppi & Viitanen 2005,68–74.) Johtamisen oikeudenmukaisuuteen liitettiin johdonmukaiset säännöt, selkeät päätöksenteon periaatteet ja mahdollisuus korjata päätöksiä. (Kivimäki ym. 2002).

Yhteenvedona todetaan, että terveydenhuollon johtaminen on byrokraattista ja sen taustalla korostuvat asiantuntijuus ja professionaalisuus. Johtamisen piirteet koostuvat arvoista, käyttäytymismormeista, ammattietiikasta sekä ammatillisesta tieto- ja osaamisperustasta. (Aarva 2009.) Organisaation säännöt, määräykset ja toimintaohjeet rajaavat työyksikötasolla tapahtuvaa päätöksentekoa. (Kanste 2005; Isosaari 2006, 45–50; Nikkilä & Paasivaara 2007.) Etenkin resursseja koskevissa kysymyksissä on osastonhoitajien päätöksentekovalta ja harkinnan rajat määritelty tarkasti. (Laaksonen ym. 2005,160–166.) Työyhteisön suunnannäyttäjänä ja kehityksen ohjaajana odotetaan osastonhoitajan muuttavan organisaation toimintalinjat ja tavoitteet käytännön toiminnaksi, jatkaa Viitala (2004a). Johtamisen oikeudenmukaisuus sisältää johdonmukaisten sääntöjen ja selkeän päätöksenteon periaatteiden lisäksi mahdollisuuden korjata tehtyjä päätöksiä. (Kivimäki ym. 2002). Toisaalta osastonhoitajat kohtaavat päivittäisessä työssään alaisten erilaisuuden iän, terveydentilan, osaamisen, kokemuksen sekä työasenteiden ja yhteistyökyvyn näkökulmista ja toisaalta sairaanhoitajat alaisina arvioivat osastonhoitajan toimivallan käyttöä, vastuullisuutta ja asiantuntijuutta työyhteisössä. Johtamisen luotettavuus, oikeudenmukaisuus ja johdonmukaisuus vahvistavat työhyvinvointia.

### 2.3.1 Osaamisen johtaminen

Terveydenhuollon organisaatioissa tapahtuu kaiken aikaa oppimista ja henkilöstöä kannustetaan kehittämään omaa työtään. Hoitotyöntekijät kuljettavat osaamistaan mukanaan, joten organisaatioissa kannattaa luoda sellaiset olosuhteet, jossa työntekijät sitoutuvat työhönsä ja käyttävät osaamistaan työyksikkönsä hyväksi. Oppimisympäristönä oma organisaatio ja työyksikkö ovat tehokkaita, sillä ne ovat turvallisia sekä yksilön tarpeita ja ainutlaatuisuutta kunnioittavia. Johdon ja työtovereiden tuki on merkittävä tekijä työpaikalla tapahtuvassa oppimisessa, sillä oppiminen on yksilöllistä prosessia, johon liittyy itsenäisiä omaan työhön liittyviä valintoja ja ratkaisuja. Luonnollisesti op-

piminen sisältää sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia työtilanteissa, kun etsitään parhaita toimintatapoja. Aktiivista oppimista tukevat ja siihen sitouttavat sekä älyllisesti haastava ympäristö että säännöllinen palaute ja palkkiot. (Ranki 1999; Hätönen 2004.)

Osaamisen johtaminen nousee organisaation strategiasta ja sillä kiinnitetään huomiota osaamistarpeiden ennakointiin, organisaatiossa olevan tiedon hallintaan ja kehittämiseen sekä organisaatiossa tapahtuvan oppimisen ohjaamiseen. (Viitala 2004b.) Ennakoimalla osaamiseen ja henkilöstöön liittyvät tulevaisuuden tarpeet varmistetaan riittävät, tarpeenmukaiset henkilöstöresurssit ja kehitetään koulutusta ja osaamista organisaation tarvetta vastaavaksi. (Ahvo-Lehtinen & Maukonen 2005; Raappana 2006,24–25.) Terveysthuollon organisaatioissa osaamisen painopiste on siirtynyt olevan tiedon hallinnasta uuden osaamisen tuottamiseen. (Virkkunen 2002.) Suuntauksena on, että jatkuvan oppimisen ja kehittymisen tarve kasvaa ja työssä oppiminen korostuu. (Ahvo-Lehtinen & Maukonen 2005; Raappana 2006,24–25.) Kehittämisen painopistealueita ovat kokemuksellisen tiedon hyväksi käyttäminen, asiantuntijaverkostojen luominen, tiedon dokumentointi ja sen käytön helpottaminen sekä tiimi- ja projektimaisen työskentelyn tehostaminen. (Raappana 2006,24–25.) Kun henkilöstön kehittämistä ja kehittämistarpeita arvioidaan, pitää samanaikaisesti analysoida yksityiskohtaisesti, minkälaisia kehittämistarpeita kullakin yksilöllä ja työyhteisöllä on nykyisten työtehtävien suhteen ja erityisesti tulevaisuutta ajatellen. (Hildén 2002; Meretoja 2003.) On selvää, että kehittämisen painopisteiden siirtyminen yhdessä terveydenhuollon organisaatioissa tapahtuvien muutosten kanssa, on lisännyt osaamisen johtamisen tärkeyttä terveydenhuollon organisaatioissa.

Terveysthuollon organisaatioissa työskenteleviltä esimiehiltä odotetaan käsitteellistä ajattelua ja kokonaisuuksien hallintaa joka vastaa organisaatiokulttuuria ja sen eri prosesseja ja merkitysten muodostamista. Osaamisen johtamisen merkitys korostuu organisaatioiden muutostilanteiden johtamisessa. Henkilöstön uudistuminen on sitä helpompaa, mitä vahvempaa heidän osaamisensa on ja mitä myönteisempiä heidän kokemuksensa itsensä kehittämisen merkityksestä ovat. (Kanste 2005.) Olennaista osaamisen johtamisessa on johtaa organisaatiota sen oman strategian suuntaisesti ennakoiden tulevaisuutta ja pyrkien käytössä olevan osaamisen hyödyntämisen lisäämiseen. (Pelttari 1997; Hildén 2000; Ruohotie 2000; Viitala 2004b.) Osaamisen johtamisessa erottaa Manka (2006) neljä ulottuvuutta; suunnan näyttämisen, ilmapiirin rakentamisen, oppimisprosessin tukemisen ja hyvänä esimerkkinä olemisen. Johtamista kuvataan asioiden, ihmisten ja tiedon johtamiseksi, joka edellyttää taitoa ja kykyä kommunikoida henkilöstön kanssa sekä taitoa innostaa henkilöstöä aikaansaamaan hyviä tuloksia. Lähtökohtana osaamisen johtamisessa on organisaation toiminnan

tavoitteista lähtevä henkilöstön osaamisen systemaattinen arviointi ja kehittäminen. (Meretoja 2003; Viitala 2004b; Manka 2006.) Osaamisen johtamista kuvataan myös organisaation sosiaalisen pääoman johtamisena, johon kuuluvat tiedot ja taidot sekä niiden soveltamista edistävät arvot ja normit, organisaatiokulttuuri ja työilmapiiri sekä toimivan vuorovaikutuksen luominen. (Holopainen & Eskola 2001; Viitala 2004b; Kanste 2005.)

Haasteena osaamisen johtamiselle pitää Ruggles (1998,80–89) työntekijöiden asenteiden muuttamisesta organisaation strategian suuntaiseksi. Osastonhoitajan vaativana tehtävänä on saada sairaanhoitajat kiinnostumaan uuden tiedon hankkimisesta, jakamaan sitä muille ja saada heidät soveltamaan uutta tietoa käytännön hoitotyössä. Työyhteisön hyvät sosiaaliset suhteet parantavat merkittävästi oppimista. Vuorovaikutuksen kehittyminen ja ylläpitäminen auttavat puolestaan tiedon siirtymistä työntekijältä toiselle. Toimintojen laatuun ja kehittymiseen vaikuttavat organisaatiossa olevan henkilöstön osaaminen ja osaamisen kehittyminen. Osaamisen johtamisen tarkoituksena on saada organisaatioon paras osaaminen sekä saada tämä osaaminen elämään käytännössä. Hoitotyössä oman työn kehittäminen auttaa oppimaan uutta ja uuden oppiminen lisää työhyvinvointia. (Ruggles 1998,80–89; Hildén 2002; Viitala 2004b.) Oppiminen vahvistaa työkykyä, jota pidetään yhtenä edellytyksenä työssä menestymiselle ja ammatilliselle kehittymiselle. Henkilöstöryhmien keskinäisen työnjaon uudistamisella voidaan kehittää työympäristöä ja huomioida selkeämmin työyhteisöjen vuorovaikutukselliset, terveydelliset ja laadulliset seikat sekä henkilöstön oikeanlainen resursointi. (Kanste 2005, Raappana 2006,24–25.)

Palkitsevassa ja hyvin organisoidussa työilmapiirissä omien kykyjen ja taitojen käyttäminen lisää sairaanhoitajien työstä saamia mielekkyyden kokemuksia ja kehittymismyönteisyyttä sekä vahvistaa sitoutumista omaan tehtävään ja koko organisaatioon. Jokaisen organisaation tulisi myös huolehtia siitä, että henkilökunta on pätevää ja että olemassa oleva pätevyys on määritelty ja dokumentoitu. (ks. Syväjärvi 2005.) Osaamisen johtamisessa ja kehittämisessä käytettävistä menetelmistä yleisimpiä olivat Kuntien osaamisen johtamisen nykytilaa käsittelevän tutkimuksen mukaan työhyvinvointiin liittyvät toimenpiteet. Muina menetelminä olivat organisaation ulkopuolella järjestettävät koulutustilaisuudet, johtamis- ja esimiestaitojen kehittäminen, organisaation sisäiset koulutukset sekä tavoite- ja tuloskeskustelut. (Hyrkäs & Stähle 2005.)

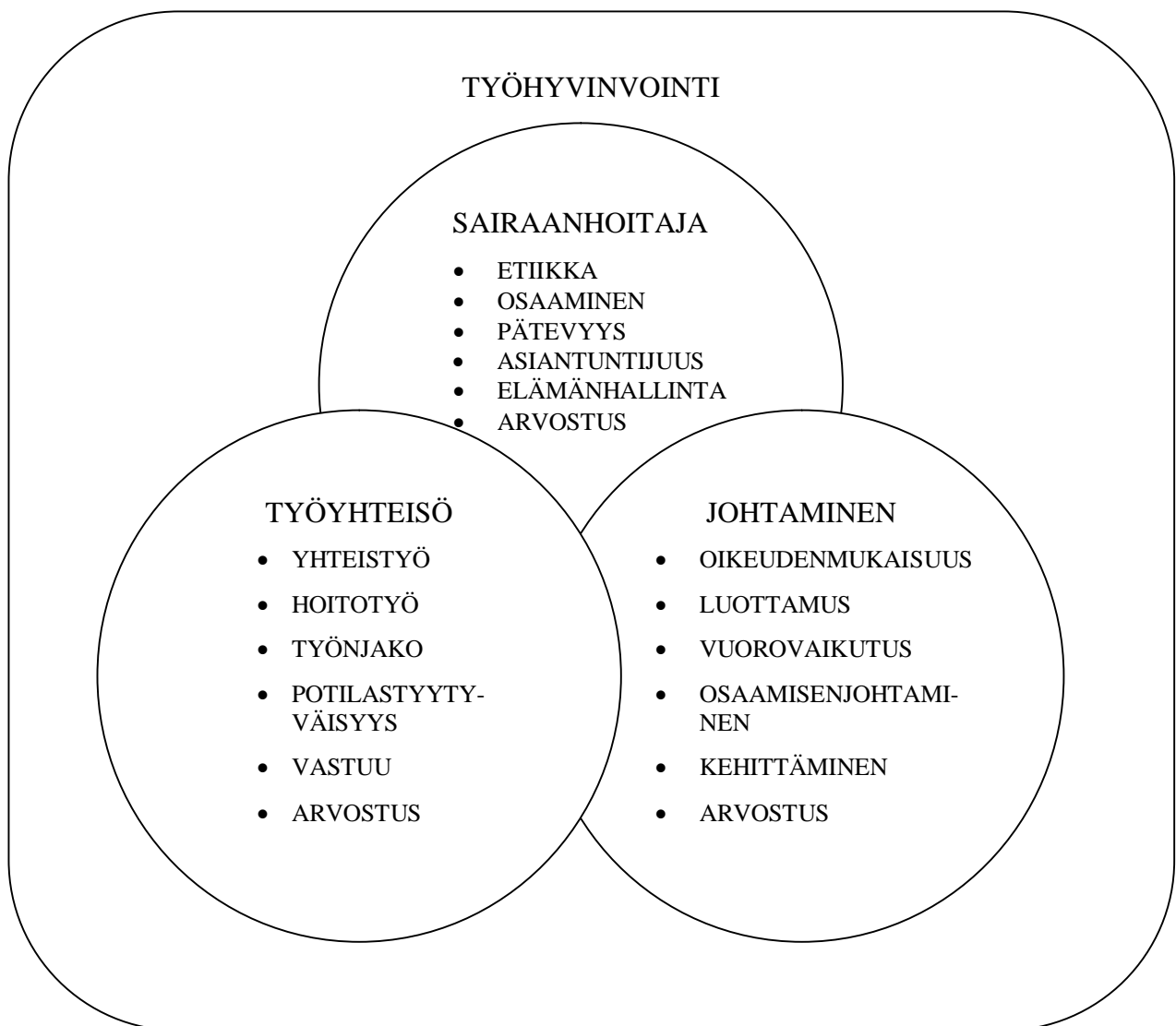


### 3.4 Yhteenveto

Sairaanhoidajan työllä on eettinen perusta, jolle sairaanhoidajan ammatillinen kasvu rakentuu. Sairaanhoidajan ammatillisuuteen kuuluvat hoitotyön tietoperusta eli kvalifikaatiot ja kompetenssi eli pätevyys sekä läpi elämän jatkuva ammatillinen kasvu. Sairaanhoidajan ammatillisella osaamisella on yhteyttä sekä ihmisenä kehittymiseen, kysymyksiin ihmisarvoisesta työstä ja yhteiskunnallisesta asemasta. Ammatillinen osaaminen liittyy myös työvoimakustannuksiin, työn tuottavuuteen ja työorganisaatioiden luonteeseen. Sairaanhoidajan työnkuva muuttuu koko ajan. Se edellyttää ammattitaidon ylläpitämistä ja kehittymistä työssä, joiden avulla työssä oleviin muutoksiin sopeutuminen on helpompaa. (Ruohotie 2000; Kari 2001.) Sairaanhoidajan osaamisen hyödyntämiseen vaikuttavat sekä työskentelyorganisaatioissa olevat tarpeet että sairaanhoidajan omat kehityspyrkimykset. Organisaatiot vahvistavat tarvitsemaansa osaamista tekemällä sairaanhoidajille henkilökohtaisia kehittämis- ja urasuunnitelmia. Tehtyjen kehittämis- ja urasuunnitelmien avulla laajentavat sairaanhoidajat osaamistaan ja vahvistavat työkykyään sekä organisaatioon sitoutumista. Työmotivaatio ja työkyky liitetään sairaanhoidajan osaamiseen, joka on tietojen ja taitojen soveltamista työssä. Sairaanhoidajien auttamistaidot ovat hyvät, sen sijaan taitoja potilaiden hoitosuunnitelmien tekemiseen ja kuntoutuksen suunnitteluun tulee edelleen kehittää, sillä paremmin tehdyt suunnitelmat auttavat potilaiden asioiden hoitumisessa eri organisaatioissa ja yhteisössä sekä niiden välillä.

Vahva oppimisorientaatio auttaa pitämään yllä ammattitaitoa ja teknistä osaamista sekä helpottaa tiedon hankkimista alan kehityksestä, toteavat Pelttari (1998) ja Hildén (1999). Hyvässä työyhteisössä, jossa on palkitseva ilmapiiri, käytetään mielellään osaamista, joka vahvistaa mielekkyyden kokemuksia ja kehittymismyönteisyyttä sekä sitoutumista omaan tehtävään ja organisaatioon. Työstä saatu palaute, halu olla hyvä sairaanhoidaja sekä työn haasteellisuus vahvistavat ammatillisen pätevyyden kehittämistä, lisää Utriainen (2009). Työn hallittavuuden kokemukset ovat osa sairaanhoidajan elämänhallintaa. Sairaanhoidajan uraa on kuvattu usein sairaanhoidajan ammatilliselle ja henkiselle kasvulle rakentuvana polkuna, josta voidaan erottaa eri osaamisalueisiin painottuvia vaiheita. Uralla eteneminen voi olla toisaalta ylenemistä organisaatiohierarkiassa vastuullisempiin tehtäviin tai etenemistä tehtävästä toiseen ja ammattitasolta toiselle. Toisaalta ura voi rakentua horisontaalisesti yli organisaatorajojen tapahtuvana työnä. Pitkä ura ja ammatillinen kokemus näkyvät sairaanhoidajan vahvana kokonaisuuksien hallintana, työtovereiden ammatillisen kehityksen tukemisenä ja verkosto-osaamisena tai ammatillisena erityisosaamisena. Kuten edellä mainittiin, sairaanhoidajan tekemä hoitotyö on kiinteästi yhteydessä työyhteisöön, lähijohtamiseen ja työn organisointiin.

Hoitotyö on yhteisöllistä ja sen johtamisessa ovat osastonhoitajan ammatilliset vahvuudet ratkaisevia. (Kanste 2005.) Osastonhoitajan edellytetään hahmottavan yksikkönsä toiminnan tulevaisuutta, ja väittävän sitä alaisilleen. Kehittyminen työssä, työyhteisö ja sen johtaminen ovat aikaisemman teorian ja tutkimustiedon varassa kiinteästi toisiinsa liittyviä ilmiöitä, joita tässä tutkimuksessa tutkittiin empiirisesti. Empiirisessä osassa tarkastellaan suomalaisten sairaanhoitajien kokemuksia työhyvinvointiin vaikuttavista eroista Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa.



Kuvio 1: Sairaanhoitajan työhyvinvointiin vaikuttavat tekijät.

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa suomalaisten sairaanhoitajien työhyvinvointiin vaikuttavista eroista Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää sairaanhoitajien työhyvinvoinnin edistämiseksi. Tutkimustulokset palvelevat käytännön hoitotyötä.

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

1. Miten sairaanhoitajan työ eroaa Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa?
2. Miten hoitotyön johtaminen eroaa Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa?
3. Miten työhyvinvoinnin edistäminen eroaa Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa?

Tutkimuksessa selvitetään suomalaisten sairaanhoitajien kokemuksia Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa olevista eroista, jotka vaikuttavat heidän työhyvinvointiinsa. Haastattelujen avulla tarkastellaan tiedonantajien kokemia eroja työssä, johtamisessa ja työhyvinvoinnin edistämiseksi molemmissa maissa. Johtamista tarkastellaan lähijohtamisen tasolla olevana johtamisena. Kirjallisuuskatsauksella laajennettiin kuvaa sairaanhoitajan ammatillisuuden ja sen kehittymisen sekä työyhteisön ja lähijohtamisen merkityksestä koettuun työhyvinvointiin. Tutkimuksessa tehdyn kirjallisuuskatsauksen ja tutkimuksessa saatujen vastausten perusteella tehtiin johtopäätöksiä ja pohdittiin työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä.

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN JA MENETELMÄT

### 4.1 Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat

Tutkimusmenetelmät, jotka kuuluvat laadulliseen tutkimusperinteeseen, korostavat sosiaalisia ilmiöitä sekä niiden merkityksellistä luonnetta. Tutkija valitsee käytettävän tutkimusmenetelmän tutkimuksen tarkoituksen ja luonteen mukaan. (Eskola & Suoranta 1998.) Tutkija ja tutkittava ovat Perttulan (2005) mukaan samassa maailmassa, jossa tutkittavia ilmiöitä tarkastellaan ja ihminen nähdään ainutkertaisena. (Munnukka & Kiikkala 1997; Kvinge ym. 2002,8–61.) Elämismaailman, yksilön, yhteisön, vuorovaikutuksen ja arvojen tutkimiseen laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimustapa sopii Alasuutarin (1999) ja Perttulan (2005) mukaan hyvin. Sen sijaan olemassa olevia teorioita tai hypoteeseja ei tällä menetelmällä voi testata, toteavat Eskola ja Suoranta (1998), Staruss ja Corbin (1998) sekä Perttula (2005). Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan kiinnostus kohdistuu lähellä tutkittavaa kohdetta olevaan tietoon ja tutkimuksen aihe nousee usein jäsentymättömästä käytännön aiheesta. Tutkija haluaa selvittää, pienellä määrällä tutkittavia tapauksia, mistä tietyssä ilmiössä on kyse. Tässä tutkimuksessa tutkija kiinnostui suomalaisten sairaanhoitajien työhyvinvointiin vaikuttavista eroista Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa. (ks. Eskola & Suoranta 1998; Polit & Beck 2004.) Laadullisen lähestymistavan valintaa tukivat toisaalta se, että tutkittavaa ilmiötä lähestyttiin tutkimukseen osallistuneiden tiedonantajien näkökulmasta ja toisaalta se, että tutkimuksessa pyrittiin kuvailemaan ja ymmärtämään tiedonantajien kokemuksia. (Alasuutari 1999; Hirsjärvi ym. 2004; Perttula 2005.)

Tutkimukseen osallistujien valintaan, aineiston keruuseen ja saadun aineiston analysointiin vaikutti tutkimuksen kiinnostuksen kohteena olleen ilmiön, suomalaisten sairaanhoitajien työhyvinvointiin vaikuttavien erojen kokemusten, ymmärtäminen. Tutkijan oma esiymmärrys sairaanhoitajan työstä ja siihen vaikuttavista tekijöistä on rakentunut ammatillisissa opinnoissa ja kliinisessä hoitotyössä molemmissa maissa. Tutkimuksen tiedonantajilta tutkija odotti saavansa runsasta ja monipuolista tietoa. (ks. Polit & Beck 2004; Perttula 2005.) Tässä tutkimuksessa tutkija käsitteli jäsentymättömästä käytännön hoitotyön todellisuudesta lähtevää aineistoa induktiivisella sisällön analyysillä. Kerättyä tietoa tarkasti analysoimalla pyrki tutkija ymmärtämään, kuvaamaan ja selittämään suomalaisten sairaanhoitajien kokemia työhyvinvointiin vaikuttavia eroja Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa. (Kiviniemi 2001,68–84; Vilka 2005.) Käsitteitä muodostettiin mahdoli-

simman tarkalla analyysillä. Käsitteellistämällä pyrittiin kohti jäsentynyttä todellisuutta. (Meleis 2005.) Tarkka analysointi on Politin ja Beckin (2004) mukaan yksi laadullisen tutkimuksen tieteellisyden kriteereistä. Tässä suomalaisten sairaanhoitajien työhyvinvointiin vaikuttavia eroja Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa tutkivassa tutkimuksessa käsitteli tutkija jäsentymättömästä todellisuudesta lähtevää aineistoa induktiivisella sisällön analyysillä.

#### 4.2 Tutkimuksen eettiset lähtökohdat

Ensimmäinen tutkimusprosessin aikana esiintyvistä tutkimuseettisistä kysymyksistä oli tutkimuksen aihe. Tämä suomalaisten sairaanhoitajien kokemia työhyvinvointiin vaikuttavia eroja Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa käsittelevä tutkimusaihe muotoutui vähitellen tutkijan arkityössä, jossa hoitotyön nykytilaa ja tulevaisuutta koskeva keskustelu ryöppösi ajoittain kiivaana. Päädyttyään tähän tutkimusaiheeseen alkoi tutkija pohtia aiheeseen eettisesti perusteltua ja käyttökelpoista tutkimusmetodia sekä tiedonkeruumenetelmää. Tutkija pyrki puolueettomuuteen ja objektiivisuuteen sekä tutkimusmenetelmän ja tiedonantajien valinnassa että aineiston käsittelyssä. (Eskola & Suoranta 1998; Hirsjärvi ym. 2004; Perttula 2005.) Tutkimusmenetelmäksi tutkija valitsi laadullisen tutkimusmenetelmän, sillä tavoitteena oli saada syvällistä tietoa tutkittavasta kokemusperäisestä tiedosta. (Hirsjärvi ym. 2004; Polit & Beck 2004.)

Tässä itseään lähellä olevassa tutkimusaiheessa näki tutkija tärkeänä pohdinnan omasta tutkimusasemastaan, sen käyttämisen oikein ja avoimuuden. Tutkija kertoi tutkimukseen osallistuville, mihin heiltä kerättyä tietoa käytetään ja miten sitä tullaan käsittelemään. (Hirsjärvi ym. 2004; Polit & Beck 2004.) Tutkija oli tarpeen mukaan yhteydessä lumipallo-otannalla saatuihin tiedonantajiin ja suositteli heille yhteyden ottamista tutkijaan niin halutessaan. Käytännössä toteutuneet yhteydenotot koskivat haastatteluajoista sopimista ja informointia tutkimuksesta. Tutkimusta koskevat tiedot liittyivät tutkimuksen aiheeseen, tutkimusmenetelmään ja tutkimuksen tarkoitukseen sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuteen, anonymiteettiin ja luottamuksellisuuteen sekä keskeyttämismahdollisuuteen. (Polit & Beck 2004.) Tutkija kertoi tiedonantajille, että tutkimusaineisto tuli pelkästään tutkijan käyttöön ja, että tutkija tulee hävittämään aineiston asianmukaisesti tutkimusprosessin jälkeen. Tutkija korosti avoimuutta, reflektiivisyyttä ja itsensä tiedostavaa toimijuutta vahvistamaan tutkimusprosessin eettisyyttä. (Torres ym. 1999,55–76; Catanzaro 2004; Laitinen 2008.) Tutkija pyrki seuraamaan hyvän tieteellisen ja tutkimuskäytännön suosituksia ja keskittyi hallitusti

etenevään vastuulliseen tutkimusprosessiin, jonka päämääränä olivat mahdollisimman luotettavat tutkimustulokset. (ks. Alasuutari 1994.)

