



Tehyläiset sosiaalihuollon ja perusterveyden- huollon työpaikoilla

**– näkemykset hoitotyön resursseista,
laadusta, osaamisesta ja johtamisesta**

Kirsi Coco

Kinsi Coco

Tehyläiset sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon työpaikoilla
– näkemykset hoitotyön resursseista, laadusta, osaamisesta ja johtamisesta

Tehyn julkaisusarja A1/23

Tehy ry

ISBN 978-952-7362-23-5 (PDF)

Taitto: Innocorp Oy

Sisältö

Lukijalle	5
Tiivistelmä	6
1 Johdanto	7
2 Selvityksen lähtökohdat	8
3 Selvityksen tarkoitus ja tavoite	15
4 Aineiston keruu	15
5 Menetelmät	16
6 Tulokset	17
6.1 Taustamuuttujat	17
6.2 Resurssit	17
6.2.1 Resurssit sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa	17
6.2.2 Resurssit tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa	19
6.3 Hoidon laatu	21
6.3.1 Hoidon laatu ja siihen vaikuttavat tekijät sosiaali- ja perusterveydenhuollon työpaikoilla	21
6.3.2 Hoidon laatu ja siihen vaikuttavat tekijät tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa	21
6.4 Osaaminen	23
6.4.1 Osaaminen sosiaali- ja perusterveydenhuollon palveluissa	23
6.4.2 Osaaminen tehostetun palveluasumisen työpaikoilla ja kotihoidossa	23
6.5 Johtaminen	24
6.5.1 Johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa	24
6.5.2 Johtaminen tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa	24
6.5.3 Johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ammattihenkilöiden kokemusten mukaan	25
6.5.4 Työhyvinvointi ja kuormitus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa	28
6.5.5 Työhyvinvointi ja kuormitus tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa	29

7	Työolot ja hoiva-avustajien rooli tehostetussa palveluasumisessa	31
7.1	Taustamuuttajat	31
7.2	Työhyvinvointi ja kuormitus ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ja vammaisten palveluasumisessa	31
7.3	Hoidon laatu ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ja vammaisten palveluasumisessa	32
7.4	Osaaminen ja henkilöstömitoitus ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ja vammaisten palveluasumisessa	33
7.5	Hoiva-avustajat ja lääkehoito ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ja vammaisten palveluasumisessa.	33
8	Vastaajien iän, tutkinnon ja työpaikan yhteys koettuun kuormitukseen ja palvelun laatuun	34
8.1	Taustamuuttajien yhteys vastaajien arvioihin hoidon laadusta.	34
8.2	Vertailu kaikki vastaajat, palveluasumisen sekä kotihoidon työpaikat ja lähihoitajat tehostetussa palveluasumisessa	35
9	Pohdinta	36
9.1	Tulosten tarkastelua	36
9.2	Selvityksen eettisyys	39
9.3	Selvityksen luotettavuus	39
10	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	40
10.1	Johtopäätökset	40
10.2	Kehittämis ehdotukset	41
Liitteet		42
	Lähteet	42
	Taulukot	48
	Kuviot	62

Lukijalle

Sosiaali- ja terveysalan työvoimatilanne on erittäin vaikea. Pula koulutetuista ammattihenkilöistä vaikuttaa kaikkialla. Riittämätön henkilöstömitoitus kuormittaa ammattihenkilöitä ja vaarantaa asiakasturvallisuuden. Tilanne edellyttää nopeita ratkaisuja. Ratkaisuksi ei kelpaa koulutustason alentaminen ja ammattihenkilöiden korvaaminen esimerkiksi hoiva-avustajilla. Alan palkat ja työolot on saatava kuntoon.

Työvoimapula ulottuu myös hoitotyön johtajiin ja esihenkilöihin. Esihenkilöiden johtamistehtävä on vaativa. He vastaavat yksiköidensä toiminnasta, hoitotyön laadusta ja potilasturvallisuudesta sekä henkilöstönsä työhyvinvoinnista sekä henkilöstön jatkuvasta ammatillisesta kehittämisestä. Suuret yksiköt ja henkilöstömäärät vaikeuttavat johtamisessa onnistumista ja samaan aikaan ammattihenkilöt kokevat johtamisen olevan huonoa. Lisäksi esihenkilöiden vaihtuvuus on suurta.

Tämän julkaisun tarkoitus on kuvata sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon organisaatioissa välittömään hoitotyöhön osallistuvien tehyläisten ammattihenkilöiden ja heidän esihenkilöiden näkemyksiä palveluiden laadusta, resursseista, osaamisesta ja johtamisesta. Näin laajaa selvitystä ei ole aiemmin Tehyssä tehty tehyläisten ammattihenkilöiden näkemyksistä sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon työpaikoilta.

Haluan kiittää erityisesti Tehyn koulutuspoliittista asiantuntijaa Kirsi Cocoa hoitotyön kehittämiseen vaikuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, mistä tämä selvitys on osoituksena. Tehty selvitys suunniteltiin yhdessä tutkimuspäällikkö Juha Kurtin kanssa. Aineiston poiminnan toteutti IT-asiantuntija Rainer Elvilä. Kyselylomaketta kommentoivat Tehyn yhteiskuntasuhteet ja kehittäminen toimialan asiantuntijat. Lopullisen aineiston julkaisuksi saattamisessa merkittävän työn teki viestintäkoordinaattori Anne-Mari Rask yhdessä AD Jane Moision kanssa. Kaikille suuri kiitos hyvästä ja sujuvasta yhteistyöstä.

Suurin kiitos kuuluu kaikille tehyläisille ammattihenkilöille, jotka käyttivät aikaansa ja vastasivat kyselyyn. Vastaajien määrä oli poikkeuksellisen suuri.

Helsingissä joulukuussa 2022

Kirsi Sillanpää
Johtaja

Tiivistelmä

Alan vetovoiman ja työolojen parantaminen ovat ensiarvoinen keino työvoiman saatavuuden edistämiseksi. Tämä selvitys antoi tietoa sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon organisaatioissa välittömään hoitotyöhön osallistuvien tehyläisten ammattihenkilöiden ja heidän esihenkilöiden näkemyksistä palveluiden laadusta, resursseista, osaamisesta ja johtamisesta.

Aineisto kerättiin sähköisesti puolistrukturoidulla kyselylomakkeella (Webropol) marraskuussa 2021. Vastaajat työskentelivät sosiaalihuollon- ja perusterveydenhuollon työpaikoilla. Aineisto analysoitiin Webropol 3.0- sekä IBM SPSS Statistics -versiolla 28. Avoimia vastauksia analysoitiin sisällönerittelyllä ja induktiivisella sisällön analyysillä.

Riittämättömät resurssit näkyivät muun muassa siten, että hoiva-avustajat sijaistivat lähihoitajia ja lähihoitajat sairaanhoitajia viikoittain. Oli tavallista, että ammattihenkilöt joutuivat jäämään töihin yli suunnitellun työajan työyksikön tilanteen takia ainakin viikoittain. Ammattihenkilöt kertoivat, että henkilöstövajetta aiheutti sijaisten puute, sairauspoissaolot, työn kuormittavuus, huono palkka, huono johtaminen ja ylityöt.

Ammattihenkilöiden työaikaa kului yhteisten tilojen siivoukseen, pyykkihuoltoon, tilausten tekemiseen ja ruuan valmistukseen ja lämmitykseen laajamittaisesti. Hoidon laatu näyttäisi olevan ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa heikompi kuin muissa työyksiköissä.

Perehdytys oli kestoltaan lyhyt, koska tyypillisin vastaus oli viikko tai vähemmän. Johtamisessa koettiin runsaasti haasteita ja huono johtaminen kuormitti vastaajia. Esihenkilöt kokivat, etteivät saa riittävästi tukea johdolta.

Vaikeaa työvoimavajetta ei voi korjata koulutustasoa laskemalla ja lisäämällä hoiva-avustajien määrää, koska ikäihmisillä on paljon sairauksia ja lääkehoidon tarvetta. Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen pitää varmistaa riittävillä resursseilla (ammattihenkilöt, koulutus, perehdytys) sekä häiriötön työympäristö. Lääkehoidon toteuttaminen ikäihmisten palveluissa on keskitettävä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille. Esihenkilöiden osaamiseen ja ajankäyttöön pitää kohdentaa resursseja. Esihenkilöiden osaamista ja työhyvinvointia pitää tukea, koska heidän vaihtuvuutensa on suurta. Esihenkilöillä pitää olla tosiasialliset mahdollisuudet johtaa työtä ja tukea työntekijöitä.

Vaikeaa työvoimapulaa ei korjata koulutustasoa laskemalla.

1 Johdanto

Hoitajapula on totta. Työvoiman määrän lisääminen ei ole yksittäisenä keinona riittävä ratkaisu vaikeaan työvoimatilanteeseen. Alan vetovoiman ja työolojen parantaminen ovat ensiarvoinen keino työvoiman saatavuuden edistämiseksi. (Tevameri 2021, Roos ym. 2022.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelee noin 260 000 henkilöä, joilla on sosiaali- ja terveystieteiden koulutus. Heistä sairaanhoitajia ja lähihoitajia on noin 152 000, mukaan lukien terveydenhoitajat ja kättilöt. (Kangas 2022, Kevan kunta-alan ja valtion eläköitymisennuste 2022.) Arvioiden mukaan vuoteen 2040 mennessä sosiaali- ja terveystieteiden tarvitaan 200 000 uutta työntekijää (Honkatukia ym. 2018). Julkisen alan eläkevakuuttaja Kevan eläköitymisennusteen mukaan suurin eläkkeelle jäävä ammattiryhmä yhteenlaskettuna ovat lähi- ja sairaanhoitajat. Tämä tarkoittaa sitä, että yli puolet sosiaali- ja terveystieteiden työskentelevistä mukaan lukien varhaiskasvatus olisi jäämässä eläkkeelle 2039 mennessä. (Kangas 2022, Kevan kunta-alan ja valtion eläköitymisennuste 2022.)

Lisäksi osastonhoitajista lähes puolet (45 %) on eläköitymässä seuraavan 10 vuoden aikana. Edelleen sosiaali- ja terveystieteiden toimintaympäristöissä työskentelevät sairaala- ja laitospuoliset ovat suuri eläköityvä ammattiryhmä, joiden työpanoksen puuttuminen vaikuttaa suoraan sosiaali- ja terveystieteiden työntekijöiden työkuormitukseen ja siten myös asiakas- ja potilasturvallisuuteen. (Kangas 2022, Kevan kunta-alan ja valtion eläköitymisennuste 2022.)

Tehyn jäsenkyselyn mukaan lähes kaikki vastaajat olivat harkinneet alanvaihtoa. Alle 30-vuotiaista suurin osa (71 %) totesi, ettei tule jaksamaan työuran loppuun asti alan työtehtävissä. Keskeiset syyt olivat huono palkka, liian vähän henkilökuntaa ja työn vähäinen arvostus. (Tehy 2021.)

Kansainvälisesti tarkasteltaessa voidaan todeta, että tilanne on vielä huonompi. Esimerkiksi Iso-Britanniassa haasteena on kantaväestön vähäinen kiinnostus alaa kohtaan. Siellä hallitus pyrkii kohentamaan tilannetta muun muassa tukemalla taloudellisesti opiskelijoita vuodesta 2020 lähtien. Alalta poistuminen on Iso-Britanniassa erittäin vilkasta, kun 2021 rekisteristä poistui 27 000 hoitajaa, 13 % enemmän kuin vuonna 2020. Rekisteristä 40 % poistui eläköitymisen vuoksi ja 20 % työn kuormittavuuden vuoksi. (Triggle 2022.)

Suomessakin sosiaali- ja terveystieteiden koulutuksen vetovoima on heikentynyt. Esimerkiksi lähihoitajien koulutuksessa jää aloituspaikkoja täyttämättä. (Vipunen – opetushallinnon tietopalvelu 2022a.) Sen sijaan ammattikorkeakoulujen vetovoima on pysynyt ennallaan hoitotyön osalta (sairaanhoitaja, ensihoitaja, kättilö, terveydenhoitaja). Tässä on kuitenkin alueellista vaihtelua ja tilanne pääkaupunkiseudulla näyttäisi olevan parempi kuin joillain muilla paikkakunnilla Suomessa. (Vipunen – opetushallinnon tietopalvelu 2022b.)