#### 4.3 Tutkimuksen kohderyhmä

Laadullisen tutkimuksen otannan tarkoituksena on tuottaa eri näkökulmista tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja valaista mahdollisimman hyvin tutkimuskohteen ominaisuuksia. (Krause & Kiikkala 1996; Hirjsärvi ym. 2004; Polit & Beck 2004). Tässä tutkimuksessa tutkittiin suomalaisten sairaanhoitajien kokemia työhyvinvointiin vaikuttavia eroja Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa. Tutkija perusteli kohderyhmän valintaa sillä, että suomalaiset sairaanhoitajat tunnustivat työhyvinvointiin vaikuttavia eroja tehtyään hoitotyötä vertailun kohteena olevien maiden terveydenhuollon organisaatioissa. (ks. Hirjsärvi ym 2004; Polit & Beck 2004.) Kohderyhmään kuuluvia suomalaisia sairaanhoitajia tiesi tutkija myös olevan runsaasti. Tutkija rajasi kohderyhmää edelleen eri hoitotyön erikoistumisaloille kouluttautuneisiin sairaanhoitajiin, joilla oli työkokemusta erilaisista terveydenhuollon organisaatioista. Tutkimuksen tiedonantajiksi lupautuneet olivat erikoistuneet sisätauteihin ja kirurgiaan, tehohoitoon, anestesiaan, psykiatriaan, työterveyshoitoon, lastensairaanhoitoon ja kätilöksi. Tiedonantajat olivat työskennelleet perusterveydenhuollon - ja kotisairaanhoidon organisaatioissa ja keskus - ja yliopistosairaaloissa. Valitun harkinnanvaraisen otannan rinnalle tutkija rakensi vahvaa teoreettista viitekehystä, jonka avulla aineiston hankinta ohjailtiin sujuvaksi. (Eskola & Suoranta 1998; Tuomi & Sarajärvi 2002.)

Kontaktit tutkimuksen kriteerit täyttäviin suomalaisiin sairaanhoitajiin tutkija sai ns. lumipallo-otannalla. Tutkija otti yhteyttä eri paikkakunnilla Suomessa ja Norjassa tuntemiinsa terveydenhuollon organisaatioissa työskenteleviin henkilöihin, joita tutkija nimitti kontaktihenkilöiksi (Berlevåg, Nesseby, Oulu, Rovaniemi, Tana, Utsjoki, Vadsö, Vardö). Näissä yhteydenotoissa tutkija kertoi suunnittelemaansa tutkimuksesta ja esitti tarpeen saada kriteerit täyttäviä työhyvinvoinnista kiinnostuneita sairaanhoitajia tiedonantajiksi. Tutkija halusi kontaktihenkilöiden suosittelun tutkimukseen osallistumista tuntemilleen suomalaisille sairaanhoitajille. Osan tutkimukseen myönteisesti suhtautuvien, tai lisää informaatiota haluavien, sairaanhoitajien yhteystiedoista sai tutkija kontaktihenkilöiltä ja osa kiinnostuneista sairaanhoitajista otti yhteyttä tutkijaan sähköpostilla, puhelimitse tai henkilökohtaisesti. Tutkija esitteli kiinnostuneille sairaanhoitajille tutkimuksen tarkoituksen ja käytettävän tutkimusmenetelmän sekä korosti tutkimuksella saatavan tiedon merkitystä sairaanhoi-

tajien työhyvinvoinnin kehittämisessä. Yhteydenotot tapahtuivat sähköpostilla, puhelimitse tai henkilökohtaisesti tapaamalla. Sähköposti osoittautui toimivimmaksi ja edullisimmaksi yhteydenpito-tavaksi. Sähköpostilla tavoitettiin parhaiten myös vuorotyötä tekevät tiedonantajat.

#### 4.4 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimuksen alkuvaiheessa kaksi kriteerit täyttävää sairaanhoitajaa lupautui tiedonantajiksi harkit-tuaan asiaa kaksi viikkoa. Lumipallo-otanta eteni niin, että toisena ollut tiedonantaja kertoi tutki-muksesta kriteerit täyttävälle kollegalleen, joka halusi myös haastatteluun. Yhteystiedot ja alustava haastattelu-aika sekä -paikka sovittiin saman tien. Kolme tiedonantajaa antoi suostumuksensa tutki-mukseen sähköpostitse, yksi puhelimitse ja kolme henkilökohtaisesti. Lopullinen tiedonantajien määrä oli seitsemän (n=7). Viiden tiedonantajan kanssa tutkija sopi haastatteluajankohdat sähköpos-tilla, yhden haastateltavan kanssa puhelimitse ja yhden kanssa henkilökohtaisesti. Tutkija kertoi kaikille tiedonantajille (n=7), että halutessaan heillä oli mahdollisuus keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen (informed consent). Tutkija korosti tiedonantajille tutkimukseen osallistumisen va-paaehtoisuutta ja anonymiteettiä. Tiedonantajien anonymiteettiä tutkija turvasi sillä, että pelkästään tutkija tiesi, ketkä osallistuivat tutkimukseen.

Tiedonkeruun toteuttaminen haastatteluilla oli aloittelevan tutkijan mielestä oiva tapa harjoitella kokemuksellisen tiedon keräämistä tiedonantajilta. Haastatteluilla tutkija pyrki saamaan tiedonanta-jilta mahdollisimman syvällisiä ja tarkkoja omakohtaisia kuvauksia sekä kattavia suomalaisen ja norjalaiseen kliinisen hoitotyön ympäristöön liittyviä pohdiskeluja. Haastatteluilla tutkija tavoitti ihmisten puheen, ajattelun ja arjen toiminnalliset ratkaisut sellaisina kuin tiedonantajat olivat ne kokeneet (Hirjsärvi ym. 2004; Polit & Beck 2004.) Huolimatta siitä, että haastattelu osoittautui var-sin vaativaksi aineistonkeruutavaksi, sai tutkija tarkkaa ja monipuolista tietoa tiedonantajilta. Glaser ja Strauss (1967) tosin toteavat, että useanlaiset aineiston keruumenetelmät ja niiden yhdisteleminen eri tavoilla, voisivat antaa enemmän informaatiota tutkittavasta ilmiöstä kuin yksi tekniikka. Sa-moin kuin aineiston keruuta eri tavoilla ja yhdistelmillä, voidaan kerättyä aineistoa lähestyä avoi-mesti ja vailla ennakkoluuloja ja teorioita, vaikka aikaisempaa saatavilla olevaa tutkimustietoa ja kirjallisuutta olisi hyödynnetty samanaikaisesti (vrt. Glaser 1978), kuten tässä tutkimuksessa tehtiin. Sama avoimuuden periaate ohjaili tukijaa, kun hän käytti omia kokemuksiaan, lukemistaan ja tietä-mystään aineiston tukena, vaikka se on jossain määrin ristiriidassa aineistolähtöisyyden kanssa.

(Varto 1992; Danemark ym. 2002.) Tutkija perusteli valintaansa myös sillä, että yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa on vapaus valita relativististen tekstien ja lopullisen totuuden välillä ja sitoutua omaa tutkimuspyrkimystään vastaavaan metodiin. (ks. Fujimura 1991,207–248.)

Tässä tutkimuksessa haastatteluaineiston keruu toteutettiin avoimina teemahaastatteluina (n=7). Tutkija laati alustavat haastatteluteemat ja pitkän listan apukysymyksiä. Näitä teemoja suositeltiin tutkimustyön ohjauksessa muotoilemaan selkeämmiksi ja vähentämään apukysymyksiä ennen haastattelujen aloittamista. Tutkija tarkensi teemoja ja jätti suurimman osan apukysymyksistä pois. Karokottaakseen omaa epävarmuuttaan teki tutkija yhden esikyselyn. Esikysely tuotti haluttua tietoa, mutta tutkija tarkensi teemojen sanamuotoja edelleen. Esikyselyn tuottamaa tietoa ei varsinaisessa tutkimuksessa huomioitu. Haastattelut koostuivat tiedonantajien taustatiedoista ja teemoihin jaetusta osiosta. Taustatietoja olivat ikä, koulutus, siviilisääty, erikoistumisala, täydennyskoulutukset ja työkokemus. Taustatiedot hahmottivat tiedonantajien maailmaa ja auttoivat tutkijaa ymmärtämään, millaista esitietoa ja asiantuntemusta vasten tiedonantajat kuvasivat jatkossa esiin tulevia teemoja. (ks. Vilka 2005.) Avoimia haastatteluteemoja oli kolme: miten sairaanhoitajan työ eroaa Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa, miten hoitotyön johtaminen eroaa Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa ja miten työhyvinvoinnin edistäminen hoitotyössä eroaa Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa. Haastattelut etenivät edellä kuvattujen avointen aihealueiden mukaisesti. Huolimatta siitä, että esim. Syväjärvi (2005) on todennut sairaanhoitajien olevan aika homogeeninen ammattiryhmä, kuvasivat haastateltavat monipuolisesti ja laajasti teemojen mukaisia kokemuksia Suomen ja Norjan eri terveydenhuollon organisaatioissa. Tarvittaessa tutkija esitti haastateltaville tarkentavia kysymyksiä, joihin vastaamalla tiedonantajat tarkensivat kertomaansa. Haastattelut tutkija pyrki tekemään mahdollisimman neutraalisti, sillä hän ei halunnut johdatella tiedonantajia. Haastattelut (n=7) tehtiin tiedonantajien toivomissa rauhallisissa ja häiriöttömissä tiloissa. (Hirsjärvi ym. 2004.) Kaksi haastattelua tehtiin haastateltavien toimistohuoneissa, kaksi sairaalan osaston raporttihuoneissa, kaksi yksityisasunnossa ja yksi kirjaston työhuoneessa.

Tiedonantajien määrä oli (n=7), sillä tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tiedonantajien omia kokemuksia ja pyrkiä ymmärtämään niitä yksittäisten ihmisten monipuolisina kokemuksina. (Hirsjärvi ym. 2004; Polit & Beck 2004; Perttula 2005.) Huolimatta siitä, että tutkimuksella tavoiteltiin yksittäisten tiedonantajien kokemusten kuvaamista ja niiden ymmärtämistä, voidaan Politin ja Beckin (2004) mukaan tutkimusaineiston pienuuteen kohdistaa kritiikkiä. Aloittelevan tutkijan mielestä pieni tiedonantajien määrä (n=7) oli riittävä. Huolimatta siitä, että ensimmäinen seitsemästä haastat-



telusta (n=7) eteni tutkijan mielestä kankeasti, antoi se hienoista vahvistusta valittujen teemojen kyvystä antaa haluttua tietoa. Kuitenkin vasta kolmas haastattelu antoi tutkijalle varmuuden valittujen teemojen toimivuudesta monipuolisen aineiston saamiseksi. Tätä kolmatta haastattelua piti tutkija merkityksellisenä ja helpottavana tiedonkeruun vaiheena. Varmuus aineiston saamisesta näkyi myös tutkijan kokemana onnistumisen ja sujuvuuden tunteena seuraavissa haastatteluissa. Jonkinasteista kertaantumista oli aineistossa havaittavissa kuudennessa haastattelussa, mutta tutkija halusi haastatella vielä yhden tiedonantajan, sillä hänen erikoistumisalansa oli eri kuin jo aiemmin haastatelluilla sairaanhoitajilla. Huolimatta aineiston osittaisesta kertaantumisesta, oli seitsemäs haastattelu perusteltu ja se rikastutti aineistoa. Haastattelut tuottivat runsaasti monipuolista aineistoa ja aineiston laatu vastasi tutkimuksessa asetettuja odotuksia. Aineiston keruu lopetettiin seitsemänteen haastatteluun, jossa saavutettiin kylläntymis - eli saturaatiopiste, jossa asiat alkoivat kertaantua. (Eskola & Suoranta 1998; Nieswiadomy 2002; Hirjärvi ym. 2004; Polit & Beck 2004.) Monipuolista aineistoa oli 12 fontilla ja 1,5 rivivälillä aukikirjoitettuna 112 sivua. Havainto valitun otannan ja aineistonkeruumenetelmän toteutumisesta odotusten mukaisesti, vahvisti tutkijan ajatusta tutkimusprosessin sujuvasta etenemisestä.

#### 4.5 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusprosessin keskeisiä tekijöitä ovat rationaalisuus ja oivaltavuus sekä tulkinta ja ymmärtäminen. (Koivisto ym. 2002,258–265.) Asioiden ja ilmiöiden merkityksiin pätee Lehtosen (1996) mukaan se, että sitä, mitä on kaikkialla, ei tavallisesti huomioida. Usein kaikkein tavallisin on samalla myös kaikkein vähiten tunnettua. Elämme keskellä toisten ihmisten tuottamia merkityksiä, jotka otamme suurelta osin annettuina. Tutkimuksen ja uutta luovan ajattelun lähtökohtana on sen sijaan ihmettely ja tutkivan uteliaisuuden kohdistaminen itsestään selviltä tuntuviin asioihin. Kun tiedonantajilla ja tutkijalla on valmiiksi yhteistä tietoa, joka luo pohjaa toisen ymmärtämiseen, onnistuu tutkimuksesta nouseva viestintä parhaiten. (Perttula 2005.) Ennen varsinaista ymmärtämistä on olemassa esiymmärrys, josta tulkinnan ajatellaan lähtevän. Tulkinta ei synny itsestään, vaan se edellyttää tutkijalta oman asenteen eli esiymmärryksen pohtimista. Aineiston keruun tarkka rajaaminen tiedonantajiin, joilla on kattava tietomäärä ja erilaista kokemusta tutkittavasta ilmiöstä yhdessä tutkijan oman esiymmärryksen kanssa, vahvistaa tulkinnan onnistumista. (Eskola & Suoranta 1998; Tuomi & Sarajärvi 2002; Vilka 2005.) Tässä tutkimuksessa tutkijan oma esiymmärrys sairaanhoitajan työstä oli rakentunut ammattiopinnoissa, täydennyskoulutuksissa ja työkokemuksen kautta. Tutkija on sisätautien – ja kirurgian sairaanhoitaja ja erikoistunut psykiatriseen sairaanhoi-

toon. Terveystieteiden opinnot sekä kognitiivisen psykoterapian opinnot ovat niin ikään avartaneet tutkijan näkökulmaa hoitotyöstä. Kliinistä hoitotyötä tutkija on tehnyt perus- ja erikoissairaanhoidon organisaatioissa Suomessa ja Norjassa. Tutkija pyrki parhaansa mukaan rajaamaan omia käsityksiään tutkimusalueesta käsitellessään aineistoa sisällön analyysillä. (ks. Krause & Kiikkala 1996; Eriksson ym. 2000.)

Tutkimustehtävä ja tutkimuksen tavoitteet määrittävät analysointimenetelmän valinnan sekä analysointitavan. Tässä tutkimuksessa analyysimenetelmänä käytettiin strukturoimattoman aineiston käsittelyyn sopivaa laadullista, systemaattista ja objektiivista, aineiston analyysiä (Weber 1985; Catanzaro 2004), jossa aineiston sisältö analysoitiin tulkitsemalla ja ymmärtämällä. (ks. Polit & Beck 2004.) Sisällönanalyysi on Hirsjärven ym. (2004) ja Politin ja Beckin (2004) mukaan oiva menetelmä systemaattiseen ja objektiiviseen aineiston analysointiin, sillä analysoimalla sisältöä voidaan tutkittavaa ilmiötä järjestää, kuvata tai kvantifioida. (Kyngäs & Vanhanen 1999,3–12.) Vaikka laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä määrällisen tutkimuksen tavoin yleistyksiin, pyrittiin tässä suomalaisten sairaanhoitajien työhyvinvointiin vaikuttavia eroja Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa käsittelevässä tutkimuksessa muodostamaan tutkittavasta aineistosta kokonaisuus. (Polit & Peck 2004.) Tiedonantajilta (n=7) saatu aineisto käsiteltiin laadullisella sisällön analyysillä tulkiten ja ymmärtäen sitä. Analyysia varten haastatteluaineisto nauhoitettiin ja litteroitiin. Yksittäiset tutkimuksen tarkoituksen kannalta epäolennaiset aineistonkohdat jätettiin litteroimatta (esim. yksityiskohtaiset yksityiselämän kuvaukset). Litterointi auttoi ymmärtämään, miten tutkimukseen osallistujat organisoivat puheensa. (Metsämuuronen 2005.)

Analysointiprosessin alussa tutkija päättää, minkälaista tietoa hän haluaa aineistosta analysoida. Tutkija voi joko analysoida tietoa, joka on selvästi ilmaistuna dokumenteissa tai piilossa olevaa tietoa. (Catanzaro 2004; Polit & Beck 2004.) Ensimmäisenä sisällön analyysissä määritetään analyysiyksikkö. Tutkimustehtävä ja aineiston laatu ohjaavat analyysiyksikön määrittämistä, joka voi olla sana, sanayhdistelmä tai lause, joiden lisäksi voidaan Catanzaron (2004) ja Hirsjärven ym. (2004) mukaan käyttää myös lausumaa ja ajatuskokonaisuutta. Litteroidun tutkimusaineiston lukeminen moneen kertaan on Deyn (1993) mukaan hyvä pohja analyysille. Aineiston sisällönanalyysi voidaan Kyngään ja Vanhasen (1999,3–11) mukaan toteuttaa joko aineistosta lähtien induktiivisesti tai deduktiivisesti, jolloin analyysiä ohjaa aikaisempaan tietoon perustuva luokittelurunko. Tässä tutkimuksessa aineisto analysoitiin induktiivisesti lähtien aineistosta. Analyysin tuloksena muodos-

tettiin tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategoriota eli luokkia, joista tässä tutkimuksessa käytettiin nimitystä luokka. (Hirsjärvi ym. 2004; Polit & Beck 2004.)

#### 4.5.1 Induktiivinen sisällön analyysi

Aineistoon tutustumisen jälkeen analyysiprosessin etenemistä säätelee se, ohjaako prosessia aineisto, ennalta valitut luokat, käsitteet vai käsitejärjestelmä. (Kyngäs & Vanhanen 1999,3–11.) Tässä tutkimuksessa käytettyä aineistosta lähtevää induktiivista analyysiprosessia, kuvataan Politin ja Beckin (2004) mukaan aineiston pelkistämiseksi, ryhmittelyksi ja abstrahoinniksi. Pelkistämässä aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä ja tutkimustehtävän mukaiset vastaukset kirjataan sivun marginaaliin mahdollisimman tarkasti samoilla termeillä kuin teksti on aineistossa ollut. (Weber 1985; Dey 1993; Hirsjärvi ym. 2004.) Erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien etsiminen kootuista pelkistettyjen ilmaisujen listoista on luokkien muodostamisen ensimmäinen vaihe. (Downe-Wamboldt 1992.) Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan alaluokkaan ja luokille annetaan sisältöä kuvaavat nimet. Tutkija päättää tulkintaansa hyväksi käyttäen, mitkä asiat voidaan yhdistää, jatkaa Dey (1993). Jo tässä analysointivaiheessa aineistoa käsitteellistetään eli abstrahoidaan. Aineiston abstrahoinnissa analysointia jatketaan alaluokkia yhdistämällä yläluokiksi ja nimeämällä ne alaluokkien asiasisältöä kuvaavalla tavalla. Luokkien yhdistämistä jatketaan niin kauan kuin se on asiasisällön kannalta mielekästä. Muodostettujen luokkien nimeämisessä voidaan Weberin (1985) ja Downe-Wamboldtin (1992) mukaan käyttää deduktiivisesti teoriasta tuttuja käsitteitä, kuten tässä tutkimuksessa tehtiin.

#### 4.5.2 Empiirisen aineiston käsittely

Tässä tutkimuksessa aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä, jolla käsitteellistettiin tiedonantajien kuvaamia kokemuksia työhyvinvointiin vaikuttavista eroista Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa. Induktiivinen sisällönanalyysi sopi tutkijan mielestä hyvin tämän tutkimuksen strukturoimattoman aineiston analysointiin (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-11.) Analyysin tavoitteena oli tiedonantajien kokemusten kuvaaminen laadullisin käsittein systemaattisesti, objektiivisesti ja tiivistämällä sekä yleistyksiä tekemällä. (Alasuutari 1999.) Tutkittavaa ilmiötä pyrittiin myös saamaan ymmärrettäväksi syvällisemmin. Analyysissä tuotettuja tutkittavia ilmiöitä

kuvaaviksi termeiksi valittiin luokat ja tutkimuskysymysten mukaiset selvästi ilmaistut asiat (manifest content) analysoitiin. Analyysiyksiköksi tutkija valitsi sanan, sanayhdistelmän tai toteamuksen, koska ne kuvasivat tutkijan mielestä parhaiten muodostettuja luokkia. (Hirsjärvi ym. 2004; Polit & Beck 2004.)

Aineiston analyysiprosessi aloitettiin joulukuussa 2010 lukemalla litteroitua haastatteluaineistoa sitä mukaan, kun haastatteluja tehtiin. Aineistosta alleviivattiin tärkeitä kohtia ja sivun marginaaliin poimittiin tekstistä tutkimuskysymysten mukaisia ilmaisuja sekä tutkijan omia huomioita lukemisen tueksi. Lukemisella luotiin pohjaa analyysille. Monipuolisesta aineistosta poimitut pelkistetyt ilmaisut tutkija kirjasi mahdollisimman tarkasti ylös samoilla termeillä kuin ne olivat aineistossa. Pelkistetyt ilmaisut koottiin marginaalista listoiksi. (ks. Downe & Wamboldt 1992; Dey 1993; Hirsjärvi ym. 2004; Polit & Beck 2004.) Pelkistäminen oli varsin monivaiheinen prosessi, sillä tutkija palasi alkuperäisilmaisuihin toistuvasti.

### **Aineiston pelkistäminen**

#### **Alkuperäisilmaisuja**

\*”...se hoito oli lempeämpää...”

\*”...paljon tehtiin konttoritöitä...”

\*”...rajat työtehtävien välillä selkeät...”

#### **Pelkistettyjä ilmaisuja**

\*hoito on inhimillistä

\*paperityöt

\*työnjako

Kuvio 2. Esimerkki aineiston pelkistämisestä.

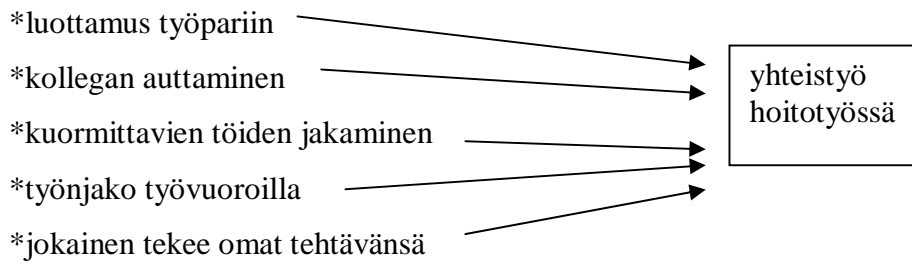
Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin sisältönsä mukaan alaluokiksi ja alaluokat nimettiin niiden sisältöä kuvaavilla nimillä. (Downe-Wamboldt 1992; Lauri & Kyngäs 2005). Aloittelevalle tutkijalle luokkien nimeäminen tuotti hankaluuksia, joten tutkija päätyi käyttämään deduktiivista päättelyä eli saadut luokat nimettiin tutulla käsitteellä tai sanaparilla, esimerkiksi hoitotyön osaaminen (Downe-Wamboldt 1992). Tutkija muodosti luokkia induktiivisesti ja päätti omaa tulkintaansa hyväksi käyttäen, mitkä asiat yhdistettiin samaan luokkaan. (Dey 1993; Lauri & Kyngäs 2005.) Luokkien muo-

dostaminen pelkistetyistä ilmaisuista vaati tutkimuskysymyksissä pitäytymistä ja luokittelun johdonmukaisuuden säilyttämiseksi ajoittaista paluuta alkuperäiseen aineistoon.

### Aineiston ryhmittely

#### Pelkistetty ilmaisu

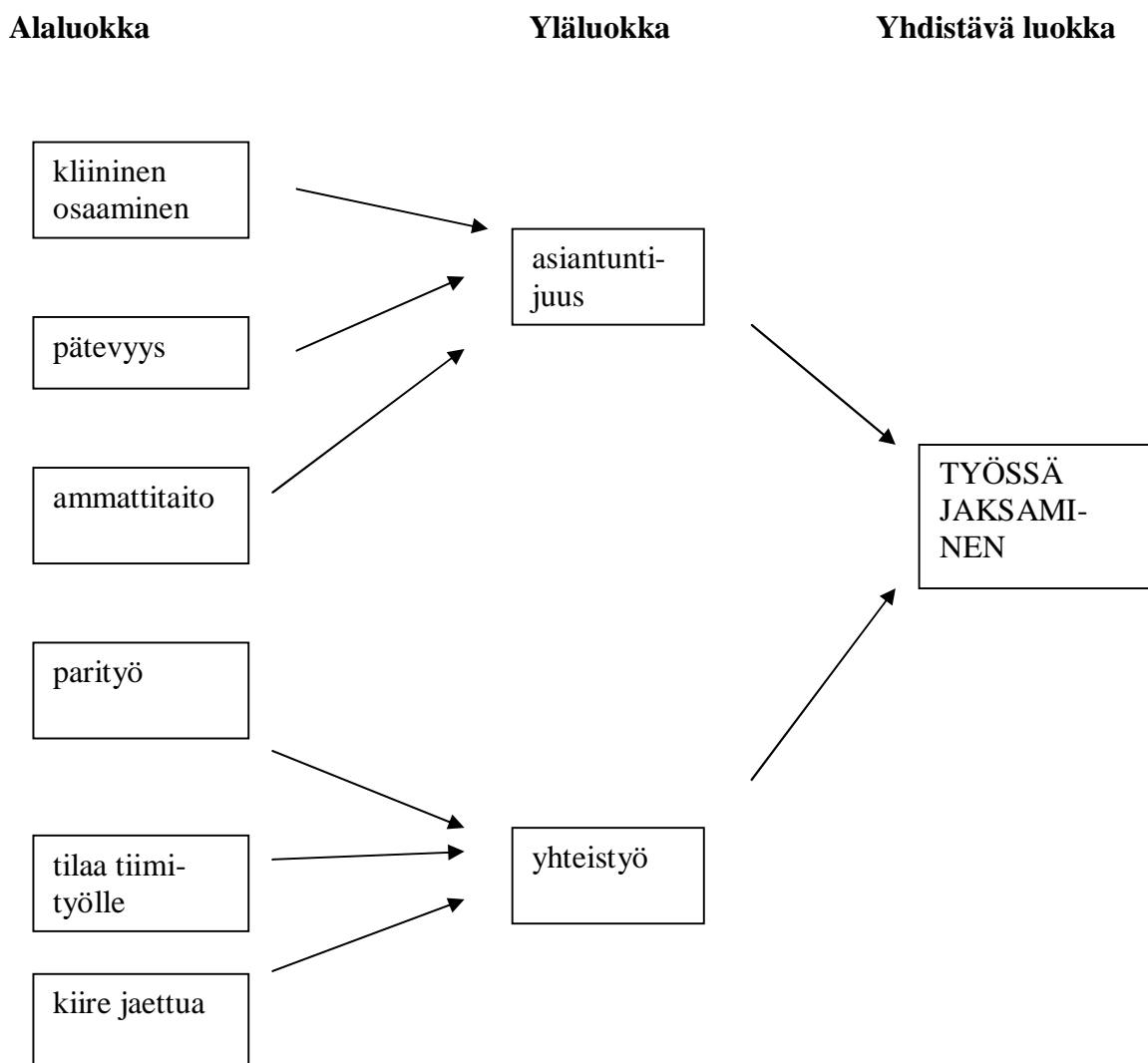
#### Alaluokka



Kuvio 3. Esimerkki aineiston ryhmittelystä.

Yläluokkien muodostamisen jälkeen niille annettiin sisältöään kuvaavat nimet. (Dey 1993.) Luokkien muodostamiseen vaikutti kuvauksen osuvuus ja laadullinen merkitys-sisältö. Abstrahoinnissa luokat yhdistettiin yhdistäväksi pääluokiksi niiden luokkien osalta, joille se oli sisällön kannalta mielekästä ja mahdollista. (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-11; Polit & Beck 2004.) Aineistosta saadut tulokset esitettiin yläluokkina ja yhdistävinä luokkina.

### Aineiston abstrahointi



Kuvio 4. Esimerkki luokkien abstrahoinnista.

## 5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 5.1 Taustatiedot

Tutkimuksen tiedonantajien ikä vaihteli 50 – 65 vuoden välillä, keski-ikä oli 57 vuotta. Kaikki tiedonantajat olivat naisia. Kuusi heistä oli avioliitossa ja yksi oli leski. Tiedonantajat olivat tehneet hoitotyötä keskimäärin 25,4 vuotta. Lyhin työkokemus oli kaksitoista vuotta ja pisin 39,5 vuotta. Tiedonantajat olivat työskennelleet perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon organisaatioissa Suomessa ja Norjassa. Neljällä tiedonantajalla työaikamuotona Norjassa oli kolmivuorotyö ja yhdellä kaksivuorotyö ja kaksi teki päivätyötä. Suomessa tiedonantajista kolme teki päivätyötä, yksi kaksivuorotyötä ja kolme kolmivuorotyötä. Viikkotyöaika oli Suomessa keskimäärin 38,15 tuntia ja Norjassa 35,5 tuntia. Yksi tiedonantaja teki 25 tunnin työviikkoa. Virkanimike hoitotyössä oli joko sairaanhoitaja, erikoissairanhoitaja tai terveydenhoitaja. Kaikki tiedonantajat (n=7) olivat erikoistuneet eri sairaanhoidon erikoistumisaloille. Erikoistumisalat olivat anestesia, sisätaudit ja kirurgia, psykiatria, lastensairaanhoito, tehosairaanhoito, kätilö, ja työterveyshoitaja. Peruskoulutukseltaan kolme tiedonantajaa oli apu- tai perushoitajaa ja neljä sairaanhoitajaa. Kaikki kolme perushoitajaa olivat opiskelleet sairaanhoitajiksi. Yksi heistä oli erikoistunut työssään tehohoitoon, toinen oli jatkanut opintojaan terveydenhoitajaksi ja edelleen työterveyshoitajaksi. Pohjakoulutukseltaan kolmas perushoitaja oli hankkinut erikoissairanhoitajan pätevyyden. Loput neljä tiedonantajaa olivat peruskoulutukseltaan sairaanhoitajia ja he olivat opiskelleet erikoissairanhoitajiksi sairaanhoitajaopintojen jälkeen. Heistä kahdella oli kaksi ylempää korkeakoulututkintoa ja yhdellä yksi ylempi korkeakoulututkinto. Kaikilla tiedonantajilla (n=7) oli runsaasti täydennys- ja lisäkoulutusta. Koulutukset olivat sekä itse hankittuja että työnantajan järjestämiä. Osa lisäkoulutuksista oli lyhyitä ja osa vuoden tai sitä pitempiä. Kaikki (n=7) tiedonantajat olivat osallistuneet täydennyskoulutuksiin Suomessa ja heistä kolme oli osallistunut täydennyskoulutuksiin sekä Suomessa että Norjassa.

Täydennyskoulutuksia tiedonantajat (n=7) olivat hyödyntäneet hoitotyössä molemmissa maissa. Kuuden tiedonantajan palkkaus sairaanhoitajan työssä Suomessa oli taulukkopalkka, jonka lisäksi he saivat vuosityökorotuksia. Vain yksi tiedonantaja sai Suomessa sopimuspalkkaa, joka koostui peruspalkasta sekä työn vaativuuden arvioinnin ja täydennyskoulutusten perusteella muodostuneesta osasta. Norjassa neljä tiedonantajaa seitsemästä sai työstään taulukkopalkkaa ja kolme sopimuspalkkaa. Norjassa kolmen tiedonantajan ansaitsema sopimuspalkka koostui peruspalkasta, osaamisesta, erikoistumisista, työkokemuksesta ja lisäkoulutuksista. Tiedonantajien (n=7) työkokemus koostui sekä perusterveydenhuollon organisaatioissa että erikoissairaanhoidon organisaatioissa työs-

kentelystä. Kolme tiedonantajaa seitsemästä oli työskennellyt Suomessa yliopistosairaalassa ja kaksi Norjassa. Keskussairaalassa oli työskennellyt kolme tiedonantajaa Suomessa ja kaksi Norjassa. Perusterveydenhuollon organisaatioiden palveluksessa Suomessa oli työskennellyt kolme tiedonantajista ja Norjassa neljä. Norjassa kaksi tiedonantajaa oli tehnyt hoitotyötä myös perusterveydenhoitoon kuuluvassa kotisairaanhoidossa ja sairaankuljetuksessa. Esimiestehtäviä oli yksi tiedonantaja tehnyt Suomessa ja yksi Norjassa. Yksi seitsemästä tiedonantajasta oli myös toiminut yksityisyrittäjänä Norjassa.

Syyt Norjassa työskentelyyn vaihtelivat. Halu muutokseen oli saanut kolme tiedonantajaa hakeutumaan hoitotyöhön Norjaan. Kahdella Norjan työmarkkinoille siirtymiseen oli vaikuttanut elämäntilanne ja yhdellä työttömyys Suomessa. Yksi tiedonantajista oli jäänyt vanhuuseläkkeelle Suomessa ja halusi jatkaa työelämää Norjassa. Muutoshalukkuutta tiedonantajat kuvasivat haluna lisätä ammattitaitoa, tutustua erilaiseen hoitokulttuuriin ja norjalaiseen yhteiskuntaan. Sopiva elämäntilanne Suomessa tai sidokset Norjaan saivat muutoksen toteutumaan. Kaksi tiedonantajaa, jotka kertoivat elämäntilannetekijöiden vaikuttaneen hakeutumiseen hoitotyöhön Norjaan, kertoivat syyksi perheessä olleen sopivan tilanteen. Kolmen tiedonantajan puoliset työskentelivät samanaikaisesti Norjassa. Yhdellä tiedonantajalla syynä Norjassa työskentelyyn oli ollut sen hetkinen työttömyys Suomessa.

Neljä tiedonantajaa seitsemästä ( $n=7$ ) kuvasi terveydentilaansa hyväksi ja kolme melko hyväksi. Työkykyään arvioi yksi tiedonantajista hyväksi ja kuusi melko hyväksi. Kaikki tiedonantajat ( $n=7$ ) kuvasivat elämäntilannettaan helpoksi. Tiedonantajat suosittelivat muille suomalaisille sairaanhoitajille työskentelyä Norjassa. Edellytyksenä onnistuneelle työskentelyjaksolle Norjassa pitivät tiedonantajat suomalaisten sairaanhoitajien osaamista, vahvaa ammattitaitoa ja hyvää työmoraalia. Tiedonantajat totesivat, että etukäteen kannattaa vahvistaa kielitaitoa ja tutustua kulttuuriin, jotta muutos ja työskentely Norjassa onnistuu. Vaikka pohjoismaalaisessa kulttuurissa ja elämäntavassa on yhtäläisyyksiä, löytyy myös eroavaisuuksia. Norjassa hoitotyössä olevilta suomalaisilta sairaanhoitajilta edellytetään tiedonantajien ( $n=7$ ) mukaan itsenäisyyttä, ammatillisuutta ja vahvoja yhteistyötaitoja sekä halua oppia työssä. Suomalaisten sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen, etiikan ja korkean työmoraalin arvostus näkyy tiedonantajien mukaan Norjan työmarkkinoilla arvostuksena ja helppona työyhteisöön sisälle pääsemisenä. Tämän tutkimuksen kaikki seitsemän tiedonantajaa ( $n=7$ ) arvioivat jatkavansa osa-aikatyössä eläke iän jälkeen ja kuusi heistä harkitsi jatkamista osa-aikatyössä myös Norjassa.



## 5.2 Erot sairaanhoitajan työssä

Kaikki haastatellut (n=7) kuvailivat tekemäänsä hoitotyötä samaksi sairaanhoitajan tehtäviin kuuluvaksi hoitotyöksi molemmissa maissa. Hoitotyön tekemisen samanlaisuuden Suomessa ja Norjassa tehtävässä hoitotyössä he yhdistivät potilaiden samanlaisiin hoidon tarpeisiin, joihin sairaanhoitajat vastasivat omalla ammattitaidollaan. Potilaiden määrässä ei myöskään kerrottu olleen eroja, vaan potilasmäärät työyksiköissä olivat samoja. Ammatillisuudessa ilmenneet erot liittyivät teoreettiseen osaamiseen, pätevyyteen ja eettisyyteen hoitotyössä. Hoitotyön toteutuksessa olleita eroja oli työajoissa, työnjaossa ja työtavassa. Viikkotyöaika oli Norjassa noin kolme tuntia lyhyempi kuin Suomessa. Työnjako norjalaisissa työyksiköissä oli tarkempi kuin suomalaisissa hoitotyön yksiköissä. Potilastyytyväisyyden taso oli vastausten mukaan korkea molemmissa maissa. Onnistuneen hoidon toteutuksen ja työnjaon arvioitiin olleen perusteena korkeaan potilastyytyväisyyteen Norjassa. Suomessa potilastyytyväisyyden taso liitettiin systemaattiseen hoitotyön toteutumiseen ja potilaiden tietoisuuteen omista oikeuksistaan. Seuraavassa tarkastellaan lähemmin tässä tutkimuksessa haastateltujen suomalaiset sairaanhoitajat (n=7) kuvailemia työhyvinvointiin vaikuttaneita eroja erilaisissa perus- ja erikoissairaanhoidon työyksiköissä Suomessa ja Norjassa.

### 5.2.1 Sairaanhoitajan ammatillisuus

Sairaanhoitajan työssä ei tässä tutkimuksessa saatujen vastausten mukaan ollut eroja Suomen ja Norjan välillä, vaan hoitotyö koettiin molemmissa maissa inhimillisessä yhteistyössä tapahtuvaksi pyrkimykseksi edistää toisen ihmisen hyvää. Suomalaiset sairaanhoitajat osoittautuivat tässä tutkimuksessa saatujen tulosten mukaan norjalaisissa terveydenhuollon organisaatioissa osaaviksi ja päteviksi työntekijöiksi. Sairaanhoitajan ammattia kuvattiin kansainväliseksi ja suomalaisten sairaanhoitajien sekä tiedollinen osaaminen että käytännön hoitotyön tekeminen nähtiin vastaajien mukaan myös ulkomailla korkeatasoisiksi ja arvostetuksi.

*”Suomalaisia pidetään kovassa kurssissa, koulutuksenkin takia. Sen huomasi oman esimiehen suhtautumisessa ja nuoret sairaanhoitajat tulivat toisten hoitajien kehotuksesta kysymään minulta, kun se osaa ja tietää, se on vanha konkari.” (Norja) (K)*

*”Norjassa työpaikkakoulutuksella saa varmuutta uusiin tehtäviin. Se on hyvää.” (U)*

*”Työyhteisössä nähdään työtovereiden osaaminen ja ohjataan puutteissa.” (Norja, Suomi)(T)*

Kaikissa haastatteluissa tuotiin esiin suomalaisten sairaanhoitajien vahvaa tietoperustaa, joka näkyi hyvätasoisena ja laajana hoitotyön kokonaisosaamisena myös norjalaisissa työyksiköissä. Norjalais-ten ja suomalaisten sairaanhoitajien osaamisessa olleita eroja selitettiin haastatteluissa sairaanhoitajaopintojen sisällössä olleilla eroilla. Työasenteella ja työmoraalilla arvioitiin myös olleen jonkinlaista yhteyttä osaamisen eroihin hoitotyössä. Norjalaiseen työmoraaliin verrattuna suomalaisen työmoraalin kerrottiin olleen tarkempi. Haastatteluissa ilmeni, että norjalaisissa työyhteisöissä suomalaisten sairaanhoitajien korkea työmoraali yhdistettiin useimmiten laajaan hoitotyön kokonaisosaamiseen. Työyhteisössä tämä näkyi luottamuksena ja sen kerrottiin lisänneen suomalaisten sairaanhoitajien mahdollisuuksia tehdä vaativia kliinisiä hoitotoimenpiteitä. Laajaa hoitotyön kokonaisosaaminen oli taannut hyvin pärjäämisen erilaisissa hoitotyön työyhteisöissä, vahvistanut työhön sitoutumista ja lisännyt työssä hyvin voimista.

*”Suomessa hoitotieteellinen ajattelu korostuu” (Suomi) (K)*

*”oppia uutta työssä oli merkittävä” (Norja) (T)*

*”hyvät tiedot ja taidot sai vastuuta työssä” (Norja) (U)*

*”suomalaisten sairaanhoitajien hyvä tietoperusta ja osaaminen” (Suomi, Norja)(D)*

Hoitotieteellinen ajattelu ja asioita taitavasti esiin ottava vuorovaikutteinen työskentelytapa korostuivat suomalaisten sairaanhoitajien osaamisessa. Vastuulliset työtehtävät olivat lisänneen työssä oppimista ja laajentaneen haastateltujen erikoistumisvaihtoehtoja Norjassa enemmän kuin Suomessa. Kuusi seitsemästä haastatellusta näki osaamisen käyttämisen ja siitä saadun hyväksynnän ja arvostuksen lisänneen sekä työhön sitoutumista että tukeneen heidän norjalaisissa hoitotyössä hyvin voimistaan. Osaamisen arvostus näkyi neljän haastatellun suomalaisen sairaanhoitajan taitojen hyödyntämisenä myös sairaanhoidon opiskelijoiden ja uusien kollegojen ohjauksessa ja perehdyttämisessä norjalaisissa työyksiköissä. Suomalaisten sairaanhoitajien ammattitaidon arvostuksen Norjassa kerrottiin ilmenneen myös työyhteisöissä käydyissä hoitotyötä koskevissa keskusteluissa ja nuorten uransa alussa olevien sairaanhoitajien kanssa yhdessä tekemisessä ja heidän ohjaamisessaan hoitotyössä.

Kolmessa haastattelussa mainittiin Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa olleen eroja sairaanhoitajien osaamisen kehittämisen lähtökohdissa. Suomessa kehittämisen lähtökohtien sanottiin painottuneen työskentelyorganisaatioissa vallitsevaan kehittämisilmanpiiriin, resursseihin ja osastonhoitajan tekemiin valintoihin. Sen sijaan Norjassa osaamisen kehittämisessä ja vahvistamisessa otettiin enemmän huomioon yksittäisen sairaanhoitajan todellisia osaamisen ja kehittämisen tarpeita työyksikössä. Kaikki haastatellut suomalaiset sairaanhoitajat kokivat norjalaisissa terveydenhuollon organisaatioissa käytettyjen osaamisen kehittämisen lähtökohtien olleen oikeudenmukaisempia ja tukeneen enemmän työssä jaksamista kuin suomalaisissa työyksiköissä käytetyt perusteet.

*”enemmän suorittamista ja temppujen osaamista” (Norja) (T)*

*”käden taidot vahvemmat norjalaisilla sairaanhoitajilla” (Norja) (U)*

Norjalaiset sairaanhoitajat olivat suomalaisia sairaanhoitajia taitavampia teknisessä osaamisessa ja heidän kädentaitonsa olivat paremmat kuin suomalaisilla sairaanhoitajilla. Syynä tähän arvioitiin haastatteluissa olleen toisaalta sen, että Norjan terveydenhuollon organisaatioissa käytettiin uusimpia teknisiä laitteita sekä hyödynnettiin uusimpia teknisiä ratkaisuja. Toisaalta hoitotyön nähtiin Norjassa painottuvan enemmän konkreettiseen tekemiseen ja suorittamiseen kuin Suomessa. Neljä haastatelluista suomalaisista sairaanhoitajista, jotka olivat työskennelleet erikoissairaanhoidon organisaatioissa Norjassa, kertoivat teknisten taitojensa ja osaamisensa vahvistuneen Norjassa työskentelyaikana. Uuden oppiminen ja onnistumisen kokemukset työssä olivat lisänneet työssä hyvin voimista sekä Norjassa että Suomessa, sillä suomalaiset sairaanhoitajat olivat siirtäneet oppimiaan uusia työtapoja ja tekniikoita työskentely-yksikköihinsä Suomeen.

*pätevyys*

*”Kyllä minuun luotettiin. Se luottamus oli heti, että sain heti sykepleier ykkösen (luokitus) että mä en ollut kakkosena. Osastonhoitaja tuli heti, että pane nimi paperiin alle ja palkka nousee.” (Norja) (K)*

Suomalaiset sairaanhoitajat kokivat olleensa päteviä työskennellessään sekä Suomessa että Norjassa. Pätevyytensä he kertoivat näkyneen tasavertaisena toimimisena yhteisöllisissä työryhmissä ja

yhteisinä pyrkimyksinä työtapoihin ja hoitomenetelmiin vaikuttamisessa myös Norjassa. Käytännössä tämän kerrottiin helpottaneen oman paikan löytämistä työryhmässä ja toimimista siinä yhtenä osaavana työryhmän jäsenenä. Tasavertaisena työyhteisön jäsenenä toimiminen näkyi haastatteluis- sa myös yhteisinä pyrkimyksinä työtapoihin ja hoitomenetelmiin vaikuttamisessa. Se heijastui myös norjalaisissa terveydenhuollon organisaatioissa olleeseen näkemykseen siitä, että suomalaiset sairaanhoitajat tekivät hyvätasoista hoitotyötä. Tässä tutkimuksessa haastatellut tiedonantajat kertoivat löytäneensä hyvin paikkansa norjalaisissa työyhteisöissä, joissa suomalaisia sairaanhoitajia oli pidetty ammatillisesti taitavina, ahkerina ja empaattisina työryhmän jäseninä. Nämä positiiviset näkemykset suomalaisista sairaanhoitajista yhdistettiin haastateltujen tiedonantajien mukaan myös suomalaisten sairaanhoitajien oma-aloitteisuuteen, rohkeuteen ja heidän osaamistaan hyödynnettiin työyhteisöissä. Empatian kokivat tässä tutkimuksessa tiedonantajina olleet sairaanhoitajat yleensä tukeneen heidän työhyvinvointiaan. Poikkeuksena olivat olleet yksittäiset hankalat hoitotyöntilanteet, joissa empaattisuuden ja kiltteyden kerrottiin uuvuttaneen työssä.

*”Osastonhoitaja teki kaikki päätökset. Sairaanhoitajan työn itsenäisyyttä ei siellä sallittu. Oltiin ainakin tällä osastolla tekemässä työt ja pienet toimenpiteet.” (Norja) (T)*

*”Suomessa sairaanhoitajan työ on itsenäisempää. Sairaanhoitajalla on Suomessa paljon enemmän ammatillista vastuuta. (V)*

Sairaanhoitajilla oli vähemmän vastuuta osaston tai työyksikön toiminnasta Norjassa kuin Suomessa. Tämän arvioitiin haastatteluissa johtuneen sekä osastonhoitajan ja sairaanhoitajan välisestä työnjaosta että sairaanhoitajien ja muun hoitohenkilökunnan välisestä työnjaosta. Tiedonantajat olivat yksimielisiä näkemyksessään siitä, että sairaanhoitajilla oli vastuuta potilaan hoitoon liittyvissä asioissa osastonhoitajan vastatessa muusta työyksikköä koskevasta päätöksenteosta. Toisaalta tämä norjalaisissa terveydenhuollon organisaatioissa ollut vastuunjako oli koettu hyväksi ja sopivaksi työnjaoksi ja toisaalta suuremman vastuun kantamiseen tottuneet suomalaiset sairaanhoitajat olivat kokeneet Norjassa kantaneensa pienemmän vastuun vaikuttaneen heidän pätevyyden kokemuksiinsa ja jopa laskeneen heidän työhyvinvointiaan.

*eettisyys*

*”potilaita hoidetaan hyvin, mutta ei yliuhrautuvasti” (Norja) (T)*

*”Eettisyys näkyy suomalaisten osalla hyvänä hoitamisena, asiat tehdään kunnolla ja perusteellisesti, joka voi olla norjalaisten hoitajien mielestä pikkumaisuutta.” (Norja) (U)*

Eettisyyttä pidettiin kaikissa haastatteluissa keskeisenä hoitotyössä. Yksimielisiä oltiin siitä, että riippumatta maasta tai työyksiköstä, jossa työskennellään, perustuvat hoitosuhteet avoimeen vuorovaikutukseen ja luottamukseen potilaan ja häntä hoitavan sairaanhoitajan välillä. Eettisyyden merkitys ja sen eri ilmenemismuodot sairaanhoitajan työssä herättivät haastatteluissa pohdintoja, jotka koskivat eettisyyden ilmenemistä suomalaisissa ja norjalaisissa terveydenhuollon organisaatioissa tehtävässä hoitotyössä. Tässä tutkimuksessa eettisyyden alueella olleita eroja nähtiin olleen norjalaisen hyvin tekemisessä ja suomalaisten uhrautuvuudessa hoitotyössä.

*”Hoitotyössä huomioitiin enemmän potilaita ja heidän tarpeitaan kuin Suomessa. Eitsiellä Norjassa ollut niin kiirekään töissä. Oli aikaa oikeasti tehdä eettisten periaatteiden mukaan sitä hoitoa.” (Norja) (V)*

Tässä tutkimuksessa saadut vastaukset osoittivat myös, että hoitonäkemyksissä tai työmoraalissa olleet erot olivat aiheuttaneet ajoittain suomalaisten ja norjalaisten välille ristiriitoja työyhteisöissä. Ristiriidat olivat haastattelujen mukaan liittyneet suomalaisten sairaanhoitajien hyvän hoitamisen sekä kunnolla tekemisen näkemysten eroavaisuuksiin norjalaisen hoitotyön tekemisen kanssa. Kolmessa haastattelussa kerrottiin, että hoitotoimenpiteet norjalaisissa työyhteisöissä tehtiin noudattaen tarkasti ohjeita ja hoitosuosituksia. Vaikka hoitajat suorittivat ja tekivät potilaille vain hoitotoimenpiteet antamatta heille ylimääräistä aikaa, ei sen nähty laskeneen hoitotyön tasoa norjalaisissa työyksiköissä. Viisi haastatelluista kuvasi ohjeiden ja hoitosuosituksien mukaisen hoitotyön olleen Norjassa pääsääntöisesti hyvätasoisista. Sen sijaan kaksi haastateltua ei pitänyt hoitotyön tasoa Norjassa yhtä hyvänä kuin Suomessa. Haastateltavat arvioivat, että norjalaisessa tavassa tehdä hoitotyötä kuvastui sekä suorittamisen keskeisyys hoitotyössä että yleinen suhtautuminen työhön ja sen osuuteen elämässä. Kaksi haastateltavaa seitsemästä kuvaili kokonaisvaltaisen hoitotyön Suomessa johtaneen siihen, että potilaiden hyvään pyrkiminen oli ylittänyt heidän omat rajansa hyvin hoitamisen ja uhrautuvuuden välillä ja johtanut uupumiseen työssä.

*”Norjalainen voi kieltäytyä tekemästä hoitoa eettisellä perusteella, ollaan rohkeampia sanomaan että ”en mene sinne” tai ”en tee sitä, koska...” asia on ok ja joku toinen*

*tekee sen. Jos on arempi sanomaan, mitä todella haluaa, tai ei halua, koituu siitä eettistä ristiriitaa itselle.” (Norja) (R)*

Kaikki haastateltavat totesivat, että he näkivät hyvän hoitamisen sekä kunnolla tekemisen erot ja niihin liittyvät tilanteet eettisiksi kysymyksiksi sekä Suomessa että Norjassa. Suomalaiset sairaanhoitajat eivät olleet tottuneet siihen, että sairaanhoitaja voi kieltäytyä työtehtävistä eettisin perustein. Norjassa eettisiä perusteita oli kolmen tiedonantajan mukaan käytetty työtehtävistä kieltäytymiseen. Ongelmallista tämä oli ollut varsinkin tapauksissa, joissa norjalaiset sairaanhoitajat olivat valinneet hoidettavat potilaansa ns. eettisyyden varjolla, jolloin vaikeahoitoiset potilaat olivat jääneet toisten hoidettaviksi. Kolme haastatelluista suomalaisista sairaanhoitajista oli kokenut nämä eettisin perustein tehdyt valinnat epäoikeudenmukaisiksi, sillä useimmiten kiltit tai ulkomaalaiset sairaanhoitajat olivat joutuneet hoitamaan nämä vaikeat tai vaativan hoidon tarpeessa olleet potilaat. Edellä mainittujen hoitotyön eettisyyden varjolla syntyneiden tilanteiden kertoivat tässä tutkimuksessa haastatellut suomalaiset sairaanhoitajat kokeneensa hyvin kuormittavina ja työhyvinvointiaan laskevina, sillä eettisiin perusteisiin vetoaminen potilaiden hoitamisessa oli ollut vastoin suomalaisten sairaanhoitajien hoitoeettistä ajattelua.