2 Selvityksen lähtökohdat

Tässä selvityksessä ammattihenkilöllä tarkoitetaan sosiaali- tai terveysalan tutkinnon suorittanutta henkilöä, joka on laillistettu ammattihenkilö tai saanut ammatinharjoittamisluvan, tai jolla on oikeus käyttää sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimike-suojattu ammattihenkilö).

Resurssit

Riittämätön henkilöstömitoitus aiheuttaa puutteita potilaiden hoidossa ja on uhka potilasturvallisuudelle (Carvalho de Lima ym. 2020, Danielis ym. 2021, Smith ym. 2021, Batista Lima ym. 2022). Henkilöstövajeen vuoksi ammattihenkilöiltä jää monenlaisia hoitotyön toimia tekemättä tai kesken (Rahmah ym. 2022). Tämä heikentää hoidon ja palvelun laatua. Potilaiden kaatumiset, ihovauriot, komplikaatiot ja infektiot lisääntyvät. Seurauksena on potilaiden pidemmät sairaalahoidojaksot ja taloudellisten kulujen nousu. Lisäksi ammattihenkilöiden kasvanut työkuormitus heikentää työhyvinvointia, lisää poissaoloja, alanvaihtohalukkuutta ja työuupumusta. (Kalisch & Williams 2009.) Kansainvälisessä vertailussa huomattiin, että niissä maissa, joissa potilaan läheiset osallistuvat hoitoon aktiivisesti, puutteellista hoitoa esiintyy vähemmän (Kalisch ym. 2013).

Ammattihenkilöiden ajan pitäisi ensisijaisesti kohdistua potilaiden hoitoon ja välittömään hoitotyöhön. Ammattihenkilöiden työnkuvan muuttaminen on johtanut siihen, että heillä jää entistä vähemmän aikaa varsinaiseen hoitotyöhön (Antinaho 2018). Hoitotyön työajanseurantamittarit eivät huomioi riittävästi vuorovaikutuksellisia ulottuvuuksia (Vilmi ym. 2021).

Tiimityön onnistumisella on merkittävä vaikutus hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen. Hyvä käytäntö olisi, että esimerkiksi sairaanhoitaja ja hoiva-avustaja toimisivat työparina esimerkiksi potilaan liikkumisen avustamisessa tai asentohoidoissa. Käytännössä kuitenkin sairaanhoitajat ja hoiva-avustajat tekevät eri työtehtäviä.

Sairaanhoitajat raportoivat enemmän tekemättä jääneitä hoitotoimenpiteitä ja työtehtäviä, kuten esimerkiksi potilaan liikkumisen avustaminen, suunhoito, suonensisäisen lääkityksen hoitoon liittyvät asiat, kirjaaminen, hygienia ja ihonhoito, wc:hen avustaminen, ruokailussa avustaminen annoksen ollessa vielä lämmin, asentohoidot, lääkitysten vaikutusten seuranta, emotionaalinen tuki, nestetasapainon tarkkailu, haavanhoito, elintoimintojen tarkkailu, verenسكرin tarkkailu sekä monitieteellisiin kokouksiin osallistuminen. Sairaanhoitajat mainitsivat lisäksi, että potilaskutsuihin jäi vastaamatta ja käsienpesu oli puutteellista. (Kalisch 2009.) Sairaanhoitajat olivat hoiva-avustajia useammin sitä mieltä, että äkillinen potilasmäärien kasvu, hätätilanteet sekä useat potilaan kotiutukset johtivat puutteelliseen hoitoon (Carvalho de Lima ym. 2020, Chegini ym. 2020, Danielis ym. 2021, Lima 2022).

Riittämätön henkilöstömitoitus aiheuttaa puutteellista hoitoa (missing care).

Kotihoidossa korostuu luottamuksellinen hoitosuhde. Kotihoidon asiakkaat kokevat kohtaamiset ammattihenkilöiden kanssa vaihtelevasti. Luottamuksellinen hoitosuhde on kotihoidossa ikäihmisen merkityksellinen ja tärkeä voimavara. (Hautsalo ym. 2016.) Kotikuntoutuksella pyritään vastaamaan ikäihmisten palveluntarpeen kasvuun. Ajanpuute kuitenkin vaikuttaa kuntoutuksen toteuttamiseen. (Perälä ym. 2022.) Kotihoidossa ja hoivakodeissa sairaanhoitajat mainitsivat hoitotoimenpiteiden jäävän tekemättä usein muun muassa seuraavista syistä: puutteellinen tiedonkulku, kielitaitohaasteet ja väärinymmärrykset. Sairaanhoitajat totesivat, että heidän täytyy paikkailla kouluttamattomien tai kokemattomien työntekijöiden tekemiä töitä. Lisäksi kinjautuminen tietokoneelle ja niiden riittämätön määrä, vie aikaa potilaan hoidolta eikä hoitotoimia saada tehdyksi ajoissa. Minuuttiaikataulu ja huonosti suunnitellut työvuoroluettelot sekä matkoihin suunniteltu liian lyhyt aika kotihoidossa aiheutti sen, että hoitotoimia jäi tekemättä. Aikapaineen vuoksi useimmin jäi hoivakodeissa tekemättä asiakkaiden virkistykseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen liittyvät toimet ja huolehdittiin perushoidollisista tarpeista. (Andersson ym. 2022.)

Kokonaisuutena sairaanhoitajat raportoivat puutteellista hoitoa enemmän kuin hoiva-avustajat. Sairaanhoitajien mielestä työvoimapula oli syynä useammin tekemättä jääneisiin hoitotoimenpiteisiin kuin hoiva-avustajien näkemys oli. Sairaanhoitajien mielestä hoiva-avustajien tietopohja on riittämätön ymmärtämään tiettyjen hoitotoimien tärkeyttä ja ne jäävät siksi tekemättä. Hoiva-avustajat kieltäytyvät tekemästä sairaanhoitajien heille antamia tehtäviä. Lisäksi vuoron vaihtuessa kommunikointia on vähän tai ei ollenkaan sairaanhoitajien ja hoiva-avustajien kesken. Sairaanhoitajien mielestä hoiva-avustajien pitäisi tehdä työnsä ilman, että he puuttuvat siihen, koska silloin heiltä jää omat työtehtävät tekemättä. (Kalisch 2009, Lima 2022.)

Hoiva-avustajat sitä vastoin kokivat, etteivät sairaanhoitajat luota heihin, eivät kuuntele eivätkä kunnioita. Hoiva-avustajat olivat sitä mieltä, että sairaanhoitajakin voi antaa potilaalle lasin vettä pyydettyä. Hoiva-avustajat kertoivat myös, että kommunikaatiota (esim. mitä pitäisi tehdä ja mikä asia oli kesken) sairaanhoitajien kanssa työvuoron alkaessa ja sen aikana oli vähän tai ei ollenkaan. (Kalisch 2009.)

Hoidon laatu

Hoidon laatuun vaikuttaa erityisesti asiakas- ja potilasturvallisuus. Potilasturvallisuutta voidaan kehittää erilaisilla ammattihenkilöihin kohdettuvilla turvallisuusosaamisen interventioilla. On todettu, että systeemijattelu, minkä avulla ammattihenkilö jäsentää ongelmia synnyttäviä ja ylläpitäviä rakenteita ja ajattelutapoja. Ammattitaito ja koulutus ovat hyödyksi ammattihenkilöiden potilasturvallisuus osaamiselle. (Kakemam ym. 2021.) Henkilöstön riittävyys vaikuttaa hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen (infektiot, potilaiden kaatumiset, lääkityspoikkeamat ja kuolleisuus) (Buljac-Samardžić & van Woerkom 2018, Halabi ym. 2021).

Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen edellyttää riittäviä resursseja, kuten ammattihenkilöitä, koulutusta ja perehdytystä sekä mahdollisuutta toteuttaa lääkehoitoa ilman häiriötekijöitä (Härkänen ym. 2013). Erityisesti lääkehoidossa tapahtuvat poikkeamat aiheuttavat vammautumisen ja kuolleisuuden lisääntymistä. Lääkityspoikkeamat aiheutuvat usein puutteellisesta kommunikaatiosta eri ammattiryhmien välillä, epäselvistä lääkemääräyksistä ja henkilökuntavajeesta työyksikössä. (Hammoudi ym. 2017, Khalil ym. 2018, Thomas-Hawkins ym. 2020, Stewart ym. 2021.) Sijaiset ja uudet hoitajat vaikuttavat siihen, että vakituisilla työntekijöillä on enemmän vastuuta ja aikaa kuluu hoitotyön sijasta heidän ohjaukseensa ja perehdyttämiseen (Andersson ym. 2022, Joseph ym. 2022). Myös kielitaidon puute on lääkehoidon vaaratapahtumia lisäävä tekijä. Ammattihenkilöiden mukaan on haasteellista toteuttaa lääkehoitoa, kun hoitajamitoitus ei ole riittävä, ja työ on kiireistä. (Pitkänen ym. 2014.) Varsinkin silloin, kun potilailla on monia lääkityksiä ja ammattihenkilöitä, joilla on lupa annostella suonensisäisiä lääkkeitä ei ole tarpeeksi (Härkänen ym. 2018). Lisäksi näyttäisi siltä, että ammattihenkilöitä keskeytetään useammin silloin, kun he tekevät lääkehoitoon liittyviä tehtäviä kuin muita rutiini tehtäviä (Reed ym. 2018).

Kotihoidossa asiakkaan läheisten läsnäolo ja monilääkitys lisäsivät lääkepoikkeamien riskiä (Dionisi ym. 2021). Kotihoidossa lääkehoidon vaaratapahtumia olivat lääkkeenjakovirhe, antovirhe, kirjaamisvirhe ja ottamisen virhe. Syitä vaaratapahtumille olivat epäyhtenäiset käytännöt, tiedonhallinnan ongelmat ja asiakaslähtöiset rajoittavat tekijät (esim. asiakkaan suuri lääkemäärä). Lisäksi osaamisen puute oli terveydenhuollon ammattihenkilöiden mielestä syynä lääkehoidon vaaratapahtumiin kotihoidossa, koska myös epäpätevät ja lääkeluvottomat hoitajat toteuttivat lääkehoitoa (Pitkänen ym. 2014) eikä epäpätevät hoitajat päässeet koulutuksiin (Vellonen ym. 2019).

Potilasturvallisuutta voidaan edistää ja ehkäistä poikkeamia sekä vaaratapahtumia yhteisesti sovituilla kirjallisilla käytänteillä (Stewart 2021), esimerkiksi tarkistuslistoilla. Puutteellinen perehdytys ja koulutus vaikeuttavat potilasturvallista työskentelyä (Strube-Lahmann ym. 2021). Teknologia parantaa potilasturvallisuutta (Dionisi ym. 2021), mutta jos laitteissa on usein häiriöitä, on mahdollista, että jokaiseen hälytykseen ei enää reagoida, koska lähtöoletus on, että kyseessä on väärä hälytys (Eltaybani ym. 2020). Lääkepoikkeamia voidaan ehkäistä raportoimalla ne ja käsitellä niihin johtaneet syyt, joiden perusteella tarkennetaan käytänteitä (Hammoudi ym. 2017, Khalil ym. 2018). Merkityksellinen keino potilasturvallisuuden edistämiseksi on vaaratapahtumien kirjaaminen, raportointi ja niistä oppiminen. Usein ammattihenkilöt kuitenkin pelkäävät kirjata, koska he pelkäävät rangaistuksia. Tehty virhe aiheuttaa syyllisyyttä ja raportointi koetaan työlääksi ja aikaa vieväksi. (Rutledge ym. 2018, Mrayyan ym. 2021.)

Esihenkilöillä on merkittävä rooli potilasturvallisuuden edistämisessä (Campbell ym. 2022), koska käytänteiden muutokset ja toimeenpano edellyttävät aina muutoksia organisaation ja työyksikön tasolla. Esihenkilöiden pitää osallistaa aina henkilöstö, kun käytänteitä muutetaan tai luodaan uusia. Muutoksissa pitää huomioida ammattihenkilöiden tarpeet ja näkemykset. Tiedon välittäminen potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista on esihenkilöiden ja johdon vastuulla. Lisäksi pitää mahdollistaa jatkuva ja käytännönläheinen koulutus. Esihenkilöiden pitää luoda turvallinen ja positiivinen potilasturvallisuuskulttuuri siten, että ammattihenkilöt uskaltavat raportoida poikkeamista ilman syyllistämistä, syyllisyydentunnetta ja häpeää. (Campbell ym. 2022, Eltaybani ym. 2021, Labrague ym. 2021.) Hoitotyön johtajien ja esihenkilöiden autenttista johtajuutta pitää edistää ja kehittää, jotta turvallisuuskäytänteitä voidaan lisätä ja vähentää potilaisiin kohdistuvia haitta- ja vaaratapahtumia (Labrague ym. 2021).

Osaaminen

Ammattihenkilöiden osaamisella on yhteys hyvään hoidon laatuun, potilasturvallisuuteen ja työssä jaksamiseen. Siksi ammattihenkilöiden osaamista pitää arvioida säännöllisesti ja tunnistaa puutteet osaamisessa ja mahdollistaa täydennyskoulutus. (Halabi ym. 2021, Strube-Lahmann ym. 2021). Työnantajan vastuulla on järjestää sosiaali- ja terveysalan lainsäädännön mukaisesti työvoiman tehtävien ja käytön tarkoituksenmukainen jakaminen sekä osaamisen varmistaminen eri ammattiryhmien kesken. Sosiaali- ja terveysalan valvontavirasto (Valvira) määrittelee työntekijän osaamisen varmistamisen sekä työtehtäviin liittyvän ohjauksen ja valvonnan. Osaamisen varmistamisen toteutuminen on työnantajan vastuulla. (STM 2009, Flinkman 2016, Valvira 2022b.)

Perehdytyksen tarkoitus on harjaannuttaa uusi ammattihenkilö uuteen rooliinsa henkilökunnan jäsenenä. Tavoite on, että hän osaa toteuttaa potilaiden hoitoa itsenäisesti ja potilasturvallisesti. Perehdytysohjelma auttaa uutta ammattihenkilöä sopeutumaan työpaikkaan, vähentää ahdistusta ja helpottaa oppimista. (Adams & Gillman 2016). Perehdytysohjelma on ensiarvoinen aina uusille ammattihenkilöille siinäkin tilanteessa, että työkokemusta heillä olisi toisesta työpaikasta. Esimerkiksi ammattihenkilö, joka vaihtaa työpaikkaa sairaalasta kotihoitoon, ei ole tottunut toimimaan yksin joskus vaikeissakin kotiolosuhteissa.

Perehdytysohjelman rinnalla olisi hyvä olla kirjallinen opas ja säännölliset keskustelut henkilökohtaisen perehdyttäjän kanssa (Muhsin ym. 2020). Strukturoitu perehdytysohjelma lyhentää perehdytysaikaa, sillä on vaikutusta työntekijän halukkuuteen jäädä työpaikkaan ja lisää työtyytyväisyyttä. (Peltokoski ym. 2016.) Perehdytysohjelma on uuden työntekijän ammatillisen kehittymisen ja tuen keskeinen työväline (Nikki ym. 2010).

Ammattihenkilöiden osaaminen on yhteydessä hoidon laatuun, potilasturvallisuuteen ja työssä jaksamiseen.

Tehyn selvitysten mukaan strukturoituja perehdytysohjelmia on erityisesti erikoissairaanhoidossa. Perehdytyksen kesto vaihtelee paljon. Teho- ja valvontaosastoilla oli lähes aina perehdytysohjelma ja perehdytyksen ajaksi nimetty mentori. (Vartiainen 2021.) Erikoissairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoitajien mukaan työyksikössä oli käytössä perehdytysohjelma ja perehtyvällä sairaanhoitajalla nimetty mentori perehdytyksen aikana. Perehdytysohjelman kesto vaihteli yhdestä päivästä vuoteen. (Coco 2021.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevät lähihoitajat kertoivat, että yleensä perehdytysohjelma kesti viikon tai vähemmän. Perehdytyksen aikana heillä on nimetty ohjaaja. (Coco & Roos 2020.)

Lisä- ja täydennyskoulutuksen pitää olla jatkuvaa, jotta voidaan varmistaa ammattihenkilöiden osaamisen ajantasaisuus. Ammattihenkilöt toivovat, että esihenkilöt tukevat heidän ponnisteluitansa ammattitaidon ylläpitämiseksi. (Rahmah ym. 2022.) Lääkehoidon poikkeamat potilaiden hoidossa ovat suurin potilasturvallisuutta heikentävä erityisesti kotihoidossa. Siksi esihenkilöiden tulee järjestää ja mahdollistaa säännöllinen koulutus ja varmistaa, että ammattihenkilöt osallistuvat koulutukseen. Lisäksi esihenkilöiden pitää huolehtia siitä, että ammattihenkilöt osaavat noudattaa sovittuja käytäntöjä, kuten esimerkiksi kaksoistarkistusta ja seitsemän O:ta eli ”seitsemän oikeaa sääntöä”. (Strube-Lahmann ym. 2021.)

Iso-Britanniassa sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelee sairaanhoitajien lisäksi kahden tasoista avustavaa henkilöstöä ”health care assistant” (HCA) ja ”assistant practitioner” (AP).

AP osaaminen on edistyneempää kuin HCA:n, mutta on useita hoitotoimenpiteitä, joita heidän ei ole sallittua tehdä. Tällaisia tehtäviä ovat muun muassa lääkehoito, katetrointi, haavahoito, potilaiden tarkkailu, hoidon suunnittelu, kotiuttaminen, akuutit potilaat, hoitotyön arviointi ja diagnosointi, varsinainen vastuu potilaista tai tutkimustulosten kertominen potilaille. (Spilsbury ym. 2011.)

Lääkäreiltä siirretään uusia vaativia tehtäviä esimerkiksi sairaanhoitajille, mikä lisää heidän työkuormaansa. Tästä syntyy painetta siirtää sairaanhoitajille perinteisesti kuuluneita tehtäviä muille ammattiryhmille. (Spilsbury ym. 2004.) Tällöin hoiva-avustajat tekevät sellaisia hoitotoimenpiteitä, joihin heillä ei ole koulutusta tai osaamista, esimerkiksi lääkehoito, hoitosuunnitelmat, EKG, aggressiivisten potilaiden rajoittaminen, sairaanhoitajaopiskelijoiden ja vastavalmistuneiden sairaanhoitajien ohjaus (Thornley 2000).

Sairaanhoitajien ja muiden työntekijäryhmien pitää tietää ja ymmärtää oman vastuunsa laajuus ja taso, kun työtehtäviä delegoidaan heille (Ingleton ym. 2011). Hoiva-avustajien koulutus kohdistuu ensisijaisesti perinteisiin hoivatehtäviin, kuten peseytymisessä, ruokailussa, pukeutumisessa ja wc:ssä avustamiseen, sen sijaan vuorovaikutukseen kiinnitetään koulutuksessa vähemmän huomiota. Vuorovaikutusosaamisella voidaan ehkäistä muistisairaan agitoituminen. Siksi muistisairaiden kanssa olisi tärkeä ymmärtää sen aiheuttamat haasteet vuorovaikutukseen. (Foster ym. 2018.)

Johtaminen

Lähiesihenkilö mahdollistaa työyksikön työn sujuvuuden ammattihenkilöiden osaamisresurssien johtamisella ja arvioimalla ammattihenkilöiden osaamisvajetta sekä mahdollistaa tarpeiden mukaisen osaamisen lisäämisen (Ottman-Salminen ym. 2022). Tehtävien siirtäminen ammattiryhmältä toiselle edellyttää hoitotyön esihenkilöiltä osaamisen varmistamista ja arviointia. Esihenkilöiden vastuulla on huolehtia siitä, että hoidon laatustandardit täyttyvät. (Spilsbury ym. 2004.) Johtamistyyllillä on yhteys työpaikan potilasturvallisuuskulttuuriin, vaaratapahtumien ehkäisyyn ja hoidon laatuun. Johtamistyyli vaikuttaa myös työhyvinvointiin, henkilöstön vaihtuvuuteen ja poissaoloihin. (Ferreira ym. 2022.)

Transformatiivisella johtajalla on hyvät kuuntelu- ja vuorovaikutustaidot. Hän kunnioittaa henkilöstöä ja osoittaa myötätuntoa, vaikka vastapuolen näkemykset poikkeaisivat omista (Fischer 2016). Arvostava johtaminen toteutui johtajien arvioiden mukaan paremmin kuin ammattihenkilöt ilmoittivat sen toteutuvan. Erikoissairanhoidossa ammattihenkilöt ja johtajat arvioivat arvostavan johtamisen toteutuvan paremmin kuin perusterveydenhuollossa. (Harmoinen ym. 2016.) Lisäksi johtajien ja esihenkilöiden vastuulla on henkilöstön osaamisen varmistaminen ja kehittäminen (Vatnøy ym. 2022). Johtajien pitää huomioida, miten ammattihenkilön työuraa voidaan edistää siten, että työstä ja ammatista ei lähdetä johtamisen puutteiden vuoksi (Harmoinen ym. 2015).

Covid-19 pandemia on lisännyt etätyötä ja etäjohtamista. Menestyksellinen etäjohtaminen edellyttää johtajien ja henkilöstön välistä luottamusta, hyvää vuorovaikutusta ja tiimikulttuuria. Etäjohtamisen rinnalla on tärkeä järjestää lähitapaamisia ja kokouksia, sopia kommunikaatiokäytännöistä ja pitää yllä positiivista tiimihenkeä. (Terkamo-Moisio ym. 2021.) Hoitotyön johtajien läsnäolo työyksiköiden arjessa ja toiminnassa on tärkeää, koska heidän tekemä työ ei aina näy työntekijöille (Mäntynen ym. 2015).

Covid-19 pandemia on lisännyt painetta jo ennestään vaativaan hoitotyön johtajan työhön. Johtajien ja esihenkilöiden työtyytyväisyys on aiempaa heikompi, koska työmäärä on kohtuuton ja vapaa-aikaa ei jää esimerkiksi yhdessä-oloon läheisten kanssa. Lisäksi on ensiarvoista, että hoitotyön esihenkilöillä ja johtajilla on riittävä sekä tarkoituksenmukainen koulutus tehtävänsä. Puutteellisella johtamisosaamisella on negatiivinen ja kustannuksiin kohdistuva vaikutus. Heikot johtamis- ja ihmissuhdetaidot aiheuttavat tyytymättömyyttä ja työpaikanvaihtamisaikkeitä. On tärkeä kiinnittää huomiota positiiviseen työympäristöön ja ilmapiiriin. (Keith ym. 2022.)

Hoitotyön johtajien ja esihenkilöiden rooli on keskeinen ammattihenkilöiden sitoutumisen edistämisessä. Henkilöstölle on tärkeä saada tehdä merkityksellistä työtä omien arvojen mukaisesti. Kun ammattihenkilön arvot kohtaavat organisaation arvojen kanssa, hän sitoutuu paremmin. Siksi hoitotyön johtajien pitää huolehtia siitä, että arvot näkyvät aidosti arjessa eikä pelkästään paperilla. (Bergstedt ym. 2020.) Johtamisen oikeudenmukaisuus on selkeästi yhteydessä ammattihenkilöiden työssä jatkamisen aikeisiin. Kun ammattihenkilö kokee tulleen kohdelluksi oikeudenmukaisesti, hän todennäköisemmin jatkaa työssä. (Nokela ym. 2021.)

Erikoissairaanhoidossa hoitotyön johtajien ja lähijohtajien työ kohdentui henkilöstöjohtamiseen, toiminnan ja talouden johtamiseen, kliinisen hoitotyön johtamiseen sekä viestintään ja yhteistyöhön. Lähijohtajien työ vaihteli enemmän kuin hoitotyön johtajien. Painotus kohdistui kuitenkin molemmilla ryhmillä päivittäistoimintoihin eikä hoitotyön strategisen johtamisen toimeenpanoon, suunnitelmalliseen ja tavoitteelliseen johtamiseen. (Bjerregård ym. 2020.)