*”Tehohoitopotilaiden hoitaminen on hyvin pehmeää ja inhimillistä.” (Norja) (L)*

*”Potilaitten itsemääräämisoikeus on Suomessa korkeampi.” (Suomi) (D)*

*”Lääkäreitä ja sairaanhoitajia oli enemmän ja potilailla oli enemmän mahdollisuuksia keskustella heidän kanssaan.” (Norja) (L)*

### 5.2.2 Hoitotyön toteuttaminen

Tässä tutkimuksessa saatujen tulosten mukaan erot hoitotyön toteuttamisessa Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa näkyivät eroina työajoissa sekä erilaisena työnjakona ja hoidon toteutuksena. Eroa kerrottiin olleen myös potilaiden tyytyväisyydessä sekä hoitotyön arvostuksessa.

*”Mie olin ollut vuoden töissä omalla osastolla, kun menin myös päivystyspolille keikkailemaan. Mie opin siinä hirveesti. Siellä sitten tein lisäksi keikkaa toisessa kaupungissa dementiapuolella. Tein töitä ihan laijasta laitaan, ihan kovasti.” (Norja) (K)*

*”On myös tilanteita, joissa hoitajalle suositellaan siirtymistä toiseen tehtävään. Usein myös työntekijä esittää itse halunsa siirtyä toisiin tehtäviin, mikäli hän ei jaksakaan entisellä akuutilla osastolla, vaan haluaa esimerkiksi jollekin vuodeosastolle.” (Norja) (R)*

Viikkotyöaika oli Norjassa kolme tuntia lyhyempi kuin Suomessa ja se vaikutti vastausten mukaan vuorotyössä paremmin jaksamiseen. Myös joustavuus, joka liittyi työaikoihin Norjassa, sai suomalaisilta sairaanhoitajilta kiitosta. Halutessaan ja organisaation tarpeista riippuen, oli mahdollista siirtyä päivätyöhön. Yksi haastateltava oli siirtynyt kaksivuorotyöstä päivätyöhön ollessaan työssä Norjassa, johon hän oli ollut tyytyväinen. Tiedonantajien mukaan siirtyminen osa-aikatyöhön oli Norjassa niin ikään helpompaa kuin Suomessa ja sitä käytettiin Norjassa huomattavasti enemmän kuin Suomessa. Ylimääräisiä työvuoroja kertoivat kaikki haastatellut suomalaiset sairaanhoitajat tehneensä työskennellessään Norjassa. Tehdyistä ylityöistä he olivat saaneet korvauksen joko rahapalkkana tai ylimääräisenä vapaana. Kaikki tiedonantajat olivat ottaneet ylityökorvaukset sekä rahapalkkana että vapaana. Ylityötuntien keräämisen pitempiä vapaita varten, joita osastonhoitajat järjestivät mielellään, kokivat suomalaiset sairaanhoitajat hyvänä käytäntönä Norjassa. Edellä mainitun lyhyemmän työajan lisäksi pidettiin norjalaisissa työyksiköissä ollutta mahdollisuutta lakisääteisten taukojen pitämiseen työvuoron kuluessa hyvänä. Suomalaisissa terveydenhuollon organisaatioissa taukojen pitämisen kerrottiin olleen hankalaa, jota neljä seitsemästä haastatellusta sairaanhoitajasta kuvaili tarkemmin. He kertoivat joutuneensa pääsääntöisesti joko siirtämään työvuoroihin kuuluneita taukoja tai keskeyttämään ne työskennellessään suomalaisissa terveydenhuollon yksiköissä.

#### *työnjako*

*”Kuormittavia tilanteita ja potilaiden hoitoa jaetaan totta kai. Ei siinä auta, jos näkee, että toisella on kiirettä, niin yritetään kaikin mahdollisin keinoin auttaa sitä.” (Suomi, Norja) (K)*

*”Henkilökuntamäärä oli Norjassa huomattavasti suurempi kuin Suomessa. Työtä siellä tehtiin samalla tavalla kuin Suomessa. Kaikki eivät olleet yhtä innokkaita tekemään työtä, vaan ottivat iisimmin. Juurikaan lonkkaa siellä ei voinut vetää.” (Norja) (V)*

*”Työn iloa ja siinä onnistumisen kokemusta tuo se, että tietää toisen hoitavan muut tehtävät ja voi itse keksittyä tiettyyn omaan asiaan. Se on tosi tärkeää se työn ilon kokeminen siinä jaksamisessa. Ja toinen tärkeä asia on se toisten auttaminen siinä jaksamisessa.” (Norja) (D)*

*”Norjassa sairaanhoitajat osallistuvat potilaiden hoitoon lähinnä hoitamalla haavoja, antamalla lääkityksiä, tarkkailemalla potilaiden voinnissa tapahtuvia muutoksia ja ottamalla kokeita. Sairaanhoitajat ovat myös yhteydessä omaisiin ja lääkäriin sekä muihin verkoston jäseniin.”(Norja) (L)*

*”Sairaanhoitajat tekevät enemmän työtä konttorissa.” (Norja) (V)*

Sen lisäksi, että viikkotyöaika oli Norjassa lyhyempi kuin Suomessa, kokivat haastatellut suomalaiset sairaanhoitajat eri ammattiryhmien välisen työnjaon, tasapuolisesti jaetun työkuormituksen ja kepeämmän norjalaisen työtavan lisänsen heidän työhyvinvointiaan. Norjassa ollut selkeämpi työnjako oli turvannut tässä tutkimuksessa haastateltujen sairaanhoitajien työrauhaa paremmin kuin Suomessa ollut tapa jakaa työt. Kaksi haastateltavaa oli tosin kokenut tarkan työnjaon ajoittain vanhanaikaiseksi, silti he katsoivat sen jakaneen sairaanhoitajien työkuormitusta tasapuolisemmin kuin Suomessa. Tiedonantajat olivat kuitenkin yksimielisiä siitä, että nämä työhön liittyneet järjestelyt Norjassa olivat parantaneet heidän kokemaansa työssä jaksamista, sillä tarkka työnjako oli taannut hoitotyö toteutumisen suunnitellusti ja mahdollistanut omien potilaiden hoidon tarpeisiin vastaamisen. Kaikki seitsemän tiedonantajat kertoivat kokeneensa usein ristiriitaa omien hoitotyön toteuttamisnäkemystensä ja norjalaisten kollegojen näkemysten välillä työskennellessään norjalaisissa työyksiköissä. Tätä selitettiin viidessä haastattelussa suomalaisen hoitotyön kokonaisvaltaisuudella ja vuorovaikutteisuuudella, kun taas Norjassa hoitotyötä tehtiin enemmän suorittamisen, toimenpiteiden ja teknisten kädentaitojen näkökulmasta.

#### *tapa tehdä työtä*

*”Se on, kun sairaanhoitajista on täällä (Norjassa) niin kova pula, niin se toinen ei voi olla kovin vastaan sitä toista sairaanhoitajaa. Köyttä on vedettävä yhdessä samaan suuntaan.”(Norja) (D)*



*”Työkuormitus ja työtahti ovat keveämpiä kuin Suomessa. Työvuorot oli jaettu tasaisesti kaikille. Sairaanhoidajat tekevät kukin omaa työtään. Ja on luotettava, että jokainen tekee omat tehtävänsä.”(Norja) (U)*

*”Jos olet määräyskirjalla, niin et voi puhua suutas puhtaaksi (Suomi). Koska se on se pelko, että määräyskirjaa ei jatketa. Norjassa taas puhutaan ja puhutaan, oli työsuhde mikä hyvänsä.”(Suomi, Norja) (V)*

*”Samanlaista hoitaminen on molemmissa maissa, tyyli jolla siitä tehdään, on vain erilainen. Oli täydellinen hoitokulttuurishokki palata takaisin Suomeen tekemään hoitotyötä. Siellä Norjassahan hoitotyö on niin lempeää ja inhimillistä.”(Suomi, Norja) (L)*

Haastateltavat kuvasivat hoitotyön olleen Norjassa kepeää. Työtä kerrottiin tehdyn lempeämmin, pehmeämmin ja inhimillisemmin kuin Suomessa. Vaikka hoitotyö nähtiin Suomessa suunnitelmalliseksi, itsenäiseksi ja vastuulliseksi, olivat haastateltavat kokeneet työkuormituksen pienemmäksi ja hoidon toteutuksen tasapuolisemmaksi Norjassa kuin Suomessa. Kaikki haastatellut olivat yksimielisiä myös siitä, että hoitotyö oli samaa molemmissa maissa. Sen sijaan tavassa tehdä hoitotyötä he näkivät eroja maiden välillä. Norjalaista työtappaa pidettiin työn raskautta keventävänä.

*”Siellä oli niin monenlaista ihmistä töissä, siellä oli ruottalaisia, suomalaisia, kreikkalaisia, espanjalaisia ja norjalaisia. Ja varmaan siten ne kaikki tehtävänimikkeet vaikuttivat myös siihen yhteisöllisyyteen. Siellä Norjassa on se työ yhteisöllisempää.”(Norja) (T)*

*”Suomessa työyhteisöt klikkiytyvät pienemmiksi kokonaisuuksiksi, joiden ulkopuolella oleva sairaanhoitaja on eri ryhmää.”(Suomi) (K)*

Haastatteluun osallistuneet suomalaiset sairaanhoitajat kuvasivat hoitotyön olleen Norjassa yhteisöllisempää kuin Suomessa, sillä sairaanhoitajat vetivät ammattiryhmänä yhtä köyttä Norjassa kansallisuudesta riippumatta. Työryhmän yhteinen alue oli hoitotyö, joka näkyi työtehtävien yhdessä tekemisenä sekä työryhmän muiden jäsenten auttamisena ja huomioimisena. Suomalaisissa organisaatioissa työskennellessään kertoivat haastatellut saaneensa aivan liian harvoin mahdollisuuksia kollegoja auttamiseen. Kaikissa haastatteluissa kuvattiin työmäärän ja siitä johtuneen kiireen olleen Suomessa moninkertainen verrattuna Norjaan. Suomalaisen hoitotyön arkitodellisuudessa kiirettä

aiheuttaneisiin hoitotyön toteuttamiseen liittyviin pulmiin, arvioivat haastatellut voitavan vaikuttaa suhteuttamalla hoitotyöntekijöiden määrä todellisia tarpeita vastaavaksi, jakamalla työtehtävät tasa-puolisemmin ja suunnittelemalla hoitotyön toteuttaminen joustavammin, kuten Norjassa oli tehty.

*”Mähän kysyn kollegalta joka päivä jotakin, jota en tiedä. Sen takiahan meillä on tämä kollegiaalinen työyhteisö ja tapa tehdä työtä, että yhdessä tehdään, opitaan ja opetetaan toisia.” (Suomi, Norja) (V)*

*”Työkaveriin voi luottaa molemmissa maissa, sillä sairaanhoitajat ovat ammattinsa puolesta luotettavia.”(Suomi, Norja)(U)*

Huolimatta siitä, että haastatellut suomalaiset sairaanhoitajat kertoivat tehneensä hoitotyötä työryh-mässä Suomessa, kokivat he joutuneensa tekemään hoitotyötä useammin yksin Suomessa kuin Nor-jassa, sillä kuormittavia työtehtäviä jaettiin norjalaisissa työryhmissä enemmän kuin suomalaisissa. Työtovereita huomioivan asenteen arvioitiin tässä tutkimuksessa saaduissa vastauksissa olleen pe-rustana hyvälle yhteistyölle norjalaisissa työyksiköissä. Hyvän yhteistyön kerrottiin näkyneen norja-laisissa työyksiköissä työtehtävien kunnolla tekemisenä ja kollegojen auttamisena vaikeissa tai ai-kaa vievissä hoitotoimenpiteissä. Sitä vastoin Suomessa kerrottiin mahdollisuuksia kollegoja autta-miseen olleen jatkuvan kiireen vuoksi aivan liian harvoin. Huolimatta siitä, että kaikki sairaanhoita-jat norjalaisissa työyksiköissä eivät vastausten mukaan aina auttaneet, kokivat suomalaiset sairaan-hoitajat saaneensa Norjassa työskennellessään enemmän apua hoitotyöhön kuin Suomessa. Tämä johtui kuuden haastatellun suomalaisten sairaanhoitajan mielestä siitä, että työvuoroissa oli pää-sääntöisesti riittävästi työntekijöitä ja kuormituksen lisääntyessä työvuoroihin otettiin lisää työnteki-jöitä, mitä Suomessa ei juuri ollut tapahtunut.

*”En kerta kaikkiaan huomannut, että olisi ollut ennakkoluuloja ulkomaalaisia hoitajia kohtaan. Potilaat oli varmaan jo niin tottuneita siihen, että siellä oli sen seittemää sorttia kansallisuutta työkavereitten joukossa. Intiasta, Sierra Leonesta, Ruotsista. On ihanaa, että ei ollut sellaista ennakkoluuloa ollenkaan ulkolaisia kohtaan. ” (Norja) (K)*

*”Työvuorot jaettu niin, että kuormitus oli tasainen. Sitten meillä on paljon sitä, että sukupuolen mukaan hoidetaan, jos asiakas toivoo, että mieshoitaja ei hoida häntä, järjestetään hänelle naishoitaja. Tai jos, tumma mies, joka ei toivo naista hoitajaksi*

*järjestetään hänelle mieshoitaja. Työpaikka on rekrytoinut riittävästi mieshoitajia ja työvuorojärjestelyt on tehty niin, että joka vuorossa on ainakin yksi mieshoitaja. Yleensä jokaisessa vuorossa on enemmän naisia töissä.” (Norja) (D)*

Hoitotyön yhteisöt olivat Norjassa monikulttuurisempia kuin Suomessa. Monikulttuurisuuden hoitoyhteisöissä koettiin tasoittaneen erilaista työmoraalia ja eri kansallisuuksien eroja. Silti suomalaisten ahkeruus ja tarkkuus olivat joskus olleet haastateltujen tiedonantajien mukaan liikaa norjalaiseen joustavaan työmoraaliin tottuneille. Norjalaisissa hoitoyhteisöissä ulkomaalaiset työntekijät tekivät yleensä kaikkia työtehtäviä, mikä onnistui haastattelujen mukaan parhaiten ottamalla huomioon sekä henkilökunnan ja potilaiden väliset kulttuuriset erot työnjakoa suunniteltaessa. Kulttuuristen tekijöiden huomioimisessa pitivät tiedonantajat norjalaisia hoitoyhteisöjä tottuneempina kuin suomalaisia. Jokaiseen työvuoroon järjestettiin mieshoitajia monikulttuurisen hoidon toteutumiseksi, mitä Suomessa tapahtui hyvin harvoin. Huolimatta siitä, että Norjassa oltiin tottuneempia monikulttuuriseen hoitotyöhön, aiheutti se tiedonantajien mukaan usein epäsopeaa ja työpaikkakiusaamiseen johtaneita ristiriitoja norjalaisissa työyhteisöissä. Näihin syntyneisiin kiusaamistilanteisiin samoin kuin työturvallisuudessa ilmenneisiin epäkohtiin oli haastateltujen mukaan Norjassa puututtu ripeämmin kuin Suomessa.

*”Norjan jälkeen oli rankkaa ottaa enemmän vastuuta. Töitten jälkeen sitä usein mietti, että teinkö minä kaikki. Se on kiireessä, kun tekee töitä, ei sitä pysty rauhottumaan kotona. Nukkuminen oli vaikeaa. Siitä uupumisesta kertoi sekin, että ei halunnut jättää sitä potilasta toiselle vasta työhön tulleelle ja piti ottaa järki käteen ja hyväksyä, että se toinen jatkaa tätä hoitoa omalla laillaan. Että olen semmoinen tunteella työtä tekevä ja eläjä.” (Suomi) (L)*

Huolimatta siitä, että haastatellut suomalaiset sairaanhoitajat olivat kokeneet hoitotyön olleen Suomessa suunnitelmallisempaa ja kuormituksen siltä osin vähäisempää kuin Norjassa, kertoivat he jaksaneensa tehdä hoitotyötä paremmin Norjassa. Vastauksissa ilmeni, että Suomessa tehtävässä hoitotyössä ollut itsenäisyys ja vastuu koettiin työssä jaksamista parantavaksi, kun taas Norjassa ollut rajoittuneempi itsenäisyys ja vastuu olivat joko pitäneet yllä työssä jaksamista tai heikentäneet sitä. Vastuun ja ammattitaidon välinen ristiriita oli laskenut kahden haastatellun kokemaa hyvinvointia työssä Norjassa. Suomessa sairaanhoitajan työn itsenäisyyden ja vastuun oli viisi sairaanhoitajaa kokenut vahvistaneet heidän pätevyyden kokemuksiaan ja lisänneen heidän kokemaansa työhyvinvointia. Suomalaiseen hoitotyöhön liittivät kaikki haastateltavat jatkuvan kiireen ja vähäisen

henkilöstömäärän, joka näkyi kahden haastatellun kokemana ylikuormituksena ja uupumisena työssä Suomessa. Norjassa olleen rennomman työtahdin koettiin vahvistaneen haastateltujen suomalaisten sairaanhoitajien kokemaa tunnetta työn kunnolla tekemisestä ja ilmenneen parempana työssä jaksamisena ja työnäilynä.

*”Sairaslomia on tänä vuonna ollut paljon. Henkilökunta on aika pysyvää, eikä kukaan haluasi lähteä täältä osastolta pois. Hyvä henki kaikesta huolimatta. Nyt on viimekuukausina ollut huomattavasti kireämpi ilmapiiri, joka on uutta meille. Siitä on puhuttu ääneen, mutta ei se paljon auta. Potilasmateriaali on muuttunut raskaammaksi koko ajan.” (Suomi) (K)*

Norjan terveydenhuollon organisaatioissa eri hoitotyön ammattiryhmien työtehtävät oli haastattelijien mukaan rajattu tarkemmin kuin Suomessa. Nämä rajaukset olivat tiedonantajien mukaan ohjanneet ja asettaneet puitteet työvuorojen suunnittelulle, joilla taattiin tarvittava henkilökuntamäärä ja riittävä pätevyys jokaiseen työvuoroon. Tiedonantajien mukaan norjalaisissa työyksiköissä toteutettu työnjako oli tasannut työn kuormitusta eri ammattiryhmien kesken. Neljän haastatellun tiedonantajan mukaan sairaanhoitajat olivat tehneet Norjassa enemmän hallinnollisia työtehtäviä kuin Suomessa. Kolmessa haastattelussa hallinnollisten tehtävien koettiin olleen myös vaativampia kuin Suomessa. Hallinnolliset työtehtävät, joihin kuuluivat hoitotyöhön liittyvät yksilöllisten hoitosuunnitelmien laatiminen ja päivittäminen sekä niihin liittyvä verkostotyö ja hoidon arviointi, todettiin kaikissa haastatteluissa haastavaksi ja osaamista kehittäväksi. Haastateltavat olivat kokeneet saaneensa varmuutta hallinnollisten tehtävien tekemisestä ja niiden oli koettu lisänneen sairaanhoitajien keskinäistä yhteistyötä sekä yhteistyötä osastonhoitajan kanssa. Onnistunut työnjako oli jakanut tasapuolisesti työkuormitusta ja pitänyt yllä tähän tutkimukseen osallistuneiden suomalaisten sairaanhoitajien työhyvinvointia norjalaisissa työyksiköissä työskentelyaikana.

#### *potilaiden tyytyväisyys*

*”Potilaat olivat tyytyväisiä ja arvostivat sairaanhoitajia.” (Norja) (U)*

*”Ehkä norjalaiset potilaat luottavat hoitoon ja hoitopolkuihin, vaikka ne näin suomalaisesta näyttävät aika kiemuraisilta. Hoitoa saadaan ja siihen ollaan tyytyväisiä.” (Norja) (D)*

*”Norjassa oli vähemmän valituksia hoidosta kuin Suomessa, jossa kaikki tuntuu olevan potilaiden mielestä huonosti.” (Suomi, Norja) (R)*

Vaikka hoitopolut Norjassa olivat hatarampia kuin Suomessa, olivat potilaat ja heidän omaisensa tyytyväisempiä saamaansa hoitoon Norjassa kuin Suomessa. Kolme haastateltavaa korosti sitä, että norjalaisissa hoitoyhteisöissä suhtauduttiin potilaisiin hyvin kunnioittavasti. Kaikki haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että norjalaisten potilaiden omaiset olivat olleet enemmän mukana potilaiden hoidossa ja he olivat kiittäneet enemmän hoidosta kuin suomalaisten potilaiden omaiset. Kaksi kolmasosaa haastatelluista oli sitä mieltä, että Suomessa potilaat olivat ilmaisseet tyytymättömyytään saamaansa hoitoon selkeämmin ja he olivat olleet tietoisempia saamastaan hoidosta ja oikeuksistaan kuin norjalaiset potilaat. Norjassa olleen korkeamman potilastyytyväisyyden arvioitiin haastattelujen mukaan selittyvän toisaalta hyvällä hoidolla ja toisaalta sillä, että potilaat olivat enemmän hoidon kohteita kuin aktiivisia omaan hoitoonsa vaikuttavia toimijoita. Kaksi haastateltavaa korosti näkemystä siitä, että norjalaiset potilaat olivat tottuneet saamansa hoidon tasoon ja tapaan, jolla heitä koskevia hoitopäätöksiä tehtiin. Erona oli myös se, että potilaat kyseenalaistivat vähemmän saamaansa hoitoa Norjassa. Kaikki haastateltavat olivat kuitenkin yksimielisiä siitä, että Norjassa hoitohenkilökuntaa oli ollut riittävästi vastaamassa potilaiden tarpeisiin, joka saattoi osaltaan vähentää potilaiden hoitoa kohtaan tuntemia kielteisiä tunteita. Yksimielisiä oltiin myös siitä, että potilaat olivat olleet vähemmän epäluuloisia ulkomaalaisia sairaanhoitajia kohtaan Norjassa kuin Suomessa.

#### *hoitotyön arvostus*

*”Joo siellä Norjassa oli enemmän tiimin jäsen. Että siellä teki lääkäri ja hoitaja yhdessä työtä. Ei oo samanlaista Suomessa. Vaikka kyllä tiimityötä tehään lääkäri ja hoitaja yhdessä, mutta se ei ole niin arvostavaa. Hoitajat ei ole täällä Suomessa arvostettuja.” (Suomi, Norja) (L)*

*”Norjassa potilaat arvosti sitä hoitajan tekemää työtä. Siellä oli venäläisiä, suomalaisia, ruottalaisia ja tanskalaisia hyvin monenlaisia lääkäreitä. Kyllä ne lääkäritkin arvosti, ne kyseli hoitajalta ja otti huomioon.” (Norja) (D)*

Tässä tutkimuksessa saatujen vastausten mukaan terveydenhuollon organisaatioissa, potilaiden keskuudessa sekä työyhteisön ulkopuolella sairaanhoitajia arvostettiin enemmän Norjassa kuin Suomessa. Työyhteisön sisäisen arvostuksen kerrottiin näkyneen Norjassa sairaanhoitajien tasavertaise-

na työryhmän jäsenyytenä ja tasavertaisena yhteistyönä lääkäreiden kanssa. Tästä esimerkkinä mainittiin lääkärintuottojen sovittaminen mahdollisimman joustavasti hoitotyön aikatauluihin, jolloin sairaanhoitajat saivat tehdä omat hoitotyöhön kuuluvat tehtävät oman aikataulunsa mukaan ja sairaanhoitajat saivat pitää lakisääteiset taukonsa keskeytymättä. Sairaanhoitajien osaamisen ja ammattitaidon arvostuksen kertoivat haastateltavat näkyneen työryhmässä olleena luottamuksena ja konsultointina sekä potilaiden ja heidän omaistensa sairaanhoitajille osoittamana luottamuksena. Työtovereiden ja esimiehen osoittaman arvostuksen nähtiin kohdistuneen osaamisen ja asiantuntijuuden arvostamiseen enemmän kuin Suomessa. Sairaanhoitajat saivat haastattelujen mukaan myös yhteisöllisesti enemmän kiitosta Norjassa kuin Suomessa.

*”Kyllä Suomessakin varmaan arvostetaan sairaanhoitajia, mutta täällä (Norjassa) se on kyllä eri tavalla. Se arvostus on kyllä sellainen asia, että se kantaa.” (Norja) (D)*

*”Olen ohjannut ja perehdyttänyt sairaanhoidon opiskelijoita ja uusia työntekijöitä heti, kun tulin Norjaan töihin. Se on mun juttu myös Suomessa.” (Suomi, Norja) (V)*

*”Sairaanhoitajien arvostus näkyy Norjassa siinä, että puolet hoitajista, paikoissa, joissa olen työskennellyt, on miehiä. Palkkaus on myös huomattavasti parempi ja siinä näkyy sairaanhoitajien arvostuksen taso Norjassa.” (Norja) (U)*

Haastatellut suomalaiset sairaanhoitajat kertoivat arvostuksen merkinneen heille paljon raskaassa hoitotyössä myös Norjassa. Arvostuksen koettiin tukeneen työssä jaksamista ja lisänneen työstä nauttimista. Arvostuksessa kerrottiin sen sijaan olleen suuria eroja sekä suomalaisissa että norjalaisissa työyksiköissä, joissa oli ollut paljon määräaikaisia ja keikkatyöntekijöitä. Haastatteluista kävi ilmi, että pääsääntöisesti suomalaisia sairaanhoitajia arvostettiin Norjassa pätevinä, osaavina ja kielitaitoisina työntekijöinä. Sen kerrottiin vahvistaneen työhyvinvointia. Esimerkkinä osaamisen arvostuksesta Norjassa oli kahdessa haastattelussa mainittu suomalaisten sairaanhoitajien taitojen hyödyntäminen sairaanhoidon opiskelijoiden ja uusien kollegojen ohjauksessa ja perehdyttämisessä. Myös hoitotyötä koskevat keskustelut ja nuorten uransa alussa olleiden sairaanhoitajien kanssa yhdessä tekeminen ja ohjaaminen olivat tiedonantajien mukaan olleet osoituksia suomalaisten sairaanhoitajien ammattitaidon arvostuksesta Norjassa. Työyhteisöissä ja niiden ulkopuolella ollut sairaanhoitajien korkea arvostus näkyi haastateltujen suomalaisten sairaanhoitajien mukaan myös siinä, että miessairaanhoitajia oli Norjassa huomattavasti enemmän kuin Suomessa.