Työhyvinvointi ja työn kuormittavuus

Työssä koettu stressi korreloi vahvasti ja negatiivisesti ammattihenkilöiden työtyytyväisyyden kanssa. Siksi työolojen parantamiseen pitää kiinnittää erityistä huomiota. Organisaatiot resursoivat ammattihenkilöiden rekrytointiin, mutta työpaikkaan sitoutumiseen ei kiinnitetä riittävästi huomiota. (Zangaro & Soeken 2007.) Ammattihenkilöt ovat työlleen hyvin omistautuneita. Ammattihenkilöiden ammatillinen itsetunto on vahva erityisesti perusterveydenhuollossa. Toisaalta työstä saatu arvostus koetaan vähäiseksi. Erityisesti terveyskeskusten vuodeosastoilla ja kotihoidossa työn arvostuksen tunne on alhainen. Iäkkäämmät ammattihenkilöt voivat paremmin kuin nuoremmat. Eri ammattiryhmistä esimerkiksi lähiesihenkilöt ja terapeutit voivat paremmin kuin eriasteiset hoitajat. (Kanste ym. 2008.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työssä on useita stressitekijöitä, kuten suuri vastuu, vuorotyö, raskas työtaakka sekä kärsimyksen ja kuoleman kohtaaminen, monien työtehtävien tekeminen yhtäaikaaisesti ja vaatimus olla samalla joustava (Sallon ym. 2017, Kruczek ym. 2020). Tunne siitä, että on arvostettu sekä ylpeys tehdä hoitotyötä motivoi ammattihenkilöitä pysymään alalla. Arvostusta saadaan ensisijaisesti asukkailta ja heidän läheisiltään. Sen sijaan vähäinen yhteiskunnallinen arvostus ja matala palkka koettiin negatiivisena asiana. Alle 30-vuotiaita motivoivat mahdollisuudet edetä uralla. Vanhemmat työntekijät pitävät tärkeänä, että heidän henkilökohtaiset tarpeensa huomioidaan ja mahdollisuus joustoihin työssä. Hoiva-avustajat kokivat, että haastavinta työssä oli fyysinen raskaus ja kiire. Sairaanhoidajat sen sijaan kokivat raskaimmaksi vastuun potilaista ja heidän hoidostansa. (Gao ym. 2015.)

Hyvä tiedonkulku ja yhteistyö työyksikköjen välillä vaikuttaa positiivisesti ammattihenkilöiden työtyytyväisyyteen. Lisäksi ammattihenkilöiden riittävä henkilöstömitoitus ja kokeneiden ammattihenkilöiden suurempi osuus voisi parantaa työtyytyväisyyttä ja vähentää työuupumusta.

Palkkiot ja kokemus arvostuksesta organisaatioissa ovat tärkeitä työtyytyväisyyden ennustajia. (Gelsema 2005.) Erityisesti nuoret sairaanhoitajat kokivat työhyvinvointinsa heikoksi ja työuupumusta (Kaya & İşler Dalgıç 2021, Tehy 2021). Sairaanhoitajien työtyytyväisyys oli heikompi yksityissektorilla kuin erikoissairaanhoidossa (Kaya & İşler Dalgıç 2021). Ikääntyneiden sairaanhoitajien asenne korosti potilaan etua ja halua tehdä omien arvojen mukaisesti työtä. Tällä on vaikutus ikääntyneiden sairaanhoitajien työhyvinvointiin. (Utriainen ym. 2010.)

Ammattihenkilöt kokivat eettistä kuormitusta monenlaisista syistä. Eettistä kuormitusta aiheutti, ettei ammattihenkilö voinut tehdä työtään niin hyvin kuin haluaisi (Andersson ym. 2022), joutui hoitamaan potilaita, joiden hoitoon ei kokenut osaamisen riittävän, potilaan läheisten vaatimukset, työskentely henkilöiden kanssa, joiden osaaminen oli puutteellista, työtovereiden epäeettinen toiminta ja potilaiden kaltoinkohtelu. (Lamiani ym. 2017, Prompahakul ym. 2021, Bayanzay ym. 2022.) Lisäksi COVID-19 pandemia on lisännyt ammattihenkilöiden eettistä kuormitusta. Ammattihenkilöillä ei ole ollut käytössä riittävästi suojavarusteita ja toisaalta tiukat turvallisuusmääräykset, jotka olivat ristiriidassa ammattihenkilön näkemysten kanssa oikeasta ja väärästä. (Baele & Fontaine 2021, Wilson ym. 2022.)

Eettisellä kuormituksella on yhteys työuupumukseen. Toisaalta riittävät resurssit, positiivinen ilmapiiri, johtaminen ja näkemykset eettisestä työympäristöstä vähensivät ammattihenkilöiden eettistä kuormitusta pandemian aikana. (Baele & Fontaine 2021, Wilson ym. 2022.) Eettistä kuormitusta vähentää ammattihenkilön voimaantumisen tunne, kokemus autonomiasta ja kyky reflektoida. Hoitotyön esihenkilön tuki, turvallinen ja kunnioittava työympäristö, viestintä, yhteistyö, päätöksenteko, tarkoituksenmukainen henkilöstö ja tunnustuksen antaminen ovat keskeisiä tekijöitä, jotka ylläpitävät työhyvinvointia. (Dimino ym. 2021.)

Hoiva-avustajat työpaikoilla

Ikäihmisten toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annettua laki (982/2012) uudistettiin vuonna 2020. Vanhuspalvelulain tavoite on ikäihmisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden laadun parantaminen sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistaminen. Laissa on säädetty muun muassa tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa välittömään asiakastyöhön osallistuvista henkilöistä ja välittömän asiakastyön vähimmäismitoituksesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt kykenevät parhaiten vastaamaan asiakkaiden runsaaseen palvelutarpeeseen, kuten esimerkiksi muistisairaana asiakkaan kohtaamiseen ja ohjaamiseen sekä lääkehoitoon ja sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin. Hoiva-avustajien tehtävä on avustaa ympärivuorokautisessa hoidossa asiakkaiden perustarpeista huolehtimisesta. Hoiva-avustaja ei voi työskennellä yksin työvuorossa eikä vastata lääkehoidosta. Työnantajan on omavalvonnan keinoin huolehdittava siitä, että henkilöstön määrä ja rakenne vastaavat kaikkina vuorokauden aikoina asiakkaiden palvelujen tarvetta. (Valvira, 2022a.)

Hoiva-avustaja ei ole sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö, siksi hoiva-avustajien ei pidä osallistua lääkehoidon toteuttamiseen. Jos työnantaja kuitenkin arvioi, että hoiva-avustajien osallistuminen lääkehoitoon olisi välttämätöntä, pitää hoiva-avustaja kouluttaa lääkehoidon tehtäviin, hänen osaamisensa tulee varmistaa ja hänellä pitää olla kirjallinen lääkehoitolupa. On ensiarvoista huomioida, että lääkehoitolupa on asiakas- tai lääkekohtainen. (Fimea, 2022.)

Tunne siitä, että on arvostettu, sekä ylpeys tehdä hoitotyötä motivoi ammattihenkilöitä pysymään alalla.

3 Selvityksen tarkoitus ja tavoite

Selvityksen tarkoitus oli kuvata sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon organisaatioissa välittömään hoitotyöhön osallistuvien tehyläisten ammattihenkilöiden ja heidän esihenkilöiden näkemyksiä palveluiden laadusta, resursseista, osaamisesta ja johtamisesta.

Selvityksen tavoite oli tuottaa tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon työoloista ja niihin liittyvistä tekijöistä ammatillisen ja taloudellisen edunvalvonnan tueksi.

4 Aineiston keruu

Aineiston keruu

Selvityksen saatekirjeessä pyydettiin osallistumaan niitä jäsenrekisterin mukaan työssä käyviä tehyläisiä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja heidän esihenkilöjensä, jotka tekevät välitöntä hoitotyötä tai johtavat sitä sosiaali- ja perusterveydenhuollon organisaatioissa. Osallistujat poimittiin Tehyn jäsenrekisteristä heidän ilmoittamien työpaikkatietojen perusteella. Kysely lähetettiin Tehyn postiviidakon kautta jäsenen jäsenrekisterissä ilmoittamaan sähköpostiin marraskuussa 2021 ja vastausaikaa oli kolme viikkoa. Muistutuskinjettä ei lähetetty.

Mittari laadittiin selvityksen aihepiiriä koskevan aiemman tutkimuksen ja Tehyn aiempien ammatillista edunvalvontaa koskevien selvitysten perusteella. Selvityksessä oli taustamuuttujia (n = 7), hoidon laatua (n = 9), potilasturvallisuutta, (n = 6), osaamista (n = 5), työoloja (n = 3), työhyvinvointia ja kuormitusta (n = 4), johtamista (n = 7), resursseja (n = 9), mihin työaikani kuluu (n = 14), mihin työaikani kuluu esihenkilönä (n = 6) koskevia kysymyksiä sekä johtamista, lääkehoitoa, kuormitusta, työvoimapulaa koskevia avoimia kysymyksiä (n = 4).

5 Menetelmät

Aineiston analyysit

Selvityksessä käytettiin sekä määrällistä että laadullista aineistoa. Määrällinen aineisto koostui erilaisista monivalintakysymyksistä ja Likert-asteikollisista väittämistä. Laadullinen aineisto koostui avoimista lyhyesti vastattavista kysymyksistä.

Osallistujien taustatiedot, monivalintakysymykset ja Likert-asteikolliset väittämät kuvattiin frekvensseinä ja prosentteina. Aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics versio 28:lla sekä Webropol 3.0 ohjelmalla. Tuloksia tarkasteltiin prosentti- ja frekvenssijakaumina. Taustamuuttujien yhteyttä selvitettiin ristiintaulukoinnilla khiin neliö – testillä tutkittaviin teemoihin: työhyvinvointi ja kuormitus, osaaminen, työolot, resurssit, hoidon laatu ja potilasturvallisuus, johtaminen, työajan käyttö.

Laadullinen aineisto analysoitiin joko sisällön erittelyllä tai induktiivisella sisällönanalyysillä. Aineisto luettiin useita kertoja. Alkuperäisilmaisut, jotka olivat sanoja tai lauseita, pelkistettiin taulukkoon. Pelkistyksistä etsittiin samankaltaisuudet ja ne ryhmiteltiin alakategorioiksi ja nimettiin sisältöä kuvaavilla käsitteillä. Alakategorioista muodostettiin yläkategoriat, joista muodostui yhdistävä kuvaus/luokka. (Taulukko 1.)

6 Tulokset

6.1 Taustamuuttujat

Vastaajista (n = 5316) kolmannes (31 %) oli iältään 45–54-vuotiaita, neljännes vastaajista (26 %) oli 35–44-vuotiaita ja 24 % oli 55–64-vuotiaita. Alle 35-vuotiaita oli 19 % vastaajista (Taulukko 2.) Puolet vastaajista (n = 5276) oli sairaanhoitajia (51 %, n = 2696) ja seuraavaksi suurin ryhmä olivat lähi- ja perushoitajat (31 %, n = 1625). Lähi- ja perushoitajiin yhdistettiin seuraavat vastaajien ilmoittamat ammattiryhmät: hammashoitaja (n = 82), mielisairanhoitaja (n = 67), kuntahoitaja (n = 25), perushoitaja (n = 32), lastenhoitaja (n = 9), apuhoitaja (n = 6), lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja (n = 4). Muita vastaajia ammattinimikkeittäin oli terveydenhoitaja (9 %, n = 452), fysioterapeutti (3 %, n = 141), sosionomi (1 %, n = 58), suuhygienisti (1 %, n = 57), röntgenhoitaja (n = 41), bioanalyytikko (n = 38), geronomi (n = 23), ensihoitaja amk (n = 17), kuntoutuksen ohjaaja (n = 7) ja jalkaterapeutti (n = 5). Vastaajista (n = 5199) 52 %:lla oli työkokemusta sosiaali- ja terveysalalla yli 15 vuotta ja nykyisessä työpaikassa viisi vuotta tai vähemmän (52 %). (Taulukko 3.)

6.2 Resurssit

6.2.1 Resurssit sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa

Henkilöstömitoitus

Vastaajista lähes kolmannes (26 %) oli sitä mieltä, että asiakkaiden hoidon ja avun tarvetta ei työvuorosuunnittelussa huomioida koskaan tai vain harvoin (n = 5200). Kolmannes vastaajista (33 %) arvioi, että he joutuvat selviytymään työtehtävistään ilman työtovereiden tukea tai apua (n = 5242). Lähihoitaja toimi sairaanhoitajan sijaisena viikoittain tai useammin (16 %)

ja vastaajista 53 % ilmoitti, että ei koskaan (n = 4994). (Taulukko 4.) Valtaosa vastaajista (91 %) arvioi, että tietää oman vastuunsa työtehtävissä vähintään hyvin (n = 5277). (Taulukko 5.)

Vastaajien mukaan eniten (87 %) toteutuneista työvuorovahvuuksista oli puuttunut edellisen kuukauden aikana lähi/perushoitajia. (n = 4584). Avoimeen kysymykseen vastattiin, että työvuoroista oli puuttunut edellisen kuukauden aikana seuraavasti työntekijöitä: lähi/perushoitaja (81 mainintaa), sairaanhoitaja (138 mainintaa), hoiva-avustaja (7 mainintaa), keittiöhenkilö (3 mainintaa). Lisäksi yksittäiset maininnat: fysioterapeutti, terapeutti, lääkäri, siivooja, lääkeluullinen lähihoitaja (44 mainintaa) sekä ei lainkaan työvuoropuutoksia (29 mainintaa).

Yli puolet vastaajista (55 %) oli joutunut jäämään edellisen kuukauden aikana töihin yli suunnitellun työajan työyksikön tilanteen takia (n = 5123). Avoimeen kysymykseen, miten usein, vastattiin seuraavasti (2395 vastausta): Viikoittain (580 mainintaa), kaksi kertaa (613 mainintaa), kerran (616 mainintaa), 5–10 kertaa (yhteensä 328 mainintaa), päivittäin 256, kolme kertaa (359 mainintaa), neljä kertaa (162 mainintaa). Lisäksi 92 vastasi, ettei jää ylitöihin.

Vastaajista yli puolet (61 %) kertoi, että heitä ei ollut pyydetty edellisen kuukauden aikana vaihtamaan työvuoroa (esim. aamuvuoro iltavuoroksi) työyksikön tarpeen takia (n = 5009). Reilu kolmannes (39 %) totesi sen sijaan, että edellisen kuukauden aikana heitä oli pyydetty vaihtamaan vuoroa seuraavasti (yhteensä 1576 vastausta): kerran (752 mainintaa), kaksi kertaa (511 mainintaa), kolme kertaa (198 mainintaa), neljä kertaa (131 mainintaa). Lisäksi todettiin, että oli pyydetty usein tai useammin kuin 5 kertaa (48 mainintaa) tai viikoittain (153 mainintaa). Harvoin tai muutamia kertoja kuukaudessa mainittiin 128 kertaa ja päivittäin 27 mainintaa.

Vastaajista 39 % arvioi, että heitä oli pyydetty edellisen kuukauden aikana tekemään ylimääräinen työvuoro työyksikön tarpeen takia (n = 5016) seuraavasti (yhteensä 1555 vastausta): kerran (798 mainintaa), viikoittain (608 mainintaa) kaksi kertaa (432 mainintaa), kolme kertaa (152 mainintaa), neljä kertaa tai muutamia kertoja (117 mainintaa), enemmän kuin viisi kertaa (yhteensä 99 mainintaa), omasta pyynnöstä tai vapaaehtoisesti (4 mainintaa), 39 vastaajaa ilmoitti, että oli kieltäytynyt ylimääräisestä vuorosta.

Vastaajien näkemysten mukaan lähihoitaja- ja sairaanhoitajavaje johtui ensisijaisesti seuraavista syistä (3287 vastausta): ei saada sijaisia (2386 mainintaa), työntekijöiden sairastumiset ja poissaolot (1271 mainintaa), työn kuormittavuus (406 mainintaa), huono palkka (308 mainintaa), huono johtaminen (186 mainintaa), liikaa ylitöitä ja vuoronvaihtoja (168 mainintaa), irtisanotukset (101 mainintaa), korona (100 mainintaa), työpaikan huono maine (78 mainintaa), työpaikan sijainti (73 mainintaa), huono työilmapiiri (50 mainintaa), säästöt (49 mainintaa) ja huono perehdytys (48 mainintaa).

Vastaajien (54 %) mukaan aamuvuorossa työaikaa kului lääkehoitoon (lääkehoitosuunnitelman mukaiset tehtävät) tunti tai vähemmän (n = 4450). Lähes puolet vastaajista (48 %) totesi, että päivittäisissä toiminnoissa avustamiseen, kuten ruokailussa, peseytymisessä, pukeutumisessa, liikkumisessa ja WC-käynneissä avustaminen aikaa kului aamuvuorossa 1,5–3 tuntia (38 %) (n = 4434). Yli puolet vastaajista (58 %) kertoi, että aamuvuorossa työaikaa kului tunti tai vähemmän sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin, kuten haavahoidot, verenpaine- ja verensokerimittaukset (n = 4406). Vastaajista puolet (52 %) arvioi, että aamuvuorossa työaikaa kului tunti tai vähemmän fyysisen toimintakyvyn tukemiseen, kuten esimerkiksi liikehoidot, jumpparyhmät ja kävelyharjoitukset, apuvälineiden hankinta ja käytön ohjaus. Vastaajista 41 % totesi, ettei asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn tukemiseen kulunut lainkaan työaikaa (n = 4383). Työaikaa vastaajat (37 %) kertoivat, että kului päivittäin uuden työntekijän perehdytykseen ja koulutukseen tunti tai vähemmän.

Puolet (50 %) vastaajista ilmoitti, ettei aikaa kulu aamuvuorossa lainkaan perehdytykseen (n = 3790). (Kuviot 1–5.)

Vastaajista 62 % totesi, että aamuvuorossa työaikaa kului asiakastietojen kirjaamiseen puolesta tunnista tuntiin (n = 4462). Vastaajista puolet (52 %) arvioi, että aamuvuorossa työaikaa kului tunti tai vähemmän palvelutarpeen arviointiin, kuten toimintakykyarviointien tekeminen (RAI yms., lääkärin kanssa tehtävä yhteistyö) (n = 4353). Vastaajien (58 %) mielestä aamuvuorossa työaikaa kului tunti tai vähemmän hoitaja palvelusuunnitelman laatimiseen ja päivittämiseen, kuten asiakkaan ja läheisten kanssa tehtävä yhteistyö suunnitelman laatimiseksi, yhteydenpito palveluista vastaavaan kuntaan (n = 4383). Valtaosa vastaajista (80 %) totesi, että aamuvuorossa työaikaa kului asiakkaan/potilaan hoitoon liittyvään raportointiin ja tiedonvälitykseen tunti tai vähemmän (n = 4436). Vastaajista 43 % totesi, että työaikaa kului tunti tai vähemmän erilaisten toimintayksikön tilausten tekoon (jos eivät ole vastuuhenkilön tehtävinä), kuten hoitotarvikkeet, ruoka, suojavarusteet. Yli puolet (54 %) vastasi, ettei aikaa kulu lainkaan (n = 4401). (Kuviot 6–10.)

Vastaajat (55 %) mainitsivat, että aamuvuorossa työaikaa kului tunti tai vähemmän työyksikön huoneiden ja yhteisten tilojen siivoukseen pois lukien ylläpitävissä ja ennakkoimattomissa tilanteissa tehtävä siistiminen, kuten eritetahrojen, eriteppykin ja eriteroskien poisto sekä vastaavat työt tai pienimuotoinen siistiminen yhdessä asiakkaan kanssa. Vastaajista 42 % totesi, ettei aikaa kulu lainkaan edellä mainittuihin tehtäviin (n = 4391). Vastaajat (44 %) arvioivat, että aamuvuorossa työaikaa kului pyykkihuoltoon tunti tai vähemmän. Yli puolet (54 %) ilmoitti, ettei pyykkihuoltoon kulu aikaa lainkaan aamuvuorossa (n = 4434). Kaksikolmannesta vastaajista (72 %) kertoi, että työaikaa ei kulu lainkaan aamuvuorossa ruuan valmistukseen ja lämmittämiseen laajamittaisesti, jolloin työvuorossa vastataan koko yksikön asiakkaiden ruokien valmistuksesta ja lämmityksestä. Neljännes (25 %) vastaajista ilmoitti, että työaikaa kului tunti tai vähemmän (n = 4389). (Kuviot 11–13.)

6.2.2 Resurssit tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa

Henkilöstömitoitutus

Vastaajien mukaan lähes kolmannes (28 %) oli sitä mieltä, että asiakkaiden hoidon ja avun tarvetta ei huomioida henkilöstömitoituksessa koskaan tai vain harvoin (n = 1629). Reilu kolmannes vastaajista (37 %) arvioi, että joutuu selviytymään usein tai aina työtehtävistään ilman työtovereiden tukea tai apua (n = 1634). Hoiva-avustaja toimii lähihoitajan sijaisena viikoittain tai useammin reilun kolmanneksen (37 %) arvioiden mukaan. Lisäksi 31 % vastaajista totesi, ettei työyksikössä ole hoiva-avustajia (n = 1622). Lähihoitaja toimii sairaanhoitajan sijaisena viikoittain tai useammin 19 % vastaajista mukaan ja 42 % ilmoitti, että ei koskaan (n = 1622). (Taulukko 6.) Valtaosa vastaajista 91 % arvioi, että tietää oman vastuunsa työtehtävissä vähintään hyvin (n = 1631). Useimmat vastaajat (79 %) arvioivat tietävänsä hoiva-avustajan vastuulla oleva tehtävät vähintään melko hyvin tai paremmin (n = 1527). (Taulukko 7.)

Vastaajien mukaan eniten (74 %) toteutuneista työvuorovahvuuksista on puuttunut edellisen kuukauden aikana lähi/perushoitajia (n = 1555). Avoimeen kysymykseen oli mainittu, että työvuoroista oli puuttunut työntekijöitä edellisen kuukauden aikana seuraavasti: lähi/perushoitaja (31 mainintaa), sairaanhoitaja (26 mainintaa), hoiva-avustaja (3 mainintaa), keittiöhenkilö (3 mainintaa). Lisäksi yksittäiset maininnat: fysioterapeutti, terapeutti, lääkäni, siivooja, lääkeluvallinen lähihoitaja sekä ei lainkaan työvuoropuutoksia (15 mainintaa).

Yli puolet vastaajista (54 %) oli joutunut jäämään edellisen kuukauden aikana töihin yli suunnitellun työajan työyksikön tilanteen takia. (n = 1623) Avoimeen kysymykseen, miten usein vastattiin seuraavasti (740 vastausta): Tyypillisin vastaus oli viikoittain (175 mainintaa), kaksi kertaa (193 mainintaa), kerran (169 mainintaa), 5–10 kertaa (yhteensä 119 mainintaa), päivittäin 102, kolme kertaa (94 mainintaa), 4 kertaa (60 mainintaa). Lisäksi 32 vastasi, ettei jää ylitöihin. Vastaajista yli puolet (62 %) kertoi, ettei heitä ollut pyydetty edellisen kuukauden aikana vaihtamaan työvuoroa (esim. aamuvuoro iltavuoroksi) työyksikön tarpeen takia (n = 1618). Reilu kolmannes totesi sen sijaan, että edellisen kuukauden aikana heitä oli pyydetty vaihtamaan vuoroa seuraavasti (yhteensä 492 vastausta): kerran (221 mainintaa), kaksi kertaa (162 mainintaa, kolme kertaa (67 mainintaa), neljä kertaa (37 mainintaa). Lisäksi todettiin, että oli pyydetty usein tai useammin kuin 5 kertaa (48 mainintaa) tai viikoittain (42 mainintaa). Harvoin tai muutamia kertoja kuukaudessa mainittiin 25 kertaa ja päivittäin 9 mainintaa.

Vastaajista 40 % totesi, että heitä oli pyydetty tekemään ylimääräinen työvuoro työyksikön tarpeen takia edellisen kuukauden aikana (yhteensä 521 vastausta): kerran (253 mainintaa), viikoittain (208 mainintaa) kaksi kertaa (146 mainintaa), kolme kertaa (68 mainintaa), neljä kertaa tai muutamia kertoja (49 mainintaa), enemmän kuin viisi kertaa (yhteensä 34 mainintaa), omasta pyynnöstä tai vapaaehtoisesti (neljä mainintaa), kolme vastaajaa ilmoitti, että on kieltäytynyt ylimääräisestä vuorosta.