### 5.3 Erot hoitotyön lähijohtamisessa

*”Terveysthuollossa johtaminen on edelleen hyvin jäykkää ja byrokraattista molemmissa maissa. Sitähän se on ylhäältä alaspäin toteutuvaa.” (Suomi, Norja) (L)*

*”Yksi hyvä esimieskokemus mulla on ollut molemmissa maissa. Osastoilla, joissa työtahti on kovaa ja potilaat vaikeahoitoisia, tarvitaan vahvaa ja oikeamielistä osastonhoitajaa, joka on henkilökuntaa varten ja antaa oikeasti työrauhan ja palautteen.” (Suomi, Norja) (V)*

Sairaanhoitajien kokemukset hoitotyön johtamisen eroista Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa liittyivät haastattelujen mukaan osastonhoitajan rooliin työyhteisössä, johtamistapaan ja tapaan tehdä päätöksiä sekä vuorovaikutuksen toteutumiseen. Norjalaisissa terveydenhuollon organisaatioissa osastonhoitajalla oli suurempi vastuu perehdytyksen, palkkauksen ja muiden henkilöstöetujen sopimisesta kuin Suomessa. Haastattelujen mukaan kummassakin maassa oli ollut osastonhoitajina sekä harvinaisia ”helmiä” että työpaikkakiusaajia. Suomalaisia osastonhoitajia kuvattiin kaikissa haastatteluissa työyksiköiden päivittäisestä toiminnasta etäällä oleviksi hallinnollisiin tehtäviin keskittyneiksi esimiehiksi. Vastaavasti norjalaisia osastonhoitajia pidettiin työyksiköiden päivittäisessä toiminnassa mukana olleina esimiehinä. Merkittävä tässä tutkimuksessa esiin tullut ero liittyi niin ikään osastonhoitajien sairaanhoitajille osoittamaan arvostukseen. Kaikki haastatellut suomalaiset sairaanhoitajat olivat yksimielisiä siitä, että Norjassa osastonhoitajat arvostivat sairaanhoitajia enemmän kuin Suomessa. Yksimielisiä oltiin myös siitä, että työkuulttuurissa, johtamisessa ja asioiden eteenpäin viemisessä oli molemmissa maissa organisaatiokohtaisia ja osastokohtaisia eroja. Osastonhoitaja nähtiin työntekijöiden ja ylemmän johdon väliseksi auktoriteetiksi, joka tiedotti henkilöstöeduista, oli päättämässä alaistensa palkkauksesta, vaikutti urasuunnitelmiin ja täydennyskoulutuksiin.

#### *osastonhoitajan rooli työyhteisössä*

*”Osastonhoitaja oli mukana päivittäisessä osastotyössä, tietämällä kuormituksen, potilaat ja hoitajien määrän. Mikäli vaativaa hoitoa tai enemmän hoitoa tarvitsevia potilaita osastonhoitaja järjesti lisätyövoimaa. Ekstroja tilattiin esimerkiksi Tanskasta lyhyellä varoitusaajalla. ” (Norja) (U)*

*”Suomessa osastonhoitaja, ei se juuri osastolla ollut. Norjassa fagleder tulee osastolle joka aamu ja kattoo sen tilanteen ja kattoo ne ammatilliset vaatimukset, miten priorisoidaan ja mitä siinä työssä sille päivälle on tärkeitä asioita. Fagleder pitää narut käsissään ja hänellä on yleiskuva kulloisestakin tilanteesta.” (Suomi, Norja) (D)*

Norjalaisilla osastonhoitajilla kerrottiin tässä tutkimuksessa saaduissa vastauksissa olleen näkyvämpi rooli johtamansa työyksikön päivittäisessä toiminnassa ja hän oli osallistunut aktiivisemmin työyksikön päivittäiseen toimintaan kuin suomalaiset osastonhoitajat. Norjalaisen osastonhoitajan kerrottiin tunteneen oman osastonsa käytännön toiminnan paremmin kuin suomalainen osastonhoitaja, jota tässä tutkimuksessa mukana olleet sairaanhoitajat pitivät osoituksena norjalaisten osastonhoitajan luotettavuudesta. Käytännössä luotettavuuden kerrottiin näkyneen eri tavoin varsinkin työssä jaksamista parantavana yhteistyönä työyksikössä ja työnjaon tasapuolisena toteutumisena. Osastonhoitajan paikallaolo työyksikössä oli tiedonantajien kokemusten mukaan tukenut työn suunnittelun joustavuutta, hyvää tiedonkulkua ja lisännyt turvallisuutta.

*”Osastonhoitajalla oli valtava auktoriteetti ainakin tällä osastolla jossa olin. (Norja) Suomessa johtaminen on enemmän osaamisen johtamista ja sairaanhoitajat saavat tehdä työtä itsenäisemmin. Sairaanhoitajalla on Suomessa enemmän ammatillista vastuuta.” (Suomi, Norja) (T)*

Osastonhoitajan ammatillisen vastuun hoitotyön toteutumisesta kerrottiin olleen suuremman Norjassa kuin Suomessa. Haastateltavat kertoivat, että Norjassa osastonhoitajat olivat vastanneet työyksiköissä ilmenneiden ongelmallisten tilanteiden selvittämisestä, kun taas Suomessa hoitotyön vastuuvuorossa olleet sairaanhoitajat yhdessä apulaisosastonhoitajan kanssa olivat joutuneet painiskelemaan näiden ongelmien parissa. Kun osastonhoitaja organisoi ja vastasi työryhmän toiminnasta norjalaisessa työyksikössä, rajasi se haastattelujen mukaan sairaanhoitajien vastuun hoitotyön alueeseen. Tämän vastuualueiden jaon olivat tässä tutkimuksessa tiedonantajina olleet suomalaiset sairaanhoitajat kokeneet joko mahdollisuuksina keskittyä heille kuuluviin hoitotyön tehtäviin tai oman ammatillisen pätevyyden rajaamisena. Selkeä työnjako, jossa osastonhoitajat vastasivat oman työyksikkönsä hoitotyön toteutumisesta ja sairaanhoitajat vastasivat hoitotyön alueesta, oli kuitenkin koettu työssä jaksamista parantavana Norjassa työskentelyaikana.

Osastonhoitajan vahva auktoriteetti näkyi haastattelujen mukaan siinä, että suurin osa päivittäiseen hoitotyöhön liittyvistä asioista kysyttiin osastonhoitajalta ja hän oli ehdottomasti johtaja työksi-



kössään. Tämän suomalaiset sairaanhoitajat olivat haastateltujen mukaan kokeneet hyvänä asiana tilanteissa, joissa kuormitus ylitti osastolla olleet resurssit ja norjalainen osastonhoitaja oli joko hankkinut lisähenkilökuntaa työvuoroihin tai hän oli sulkenut potilaspaikan tietyksi ajaksi.

### *lähijohtaminen*

*”Osastonhoitaja oli mukana joka ikinen aamu aamuraportilla. Ilmiömainen siinä, että hän tiesi kaikki asiat ja oli hirveän helposti lähestyttävä. Huippu osastonhoitaja ja niin on tässä nykyisessä Suomen työpaikassakin. Se kyllä auttaa jaksamaan työelämässä.” (Suomi, Norja) (K)*

*”Hoitotyössä Suomessa työryhmä ei oikeastaan päättänyt mistään itse. Norjassa päätöksenteko yhteisissä asioista oli lähinnä aloitteiden tekemistä ylemmälle johdolle. Työryhmän kanta otettiin huomioon joissakin asioissa siellä Norjassa ja työturvallisuuden sekä viihtyvyyteen voi työryhmä yhdessä vaikuttaa.” (Suomi, Norja) (V)*

Työkulttuurissa, johtamisessa ja asioiden eteenpäinviemisessä näkivät haastatellut suomalaiset sairaanhoitajat olleen joitakin eroja Suomen ja Norjan välillä. Nämä erot vaihtelivat organisaatioittain ja osastoittain. Osaamisen johtaminen, jonka koettiin olleen hyvää Norjassa, koettiin keventäneen hoitotyön raskautta. Osaamisen johtamisen kuvattiin antaneen rauhaa tehdä omaa ammattiin kuuluvaa hoitotyötä. Myös sen, että työryhmä teki yhdessä työtä koskevia aloitteita osastonhoitajalle, kerrottiin tukeneen yhdessä tekemisen työkulttuuria ja vahvistaneen työyhteisön osaamista. Jousta-va johtaminen, jota kuvattiin tilannekohtaisen riittävän henkilökuntamäärän arvioimisella, erosi haastattelujen mukaan suomalaisissa hoitotyön yksiköissä olleista toimintatavoista.

*”Sellainen kokonaisvaltainen johtaminen puuttui. Se oli osastonhoitajalle tärkeintä, että tällaisia ja tällaisia potilaita tulee. Mutta henkilöstöpolitiikka ja ihmisten ja asioiden johtaminen puuttui. Kun suurin osa henkilökunnasta oli lyhytaikaista ja keikkalaista oli se semmoista päivästä toiseen selviämistä.” (Norja) (T)*

Sekä norjalaisissa että suomalaisissa organisaatioissa ja työyksiköissä, joissa suurin osa työvoimasta oli tilapäistä tai työsuhteet olivat enimmäkseen lyhyitä, kerrottiin johtamisen olleen ongelmallista. Niissä johtamisen epäoikeudenmukaisuus ja tempoilevuus olivat johtaneet sairaanhoitajien ammatillisuuden kokemusten vähentymiseen ja jopa kahden tässä tutkimuksessa tiedonantajana olleen

suomalaisen sairaanhoitajan työyksikön vaihtamiseen. Suomalaisen ja norjalaisen päätöksenteon eroja kuvasivat haastateltavat eroina päätöksenteon johdonmukaisuudessa ja päätösten voimassaolossa. Suomessa päätöksenteossa ollaan vakaampia ja tehdyt päätökset kestävät yleensä pidempään kuin Norjassa, jossa haastateltavat kertoivat päätösten olleen lyhytaikaisia ja niitä oli muutettu nopeammin kuin Suomessa. Tätä pidettiin sekä huonona että hyvänä asiana. Kun päätökset muuttuivat nopeasti, koettiin niiden hankaloittaneen erikoistumissuunnitelmien tekemistä ja toteutumista. Sen sijaan positiivisena asiana pidettiin sitä, että huonot päätökset muutettiin nopeasti ja tilalle tuli parempia vaihtoehtoja. Hyvänä norjalaisessa päätöksenteossa pidettiin kuitenkin sitä, että osastonhoitaja teki käytännön hoitotyötä koskevat päätökset päivittäisten tilanteiden mukaan.

Johtamisen oikeudenmukaisuuden toteutuminen Norjan ja Suomen terveydenhuollon organisaatioissa ei haastattelujen mukaan sen sijaan eronnut toisistaan. Vain työnjaon tasapuolisen toteutumisen nähtiin toteutuneen tasapuolisemmin Norjassa. Osastonhoitajan puolueellisen toiminnan, nähtiin tiedonantajien mukaan murentaneen työhyvinvointia sekä Suomessa että Norjassa. Kun norjalainen osastonhoitaja tunsu oman osastonsa tai työyksikkönsä käytännön toiminnan paremmin kuin suomalainen osastonhoitaja tunsu omansa, heijastui se tässä tutkimuksessa saaduissa vastauksissa osastonhoitajan luotettavuutena, joustavuutena työn suunnittelussa ja tiedonkulussa. Sen sijaan osastonhoitajan puolueellisuuden ja epäoikeudenmukaisuuden kerrottiin heikentäneen työnjaon tasapuolisuutta ja lisänneen tehtyjen sopimusten ristiriitaisuutta sekä vähentäneen merkittävästi työssä jaksamista.

#### *vuorovaikutus*

Osastonhoitajan kanssa keskusteltiin työhön liittyvistä asioista enemmän kuin suomalaisten osastonhoitajien kanssa. Joskus tärkeät asiat saattoivat tiedonantajien mukaan jäädä informaatiovyöryyn alle, jolloin asiat eivät aina edenneet suomalaisten sairaanhoitajien odottamalla tavalla. Norjalaista vuorovaikutusta leimasi huumori, avoimuus, iloisuus ja vaikeistakin asioista puhuttiin tiedonantajien mukaan kepeästi. Tämän positiivisuuden ja toivon välittyminen näissä keskusteluissa kerrottiin helpottaneen vaikeita hoitotilanteita ja ongelmallisten työhön liittyvien kysymysten käsittelyä. Vuorovaikutus osastonhoitajan kanssa sisälsi haastattelujen mukaan myös työnhajauksellisia elementtejä, jotka tukivat hoitotyön tekemistä. Suomessa erilaisista hoitotyön konflikteista keskusteltiin sen sijaan enemmän kuin Norjassa. Tähän saattoi tiedonantajien mukaan vaikuttaa norjalainen johtamistapa ja tottumattomuus syntyneiden ristiriitojen selvittämiseen. Käytännössä osastonhoitaja piti nä-

mä konfliktitilanteet hallinnassaan, jolloin henkilökunta ei tiedonantajien mukaan saanut ohjausta tulevien hankalien tilanteiden selvittämiseen.

#### *perehdytys*

*”Perehdytys oli ihan erilainen kuin Suomessa. Se oli Norjassa joustavaa. Se perehdytys oli hyvä.” (Suomi, Norja) (L)*

*”Niin sitten kun sain niitä perehdytettäviä nopeassa tahdissa, niillä oli kahdeksan viikkoa perehdytystä uten ansvar (ilman sairaanhoitajan vastuuta). Joo se on uskottomta. Ja se kyllä toimi.” (Norja) (K)*

*”Olen saanut sitten työryhmältä tietoa, sillä kaikkea, varsinkaan arkaluontoisempia asioita ei perehdytyksessä kerrota, eikä pikkujuttuja. Lait ja asetukset niiden osalle ei kai jäänyt aukkoja perehdytyksessä.” (Norja) (D)*

Osastonhoitajat olivat merkittävässä asemassa perehdytyksen suunnittelussa ja toteutumisessa Norjassa, ja perehdytyksessä oli tiedonantajien mukaan eroja työskentelyorganisaatioittain. Käytännössä perehdytys rakentui sairaanhoitajan olemassa olevalle osaamiselle ja työkokemukselle. Perehdytystä pidettiin joustavana ja sen sisältö ja pituus riippuivat työn vaativuudesta ja erikoisalasta. Varsinkin tehohoidon osastoilla perehdytyksen kerrottiin olleen suunnitelmallista ja tukeneen työhön sisälle pääsemistä ja siinä onnistumista. Perehdytyksen kuluessa työtä tehtiin ilman sairaanhoitajan vastuuta. Riittävän pitkiin ja monipuolisiin perehdytyksiin oltiin tässä tutkimuksessa saatujen vastausten mukaan tyytyväisempiä Norjassa kuin Suomessa saatuihin. Puutteena norjalaisessa perehdytyksessä pidettiin sitä että arkaluontoiset asiat ohitettiin usein ja tietoja väkivaltaisista potilaista annettiin niukasti. Myös potilaiden omaisten kanssa toimimisen ohjeistus koettiin niukaksi. Sen sijaan lainsäädännön ja asetusten kiemuroihin paneuduttiin tiedonantajien mukaan perehdytyksessä ja ohjauksessa perusteellisemmin kuin Suomessa.

#### *palkkaus ja muut edut*

*”Täydennyskoulutuksia minulla on hirveästi myös Suomessa. Suomessa en ole saanut lisäkoulutuksista mitään palkanlisää, ainoastaan lakisääteiset henkilökohtaiset lisät työvuosien mukaan.” (Suomi) (K)*

*”Sopimuspalkasta voi neuvotella osastonhoitajan ja henkilöstöpäällikön kanssa. Työtehtävien kompetenskrav on peruste hakea palkanlisää lisäkoulutuksista. Myös paikallisissa ammattiliiton ja työnantajan välisissä neuvotteluissa (lokalhandling) käsitellään palkan suhteuttamista osaamiseen ja pätevyyteen, jota kunkin liiton jäsenet voivat hakea paikallisyhdistyksensä kautta.” (Norja) (V)*

*”Palkka nousi vastuualueiden mukaan. Lisiä piti hakea. Joo totta kai niistä koulutuksista, joita siellä kävi, sai palkanlisää. Kompetens oli se, josta tuli sitä lisäpalkkaa.” (Norja) (K)*

Sairaanhoitajien palkkaus, johon osastonhoitajat esimiehinä myös vaikuttivat, oli haastatteluissa saatujen vastausten mukaan Norjassa parempi kuin Suomessa. Osastonhoitajat vaikuttivat sairaanhoitajien palkkaukseen tarjoamalla täydennyskoulutuksia, joilla vahvistettiin osaamista ja pätevyyttä sekä vaikutettiin palkanlisiin. Osastonhoitajien kerrottiin olleen aktiivisia erikoisosaamisen vahvistamisessa ja niiden merkityksen viemisessä kokonaispalkkaukseen. Tämä ilmensi suomalaisten sairaanhoitajien mielestä osastonhoitajan osoittamaa arvostusta sairaanhoitajan tekemälle hoitotyölle. Todellisesta sairaanhoitajien hoitotyön osaamisesta, pätevyydestä ja vastuusta koostuneen palkan nähtiin tässä tutkimuksessa saatujen vastausten mukaan olleen oikeudenmukaisempi kuin Suomessa saatu palkka.

*”Ja jatkotöitä tarjottiin reilusti määräaikaisen päättyessä. Yritettiin pitää työntekijät neuvottelemalla työn sisällöstä.” (Norja) (U)*

Norjassa työnantajat, joiden edustaja osastonhoitaja oli, pitivät kiinni työntekijöistä ja olivat valmiita neuvottelemaan yksittäisten sairaanhoitajien kanssa työehdoista, työajasta ja palkkauksesta. Mikäli palkkauksen perusteena ei ollut voimassaoleva taulukkopalkka, osallistui osastonhoitaja neuvotteluihin sopimuspalkan tasosta. Vakituksissa työsuhteissa olleiden sairaanhoitajien edut olivat Norjassa paremmat ja niistä tiedotettiin enemmän kuin Suomessa. Osastonhoitajat kannustivat aktiivisemmin kuin Suomessa sairaanhoitajia täydennyskoulutuksiin ja informoivat tuista, joita työnantajalta oli mahdollista hakea. Haastatellut sairaanhoitajat kertoivat osastonhoitajien Norjassa tukenaan sairaanhoitajia sitoutumaan vakinaiseen työsuhteeseen. Silti määräaikaisten työsuhteiden kerrottiin olleen Norjassa turvallisempia kuin Suomessa. Määräaikaista työsuhteita jatkettiin mielel-

lään joko houkuttelevammilla työskentelyehdoilla ja vaihtelevammilla tai haastavammilla työtehtävillä.

*”Meitä pidettiin kuin kukkaa kämmenellä. Jos oli hiljaista, osastonhoitaja sanoi, että voit lähteä kotiin Suomeen aikaisemmin aamuvuorosta.”(Norja) (U)*

Vahvan auktoriteetin lisäksi norjalaiset osastonhoitajat olivat haastateltujen suomalaisten sairaanhoitajien mukaan henkilökunnan edun valvojia. Heidän kerrottiin olleen valmiita järjestämään resurssit oman työyksikkönsä tavoitteisiin pääsemiseksi, mikä kannusti myös sairaanhoitajia tekemään työnsä entistä paremmin. Osastonhoitajat myös kitkivät ripeästi monikulttuurisissa hoitoyhteisöissä helposti valloilleen pääsystä kiusaamista työyhteisön toimivuuden turvaamiseksi. Työyksiköissä osastonhoitajan vaatimukseen työn sujumisesta vastattiin tässä tutkimuksessa saatujen vastausten mukaan yleensä hyvin. Osastonhoitajan antamat kiitokset ja tuki nähtiin tähän tutkimukseen osallistuneiden tiedonantajien mukaan tärkeäksi, sillä Suomessa kiitoksista ja kannustuksesta oli päästy nauttimaan harvemmin.

#### 5.4 Erot työhyvinvoinnin edistämisessä

*”Esimerkiksi, kun pistin itseäni neulalla annettuani ensin injektion potilaalle, oltiin hyvin tarkkoja siitä, että tähän liittyvä prosessi pantiin käyntiin. Tarkistusverikokeet ja työkaverit oli tukena ja neuvoi. Sitä työhyvinvoinnin edistämistä ja terveyden säilyttämistä siinä hoidettiin. ” (Norja)(T)*

*”Oikeasti ei keskustella aisoista tai kuormittavista hoitotilanteista – siihen ei ole mahdollisuutta, sillä työvuorot tehdään hoitotyötä koko ajan, ja kun vuoro loppuu, lähdetään kotiin, kukaan ei jaksa jäädä puimaan niitä hankalia asioita.” (Suomi) (L)*

Työhyvinvoinnin lähtötason nähtiin tässä tutkimuksessa saaduissa vastauksissa olleen korkeampi Norjassa kuin Suomessa. Haastatellut arvioivat sen johtuneen siitä, että työkuormitus ja kiire olivat vähäisempiä norjalaisissa työyksiköissä kuin suomalaisissa. Hoitotyössä, jossa potilaat huomioitiin yksilöinä ja hoito toteutettiin inhimillisyyttä korostaen lempeästi, oli tiedonantajien mukaan jo itsessään työhyvinvointia tukevia elementtejä. Merkittävänä erona korostettiin norjalaisten organisatioiden tapaa pitää kiinni työntekijöistään, joka näkyi pyrkimyksinä työhön liittyvien asioiden ratkaisemiseen työntekijää ja työnantajaa tyydyttävästi. Työnantajat pyrkivät saamaan työsuhteet

mahdollisimman pitkiksi ja vakaiksi. Tämä pyrkimys näkyi haastatteluissa sairaanhoitajien määräaikaisten työsuhteiden jatkamisen tukemisenä nostamalla palkkaa tai lisäämällä muita etuja tai tarjottuina mahdollisuuksina tehdä uusia ja erilaisia työtehtäviä tai erilaista työaika. Myös täydennyskoulutusmahdollisuuksia käytettiin houkuttamina työn jatkamiseen Norjassa. Mikäli sairaanhoitaja koki tyytymättömyyttä omassa työyksikössään, oli haastateltujen tiedonantajien mukaan helppo vaihtaa työpaikka sopivampaan, sillä erilaisia työmahdollisuuksia oli Norjassa tarjolla enemmän kuin Suomessa. Suurin osa haastatelluista oli sitä mieltä, että erilaisilla joustoilla, vastuun jakamisella ja riittävällä työntekijämäärällä oli norjalaisissa terveydenhuollon työyksiköissä ollut työssä hyvinvointia tukeva vaikutus. Työaika oli kolme haastateltavaa saanut käyttää virastoasioiden hoitamiseen ja kaikki tiedonantajat olivat saaneet tehdä ylimääräisiä työvuoroja halutessaan. Kerätyt ylityötunnit olivat tiedonantajat käyttäneet itselleen parhaiten sopivina ajankohtina pidettyinä pitempänä vapaina.

*”Viimeinen vuosi on ollut ihan hurjaa. Valtava henkilökuntapula. Meillä on ollut paljon burn out – lomina ja muita sairaslomia. Ei ole saatu sijaisia. Se henkilökunta resursointi on aivan ulalla. Se on kyllä iso tekijä, jos hoitajia on riittävästi ja sinä saat tehdä oman työsi rauhassa. Sä haluat olla iltavuoron jälkeen miettimättä, että mitä jäi tekemättä, saat nukkua yösi rauhassa.” (Suomi) (K)*

Haastatteluissa kerrottiin, että riittävä työntekijämäärä oli vähentänyt työkuormitusta, kiirettä ja uupumusta Norjassa. Kun työvuoroissa oli riittävästi hoitohenkilökuntaa, takasi se hoitotyön tekemisen kunnolla potilasta kunnioittaen. Kunnolla tekeminen oli vahvistanut tähän tutkimukseen osallistuneiden tiedonantajien ammattitaitoa ja koettua työhyvinvointia. Harmillisena asiana pidettiin sitä, että työhyvinvoinnin tukemisen koettiin viime aikoina jääneen huomiotta suomalaisissa terveydenhuollon organisaatioissa. Kolmessa haastattelussa tuli esiin näkemyksiä siitä, että painotus suomalaissa terveydenhuollon organisaatioissa oli siirtynyt vallitsevan työhyvinvoinnin vahvistamisesta säästötoimenpiteisiin ja taloudelliseen ajatteluun. Tämä näkyi vastausten mukaan työvoimaresurssien minimoimisena ja työntekijöiden työhyvinvoinnin tukemisen vähäisyytenä.

*”Siellä ne kehityskeskustelut oli säännöllisiä kaksi kertaa vuodessa. Toinen oli yleisempi työhön ja uraan liittyviä asioita ja toinen oli omaan erikoisosaamiseen liittyviä. Aina kartoitettiin, että mitä haluat.” (Norja) (K)*

*”Kyllä kehityskeskustelujen taso vaihteli Suomessa ja vaihteli Norjassakin. Niiden taso riippui osastonhoitajasta ja hänen kiinnostuksestaan oman osaston erikoisosaamisen kehittämiseen. Suomessa oli joskus keskustelut ihan välinpitämättömä suorittamista osastonhoitajalle. Henkilökohtaisesti en monestakaan keskustelusta saanut tukea oman osaamiseni vahvistamiseen. Vain yksi todella hyvä osastonhoitaja kehityskeskusteluissa, ja muutenkin, on Suomessa ollut.” (Suomi, Norja) (V)*

Työhyvinvointia ja työssä jatkamista tukevana pidettiin norjalaisissa organisaatioissa ollutta ikään-tyvien työntekijöiden työssä jatkamisen tukemista. 60 vuotta täyttäneet saivat vuosittain yhden ylimääräisen lomaviikon. Heillä oli myös mahdollisuus siirtyä lyhyempään työviikkoon, tai tehdä päivätyötä. Myös osa-aikatyötä vaihtoehtona suositeltiin. Yksi tiedonantaja kertoi seniorityöntekijöiden kehityskeskustelujen painottuneen yksilöllisiin työssä jatkamista tukeviin elementteihin. Muiden ikäluokkien kehityskeskustelut painottuivat sairaanhoitajan työssä jaksamiseen, erikoistumiseen ja muutostavoitteisiin.