Tehostetun palveluasumisen työyksiköissä hoiva-avustaja toimii lähihoitajan sijaisena jopa viikoittain.

Vastaajien näkemysten mukaan lähihoitaja- ja sairaanhoitajavaje johtuu ensisijaisesti seuraavista syistä (1226 vastausta): useimmin mainittiin syyksi ei saada sijaisia tai ei ole tekijöitä (907 mainintaa), työntekijöiden sairastumiset ja poissaolot (449 mainintaa), työn kuormittavuus (150 mainintaa), huono palkka (139 mainintaa), huono johtaminen (74 mainintaa), liikaa ylityötä ja vuoronvaihtoja (56 mainintaa), irtisanoutumiset (43 mainintaa), työpaikan sijainti (43 mainintaa), työpaikan huono maine (40 mainintaa), korona (27 mainintaa), huono työilmapiiri (22 mainintaa), huono perehdytys (20 mainintaa) ja säästöt (14 mainintaa).

Vastaajien mukaan aamuvuorossa työaikaa kului lääkehoitoon (lääkehoitosuunnitelman mukaiset tehtävät) tunti tai vähemmän (64 %) (n = 1583). Reilu kolmannes (35 %) totesi, että päivittäisissä toiminnoissa avustamiseen, kuten ruokailussa, peseytymisessä, pukeutumisessa, liikkumisessa ja WC-käynneissä avustamiseen aikaa kului aamuvuorossa 1,5–3 tuntia ja 38 % kertoi aikaa kuluvan yli kolme tuntia. (n = 1586). Kaksikolmannesta vastaajista (72 %) kertoi, että aamuvuorossa työaikaa kului tunti tai vähemmän sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin, kuten haavahoidot, verenpaine- ja tai verensokerimittaukset (n = 1584). Vastaajista yli puolet (64 %) arvioi, että aamuvuorossa työaikaa kuluu tunti tai vähemmän fyysisen toimintakyvyn tukemiseen, kuten esimerkiksi liikehoidot, jumpparyhmät ja kävelyharjoitukset, apuvälineiden hankinta ja käytön ohjaus (n = 1573). (Kuviot 14–18.)

Kaksikolmannesta (75 %) totesi, että aamuvuorossa työaikaa kului asiakastietojen kinjaamiseen tunti tai vähemmän (n = 1588). Yli puolet (58 %) arvioi, että aamuvuorossa työaikaa kului tunti tai vähemmän palvelutarpeen arviointiin, kuten toimintakykyarviointien tekeminen (RAI yms., lääkärin kanssa tehtävä yhteistyö) (n = 1560). Vastaajien (65 %) mielestä aamuvuorossa työaikaa kului tunti tai vähemmän hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen ja päivittämiseen, kuten asiakkaan ja läheisten kanssa tehtävä yhteistyö suunnitelman laatimiseksi, yhteydenpito palveluista vastaavaan kuntaan (n = 1570).

Reilusti yli puolet vastaajista (65 %) arvioi, että aamuvuorossa työaikaa kului asiakkaan/potilaan hoitoon liittyvään raportointiin ja tiedonvälitykseen tunti tai vähemmän (n = 1581). (Kuviot 19–23.)

Vastaajat (58 %) mainitsivat, että aamuvuorossa työaikaa kului tunti tai vähemmän yksikön huoneiden ja yhteisten tilojen siivoukseen pois lukien ylläpitävissä ja ennakoimattomissa tilanteissa tehtävä siistiminen, kuten eritetahrojen, eriteppykin ja eriteroskien poisto ja vastaavat työt tai pienimuotoinen siistiminen yhdessä asiakkaan kanssa. Vastaajista 38 % totesi, ettei aikaa kulu lainkaan edellä mainittuihin tehtäviin (n = 1556). Vastaajat (55 %) arvioivat, että aamuvuorossa työaikaa kului pyykkihuoltoon tunti tai vähemmän. Vastaajista 44 % ilmoitti, ettei pyykkihuoltoon kulu aikaa lainkaan aamuvuorossa (n = 1583). Kolmannes (34 %) vastaajista kertoi, että aikaa ei kulu lainkaan aamuvuorossa ruuan valmistukseen ja lämmittämiseen laajamittaisesti, jolloin työvuorossa vastataan koko yksikön asiakkaiden ruokien valmistuksesta ja lämmityksestä (n = 1559). Aamuvuorossa puolet (50 %) vastaajista totesi, että työaikaa kului tunti tai vähemmän erilaisten toimintayksikön tilausten tekoon (jos eivät ole vastuuhenkilön tehtävinä), kuten hoitotarvikkeet, ruoka, suojarusteet. Noin puolet (49 %) vastasi, ettei aikaa kulu lainkaan tilausten tekoon (n = 1568). Työaikaa kului päivittäin uuden työntekijän perehdytykseen ja koulutukseen vastaajien (55 %) arvioiden mukaan korkeintaan 15 minuuttia (n = 1364). (Kuviot 24–26.)

Lähihoitaja- ja sairaanhoitajavaje johtuu ensisijaisesti ammattihenkilöiden mukaan sijaispulasta, sairastumisista, työn kuormittavuudesta ja huonosta palkasta.

6.3 Hoidon laatu

6.3.1 Hoidon laatu ja siihen vaikuttavat tekijät sosiaali- ja perusterveydenhuollon työpaikoilla

Vastaajista yli puolet (55 %) arvioi, että asiakkaat joutuivat odottamaan perushoidollisia toimenpiteitä, kuten aamupesut päivittäin tai joitakin kertoja viikossa (n = 4615). Lääkehoitoa asiakkaat joutuivat odottamaan vastaajien arvioiden mukaan päivittäin tai joitakin kertoja viikossa (43 %) (n = 4620). Tarvittaessa määrättyä kipulääkettä joutui odottamaan vastaajien mukaan (31 %) viikoittain tai päivittäin (n = 4631). Aamupalaa tai lounasta joutui odottamaan vastaajien (23 %) mielestä päivittäin tai viikoittain niin, että se oli jo jäähtynyt (n = 4572). Lähes puolet (46 %) vastasi, että asiakkaat joutuivat odottamaan ulkoilua tai muuta viriketoimintaa päivittäin tai viikoittain (n = 4491). Lähes puolet vastaajista (46 %) totesi, että asiakkaat joutuivat odottamaan toimintakykyä ylläpitäviä harjoituksia päivittäin tai viikoittain (n = 4536). Kolmannes vastaajista (35 %) oli sitä mieltä, että asiakkaat joutuivat odottamaan kohtuuttoman pitkään WC:hen pääsyä päivittäin tai viikoittain (n = 4560). Kolmannes vastaajista (36 %) arvioi, että asiakkaat joutuivat odottamaan päivittäin tai viikoittain hampaiden pesua (n = 4523). Lähes puolet vastaajista (45 %) totesi, että asiakkaiden iltatoimet aloitetaan liian aikaisin päivittäin tai viikoittain (n = 4503). (Taulukko 8.)

Vastaajista 40 % oli sitä mieltä että asiakas- ja potilasturvallisuus (esimerkiksi potilaiden kaatumiset, painehaavaumien synty, aliravitseminen) vaarantui viikoittain tai useammin, koska henkilöstövahvuudessa ei ollut riittävä määrä ammattihenkilöitä ja henkilöstövajetta oli täydennetty esimerkiksi hoiva-avustajilla (n = 4659). Laiteturvallisuus ei vastaajien mukaan vaarantunut juurikaan, vaikka henkilöstövahvuudessa ei ollut oikea määrä ammattihenkilöitä. Vastaajista 78 % totesi, että laiteturvallisuus vaarantui em. syystä joitakin kertoja kuukaudessa tai ei lainkaan (n = 4632). (Taulukko 9.)

6.3.2 Hoidon laatu ja siihen vaikuttavat tekijät tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa

Vastaajien mukaan (72 %) asiakkaista joutui odottamaan perushoidollisia toimenpiteitä, kuten aamupesut päivittäin tai joitakin kertoja viikossa. (n = 1630). Lääkehoitoa asiakkaat joutuivat odottamaan myös usein, kun yli puolet vastaajista (58 %) mainitsi, että asiakkaat joutuvat odottamaan sitä päivittäin tai joitakin kertoja viikossa (n = 1627). Tarvittaessa määrättyä kipulääkettä asiakas joutui odottamaan vastaajien (35 %) arvion mukaan viikoittain tai päivittäin (n = 1618). Aamupalaa tai lounasta asiakkaat joutuivat odottamaan vastaajien mukaan (31 %) päivittäin tai viikoittain (n = 1616). Yli puolet (62 %) vastasi, että asiakkaat joutuivat odottamaan ulkoilua tai muuta viriketoimintaa päivittäin tai viikoittain (n = 1613). Yli puolet vastaajista (62 %) totesi, että asiakkaat joutuivat odottamaan toimintakykyä ylläpitäviä harjoituksia päivittäin tai viikoittain (n = 1604). Lähes puolet vastaajista (48 %) oli sitä mieltä, että asiakkaat joutuivat odottamaan kohtuuttoman pitkään WC:hen pääsyä päivittäin tai viikoittain (n = 1616). Lähes puolet vastaajista (46 %) arvioi, että asiakkaat joutuivat odottamaan päivittäin tai viikoittain hampaiden pesua (n = 1615). Kaksikolmannesta vastaajista (75 %) totesi, että asiakkaiden iltatoimet aloitetaan liian aikaisin päivittäin tai viikoittain (n = 1617). (Taulukko 10.)

Yli puolet vastaajista (51 %) oli sitä mieltä että asiakas- ja potilasturvallisuus (esimerkiksi potilaiden kaatumiset, painehaavaumien synty, aliravitseminen) vaarantui viikoittain tai useammin, koska henkilöstövahvuudessa ei ollut riittävä määrä ammattihenkilöitä ja henkilöstövajetta on täydennetty esimerkiksi hoiva-avustajilla (n = 1622). Laiteturvallisuus vaarantui harvemmin, kun henkilöstövahvuudessa ei ollut oikea määrä ammattihenkilöitä. Vastaajista kaksikolmannesta (72 %) totesi, että laiteturvallisuus vaarantui em. syystä joitakin kertoja kuukaudessa tai lainkaan (n = 1598). (Taulukko 11.)

Kolmannes vastaajista (33 %) ilmoitti, etteivät hoiva-avustajat osallistu lääkehoitoon ja toinen kolmannes (32 %), että työyksikössä ei ole hoiva-avustajia (n = 1614). Vastaajat (n = 132) kertoivat, että hoiva-avustajat tekevät seuraavia lääkehoidon tehtäviä: annostelivat ja antavat lääkkeitä usein miten valmiiksi jaettuina dosettiin tai kippoon (138 mainintaa), laittavat silmätippoja (7 mainintaa), pistävät insuliinia ja injektioita (9 mainintaa), antavat kipulääkettä (6 mainintaa) ja inhalaatioita (n = 3 mainintaa). Lisäksi mainittiin erikseen (13 mainintaa), että hoiva-avustajat tekevät lääkehoidon tehtäviä, jos heillä on lääkeluvat ja näytöt suoritettuna. Toisaalta todettiin, että kun hoiva-avustajat antavat lääkkeitä annosjakelupusseista, he ainoastaan tarkistavat lääkkeiden lukumäärän, mutta eivät tunnista lääkkeitä. (Kuvio 27.)

Hoiva-avustajista vain 20 % oli kirjalliset lääkeluvat. Yli puolet vastaajista (51 %) totesi, että hoiva-avustajat eivät osallistu lääkehoitoon tai että työyksikössä ei ole hoiva-avustajia. (Taulukko 12.)

Lisäksi kysyttiin mitä lääkehoidon tehtäviä lääkeluvalliset hoiva-avustajat saavat tehdä työyksikössä (n = 378). Eniten lääkeluvalliset hoiva-avustajat annostelivat ja antoivat erilaisia lääkkeitä, kuten insuliinia (33 mainintaa), silmätippoja (33 mainintaa), inhalaatioita (14 mainintaa), laittaa lääkelaastarin (4 mainintaa). Usein lääkkeitä, jotka hoiva-avustajat antoivat, oli jaettu valmiiksi (182 mainintaa). Vastaajat kertoivat, että hoiva-avustajat eivät anna pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavia (pkv) lääkkeitä (11 mainintaa).

Kysyttäessä hoiva-avustajien lääkehoidon lisäkoulutuksesta reilu kolmannes (37 %) totesi, ettei sellaista ole. Kolmannes (34 %) vastasi, ettei työyksikössä ole hoiva-avustajia. Vain 11 % vastaajista mainitsi lääkehoidon lisäkoulutuksen. Lisäkoulutukset olivat muun muassa seuraavaisia: Minilop tai LoVe (n = 113) ja/tai näytöt (n = 11), Vastaajista 10 totesi, ettei tiedä tai ole varma, onko lisäkoulutusta.

Lääkehoitoon osallistuvilla hoiva-avustajilla ei aina ole kirjallisia lääkelupia eikä lääkehoidon lisäkoulutusta tehostetussa palveluasumisessa.

6.4 Osaaminen

6.4.1 Osaaminen sosiaali- ja perusterveydenhuollon palveluissa

Perehdytys

Vastaajista (53 %) noin puolet kertoi, että työhön perehtyvällä ammattihenkilöllä oli nimetty ohjaaja. Lähes puolet (46 %) vastaajista mainitsi, että perehdytysohjelma kestää alle viikon ja 11 % totesi, ettei työyksikössä ole perehdytysohjelmaa (n = 5275). Alle neljännes vastaajista (22 %) raportoi, että perehtyvä ammattihenkilö oli irrotettu henkilöstömitoituksesta perehdytyksen ajaksi (n = 5256). Lisäksi perehdytysohjelman kestoa kuvattiin seuraavasti (512 mainintaa): ei ollenkaan (230 mainintaa), yksi päivä (134 mainintaa), kaksi päivää (138 mainintaa), kolme päivää (57 mainintaa), perehdytys työn ohella ja kesto vaihtelee (32 mainintaa) ja kuusi kuukautta (7 mainintaa). (Taulukko 13.)

Vastaajista 41 % oli sitä mieltä, että ammattihenkilöiden osaaminen vastaa hyvin asiakkaiden tarpeisiin ja 8 % arvioi osaamisen vastaavan asiakkaiden tarpeita huonosti (n = 5286) (Taulukko 14.). Henkilöstömitoituksessa huomioitiin lisäksi tarvittavan henkilöstön osaaminen vastaajien arvioiden mukaan aina tai usein (61 %) (n = 5232). (Taulukko 15.)

Uuden työntekijän perehdytys kestää useimmin vain viikon tai vähemmän eikä häntä ole irrotettu henkilöstömitoituksesta.

6.4.2 Osaaminen tehostetun palveluasumisen työpaikoilla ja kotihoidossa

Perehdytys

Vastaajista (53 %) noin puolet kertoi, että työhön perehtyvällä ammattihenkilöllä on nimetty ohjaaja ja kolmannes (29 %) totesi, että nimetty ohjaaja on joskus (n = 1631). Yli puolet vastaajista (54 %) mainitsi, että perehdytysohjelma kestää alle viikon ja 11 % totesi, ettei työyksikössä ole perehdytysohjelmaa (n = 1628). Vain neljännes vastaajista (25 %) raportoi, että perehtyvä ammattihenkilö oli irrotettu henkilöstömitoituksesta perehdytyksen ajaksi (n = 1622). Lisäksi perehdytysohjelman kestoa kuvattiin seuraavasti (156 mainintaa): ei ollenkaan (61 mainintaa), yksi päivä (55 mainintaa), kaksi päivää (55 mainintaa), kolme päivää (21 mainintaa), perehdytys työn ohella ja kesto vaihtelee (30 mainintaa) ja yksi maininta kuusi kuukautta. (Taulukko 16.)

Lähes puolet vastaajista (48 %) oli sitä mieltä, että ammattihenkilöiden osaaminen vastaa ainakin hyvin asiakkaiden tarpeisiin ja 10 % arvioi osaamisen vastaavan asiakkaiden tarpeita huonosti tai erittäin huonosti (n = 1631). Hoiva-avustajien osaaminen vastasi asiakkaiden tarpeisiin melko hyvin (27 %) tai huonosti (19 %). Kolmannes vastaajista (30 %) totesi, ettei työyksikössä ole hoiva-avustajia (n = 1140). (Taulukko 17.)

Osaamisvaje (henkilöstövahvuudessa ei ole oikea määrä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja vajausta on paikattu hoiva-avustajilla) lisäsi jonkun verran tai huomattavasti vastaajien (28 %) mielestä lääkepoikkeamien (lääkevirheiden) määrää. Kolmannes vastaajista (28 %) ilmoitti, ettei työyksikössä ole hoiva-avustajia (n = 1604). (Taulukko 18.)

Henkilöstömitoituksessa huomioitiin tarvittavan henkilöstön osaaminen vastaajien arvioiden mukaan aina tai usein (54 %). (Taulukko 19.)

6.5 Johtaminen

6.5.1 Johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa

Vastaajat ilmoittivat tehtävänimikkeiksi esihenkilön tehtävissä seuraavasti: vastaava sairaanhoitaja tai tiimivastaava/vetäjä (113 mainintaa), johtaja (17 mainintaa), esimies tai esihenkilö (31 mainintaa), osastonhoitaja (41 mainintaa), apulaisosastonhoitaja (20 mainintaa), päällikkö (9 mainintaa). Lisäksi yksittäisiä mainintoja muun muassa työterveyshoitaja, lähihoitaja, ohjaaja ja fysioterapeutti.

Puolet vastaajista (49 %) kertoi, että esihenkilö puuttui työpaikan epäkohtiin vain joskus tai harvoin (n = 5254). (Taulukko 20.) Puolet vastaajista (49 %) oli sitä mieltä, että esihenkilö ymmärsi ammattihenkilön työn erityispiirteet hyvin tai erittäin hyvin (n = 5255). (Taulukko 21.)

Vastaajista 44 % totesi, että esihenkilö otti huomioon työntekijöiden fyysisen työkyvyn työvuorosuunnittelussa usein tai aina (n = 5054). Kolmannes (34 %) vastaajista mainitsi, että esihenkilö otti huomioon työntekijöiden henkisen työkyvyn työvuorosuunnittelussa usein tai aina (n = 5089). Puolet vastaajista (50 %) arvioi, että työn tavoitteet mitoitettiin siten, etteivät ne asetu vain kokeneimpien tai taitavimpien työntekijöiden tasolle vain joskus tai harvoin (n = 5040). Vastaajista 51 % kertoi, että työrytmi mitoitettiin siten, ettei se asetu vain kokeneimpien tai taitavimpien työntekijöiden tasolle vain joskus tai harvoin (n = 5005). Puolet vastaajista (54 %) oli samaa mieltä tai melkein samaa mieltä siitä, että johtaminen oli hyvää ja oikeudenmukaista (n = 5198). (Taulukko 22.)

Esihenkilöistä reilu kolmannes (33 %) arvioi, että yleensä heidän työaikaansa kuluu viikoittain toimintayksikön omavalvonnan toteutuksen seurantaan ja ohjaukseen tunti tai vähemmän. Esihenkilöistä 42 % totesi, ettei aikaa kulunut

viikoittain lainkaan toimintayksikön omavalvonnan toteutukseen ja seurantaan (n = 1098). Yli puolet (59 %) esihenkilöistä arvioi, että yleensä heidän työaikaansa ei kulunut asiakkaan tekemän reklamaation käsittelyyn (n = 828). Valtaosa esihenkilöistä (79 %) oli sitä mieltä, että heidän työaikaansa ei kulunut lainkaan asiakkaan tekemiin muistutuksiin tai AVI-kanteluihin vastaamiseen tai vastausten valmisteluun (n = 818). (Kuviot 28–30.)

Esihenkilöistä 41 % mainitsi, että yleensä työaika ei kulunut päivittäin henkilöstöjohtamiseen, rekrytointeihin ja tähän liittyviin muihin tehtäviin (n = 997). Esihenkilöistä 43 % ilmoitti, että yleensä heidän työaikaansa ei kulu lainkaan toiminnan ja talouden suunnitteluun ja seurantaan (n = 889). Yli puolet (55 %) esihenkilöistä kertoi, että yleensä heidän työaikaansa ei kulunut viikossa markkinointiin ja viestintään (n = 859). (Kuviot 31–33.)

6.5.2 Johtaminen tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa

Tehostetun palveluasumisen ja kotihoidon esihenkilötehtävissä olevien mukaan tehtävännimikkeet vaihtelivat seuraavasti: vastaava sairaanhoitaja tai tiimivastaava/vetäjä (40 mainintaa), johtaja (11 mainintaa), esimies tai esihenkilö (19 mainintaa), osastonhoitaja (3 mainintaa), kehittämisspäällikkö (1 maininta). Lisäksi yksittäisiä mainintoja muun muassa kotihoitaja, lähihoitaja, ohjaaja, fysioterapeutti.

Yli puolet vastaajista (57 %) kertoi, että esihenkilö puuttui työpaikan epäkohtiin vain joskus tai harvemmin (n = 1624). (Taulukko 23.) Lähes puolet vastaajista (49 %) oli sitä mieltä, että esihenkilö ymmärsi ammattihenkilön työn erityispiirteet hyvin tai erittäin hyvin (n = 1624). (Taulukko 24.)

Vastaajista 40 % totesi, että esihenkilö otti huomioon työntekijöiden fyysisen työkyvyn työvuorosuunnittelussa usein tai aina (n = 1611). Kolmannes (33 %) vastaajista mainitsi, että esihenkilö otti huomioon työntekijöiden henkisen työkyvyn työvuorosuunnittelussa usein tai aina (n = 1609). Puolet vastaajista (51 %) arvioi, että työn tavoitteet mitoitetaan siten, etteivät ne asettuneet vain kokeneimpien tai taitavimpien työntekijöiden tasolle vain joskus tai harvoin (n = 1603). Vastaajista 44 % kertoi, että työrytmi mitoitetaan vain joskus tai harvoin siten, ettei se asettunut vain kokeneimpien tai taitavimpien työntekijöiden tasolle (n = 1601). Vastaajista 39 % oli samaa mieltä, että lähijohtaminen oli työyksikössä, oli hyvää ja oikeudenmukaista (n = 1616). (Taulukko 25.)

Esihenkilöistä reilu kolmannes (33 %) arvioi, että yleensä heidän työaikaansa kului viikoittain toimintayksikön omavalvonnan toteutuksen seurantaan ja ohjaukseen tunti tai vähemmän. Yli puolet (53 %) esihenkilöistä arvioi yleensä heidän työaikaansa ei kulunut asiakkaan tekemän rekламаation käsittelyyn (n = 334). Valtaosa esihenkilöistä (78 %) oli sitä mieltä, että heidän työaikaansa ei kulunut lainkaan asiakkaan tekemiin muistutuksiin tai AVI-kanteluihin vastaamiseen tai vastausten valmisteluun (n = 327). (Kuviot 34–36.)

Esihenkilöistä 42 % totesi, ettei aikaa kulunut viikoittain lainkaan toimintayksikön omavalvonnan toteutuksen seurantaan (n = 431). Esihenkilöistä reilu kolmannes (35 %) mainitsi, että yleensä työaika ei kulunut päivittäin henkilöstöjohtamiseen, rekrytointeihin ja tähän liittyviin muihin tehtäviin (n = 403). Esihenkilöistä 40 % ilmoitti, että yleensä heidän työaikaansa ei kulunut lainkaan toiminnan ja talouden suunnitteluun ja seurantaan (n = 360). Yli puolet (54 %) esihenkilöistä kertoi, että yleensä heidän työaikaansa ei kulunut viikossa markkinointiin ja viestintään (n = 348). (Kuviot 37–39.)