*”Hyvin tärkeänä koin meidän ammattiryhmän omat pohdinnat kehittämisestä, työtapojen muuttamisesta ja muusta työhön liittyvästä. Lisäsi sitä yhdessä tekemisen meininkiä. Teimme kirjallisia esityksiä esimiehille ja meidät otettiin huomioon ja kuunneltiin esitettyjä asioista.” (Norja) (V)*

Työhyvinvointia ylläpitävänä tekijänä pidettiin haastatteluissa myös työyksikön sairaanhoitajaryhmän kerran kuudessa viikossa kokoontumista, jossa keskusteltiin työyksikön tilanteesta ja toiminnan kehittämistä. Yksi haastateltava kertoi, että ryhmässä suunniteltiin työyksikköön uusia hoitokäytäntöjä, niiden toteuttamista sekä arviointia. Sairaanhoitajien työryhmä kartoitti myös työyksikön muiden ammattiryhmien lisäkoulutustarvetta ja nämä yhdessä pohditut esitykset välitettiin johdon arvioitaviksi. Ajoittain kutsuttiin ulkopuolisia asiantuntijoita henkilökuntakokouksiin kertomaan ajankohtaisista hoitotyön asioista.

Henkilökuntaa tuettiin osallistumaan erilaisiin lisä- ja täydennyskoulutuksiin Norjassa. Suomessa suhtautuminen ammattitaidon kehittämiseen oli vastausten mukaan vaihdellut organisaatioittain. Työssä olleiden vastuualueiden selkeämpi jako Norjassa näkyi vastausten mukaan käytännössä mm. kahden sairaanhoitajan yhdessä tekeminä vaativan hoitotyön päätöksinä, joka vähensi yksittäisen sairaanhoitajan henkistä kuormitusta. Norjassa koettuja sekä ammatillisuuteen ja hoitotyön vastuuseen liittyviä kehittämisalueita mainittiin haastatteluissa olleen raportointikäytännöissä sekä ennal-

taehkäisevän ja kokonaisvaltaisen hoitonäkemyksen alueilla, joiden kerrottiin olleen Suomessa korkeatasoisia ja sairaanhoitajien työhyvinvointia ylläpitäviä. Vaikka hoitotyötä ei Norjassa aina toteutettu kokonaisvaltaisen hoitonäkemyksen mukaisesti, ei se Norjassa laskenut haastateltujen työhyvinvointia. Työhyvinvointia nosti sen sijaan osastonhoitajan välitön suhde sairaanhoitajiin ja se, että osastonhoitajalla oli aikaa alaisilleen, vaikka hänellä oli suurempi vastuu työyksikön päivittäisestä toiminnasta kuin suomalaisella osastonhoitajalla.

*”Kuntosalilla käytiin yhdessä koko osaston porukka ja osastonhoitaja, niin ja vielä työaikana ja työnantaja maksoi. Sitten kokeiluna alkoi kaksi kertaa viikossa hedelmien toimitus hoitajien taukokuoneeseen. Siitä kokeilusta tuli pysyvä, ja on ollut tosi pidetty ja terveellinen. Eiväthän nämä ole isoja asioita, mutta tuli siinä tunne, että meistä huolehditaan ja meitä arvostetaan.” (Norja) (V)*

Vaikka henkilöstöedut olivat kummassakin maassa osittain samanlaisia, jaettiin ne vastausten mukaan tasapuolisemmin Norjassa, sillä osastonhoitajat huolehtivat ensisijaisesti etujen järjestämisestä ja niistä tiedottamisesta työyksiköissään. Työkykyä ylläpitävää toimintaa oli norjalaisissa työyksiköissä enemmän kuin suomalaisissa ja työntekijät osallistuivat niihin innokkaasti. Sen sijaan työpaikkaruokailun puuttuminen oli laskenut kolmen haastatellun työhyvinvointia Norjassa. Työterveyshuolto ei toiminut Norjassa ja sen kaikki haastatellut kokivat vaikuttaneen työhyvinvointiinsa. Tiedonantajat olivat yksimielisiä siitä, että sairaanhoitajia arvostettiin enemmän Norjassa kuin Suomessa. Tämän tiedonantajat kokivat merkittävänä erona Suomeen verrattuna. Yhtä mieltä oltiin myös siitä, että korkea arvostus vaikutti hyvinvointiin työssä ja omassa ammatissa. Hyvin suunnitellut puitteet ja nykyaikaiset apuvälineet ja laitteet mahdollistivat ergonomisen työskentelyn kummassakin maassa. Sen koettiin lisänneen työssä jaksamista, vähentäneen työtapaturmia ja vahvistaneen hyvin voimista työssä. Norjalaisissa työyksiköissä oli helppo oppia uutta, sillä työt eivät vie neet kaikkia voimia ja työnantaja tuki osaamisen kehittämistä. Yksimielisiä oltiin myös siitä, että Norjassa töihin oli mukava mennä ja töissä ollessa koettiin, että ollaan oikeassa paikassa.

## 5.5 Yhteenveto tuloksista

Tuloksista käy ilmi, että sairaanhoitajan työssä oli eroja Suomen ja Norjan välillä. Erot liittyivät osaamiseen, hoitotyön toteuttamiseen, työnjakoon ja lähijohtamiseen. Hoitotyön toteuttamisessa olleet erot liittyivät työnjakoon, hoidon toteutukseen, potilaiden tyytyväisyyteen sekä sairaanhoitajien arvostukseen. Erot sairaanhoitajan työn sisällössä näkyivät eri ammattiryhmien välisessä työn-



jaossa ja tavassa tehdä hoitotyötä, joka heijastui potilaiden tyytyväisyyteen ja arvostukseen. Vaikka hoitotyö oli Suomessa suunnitelmallisempaa kuin Norjassa, koettiin työkuormituksen olleen Norjassa pienempi ja hoidon toteutuksen tasapuolisempi kuin Suomessa. Sairaanhoidajan työ oli Norjassa yhteisöllisempää kuin Suomessa. Hallinnolliseen työhön, jota Norjassa tehtiin paljon, liittyi sairaanhoitajien keskinäinen ja sairaanhoitajien ja osastonhoitajan tiivis yhteistyö. Hoitotyötä pidettiin Suomessa kiireisempänä kuin Norjassa, jossa kiirettä vähennettiin tasapuolisella työnjaolla, rennolla työskentelytavalla ja riittävällä henkilökuntamäärällä. Työntekijöiden riittävyyteen kiinnitettiin Norjassa erityistä huomiota ja kuormituksen kasvaessa työvuoroihin otettiin lisää henkilökuntaa, mitä Suomessa ei tehty usein. Huolimatta siitä, että hoitotyötä tehtiin Norjassa lempeästi ja inhimillisesti, pidettiin suomalaista kokonaisvaltaisuuden perustuvaa hoitotyötä korkeatasoisena. Norjassa oltiin tottuneita monikulttuurisen hoitotyön toteuttamiseen, jota Suomessa ollaan kehittämässä.

Sairaanhoidajien kokemukset hoitotyön lähijohtamisen eroista Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa liittyivät osastonhoitajan rooliin työyhteisössä, johtamiseen ja päätöksentekoon sekä vuorovaikutukseen. Suomessa osastonhoitajia pidettiin työyksiköiden päivittäisestä toiminnasta etäällä olevina hallinnollisina esimiehinä, kun taas Norjassa osastonhoitajat organisoivat ja osallistuivat aktiivisesti yksikkönsä päivittäiseen toimintaan. Niin ikään joustava johtaminen, johon kuului tilannekohtainen riittävän henkilökuntamäärän arvioiminen työyksikössä, poikkesi suomalaisesta toimintatavasta. Norjalaisissa työyksiköissä ja osastoilla osastonhoitaja järjesti resurssit työyksikkönsä tavoitteisiin pääsemiseksi. Työyksiköissä näihin osastonhoitajan esittämiin vaatimuksiin työn sujumisesta vastattiin yleensä hyvin ja osastonhoitajan antamat kiitokset ja tuki koettiin tärkeiksi, sillä Suomessa kiitoksista ja kannustuksesta oli saatu nauttia vähemmän. Saatu palaute ja kiitokset nähtiin osastonhoitajan sairaanhoitajille osoittamana arvostuksena. Osaamisen johtamista pidettiin hyvänä suurimmassa osassa norjalaisia organisaatioita. Mainittava on myös Suomessa meillä oleva osaamisen johtamisen uudistumien ja kehittyminen pätevien nuoremman polven osastonhoitajien tullessa esimiehiksi. Tulokset osoittivat, että osaamisen johtaminen kevensi hoitotyön raskautta. Epäkohtia sekä norjalaisessa että suomalaisessa johtamisessa oli organisaatioissa ja työyksiköissä, joissa suuri osa työvoimasta oli epäpätevää tai suuri osa työsuhteista oli tilapäisiä tai lyhyitä.

Erot Suomessa ja Norjassa työskennelleiden osastonhoitajien rooleissa näkyivät osastonhoitajan asemassa ja vastuussa ja työyhteisössä olleessa yhteisöllisyydessä. Vuorovaikutusta osastonhoitajan kanssa leimasi Norjassa huumori ja iloisuus, jolloin vaikeistakin asioista voitiin puhua kepeästi.

Positiivisuuden ja toivon välittyminen näissä keskusteluissa helpotti vaikeiden hoitotilanteiden ja ongelmallisten työhön liittyvien kysymysten käsittelyä. Vuorovaikutukseen osastonhoitajan kanssa sisältyi myös työnohjauksellisia elementtejä. Tämä mentorointia sisältävä vuorovaikutus sujui tulosten mukaan hyvin norjalaisten osastonhoitajien kanssa. Suomessa osastonhoitajan työnohjauksellinen suhde sairaanhoitajiin oli tässä tutkimuksessa saatujen tulosten mukaan vähäisempää, sillä suomalaisten osastonhoitajien työ painottui hallinnollisiin tehtäviin. Osastonhoitajan antamaa ohjausta pidettiin merkittävänä tukena sairaanhoitajan työssä. Huolimatta norjalaisten osastonhoitajien tiiviistä yhteydestä työyhteisöön, purettiin konfliktitilanteita norjalaisissa työyhteisöissä heikommin kuin suomalaisissa työyhteisöissä. Tuloksissa, tottumattomuuden konfliktien purkamiseen Norjassa, arvioitiin johtuneen osastonhoitajan vahvasta roolista työyksikössä, jossa hänen oletettiin vastaavan ja ratkaisevan syntyneet ongelmalliset tilanteet. Norjassa hoitoyhteisöt olivat monikulttuurisempia kuin Suomessa ja niissä syntyi helposti ristiriitoja ja kiusaamista, joita osastonhoitajat joutuivat parhaansa mukaan ratkaisemaan työyhteisön toimivuuden turvaamiseksi.

Vahvan asemansa mukaisen auktoriteetin lisäksi norjalaiset osastonhoitajat huolehtivat sairaanhoitajien työhön perehdytyksen suunnittelusta ja sen toteutumisesta sekä valvoivat henkilökunnan etuja. Osastonhoitajilla oli Norjassa enemmän vaikutusvaltaa myös yksittäisten sairaanhoitajien palkkauksen määrittelyssä. Sairaanhoitajien palkkauksen tasoon osastonhoitaja vaikutti niin ikään kannustamalla sairaanhoitajia täydennyskoulutuksiin ja erikoistumiseen. Samalla hän takasi erikoisosaamisen vahvistamisen omassa työyksikössään. Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että suomalaiset sairaanhoitajat pitivät Norjassa ansaittua, hoitotyön osaamisen, pätevyuden, työkokemuksen ja vastuun mukaista palkkaa oikeudenmukaisempana kuin Suomessa saatua palkkaa. Selkeä ero tulosten mukaan oli myös siinä, että norjalaiset osastonhoitajat huolehtivat henkilökunnasta ja ajoivat henkilökunnan etuja enemmän kuin suomalaiset osastonhoitajat.

Norjassa potilaat olivat tottuneita tapaan, joilla heidän hoitoaan koskevat hoitopäätökset tehtiin ja vaikka hoitopoluissa oli heikkouksia, olivat potilaat ja heidän omaisensa tyytyväisiä samaansa hoitoon. Toisaalta hoitotyöntekijöillä oli norjalaisissa työyksiköissä enemmän aikaa potilaille ja potilaita kohdeltiin hyvin, mikä saattoi vähentää potilaiden epäluuloja hoitoa kohtaan. Suomessa potilaiden tyytymättömyyden arvioitiin sen sijaan kasvaneen viime vuosina. Sairaanhoitajat saivat Norjassa enemmän kiitosta potilailta ja heidän omaisiltaan kuin Suomessa. Kiitoksilla nähtiin olleen yhteyttä sairaanhoitajien korkeaan arvostukseen Norjassa. Työhyvinvoinnin Suomea korkeampaa lähtötasoa Norjassa selitettiin pienemmällä työkuormituksella ja vähäisemmällä kiireellä työssä. Norjalaiset organisaatiot pitivät kiinni työntekijöistään pyrkimällä ratkaisemaan työn jatkamiseen

liittyvät asiat työntekijää ja työnantajaa tyydyttävästi. Myös työyksikön vaihtamiseen oli Norjassa paremmat mahdollisuudet kuin Suomessa, sillä työvaihtoehtoja oli tarjolla enemmän kuin Suomessa. Riittävän työntekijämäärän lisäksi työaikajoustoilla ja vastuun jakamisella tuettiin norjalaisissa terveydenhuollon organisaatioissa sairaanhoitajan työssä viihtymistä ja vahvistettiin oikeassa paikassa olemisen tunnetta. Norjassa suhtauduttiin myönteisemmin lisäkoulutuksiin kuin Suomessa. Uuden oppimista pitivät suomalaiset sairaanhoitajat helpompana Norjassa kuin Suomessa, sillä työ ei vienyt kaikkia voimia. Tärkeänä työhyvinvointia lisäävänä tekijänä tuli tuloksissa esiin ikääntyvien työntekijöiden työssä jatkamiseen panostaminen Norjassa. Norjassa olleet puutteet työhyvinvoinnin tukemisessa liittyivät työterveyshuollon toimimattomuuteen sekä työpaikkaruokailun puuttumiseen, joiden nähtiin toimivan hyvin Suomessa.

## 6 POHDINTA

Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa tutkija ei ollut varma siitä, onko sairaanhoitajan työssä, lähijohtamisessa tai työhyvinvoinnin edistämisessä eroja Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioiden välillä. Tutkimuksen aiheen valinta oli tietoinen riskinotto, jonka tutkija päätti ottaa, sillä halu selvittää sairaanhoitajan työn, lähijohtamisen sekä työhyvinvoinnin edistämisen erojen vaikutusta sairaanhoitajien kokemaan työssä jaksamiseen ja työssä hyvin voimiseen oli selvä. Tämä tutkimus toteutettiin syksyn 2010 ja kevään 2011 aikana. Kuten tutkija oli arvioinut, kului tiedonantajien hankkimiseen ja haastatteluaikojen sopimiseen useita viikkoja, sillä etäisyydet tutkijan ja haastateltavien välillä olivat pitkiä. Huolimatta maantieteellisestä etäisyydestä kertoivat tutkimukseen osallistuneet tiedonantajat tutkimusaiheen olleen heille omakohtaisesti tärkeä ja motivoiva. Tutkimusaineiston keräämiseen varattiin aikaa neljä kuukautta, jonka kuluessa aineisto saatiin kerättyä suunnitellusti. Tutkija teki myös tietoisin valinnan haastatellessaan vain seitsemää tiedonantajaa ( $n=7$ ), jota pidetään suhteellisen pienenä määränä arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Tutkija perusteli päätöstään sillä, että tutkimus tehtiin laadullisin menetelmin, jolloin tiedonantajien määrä ei vaikuta merkittävästi tuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002.) Toisena perusteluna tutkija piti sitä, että tutkimukseen osallistuneiden tiedonantajien erikoistumisalat ja työkokemus olivat monipuolisia, jonka odotettiin tuovan tutkimukseen vaihtelevia näkemyksiä. Suunnitteluvaiheen jälkeen tämän tutkimuksen toteuttaminen eteni sujuvasti.

### 6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tiedonantajilta saatujen vastausten sisältöä ja laatua voitiin pitää hyvänä, sillä avoimilla teemahaastatteluilla saadut vastaukset olivat monipuolisia ja hyvin pohdittuja. Vastaukset perustuivat tiedonantajien vahvaan tiedolliseen osaamiseen, pätevyYTEEN ja pitkään vaihtelevaan hoitotyön kliiniseen työkokemukseen. Erot tiedonantajien välillä selittyivät sillä, että he olivat työskennelleet erilaisissa perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon organisaatioissa molemmissa maissa. Perusterveydenhuollon työkokemusta heillä oli terveyskeskuksista, vanhainkodeista, kotisairanhoidosta sekä sairaankuljetuksesta ja erikoissairanhoidossa tiedonantajat olivat työskennelleet eri erikoistumisalojen osastoilla keskus- ja yliopistosairaaloissa. Tiedonantajat olivat naisia, joiden keski-ikä oli 57 vuotta. (ks. Utriainen 2009.) Tiedonantajien ammattiura oli pitkä vaihdellen kahdestatoista vuodesta liki neljäänkymmeneen vuoteen. Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin avoimilla teemahaastatteluilla ( $n=7$ ), jotka aukikirjoitettiin. Aukikirjoitettuun aineistoon tutkija palasi toistuvasti aineiston analyysin eri vaiheissa. Tehdyillä teemahaastatteluilla onnistuttiin tutkijan mielestä saamaan

riittävästi aineistoa, vaikka tutkija oli tietoinen siitä, että eri ikäryhmiltä ja sukupuolilta saatu aineisto olisi ollut monipuolisempaa ja antanut tutkittavaan ilmiöön erilaisia näkökulmia, mutta tämän tutkimuksen tulokset edustivat lähinnä samassa asemassa olevilta henkilöiltä saatua aineistoa.

Laadullisessa analyysissä tutkija halusi painottaa eroja ihmisten välillä, sillä tutkija odotti niiden kuvaavan parhaiten sitä, mistä jokin asia johtui, tai mikä teki sen ymmärrettäväksi. (Alasuutari 1999.) Huolimatta siitä, että kerätty aineisto ei tässä tutkimuksessa ollut laaja, piti tutkija sitä riittävänä ja tavoitti siitä tutkimuksen kohteena olleen ilmiön. (Janhonen & Nikkonen 2001.) Aineiston analyysissä pyrittiin etenemään mahdollisimman loogisesti. Käytettyä aineiston analyysitapaa esiteltiin vaiheittain tutkimuksen toteuttamisosiossa, sillä lukijalle haluttiin hahmottaa analyysiprosessin etenemistä, jonka pohjalta tutkija oli tehnyt päätelmiä. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Polit & Beck 2004.) Analyysin tueksi tuloksissa esitettiin runsaasti alkuperäishavaintoja, joiden avulla raportoinnista tuli kuvailevaa ja lukija saa mahdollisimman hyvän käsityksen kuvastusta ilmiöstä. Tämän tutkimuksen toteuttaminen ja siihen liittyvät eri vaiheet etenivät suunnitellusti, sillä siihen oli varattu riittävästi aikaa ja tarvittaessa saatiin ohjausta. Tutkimuksen toteuttaminen näkyy tutkimuksen toteuttamisosiossa (luku 4).

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida monin eri tavoin. Laadullisen tutkimuksen arviointitavat poikkeavat kvantitatiivien tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteettikysymyksistä. (Nieminen 1998, 215–221; Eskola & Suoranta 1998; Metsämuuronen 2002.) Kun pohditaan kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta, arvioidaan siinä koko tutkimusprosessia ja tutkijan tekemiä valintoja työn eri vaiheissa. Tutkijan kyvykkyys näkyy toisaalta tutkimusprosessin rehellisessä, reilussa ja relevantissa tiedon tuottamisessa ja toisaalta siinä, ovatko saadut tulokset sovellettavissa käytäntöön. (ks. Virtanen 2007; Laitinen 2008.) Tutkijalla on toisaalta tutkimuksen prosesseja koskevaa autonomiaa ja toisaalta hän on tiedeyhteisön, ammattiyhteisön ja yhteiskunnan sosiaalisen yhteisön jäsen, jolloin tutkijan vastuu ja valinnat ulottuvat laajalle alueelle. (Laitinen 2008.) Vaikka tutkija oli tässä tutkimuksessa osana koettua todellisuutta, pyrki hän totuuteen ja oikeudenmukaisuuteen analysoimalla aineistosta vain ilmisisällön. (Polit & Beck 2004.) Mahdollisimman tarkalla tutkimusprosessin kuvauksella pyrki tutkija osoittamaan perehtyneisyyttään tutkittavaan alueeseen ja aineiston tulkintaan.

## 6.2 Tutkimuksen eettisyys

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Tutkimustyössä on myös sovellettava tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tutkimusmenetelmiä, oltava avoin tulosten julkistamisessa ja kunnioitettava muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia. Ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa keskeisiä eettisiä periaatteita ovat oikeudenmukaisuus, ihmisarvon kunnioittaminen ja hyvän tekeminen. (Polit & Beck 2004.) Tässä tutkimuksessa keskeiset eettiset näkökohdat liittyvät oikeudenmukaisuuteen ja ihmisarvon kunnioittamiseen. Oikeudenmukaisuuden osalta tässä tutkimuksessa toteutui tutkimukseen osallistuneiden tiedonantajien anonymiteetti ja ihmisarvon kunnioittamisen osalta tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Tutkimustulosten raportoinnissa tulokset tuotiin julki avoimesti ja rehellisesti tiedonantajien tietosuoja perustellusti suojaten. (Hirsjärvi ym. 2004; Polit & Beck 2004.) Tutkija odotti tutkimuksen tuovan esiin uutta tietoa tai uusia näkökulmia (Eskola & Suoranta 1998), joista osoituksena voidaan varovaisesti ja tietyin varauksin pitää sitä, että analysointi antoi tutkijalle viitteitä uusista asiaan liittyvistä tekijöistä. Tutkijan onnistuminen työn kirjallisesta esittämisestä jää lukijan arvioitavaksi.

## 6.3 Keskeisten tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää suomalaisten sairaanhoitajien työhyvinvointiin vaikuttaneita eroja Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa. Tämä tutkimus antoi tapauskohtaista tietoa suomalaisten sairaanhoitajien kokemuksista työhyvinvointiin vaikuttaneista eroista Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa. Eroja tarkasteltiin seuraavien tutkimusteemojen avulla; miten sairaanhoitajan työ eroaa Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa, miten hoitotyön johtaminen eroaa Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa ja miten työhyvinvoinnin edistäminen eroaa Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa. Tutkimuksen taustalla olivat suomalaisten sairaanhoitajien vahva ammatillinen hoitotyön osaaminen, hoitoetiikka, arvostus, sekä suomalaisten sairaanhoitajien näkökulma työhön. Tarkastelu painottui tiedonantajina olleiden sairaanhoitajien ammatilliseen osaamiseen ja pätevyyteen, hoitotyöhön, lähijohtamiseen ja työyhteisöissä olleisiin työhyvinvointiin vaikuttaneisiin tekijöihin. Tutkimusteemojen avulla saatu tieto muodostui suomalaisten sairaanhoitajien (n=7) yksilöllisistä kuvauksista, siitä miten he olivat työhyvinvoinnin toteutumisen eri työyksiköissä ja elämänvaiheissaan nähneet ja miten se oli vaikuttanut heidän työhyvinvointiinsa.

Tämän tutkimuksen näkökulmana oli suomalaisten sairaanhoitajien Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa kokemien työhyvinvointia edistäneiden tai vähentäneiden tekijöiden tarkastelu. Tutkija perusteli valitsemaansa näkökulmaa sillä, että työelämässä olevien hyvien ja vahvojen asioiden ja tekijöiden tarkastelu on hyödyllistä, sillä se auttaa kehittämään niitä edelleen. Työhyvinvointia vähentäneiden tekijöiden tarkastelu sen sijaan auttaa tunnistamaan syitä huonosti voimiseen työssä. Tunnistamalla tekijöitä, jotka aiheuttavat huonosti voimista työssä, saadaan lisää mahdollisuuksia korjata työyhteisöissä olleita työhyvinvointia laskevia asioita ja tekijöitä. Kinnunen ym. (2005) ja Mäkikangas ym. (2005) tukevat tätä ajatusta, sillä he näkevät työelämässä hyvinä koettujen asioiden näkyvän hyvinä työsuorituksina ja olevan merkityksellisiä ja positiivisia työntekijälle. Työntekijöiden positiiviset tunteet eivät synny työssä itsestään, vaan ne edellyttävät mahdollisuuksia omien kykyjen käyttämiseen työssä, työtehtävien tärkeiksi kokemista sekä työstä saatavaa palautetta. Positiiviset kokemukset kannustavat hyviin työsuorituksiin ja lisäävät työn merkityksellisyyttä ja työhyvinvointia. (Gerlander & Launis 2007,202–212; Kivimäki ym. 2001,163–171.) Sairaanhoitajan työ on yhteisöllistä (Pelttari 1997) ja sitä tehdään tiiviissä työyhteisöissä. Tämä vaikuttaa siihen, että työyhteisöt ja niiden toimivuus ovat merkittäviä sairaanhoitajan työssä jaksamisessa ja työsuoritusten parantamisessa, jatkavat Mäkikangas ym. (2005).

Tarkasteltaessa ammatillisessa osaamisessa (Pelttari 1997; Paloposki 2003, 155–165), pätevyudessa (Hildèn 1999; Kari 2000), hoitotyössä (Utriainen 2009; Paasivaara & Nikkilä 2010) sekä lähijohtajuudessa (Telaranta 1999; Laaksonen ym. 2005) ilmenneitä eroja Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa, havaittiin suurimpien erojen liittyneen sairaanhoitajan työhön, työyhteisöön ja lähijohtamiseen. Tuloksista kävi ilmi, että erot osaamisen, hoitotyön ja työn organisoinnin tavoissa, sekä lähijohtamisessa vaikuttivat suomalaisten sairaanhoitajien työhyvinvointiin. Sairaanhoitajat arvostivat omaa ammattitaitoaan ja itsenäistä työtään. He tunsivat hyvin työyhteisönsä toimintaperiaatteet ja halusivat olla mukana hoitotyön päätöksenteossa. Tämä tulos oli samansuuntainen useiden suomalaiset tutkimustulosten kanssa, jotka osoittivat, että hoitotyön työyhteisöt odottavat sairaanhoitajan arvostavan omaa ammattiaan ja työtään ja sairaanhoitajat odottivat oman työyhteisönsä sekä sen johdon tukevan asiantuntijuuden, hoitotyön ja työhyvinvoinnin kehittämistä työyhteisöissä. (Pelttari 1997; Ruohotie 2000; Paloposki ym. 2003,155–165; Kuoppamäki 2008.)

Suomalaiset sairaanhoitajat ovat Pelttarin (1997) mukaan ammattitaitoisia ja taitavia työssään. Tässä tutkimuksessa tuli esiin, että norjalaiset työyhteisöt olivat tyytyväisiä suomalaisten sairaanhoitajien tekemään työhön ja sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä tekemäänsä hyvätasoiseen hoitotyöhön Norjassa, josta osoituksena pidettiin työssä saatua arvostusta. Grönfors ym. (2001,2–28) ja Utriai-

nen (2009) ovat todenneet, että hyvillä työtaidoilla ja työsuorituksilla on yhteyttä työtyytyväisyyteen. Tähän tutkimukseen osallistuneet suomalaiset sairaanhoitajat olivat kokeneita ja heitä oli pidetty sekä Suomessa että Norjassa ahkerina ja ammattitaitoisina sairaanhoitajina, jotka vastasivat ammatillisella osaamisellaan työn ja työyhteisöjen heille asettamiin vaatimuksiin. (ks. Paloposki ym. 2003, 155–165; Metsämuuronen 2000.) Suomalaisten ja norjalaisten sairaanhoitajien osaamisessa olleet erot selittyivät opintojen sisällössä olleilla eroilla sekä erilaisella hoitotyön näkemyksellä. Norjalaisissa sairaanhoidon opinnoissa teknisen osaamisen ja käden taitojen osuus oli suurempi kuin suomalaisten sairaanhoitajien opinnoissa. Suomalainen hoitotyö ja sen opetus nähtiin kokonaisvaltaiseen hoitotyönnäkemykseen, vuorovaikutukseen ja hoitotieteelliseen ajatteluun painottuvana. (myös Utriainen 2009.) Tässä tutkimuksessa olleet suomalaiset sairaanhoitajat osoittautuivat monipuolisten opintojensa ja pitkän työuransa ansiosta asiantuntijatasolle edenneiksi sairaanhoitajiksi. (ks. Benner 1995.)

Seuraavaksi tarkastellaan sairaanhoitajan työssä, yhteisöllisyydessä ja lähijohtamisessa olleita eroja, joilla oli saatujen tulosten kukaan eniten vaikutusta työhyvinvointiin. Hoitotyön toteuttamisessa olleet erot liittyivät työnjakoon, hoidon toteutukseen, potilaiden tyytyväisyyteen sekä sairaanhoitajien arvostukseen. Erot sairaanhoitajan työn sisällössä Suomessa ja Norjassa näkyivät eri ammattiryhmien välisessä työnjaossa ja tavassa tehdä hoitotyötä, joka heijastui potilaiden tyytyväisyyteen ja sairaanhoitajien saamaan arvostukseen. Kivimäen ym. (2002) ja Kuoppamäen (2008) mukaan hyvin toimivissa työyhteisöissä toimintaa kehitetään ja työyhteisön jäseniä kunnioitetaan, mikä näkyi norjalaisissa työyksiköissä tasapuolisesti toteutettuna työnjakona ja riittävänä henkilökuntamääränä. Tasapuolisella työnjaolla ja riittävillä resursseilla taattiin työrauha sairaanhoitajien ammatillisen hoitotyön tekemiselle. Työn kunnolla tekeminen lisäsi sairaanhoitajien työhyvinvointia. Suomessa tehty hoitotyö oli sen sijaan raskaampaa ja kuormittavampaa kuin Norjassa tehty työ. Kiireen ja riittämättömyyden tunteet erilaisissa suomalaisissa hoitotyön työyksiköissä vähensivät sairaanhoitajien kokemaa työn iloa ja laskivat työhyvinvointia. (ks. Suonsivu 2003.)

Lempeä ja kiireetön yhteisöllinen hoitotyö, jota norjalaisissa työyksiköissä tehtiin, lisäsi sairaanhoitajien työhyvinvointia, jakoi vastuuta ja vahvisti onnistumisen tunnetta työssä. Myös Utriainen (2009) on todennut, että työyhteisön myönteinen ja yhteisöllinen työilmapiiri lisää työyhteisön jäsenten osallistumista ja vahvistaa yksittäisten työntekijöiden ja ryhmien työstä kantamaa yhteistä vastuuta. Selkeät toiminnan tavoitteet ja työntekijöiden roolit yhdistettynä asetettujen tavoitteiden toteutumisen seuraamiseen ja työntekijöiden oman toiminnan arviointiin, motivoivat tekemään hy-



vin työtä, jatkaa Utrianen (2009). Hoitotyön yhteisöllisyys oli vahvempi norjalaisissa työyhteisöissä kuin suomalaisissa. Yhteisöllisyys oli työtovereiden auttamista ja huomioimista, asema työssä ja toimivia sosiaalisia suhteita työyhteisössä sekä sairaanhoitajien ja osastonhoitajan välistä tiivistä yhteistyötä. Yhteisöllisyys näkyi potilaiden hyvänä hoitamisena. Suomessa yhteisöllisyys hoitotyössä oli sen sijaan vähäistä, eikä siinä ollut samanlaisia työssä hyvinvointia tukevia elementtejä kuin Norjassa. Yhteisöllisyydessä olleita eroja selitettiin eroilla tavassa tehdä hoitotyötä ja erilaisella työnjaolla. Nämä erot liittyivät työnjaon ja vastuun jakamiseen sekä eroihin henkilöresursseissa. Työasenteilla ja sairaanhoitajien yksilöllisillä sisäisillä tekijöillä, joissa korostuivat erityisesti hyvä potilashoito ja työn mielekkyys, oli niin ikään vaikutusta yhteisöllisyyden merkitykseen.

Lähijohtamisessa olleet erot liittyivät osastonhoitajan rooliin ja tapaan johtaa osastoa tai työyksikköä. Suomen terveydenhuollon organisaatioissa työskentelevät osastonhoitajat olivat hallinnollisia osastonhoitajia. He työskentelivät etäällä työyhteisöstä, eivätkä sairaanhoitajat ja osastonhoitajat tehneet tiivistä yhteistyötä keskenään kuten norjalaisissa työyhteisöissä. Norjalaisissa työyksiköissä osastonhoitajalla ja sairaanhoitajalla oli sen sijaan kiinteä yhteys, joka vahvisti työhyvinvointia. Yhteistyö ilmeni vastuun jakamisena ja työn sujumisena työyhteisöissä. Norjalaisissa työyhteisöissä osastonhoitajalla oli vahva auktoriteetti. Hän oli niin ikään sairaanhoitajien mentori ja ohjaaja. Laaksonen kumppaneineen (2005, 160–166) on todennut, että käytännön läheisyys lähijohtamisessa, joksi norjalainen osastonhoitajan työ osoittautui, piti sisällään sekä asiakaslähtöisyyden että henkilöstön osaamisen kehittämisen. Työhyvinvoinnin tasoa oli sen sijaan laskenut sekä Suomessa että Norjassa osastonhoitajan puolueellinen ja epäoikeudenmukainen tapa johtaa, joka oli aiheuttanut usein pulmallisia tilanteita työyhteisöissä. Työhyvinvointia tuki sen sijaan lähijohtaminen, jossa lähiesimiehet toimivat aktiivisesti työyksikön hyödyksi ja tulosten saavuttamiseksi, tukemalla ja kehittämällä henkilöstön osaamista. (Telaranta 1999; Nikkilä & Paasivaara 2007.)

Johtamistavoista riippumatta sairaanhoitajat halusivat luottaa esimieheensä ja olla esimiehen luottamuksen arvoisia, sillä työyhteisössä vallinneella luottamuksen ilmapiirillä oli vaikutusta sairaanhoitajien ammatillisen yhtenäisyyden tunteeseen ja työyhteisön avoimuuteen. Romana ym. (2004) ja Kanste (2005) vahvistavat, että oikeudenmukainen lähijohtajuustyö on työyhteisöissä tasapuolista kohtelua, vuorovaikutusta, työn organisointia, luottamusta ja luotettavuutta. Varsinkin norjalaisissa työyhteisöissä osastonhoitajan työssään osoittamaa oikeudenmukaisuutta, joka liittyi työyhteisön toimintatapoihin ja henkilöstöasioita sääteleviin sääntöihin ja normeihin, pidettiin osoituksena siitä, että osastonhoitaja hyväksyi sairaanhoitajien tasavertaisen aseman työyhteisössä ja arvosti heidän ammatillisuuttaan. (ks. Kirjavainen & Laakso-Manninen 2001.)

Tässä tutkimuksessa saadut tulokset olivat mielenkiintoisia ja ne kulminoituvat yhteisöllisyyteen hoitotyössä ja tasapuoliseen työnjakoon, jotka liitettiin ammatilliseen arvostukseen. Saadut tulokset osoittivat, että sairaanhoitajien osaamisessa yhdistyivät laaja hoitotyön tietoperusta ja pätevyys sekä rohkeus hoitotyössä kertyneiden tietojen ja taitojen monipuoliseen käyttämiseen. Sairaanhoitajat olivat joustavia yhteisöllisen hoitotyön tekijöitä, halukkaita oppimaan uutta ja välittämään osaamistaan nuoremmille työyhteisön jäsenille. Mainittujen osaamisalueiden lisäksi Ranki (1999) ja Hätönen (2004) painottavat yhtenä osaamisalueena ryhmätyötaitoja sekä kykyä arvioida omaa osaamista ja sen kehittämistä. Nämä osaamisalueet osoittautuivat tässä tutkimuksessa hyviksi. Työn yhteisöllisyys oli merkittävin tekijä työssä hyvin voimiseen Norjassa. Yhteisöllisyys suomalaisissa terveydenhuollon organisaatioissa toteutui sen sijaan heikosti. Se lisäsi työssä uupumista, vaikutti haluun vaihtaa ammattia ja lisäsi kiinnostusta ulkomaille töihin lähtemiseen. Merkittävä tekijä, joka yhteisöllisyyteen liitettiin, oli mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön, mikä nähtiin tärkeäksi sekä työhyvinvoinnin että ammatillisuuden arvostamisen kannalta. Esiin nousseet erot ammatillisen osaamisen arvostuksessa ilmenivät konkreettisesti sekä työyhteisöissä olleessa arvostuksessa ja palkkaeroissa. Sairaanhoitajien korkeasta arvostuksesta Norjassa, kertoi myös se, että hoitotyössä oli paljon mies-sairaanhoitajia. Norjassa sairaanhoitajan palkka oli parempi kuin Suomessa, sillä lähtöpalkka oli korkeampi ja kokonaispalkka määräytyi osaamisen ja pätevyyden perusteella. Norjalaiseen työelämään verrattuna suomalaista työelämää kuvattiin vähemmän joustavaksi ja työehtosopimuksiin tukeutuvaksi, jossa sairaanhoitajan todellinen ammattitaito jäi usein hyödyntämättä, eivätkä kaikki työyksiköt tukeneet työntekijöidensä ammattitaidon kehittämistä.

#### 6.4 Johtopäätökset

Tavoitteena tässä tutkimuksessa oli nostaa esiin Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa olleita sairaanhoitajien työhyvinvointiin vaikuttavia eroja. Kun pohditaan, mitä uutta tämä tutkimus tuo voidaan todeta, että saadut tulokset avarsivat näkemystä sairaanhoitajien työhyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Saadut tutkimustulokset eivät ole yleistettävissä, mutta niitä voidaan hyödyntää sairaanhoitajien työhyvinvoinnin tilaa ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä työhyvinvoinnin parantamista koskevassa keskustelussa. Keskustelujen ja pohdintojen avulla löydetään uusia näkökulmia ja vaihtoehtoja. On myös aiheellista pohtia sitä, tiedetäänkö työnantaja ja työntekijä puolella aina, minkälaisia tunteita ja reaktioita tietynlaiset toimet työhyvinvointiin vaikuttavissa toimissa, tai niiden muuttamattomuus työyhteisöissä herättää.

Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää, että työhyvinvointiin vaikuttavissa tekijöissä oli selkeitä ja osittaisia eroja Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa. Tutkimuksessa päästiin tarkastelemaan suomalaisten sairaanhoitajien omakohtaisia kokemuksia työhyvinvointiin vaikuttavneista eroista Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa. Aineistoa pidettiin tässä tutkimuksessa riittävänä. Oletettavasti eri-ikäisten ja eri sukupuolta olevien tiedonantajien määrän lisääminen olisi vahvistanut esitettyä ja rikastuttanut tutkimusaineiston sisältöä. Tutkimuksen tiedonantajat ilmaisivat voimakkaasti, että heidän työhyvinvointiinsa vaikuttivat ammatillinen aseman yhteisöllisessä työyhteisössä, riittävä henkilökuntamäärä, tasapuolinen työnjako sekä luotettava ja oikeudenmukainen lähijohtaminen. Työnjakoon ja työtappoihin liittyvät työhyvinvointiin vaikuttaneet erot olivat eroja työajassa ja työhön liittyvissä joustoissa. Kun työaika oli lyhyempi, jaksoi työssä paremmin kuin Suomessa. Työssä hyvin jaksaminen tuki myös halua oppia uutta. (Kari 2001; Paloposki ym. 2003,155–165; Kuoppamäki & Sarajärvi 2006,17–22.) Myös selkeä työnjako ja vastuualueet kevensivät työtä, jolloin uuden oppimiseen ja ammattitaidon kehittämiseen jäi enemmän voimia. Ruggles (1998,80–89), Hildén (2002) ja Viitala (2004b) ovat yhtä mieltä siitä, että hoitotyössä oman työn kehittäminen auttaa oppimaan uutta ja uuden oppiminen lisää työhyvinvointia. Oppimisen työkykyä vahvistavaa merkitystä ei voi väheksyä, sillä sen tiedetään olevan yhtenä edellytyksenä työssä menestymiselle ja ammatilliselle kehittymiselle. Henkilöstöryhmien keskinäistä työnjakoa uudistamalla voidaan puolestaan kehittää työympäristöä ja huomioida selkeämmin työyhteisöjen vuorovaikutukselliset, terveydelliset ja laadulliset seikat sekä henkilöstön oikeanlainen resursointi, jatkavat Kanste (2005) ja Raappana (2006,24–25).

Työhyvinvoinnin kehittämiseen liittyvät johtopäätökset:

- 1) Sairaanhoitajien olemassa olevaa osaamista ja erikoistumista tulee hyödyntää työyhteisöissä. Osaamista suunnitelmallisesti kehittämällä nostetaan työyhteisöjen osaamisen tasoa sekä taataan potilaiden hyvä hoito.
- 2) Työympäristöissä on monia haasteita, jotka vaikuttavat sairaanhoitajan tekemän hoitotyön kokonaisuuteen ja jaksamiseen työssä. Näihin haasteisiin voidaan vastata riittävällä henkilökuntamäärällä, joustavalla työnjaolla ja erilaisilla työtavoilla.
- 3) Kehittämällä suomalaisten terveydenhuollon organisaatioiden lähijohtamista varmistetaan yhteisöllisen hoitotyön toteutuminen käytännössä. Osastonhoitajan työtehtäviä voisi siirtää osaksi päivittäistä osastoilla ja työyksiköissä tehtävää hoitotyötä, jolla varmistettaisiin paremmin hoidon toteutumien, työnjako ja vastuu työyksiköissä.

- 4) Sairaanhoidajien palkkausta ja sen perusteita pitää tarkistaa suhteessa työn vaativuuteen, osaamiseen ja pätevyYTEEN, sillä palkkaus on myös yksi osoitus työn arvostuksesta.
- 5) Lisäämällä työaikajoustoja ja ikäjohtamista parannetaan työssä jaksamista ja jatkamista sekä työhyvinvointia.

Tutkija toivoo, että haastattelut auttoivat tiedonantajina olleita sairaanhoitajia jäsentämään elettyä elämää ja pitkää monipuolista työuraansa vielä haastattelujen jälkeenkin. Kun omista kokemuksista kerrotaan, alkavat kerrotut asiat yhdistyä pohdintojen kautta selityksiksi. Tämä prosessi on mielenkiintoinen, sillä se selkiyttää omia käsityksiä työhyvinvoinnin kokemuksista erilaisissa työyksiköissä. Tässä tutkimuksessa mukana olleet seitsemän suomalaista sairaanhoitajaa ansaitsevat suuret kiitokset tutkijalta, sillä ilman heidän yksilöllisiä ja ainutkertaisia kokemuksiaan tämän tutkimuksen tekeminen ei olisi onnistunut. Tutkijan oma prosessi on jatkunut haastattelujen jälkeen useita kuukausia. Tämän prosessin aikana ovat tutkijan rinnalla kulkeneet oma perhe ja sisaret, josta heitä kiitän. Tutkija korostaa vielä, että saadut tulokset ovat yksilöllisiä eivätkä näin ollen yleistettävissä olevia.

## 6.5 Jatkotutkimushaasteet

Tämä tutkimus osoittaa että, työhyvinvointi vaikuttaa suomalaisten sairaanhoitajien työssä jaksamiseen ja päätöksiin siitä, jatkavatko he hoitotyössä, vaihtavatko he ammattia tai siirtyvätkö he tekemään hoitotyötä ulkomaille. Jatkossa olisi hyvä kehittää uusia tapoja työhyvinvoinnin tukemiseen, jotka liittyvät työnjakoon, työhön liittyviin joustoihin ja erilaisiin tapoihin tehdä hoitotyötä. Kiinnostavaa olisi myös tutkia soveltuuko sairaanhoitajien työhyvinvoinnin erojen tarkastelu myös muiden pohjoismaiden terveydenhuollon organisaatioissa tehtävän hoitotyön tarkasteluun. Ja missä määrin Suomessa olisi tilausta työhyvinvoinnin tarkasteluun ja laajempaan vertailuun esimerkiksi Norjan terveydenhuollon organisaatioiden kanssa.

## Lähteet:

Aarva, Kim (2009): Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Väitöskirja. Tampereen Yliopistopaino – Juvenus Print. Tampere.

Abma, Tineke A (2002): Hidden Images of Self. Teoksessa Ryan, Katrine E & Schwandt, Thomas A (eds.) Exploring Evaluator Role and Identity. Information Age Publishing. Connecticut. Greenwich. 119–138.

Ahonen, Pertti (1985): Hallinnon arvioinnin lähestymistapoja. Valtiovarainministeriö. Järjestelyosasto. Valtion Painatuskeskus. Helsinki.

Ahvo- Lehtinen, Sirpa & Maukonen, Sanna (2005): Osaamisen johtaminen kuntasektorilla - Kuntaosaaja 2012- työkirja. Efeko Oy. Xerox Global Service Kuntatalo. Helsinki.

Alasuutari, Pertti (1994): Laadullinen tutkimus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Almerud, Stian (2007): Vigilance & Invisibility. Care in technologically intense environments. Acta Wexionensia 2007:120.

Andersson, Åsa (1997): Livsideal och yrkesetik. Om kalltankens betydelse i det kvinnliga vårdarbetets idèhistoria. Svensk medicinhistorisk tidskrift 1, 53–71.

Appiah, Kwame Anthony (2005): The Ethics of Identity. Princeton University Press. New Jersey.

Applbaum, Arthur Isak (1999): Ethics for Adversaries – The Morality of Roles in Public and Professional Life. Princeton University Press. Princeton New Jersey.

Avant, Lorraine Olzewski (1993): The Wilson method of concept analysis. Teoksessa Rodgers, Beth L & Knafl, Kathleen A (toim.) Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. WB Saunders Company. Philadelphia, 51 – 60.

Barnard, Alan (2000): Towards an Understanding of Technology and Nursing Practice. In: Greenwood J.ed. Nursing Theory in Australia: Development and application. Australia: Prentice Hall Health.

Beauchamp, Tom L & Childress, James F (2001): Principles of Biomedical Ethics. 5<sup>th</sup> ed. Oxford University Press. New York.

Benner, Patricia (1989): Aloittelijasta asiantuntijaksi. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö. Suomentanut Paula Nieminen. WSOY. Juva.

Benner, Patricia, Tanner, Christine & Chesla, Catherine (1999): Asiantuntijuus hoitotyössä. Hoitotyö, päättelykyky ja etiikka. Suomentanut Paula Nieminen. WSOY. Juva.

Burns, Nancy & Grove, Susan K 1999: Understanding Nursing Research. 2. painos. Saunders Company. London.

Catanzaro, Marci (2004): Using qualitative analytical techniques. In: Woods, Nancy Fugate & Catanzaro, Marci (eds.) Nursing Research; Theory and practice. C.V.Mosby Company. StLouis. New York.

Danermark, Berth, Ekström, Mats, Jakobsen, Liselotte & Karlsson, Jan Ch (2002): Explaining society. Critical realism in the social sciences. Routledge. London.

Dey, Ian (1993): Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists. Routledge. London

Downe-Wamboldt, Barbara (1992): Content analysis: method, applications and issues. Health Care for Women International 13.

Dunder, Marja-Liisa (2002): Voimaantumisen – avain hyvinvointiin. Teoksessa Immonen, Tuula & Ahonen, Juha (toim.) Hyvinvoinnin haasteet ja työelämä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002:14. Mielekäs Elämä! – ohjelma. Edita. Helsinki, 63–65.

Eriksson, Katie, Nordman, Tina & Myllymäki, Inger (2000): Troijan hevonen. Evidenssiin perustuva hoitaminen ja hoitotyö hoitotieteellisestä näkökulmasta. Institution för vårdvetenskap, Åbo Akademi. Helsinki.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998): Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Gummerus Oy. Jyväskylä.

Eteläpelto, A & Tynjälä, P. (toim.) 1999: Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulmia. WSOY - Kirjapainoyksikkö. Juva.

ETENE, Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (2001): Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisu1.

Field, Peggy Anne & Morse, Janice M (1988): Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Suomentanut Eila Sandborg. Hygieia. Kirjayhtymä. Helsinki.

Forma, Pauli, Väänänen, Janne & Saari, Pirjo (2004): Työhyvinvointi kuntasektorin toimialoilla vuonna 2003. Kuntatyö 2010. Kuntien Eläkevakuutus. Helsinki.

Fujimura, Joan H (1991): On methods, ontologies and representation in the sociology of science: Where do we stand? Teoksessa Maines, David. R (ed.) Social organization and social process. Aldine de Gruyter. New York. 207–248.

Gerlander, Eija-Maria & Launis, Kirsti (2007): Työhyvinvoinnin tarkasteluikkunat. Työelämän tutkimus 3, 202–212.

Glaser, Barney G (1978): Theoretical sensitivity. University of California. San Francisco.

Glaser, Barney G (1998): Doing grounded theory: Issues and discussions. Sociology Press. Mill Valley.

Glaser, Barney G (2003): The grounded theory perspective II. Description's remodeling of grounded theory methodology. Sociology Press. Mill Valley.

Glaser, Barney G & Strauss, Anselm L (1967): The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Aldine de Gruyter. New York.

Grönfors, Sanna, Elovainio, Marko & Sinervo, Timo (2001): Työtyytyväisyys, työ- ja organisaatiotekijät sekä hoidon laatu. *Hoitotiede* Vol. 13:4, 2-28.

Hakanen, Jari (2004): Työuupumuksesta työn iloon: työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla. Työn ja ihmisen tutkimusraportti 27. Työterveyslaitos. Helsinki.

Halldórsdóttir, Sigrídur (1996): Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health care – Developing a Theory. Linköping University: Departement of Caring Sciences. Faculty of Health Sciences. Linköping.

Harisalo, Risto & Miettinen, Ensio (1998): Luottamus pääoma. Yrittäjyyden kolmas voima. Gummerus. Jyväskylä.

Hasselberg Else (1995): Mellom gjøremål og medlevelse. gjennom livsløp og selvfølge. Hovedoppgave i sykepleievitenskap. Avdeling for sykepleie og helsefag. Univeristetet i Tromsø. Tromsø.

Hasselhorn, Hans-Martin, Tackenberg, Peter & Müller, Bernd Hans (2003): (ed.) Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. SATLTSA, Stockholm, Report 2003:7.

Hawas, Marja (2009): Sairaanhoidajien työyhteisön toimivuus ja työtyytyväisyys – kyselytutkimus. *Lisensiaattityö*. Kuopion yliopisto. 82–90.

Heikkilä, Anne, Ahola, Nina, Kankkunen, Päivi, Meretoja, Riitta & Suominen, Tarja (2007): Sairaanhoidajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä. *Hoitotiede* 19(1), 3–12.

Hersley, Paul & Blanchard, Kenneth H (1990): Tilannejohtaminen: Tuloksiin ihmisten avulla. Yritysvalmennus. Helsinki. 198.



Hildén, Raija (1999): Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Tampereen Yliopisto. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala.

Hildén, Raija (2002): Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tammi. Helsinki.

Hintsala, Arjaterettu (2005): Autonomia ammatista poistumisen ennakoijana hoitotyössä. Nais- ja mieshoitajien arviointia ja vertailua päätöksenteosta, pätevyydestä, työn tärkeydestä ja johtamisessa hoitotyössä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 117. Väitöskirja. Kuopio.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2004): Tutki ja kirjoita. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Hvalvik Sigrun (2005): Bergljot Larsson og den moderne sykepleien. Akribe. Oslo.

Holopainen, Ari & Eskola, Kari (toim.) (2001): Osaamisen johtaminen. Kehittämishankkeen loppuraportti. Valtiovarainministeriön työryhmämuistioita 6/2001. Viitattu 24.2.2011. Saatavilla pdf-muodossa: <http://www.vm.fi/tiedostot/pdf/fi/4065.pdf>.

Hyrkäs, Eija & Stähle, Pirjo (2005): Osaamisen johtaminen Suomen kunnissa. Viitattu 16.1.2011. Saatavilla pdf-muodossa:

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/43678/isbn9789522147172.pdf?sequence=1>.

Hätönen, Heljä 2004: Osaamiskartoituksesta kehittämiseen. Educa- Instituutti Oy. Edita Prima Oy. Helsinki.

Ilmarinen, Juhani, Lähteenmäki, Satu & Huuhtanen, Pekka (2003): Kyvyistä kiinni. Ikäjohtaminen yritysstrategiana. Enterprice Adviser kirjasarjan nro 28. Talentum. Jyväskylä, 162–171.

Isosaari, Ulla (2006): Vallankäyttö terveydenhuollon yksikössä: Lähijohtaminen organisaation valtajärjestelmän näkökulmasta. Premissi 1/2006,45–50.

Jaakkola, Raimo (1995): Työelämän ja koulutuksen käsitteistöä. Miten käsitteitä voitaisiin jäsentää ammattitutkintojen kehittämiseksi. Teoksessa Turpeinen, Ritva (toim.) Ammattitutkintojen näyttökokeiden teoreettisia perusteita. Työelämän tutkimus. Opetushallitus. Helsinki. 113–127.

Janhonen, Sirpa & Pyykkö, Anita (1996): Kehittyvän hoitotyön malli. WSOY. Juva.

Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja (2001): (toim.) Laadulliset menetelmät hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.

Julkunen, Raija & Nätti, Jouko (1997): Työn jakaminen. Moraali, talous ja politiikka. Vastapaino. Tampere.

Julkunen, Raija (2004): Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka. Teoksessa Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Gaudeamus. Helsinki.

Kaira, Anna- Maija, Meretoja, Riitta, Pohjanen, Anneli, Puumalainen, Anne, Santala, Iris & Vuorinen, Riitta (2000): Sairaanhoidajien ammattiuromallin asiantuntijatasot ja niiden arviointi. Työryhmäraportti. HYKS. Helsinki.

Kalkas, Hertta & Sarvimäki, Anneli (1996): Hoitotyön etiikan perusteet. WSOY:n graafiset laitokset. Juva.

Kalkas, Hertta (2000): Hoitotyön etiikan käytännölliset perusteet. Teoksessa Kalkas, Hertta & Sarvimäki, Anneli Hoitotyön etiikan perusteet. WSOY. Vantaa.

Kanste, Outi (2005): Moniulotteinen hoitotyön johtajuus ja hoitohenkilöstön työuupumus terveydenhuollossa. Acta Universitatis Ouluensis D 815. Oulu.

Kari, Sirkka (2001): Sairaanhoidajasta sairaanhoidajaksi. Korkea-asteen tutkintoon johtava monimuotokoulutus itseohjatun ammatillisen kasvun ja kehityksen välineenä Suomessa ja Unkarissa. Turun yliopisto. Painosalama Oy. Turku.

Karvinen – Niinikoski, Synnöve (2009): Reflektiiviset rakenteet ja hyvät työnohjauskäytännöt sosiaalialan asiantuntijuutta ja vetovoimaisuutta vahvistamassa. Teoksessa Yliruka, Laura, Koivisto, Juha, Karvinen – Niinikoski, Synnöve (toim.) Sosiaalialan työolojen hyvä kehittäminen. Sosiaali- ja terveysalan julkaisuja 2009:6, 77–84.

Kauppinen Timo, Hanhela Rauno, Kandolin Irja, Karjalainen Antti, Kasvio Antti, Perkiö-Mäkelä Merja, Priha Eero, Toikkanen Jouni & Viluksela Marja (2010): Työ ja terveys Suomessa 2009. Työterveyslaitos. Helsinki. Vammalan Kirjapaino Oy. Sastamala.

Keinänen, Päivi (2009): Palkansaajien työajan muutokset ja työolot. Teoksessa Pärnänen Anna & Okkonen Kaisa-Mari (toim.): Työelämän suurten muutosten vuosikymmenet. Tilastokeskus. Helsinki. 99–120.

Kinnunen, Ulla, Feldt, Taru & Mauno, Saija (toim.) (2005) Työ leipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet. PS-kustannus. Jyväskylä.

Kirjavainen, Paula & Laakso-Manninen, Ritva (2001): Strategisen osaamisen johtaminen. Yrityksen tieto ja osaaminen kilpailuedun lähteeksi. Edita. Helsinki.

Kivimäki, Mika, Elovainio, Marko & Vahtera, Jussi (2001): Työntekijä rakennemuutoksessa: Kat-saus henkilöstövähennyksien ja yksityistämisen hyvinvointivaikutuksiin. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 38, 163–171.

Kivimäki, Mika, Elovainio, Marko, Vahtera, Jussi & Virtanen, Pekka (2002): Johtaminen ja työpai-kan sosiaaliset suhteet. Teoksessa Vahtera, Jussi, Kivimäki, Mika & Virtanen, Pekka (toim.) Työn-tekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Työterveyslaitos. Hel-sinki.

Kivimäki, Riikka & Otonkorpi-Lehtoranta, Katri (2003): Pomot ja perheet. Työelämä ja perheiden hyvinvointi. Edita. Helsinki.

Kivimäki, Riikka, Karttunen, Aija & Yrjänheikki, Leena (2004): Hoitotyöntekijä työssään ja työ-ympäristössään – uusia näkökulmia tasapainoiseen työelämään. Työsuojelujulkaisuja 77. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Kivinen, Tuula (2008): Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Yhteis-kuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Kiviniemi, Kari (2001): Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II – näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Chydenius – instituutin julkaisuja 3/2002. Gummerus. Jyväskylä, 68–84.

Knafl, Kathleen A & Deatrick, Janet A (1993): Knowledge synthesis and concept development in nursing. Teoksessa Rodgers, Beth L & Knafl, Kathleen A (toim.) Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. WB Saunders Company. Philadelphia, 35 – 50.

Koivisto, Kaisa, Janhonen, Sirpa & Väisänen, Leena (2002): Applying a phenomenological method of analysis derived from Giorgi to a psychiatric nursing study. *Journal of Advanced Nursing*, 39:3, 258–265.

Kuokkanen, Liisa (2003): Nurse Empowerment. A Model of Individual and Environmental Factors. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D, Medica – Ondotologica. Turku.

Kuoppamäki Ritva (2008): Ammattikorkeakoulun erikoistumisopinnot asiantuntijuuden kehittäjänä: tieto – ja viestintäteknikan erikoistumisopintojen vaikuttavuus terveysalalla. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere University Press. Tampere.

Kuoppamäki Ritva & Sarajärvi Anneli (2006): Ammatillisten erikoistumisopintojen merkitys sairaanhoitajan urakehityksessä. *Tutkiva hoitotyö* 4:2, 17–22.

Krause, Kaisa & Kiikkala, Irma (1996): Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä. Helsinki.

Kvigne, Kari, Gjengedal, Eva & Kirkevold, Marit (2002): Gaining access to the lifeworld of women suffering from stroke: methodological issues in empirical phenomenological studies. *Journal of Advanced Nursing*, 40:1, 8-61.

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, L (1999): Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11:1, 3 – 12.

Laaksonen, Hannele, Niskanen, Jouni, Ollila, Seija & Risku, Aija (2005): Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Edita. Helsinki. 22, 160–166.

Laitinen, Ilpo (2008): Autenttinen evaluaatioetiikka. Lapin Yliopistopaino. Rovaniemi.

Laki erikoissairaanhoidosta 2003/993. Viitattu 1.5.2011. Saatavissa pdf-muodossa:

<URL:<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030993>>.

Laki kansanterveyslain uudistamisesta 28.11.2003/992. Viitattu 1.5.2011. Saatavissa pdf-muodossa:

<URL:<http://www.finlex.fi/fi/alkup/2003/2003992>>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 7.8.1992/785. Viitattu 1.5.2011.

Saatavissa pdf-muodossa:<URL:<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>>.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Viitattu 5.2.2011. Saatavissa pdf-muodossa: <URL:<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>>.

Lauri, Sirkka & Kyngäs, Helvi (2005): Hoitotieteen teorian kehittäminen. WSOY. Dark Oy. Vantaa.

Lehtonen, Mikko (1996): Merkitysten maailma. Kulttuurisen tekstintutkimuksen lähtökohtia. Vastapaino. Tampere.

Lehtonen, Teemu (2002): Organisaation osaamisen strateginen hallinta. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 867. Kasvatustieteiden laitos. Väitöskirja. Tampere.

Lok, Peter & Crawford, Jo (1999): The relationship between commitment and organizational culture, subculture, leadership style and job satisfaction in organizational change and development. Leadership & Organization Development Journal 20:7, 365–373.

Mattila, Heleena (2008): Voimaantumisen ydin, sosiaali- ja terveysalalla toimivien ihmisten mahdollisuuksia voimaantua työssään. Akateeminen väitöskirja, Kuopion yliopisto, Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet. Kuopio.

Manka, Marja-Liisa (2006): Tiikerinloikka työniloon ja menestykseen. Talentum. Hämeenlinna.

- Marshall, Catherine & Rossman, Gretchen B (1995): *Designing qualitative research*. Sage. London.
- McMullan, Mirjam, Endacott, Ruth, Gray, Morag, Jasper, Melanie, Miller, Carolyn, Scholes, Julie & Webb, Christine (2003): *Portfolios and Assessment of Competence*. *Journal of Advanced Nursing* vol 41:3, 283 - 294.
- Meleis, Afafa Ibrahim (2005): *Theoretical nursing: development and progress*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Meretoja, Riitta, Eriksson, Elina & Leino- Kilpi, Helena (2002): *Indicators for competent nursing practise*. *Journal of Nursing Management* vol 11:6, 404- 409.
- Meretoja, Riitta (2003): *Nurse Competence Scale*. Turun yliopisto. *Annales Universitatis Turkuensis D 578*. Väitöskirja. Yliopistopaino. Helsinki.
- Meretoja, Riitta, Leino- Kilpi, Helena & Kaira, Anna- Maija (2004a): *Comparison of nurse competence in different hospital work environments*. *Journal of Nursing Management* 12, 329- 336.
- Meretoja, Riitta, Leino- Kilpi, Helena & Isoaho, Hannu (2004b): *Nurse Competence Scale: Development and Psychometric testing*. *Journal of Advanced Nursing* vol 47:2, 124 - 133.
- Metsämuuronen, Jari (2000): *Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala?* Oy Edita Ab. Helsinki.
- Munnukka, Terttu & Kiikkala, Irma (toim) (1997): *Ihmisen auttamisen lähtökohtia*. Hygieia. Tampere.
- Mäkikangas, Anne, Feldt, Taru & Kinnunen, Ulla (2005): *Positiivisen psykologian näkökulma työhön ja työhyvinvointiin*. Teoksessa Kinnunen, Ulla, Feldt, Taru & Mauno, Saija (toim.) *Työ leipälajina*. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet. PS-kustannus. Jyväskylä.
- Mäkipeura, Jaana, Meretoja, Riitta, Virta-Helenius, Maarit & Hupli, Maija (2007): *Sairaanhoitaja neurologisessa toimintaympäristössä*. *Ammatillinen pätevyys, toiminnan tiheys ja täydennyskoulutuksen haasteet*. *Hoitotiede* 3:140–152.

Narinen, Arja (2002): Terveysthuollon osastonhoitajien työn sisältö tällä hetkellä ja tulevaisuudessa, tutkimus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osastonhoitajien sekä ylihoitajien mielipiteistä. Helsingin yliopisto. Helsinki.

Newman, Dianne L & Brown, Robert D (1996): Applied Ethics for Program Evaluation. Sage Publications. California. Thousand Oaks.

Nieminen, Heli (1998): Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen Marita & Vehviläinen-Julkunen Katri (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1-2. painos. WSOY. Helsinki. 215–221.

Nieswiadomy, Rose Marie (2002): Foundation of Nursing Research. Prentice Hall. New Jersey.

Nikkilä, Juhani & Paasivaara, Leena (2007): Rutiininomaisesta tulkintataitoon. Suomen sairaanhoitajaliitto. Helsinki.

Nousiainen, Inkeri (1998): Osastonhoitajien ja ylihoitajien käsityksiä sairaanhoitajan työn osaamisalueista. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveysala. Liikunta- ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja. Jyväskylä.

Nuccio, Susan, Lingen, Deborah, Burke, Laura, Kramer, Alice, Ladewig, Nora, Raam, Julie & Shearer, Blanche (1996): The Clinical Practice Developmental Model: The Transition Process. Journal of Nursing Administration vol 26:12, 22–37.

Nurmi, Raimo (2000): Johtaminen ja esimiestyö. Mermerus. Maarianhamina. 10.

Nöttveit, Aud (2004): Elizabeth Hageman – biografisk artikkel. I: Martinsen, Kari & Wyller, Trygve (red.) Etikk, disiplin og dannelse. Elizabeth Hagemanns etikkbok – nye lesninger. Gyldendal Akademisk. Oslo.

Oakley, Justin & Cocking, Dean (2006): Virtue Ethics and Professional Roles. Cambridge University Press. Cambridge.

Orajärvi, Sirpa (2003): Nuoren sairaanhoitajan sitoutuminen työyhteisöön. Oulun yliopisto.

Oranta, Olli, Routasalo, Pirkko & Hupli, Maija (2002): Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish registered nurses. *Journal of Clinical Nurses* 11, 13 - 205.

Otala, Leenamajja & Ahonen, Eeva-Kaisa (2002): Esimerkkejä osaamisen johtamisesta suomalaisilla työpaikoilla. Teknillinen korkeakoulu. Espoo.

Paasivaara Leena & Nikkilä Juhani (2010): Yhteisöllisyydestä hyvinvointia. Kirjapaja. Helsinki.

Paloposki, Sanna, Eskola, Nina, Heikkilä, Johanna, Miettinen, Merja, Paavilainen, Eija & Tarkka, Marja-Terttu (2003): Ammattikorkeakoulusta valmistuneiden sairaanhoitajien arvio teoreettisesta ja käytännöllisestä osaamisestaan. *Hoitotiede* 15:4, 155–165.

Parker, Helen (2007): Managing people: the dynamics of teamwork. In: *Healthcare management*. Edit. Walshe, Kieran & Smith, Judith. Open University Press. Maidenhead. 419–434.

Parviainen, Tuire & Sarvimäki, Anneli (1999): Hoitotyön johtamisen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Simoila, Riitta, Kangas, Riitta & Ranta, Jouko (toim.) *Hoitotyötä johtamaan*. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Pelttari, Paula (1997): Sairaanhoitajan nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. *Stakes tutkimuksia* 80. Väitöskirja. Helsinki.

Perttula, Juha (2005): Kokemus ja kokemuksen tutkimus. Fenomenologisen erityistieteen tieteen-teoria. Teoksessa Perttula, Juha & Latomaa, Timo (toim.) *Kokemuksen tutkimus*. Dialogia Oy. Tartu. Helsinki.

Perälä, Marja-Leena (1997): (toim) *Hoitotyön suunta. Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen*. Stakes. Gummerus. Jyväskylä.

Polit, Denise F & Beck, Cheryl Tatano (2004): *Nursing Research. Principles and Methods*. JB Lippincott Company. Philadelphia.



Pool, Steven W. (1997): The Relationship of Job Satisfaction With Substitutes of Leadership, Leadership Behavior, and Work Motivation. *The Journal of Psychology* 131:3, 271–283.

Raappana, Mika (2006): Laajavastuinen hoitotyö ja osaamisen johtaminen. *Premissi* 2006:2, 24–25.

Ranki, Anneli (1999): Vastaako henkilöstön osaaminen yrityksen tarpeita? Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Rauramo, Päivi (2004): Työhyvinvoinnin portaat. Edita. Helsinki.

Reed, Pamela G, Shearer, Nelma C & Nicoll, Leslie H (2004): Perspectives on nursing theory. 4. painos. Lippincott Williams & Wilkins. New York.

Rescher, Nicholas (1975): Unselfishness. The role of vicarious affects in moral philosophy and social theory. University of Pittsburgh Press. Pittsburgh.

Ritsilä, Jari (2001): Studies on the Spatial Concentration of Human Capital. University of Jyväskylä. Jyväskylä.

Rodgers, Beth L (1993a): Philosophical foundations of concept development. Teoksessa Rodgers, Beth L & Knafl, Kathleen A (toim.) *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. WB Saunders Company. Philadelphia, 7 - 33.

Rodgers, Beth L (1993b): Concept analysis: an evolutionary view. Teoksessa Rodgers, Beth L & Knafl, Kathleen A (toim.) *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. WB Saunders Company. Philadelphia, 73 – 92.

Romana, Anneli, Keskinen, Soili & Keskinen, Esko (2004): Oikeudenmukainen johtaminen – arjen kokemuksia ja menetelmiä. Tutkimusraportti. Kuntien eläkevakuutus. Helsinki.

Ruggles, Rudy (1998): The State of the Notion: Knowledge Management in Practice. *California Management Review* 40:3, 80–89.

Ruohotie, Pekka (2000): Oppiminen ja ammatillinen kasvu. WS Bookwell Oy. Juva.

Ruohotie, Pekka & Honka, Juhani (2003): Ammatillinen huippuosaaminen. Kompetenssitutkimuksen avaama näkökulma huippuosaamiseen, sen kehittämiseen ja johtamiseen. Saarijärven Offset Oy. Saarijärvi.

Sairaanhoitajien koulutussäätiö (2004): Hoitotyön johtaminen ja johtamiskoulutus. Ehdotus hoitotyön johtamiskoulutukseksi. Helsinki.

Salmi, Minna (2004): Työn ja perheen yhteensovittamisen kentät. Teoksessa Salmi, Minna & Lammi-Taskula, Johanna (toim.) Puhelin, mummo vai joustava työaika? Työn ja perheen yhdistämisen arkea. Stakes. Gummerus. Saarijärvi.

Salonen, Anne, Kaunonen, Marja, Meretoja, Riitta & Tarkka, Marja- Leena (2007): Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings. *Journal of Nursing Management* vol. 15, 1- 9.

Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina (1991): Hoitoa ja huolenpitoa. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Tammi. Jyväskylä.

Sarvimäki, Anneli (2000): Hoitotyön etiikan filosofiset perusteet. Teoksessa Kalkas, Hertta & Sarvimäki, Anneli Hoitotyön etiikan perusteet. WSOY. Vantaa.

Silén- Lipponen, Marja (2005): Teamwork in Operating Room Nursing. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 123. Hoitotiede. Väitöskirja. Kuopio.

Simons, Helen (2006): Ethics in evaluation. Teoksessa Shaw, Ian F, Greene, Jennifer & Mark, Melvin M. (edrs.) *The Sage Handbook of evaluation*. Sage Publications. London. 243–265.

Sinkkonen, Sirkka & Taskinen, Helena (2005): Johtamisosaamisen vaatimukset terveydenhuollossa. Teoksessa Vuori, Jari (toim.) *Terveys ja johtaminen*. Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä. WSOY. Helsinki. 89–91.

Sinkkonen-Tolppi, Merja & Viitanen, Elina (2005): Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa tarvittava johtamisosaaminen ja siihen liittyvä täydennyskoulutustarve. Kunnallistieteen aikakauskirja 1. 68–74.

Skogstad, Anders (1997): Effects of leadership behavioural job satisfaction, health and efficiency. Doctoral dissertation. University of Bergen. Bergen.

Sorppanen, Sanna & Kyngäs, Helvi (2004): Evolutionistinen käsiteanalyysi – esimerkkinä terveystieteiden radiografia – käsite. *Hoitotiede* 16:4, 175 – 187.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005. Viitattu 15.1.2011. Saatavilla pdf-muodossa:<[URL:http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3552.pdf&title=Tyohyvinvointitutkimus Suomessa ja sen painoalueet terveyden ja turvallisuuden nakokulmasta.fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3552.pdf&title=Tyohyvinvointitutkimus_Suomessa_ja_sen_painoalueet_terveyden_ja_turvallisuuden_nakokulmasta.fi.pdf)>.

Strauss, Anselm & Corbin, Juliet (1998): Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks. Sage.

Stenvall Jari (2000): Käskyläisestä toimijaksi. Valtion keskushallinnon virkamiehistön pätevyyden arvostusten kehitys suuriruhtinaskunnan ajan alusta 2000 – luvulle. *Acta Universitatis Tamperensis* 759. Tampereen Yliopistopaino Oy. Juvenus Print. Tampere.

Suomen Sairaanhoidajaliitto (2007). Viitattu 3.12.2007 Saatavilla pdf-muodossa: <[URL:http://www.sairaanhoitajaliitto.fi](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi)>.

Suonsivu, Kaija (2003): Kun mikään ei riitä. Hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden yhteydet työyhteisötekijöihin. Tampereen yliopisto hallintotieteen tiedekunta. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenus Print. Tampere.

Surakka, Tiina (2006): Osastonhoitajan työ erikoissairanhoidossa 1990-luvulla ja 2000-luvulla. Toimivalta, vastuullisuus ja asiantuntijuus lähijohtajuudessa. Tampereen yliopisto. Tampere University Press. Tampere.

Suurla, Riitta (2001): *Helmiä kalastamassa – Avauksia tietämyksen hallintaan*. Tulevaisuusvaliokunta. Teknologian arviointeja. Loppuraportti. Helsinki.

Syväjärvi, Antti (2005): *Inhimillinen pääoma ja informaatioteknologia organisaatiotoiminnassa sekä strategisessa henkilöstövoimavarojen johtamisessa*. Lapin Yliopisto. Lapin Yliopistopaino. Rovaniemi.

Telaranta, Seija (1997): *Hoitotyön hallinto*. Kirjayhtymä Oy. Tampere.

Telaranta, Seija (1999): *Esimiestyö terveydenhuollossa*. Kirjayhtymä. Helsinki.

Temmes, Markku & Kiviniemi, Markku (1997): *Suomen hallinnon muuttuminen 1987–1995*. Edita Oy. Helsinki.

Torres, Rosalie T. & Preskill, Hallie (1999): *Ethical Dimensions of Stakeholder Participation and Evaluation use*. Teoksessa Fitzpatrick, Jody L. & Morris, Michael (eds.) *Current and Emerging Ethical Challenges in Evaluation*. New Directions for Evaluation 82. Jossey-Bass Publishers. San Francisco. 55–76.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2002): *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Tammi. Jyväskylä.

Ursin af, Klaus (2007): *Moraali, hyveet ja eettiset normit liikkeenjohdon konsultoinnissa*. Tampereen Yliopistopaino. Tampere.

Utriainen, Terttu (1992): *Tutkimusetiikka ja oikeudellinen säätely*. Teoksessa Löppönen, Paavo, Mäkelä, Pirjo H & Paunio, Keijo (eds.) *Tiede ja etiikka*. WSOY. Juva. 104–116.

Utriainen, Kati (2009): *Arvostava vastavuoroisuus ikääntyvien sairaanhoitajien työhyvinvoinnin ytimenä hoitotyössä*. Oulu University Press. Oulu.

Uutela, Antti (1998): *Sosiaalinen tuki ja terveys*. (toim.) Lahikainen, Anja Riitta & Pirttilä-Backman Anna-Maija. *Sosiaalinen vuorovaikutus*. Otavan Kirjapaino. Keuruu. 208.

Vahtera, Jussi, Kivimäki, Mika & Virtanen, Pekka (toim) (2002a): Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Työterveyslaitos. Vammala.

Vahtera, Jussi, Kivimäki, Mika, Ala-Mursula, Leena & Pentti, Jaana (2002b): Työn hallinta ja työaikojen hallinta. Teoksessa Vahtera, Jussi, Kivimäki, Mika & Virtanen, Pekka (toim) Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Työterveyslaitos. Vammala.

Walker, Lorraine Olzewski & Avant, Lorraine Olzewski (1992): Teoria – avain hoitotyöhön. Suomentanut Raija Viitanen. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Vammala.

Walker, Lorraine Olzewski & Avant, Lorraine Olzewski (1995): Strategies for theory constructions in nursing. Appleton & Lange. Norwalk.

Varto, Juhani (1992) Laadullisen tutkimuksen metodologia. Kirjayhtymä. Helsinki.

Watson, Roger, Stimpson, Anne, Topping, Annie & Poroc, Davina (2002): Clinical competence assessment in nursing: A systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* vol 39:5, 421- 431.

Weber, Robert Philip (1985): Basic Content Analysis. Sage Publications. Beverly Hills.

Veto-ohjelma 2003–2007. (2009): Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 2008:53. At-julkaisutoimisto Oy. Yliopistopaino. Helsinki.

Viitala, Riitta (2004a): Henkilöstöjohtaminen. Edita. Helsinki.

Viitala, Riitta (2004b): Osaamisen johtamien esimiestyössä. Vaasan yliopisto. Vaasa.

Viitanen, Elina & Lehto, Juhani (2005): Lähijohtaminen ja johtajuus: Uusi johtamisympäristö kulttuuriperinteen muokkaajana. Teoksessa. Terveys ja johtaminen. Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä. (toim.) Vuori, Jari. WSOY. Helsinki. 117–130.

Viitanen, Elina, Wiili-Pletola, Erja, Tampusi-Jarvala, Tiina & Lehto, Juhani (2007): First-line nurse managers in university hospitals –captives to their own professional culture? *Journal of Nursing Management* 15, 114-122.

Vilka, Hanna (2005): Tutki ja kehitä. Tammi. Keuruu.

Virkkunen, Jaakko (2002): Osaamisen johtaminen muutoksessa. Ideoita ja kokemuksia toisen sukupolven knowledge managementin kehittelystä. Työelämän kehittämisohjelma. Raportteja 20, Helsinki.

Virtanen, Turo (1991): Välineellinen virkamiespätevyys ja virkamiesten koulutus. Tampereen Yliopisto. Julkishallinnon julkaisusarja N:o 1/1991A. Tampere.

Virtanen, Petri (2007): Arviointi – Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Edita. Helsinki.

Välimäki, R (1999): Osastonhoitajan käsikirja. Kirjayhtymä. Helsinki.

Yukl, Gary A (2006): Leadership in organizations. Englewood Cliffs. Prentice Hall.148.

Ammattilehdet:

Mäkinen, Terhi (2010): Hoitavat kädet oikeisiin töihin. *Tehy* 12/10,36–39.

## Liite 1.

## HAASTATTELUTEEMAT:

1. Miten sairaanhoitajan työ eroaa Suomen ja Norjan terveydenhuollon organisaatioissa?  
yhteistyö  
työnjako  
työkuormituksen jakaminen
2. Miten Suomen ja Norjan hoito-organisaatioiden johtamisessa olevat erot vaikuttavat työhyvinvointiisi?  
lähijohtaminen
4. Miten työhyvinvoinnin edistäminen terveydenhuollon organisaatioissa eroaa Suomessa ja Norjassa?