6.5.3 Johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ammattihenkilöiden kokemusten mukaan

Kyselyyn osallistujilta kysyttiin ”Mitä muuta haluat sanoa työyksikkösi johtamisesta?” Vastauksia tuli yhteensä n = 2110 ja kokonaisuutena 77,5 liuskaa. Kokemukset johtamisesta olivat useimmin negatiivisia ja johtamista kuvattiin useissa vastauksissa sanalla huono. Toisaalta monet vastaajat totesivat, että johtaminen oli hyvää. Ne johtamiseen liittyvät asiat, mitkä oli mainittu huonon johtamisen yhteydessä huonoiksi, todettiin toisaalta toimivan niissä työyksiköissä, missä johtaminen koettiin hyväksi. Kokonaisuutena voidaan todeta, että kokemus siitä, mitä johtamisessa pidetään työntekijöiden ja esihenkilöiden mielestä tärkeänä oli yhteneväinen. Sillä ei näyttäisi olevan vaikutusta, kokiko vastaajaa oman työyksikön johtamisen hyväksi tai huonoksi.

Vastaajat kuvasivat työyksikkönsä johtamista monipuolisesti seuraavin teemojin: Johtamisosaaminen, esihenkilön sosiaaliset taidot, johtamisen jatkuvuus, palautteen antaminen ja vastaanottaminen, eettinen johtaminen, työhyvinvoinnin johtaminen ja johtamisen resurssit.

Johtamisosaaminen muodostui koulutuksesta, työkokemuksesta ja substanssiosaamisesta. Vastaajat kokivat, että henkilöstö- ja johtamiskoulutuksen puuttuminen vaikutti esihenkilön toimintaan ja heikensi johtamisen laatua. Sitä, että ”rivisairaanhoitaja” ilman johtamiskoulutusta nousi esihenkilöksi, pidettiin huonona ratkaisuna. Koulutuksen puuttuminen näkyi epäselvänä johtamisena, huonona työvuorosuunnitteluna, ja epäasiallisena työntekijöiden kohteluna. Esihenkilön työkokemusta pidettiin tärkeänä varsinkin, jos toimintaympäristö edellytti laajaa osaamista. Lisäksi pidettiin merkityksellisenä sitä, että esihenkilö ymmärtää osaston toiminnan ja erityispiirteet hyvin. Vastaajat edellyttivät esihenkilöiltä substanssiosaamista. Jos esihenkilöltä puuttui alan koulutus, hänen oli vaikea ymmärtää työn haasteet.

"Koen esimieheni ymmärtävän osastomme toiminnan hyvin, hänellä kokemusta osastotyössä, joten ymmärtää yksikköemme erityispiirteet ja samaistuu helposti ongelmatilanteisiin."

"Lähiesihenkilönä toimii sairaanhoitaja ilman esimieskoulutusta ja ilman riittävää kokemusta. Palvelukodin johtajalla ei ole työkokemusta tepayksikössä työskentelyssä."

Esihenkilön sosiaaliset taidot ilmenivät, miten hän käyttäytyi ja kohteli työntekijöitä. Vastaajat kertoivat, että esihenkilö ei kysy kuulumisia, uhkailee eikä pidä lupauksia. Toisaalta vastaajat kokivat, että esihenkilö kuuntelee ja kannustaa. Lisäksi mainittiin, että esihenkilö on helposti lähestyttävä. Kuitenkin mainittiin, että esihenkilö on pelottava ja valehtelee.

"Johtaja kohtelee työntekijöitä huonosti, tiuskii, huutaa,...."

"....,musta-valkoinen, ei pidä lupauksia, pelottava."

"Lähiesimies jäänyt kiinni suoranaisestä valehtelusta."

"Esihenkilö kuuntelee ja kannustaa."

"Tällä hetkellä on ihana, helposti lähestyttävä, reilu, ymmärtävä ja asioihin puuttuva esimies."

Johtamisen jatkuvuus heikentyi vastaajien mukaan, koska esihenkilöt vaihtuivat tiheään. Toinen jatkuvuutta vaikeuttava tekijä oli esihenkilöiden liian suuret vastualueet, useat työpisteet ja työntekijämäärät. Vastaajat toivoivat, että esihenkilöt olisivat enemmän läsnä työyksikössä. Esihenkilön etätyö koettiin epätarkoituksenmukaisena, mutta toisaalta todettiin, että on hyvä, kun on työrauha eikä esihenkilö puutu liikaa toimintaan. Työntekijät kertoivat arvostavansa sitä, että esihenkilö oli helposti saavutettavissa ja oli perillä työyksikön tapahtumista.

"Esimiesten alueet ovat laajentuneet niin ettei aikaa työnkuvien ja työntekijöiden tuntemiseen ole."

"Kuuden vuoden sisällä yksikön johtaja vaihtunut nyt neljättä kertaa."

"Esimies on hyvin perillä yksikköemme tapahtumista."

"En tiedä miten johdetaan: kaukaa ja näkemättä, sähköisillä viestimillä. Koronanko vaikutusta?"

Esihenkilön palautteen antaminen ja vastaanottaminen koettiin tärkeäksi johtamisessa. Vastaajat kaipasivat palautetta ja kokivat, etteivät he saa sitä riittävästi. Lisäksi vastaajat kertoivat, että esihenkilöt eivät osaa ottaa rakentavaa palautetta ja kehittämis ehdotuksia vastaan. Toisaalta vastaajat mainitsivat, että esihenkilö kuuntelee, mutta kehittämis ehdotuksia on mahdoton edistää, koska organisaation ohjeet ja käytännöt eivät mahdollista kehittämistä.

"...kun yrittää rakentavasti antaa palautetta hän saattaa alkaa huutamaan päin naamaa."

"Esihenkilöille tulisi myös osoittaa arvostusta ja kiitosta."

"...ja itsestä tuntuu, että palautteeni tai kokemukseni asioista lytätään."

"...ei ole kiittänyt raskaana korona-aikana tekemistämme joustoista, ei kehu, ei mitään positiivista koskaan."

"Yleisesti ottaen talon johto on empaattinen ja yrittävät pitää hoitajien puolta. Yrittävät ottaa kaikki hoitajien purnaukset huomioon."

Esihenkilön kyky johtaa eettisesti korostui vastaajien kokemuksissa. Vastaajat pitivät tärkeänä työntekijöiden tasa-arvoista ja oikeudenmukaista johtamista. He mainitsivat, että tasa-arvoa ei huomioitu riittävästi työvuorosuunnittelussa tai työtehtävissä. Tähän saattoi vastaajien mukaan vaikuttaa ystävyyssuhteet tai työntekijän kyky vaatia itselleen enemmän kuin muut. Lisäksi usein mainittiin esihenkilöiden suosikit.

"Epäoikeudenmukaista "sisäpiirin" suosimista, epäystävällistä, mikromanagerointia."

"Työvuorosuunnittelussa, joka johtuu jonkun ihmisen osaamisesta. Osaaminen pitää taata, joten kokeneiden pitää tehdä yövuoroja, vaikka ei haluaisi tehdä. Kokemattomampi, joka ei halua tehdä yövuoroja niin ei tarvitse."

"Pomon suosikit näkyvät selvästi ja saavat esim. istua tauoilla muita pidempään, toisia kritisoidaan ja vaaditaan tekemään hyvin lyhyissä aikatauluissa esim. hoitosuunnitelmaa."

"Tasa-arvo puutteellista, toisia suositaan enemmän ja heille sallitaan erilaisia oikeuksia."

Esihenkilöiltä odotetaan eettistä johtamista, tasa-arvoista ja oikeudenmukaista työntekijöiden kohtelua.

Työhyvinvoinnin johtamisessa vastaajat kokivat, että esihenkilöt eivät olleet kiinnostuneita työntekijöiden jaksamisesta. Esihenkilö ei heidän mielestään kiinnittänyt riittävästi huomiota työvuorosuunnitteluun ja sen vaikutukseen työntekijöiden hyvinvointiin. Vastaajat kokivat, että heidän jaksamistansa edisti kuunteleva, kannustava, oikeudenmukainen ja empaattinen esihenkilö.

"Vanhanaikaista autoritääristä johtamista – ei oteta huomioon ikääntyvien/työrajoitteisten hoitajien voimavaroja, kaikki samalla viivalla. Näin ollen on vaikea toteuttaa työurien pidentämistä."

"Esihenkilön kuuluisi edistää työntekijöiden työssä jaksamista omilla valinnoillaan, esim. työvuorosuunnittelussa."

"Lähiesimiehen johtaminen erittäin hyvää; kuuntelee herkällä korvalla työntekijöitään, oikeudenmukainen, kannustava, innostava ja empaattinen, kerrassaan loistava esimies!"



Johtamisen resurssit sisälsivät esihenkilön mahdollisuudet vaikuttaa työoloihin ja esihenkilön saavutettavuuden. Vastaajat kertoivat, että esihenkilöllä ei ole mahdollisuuksia vaikuttaa työyhteisön tilanteeseen. Esihenkilön läsnäoloa työpaikalla pidettiin tärkeänä. Läsnäolo ei kuitenkaan ollut mahdollista, koska esihenkilöllä oli johdettavanaan työyksiköitä useilla paikkakunnilla tai liikaa työtehtäviä. Lisäksi etätö ja siihen liittyvä asioiden hoitaminen sähköpostitse koettiin saavutettavuutta heikentäväksi.

"Minulla on onni työskennellä hyvin johdetussa yksikössä, jossa miehitys on kohdallaan, ei ylitöitä, ei työvoimapuutoksia."

"Lähiesimies ei ole riittävän usein tavoitettavissa ja fyysisesti läsnä."

"Esihenkilöllä on hoidettavanaan useamman paikkakunnan työyksikkö, joten hän on paikalla ihan liian vähän."

"Pomo on usein etätöissä, joka on hankalaa. Asioita on hankala hoitaa sähköpostitse."

6.5.4 Työhyvinvointi ja kuormitus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa

Vastaajista (n = 5292) koki työhyvinvointinsa hyväksi (26 %) tai melko hyväksi (42 %) (Taulukko 26.) Vastaajista (n = 5298) kaksi kolmannesta (70 %) koki olevansa kognitiivisesti haitallisesti tai vakavasti kuormittunut. Vastaajat arvioivat, että he joutuivat keskeyttämään usein työtehtävät, suorittamaan useaa työtehtävää yhtäaikaaisesti, kuten samanaikaisesti kirjaamaan seuraamaan sähköpostia, vastaamaan puhelimeen ja keskustelemaan asiakkaiden tai työtoverin kanssa. Eettisesti kuormittuneita, kun ammattihenkilö joutuu toimimaan eettisten periaatteidensa vastaisesti eikä voi tehdä työtään niin hyvin kuin haluasi, arvioi olevansa vakavasti tai haitallisesti yli puolet (59 %) vastaajista (n = 5292). Eettisellä kuormituksella tarkoitetaan tässä kyselyssä sellaista työtilannetta, jossa ammattihenkilö

joutuu toimimaan eettisten periaatteidensa vastaisesti, esimerkiksi kokee, että ei voi tehdä työtään niin hyvin kuin haluaa. Fyysinen kuormitus oli vastaajien (n = 5282) mukaan vähäisempää, kuten työtilanteet, joissa on lihastyön rasitusta ja hankalia työasentoja. Haitallisesti tai vakavasti fyysisesti kuormittuneita koki olevansa 42 % vastaajista. (Taulukko 27.)

Avoimeen kysymykseen kuormittavista tilanteista tai asioista työpaikalla saatiin 4560 vastausta. Suurin kuormitusta aiheuttava asia liittyi kiireeseen työpaikalla (n = 3052). Vastaajat kertoivat, ettei työssä ole taukoja. Kaksi ihmistä joutui tekemään kolmen ihmisen työt ja painostettiin tekemään työt nopeasti. Lisäksi kiire aiheutti riittämättömyyden tunnetta. Kiireen vuoksi ei ehditty perehtyä työtehtäviin eikä tehdä niitä. Toiseksi eniten mainittiin johtamisesta (n = 1341) aiheutuva kuormitus. Vastaajat kokivat, että esihenkilö ei ole aidosti läsnä eikä tiedota riittävästi. Esihenkilö lyhensi ruoka- ja kahvitaukoja. Vaikeissa tilanteissa ei saanut esihenkilön tukea ja esihenkilö koettiin välinpitämättömäksi. Kuormitusta aiheutti myös esihenkilön poisolot erilaisista syistä. Johtajuuden puute ja esihenkilöiden osaamattomuus koettiin kuormittavaksi. Kolmanneksi (n = 914) eniten vastaajia kuormittivat henkilöstöön liittyvät asiat. Useissa vastauksissa mainittiin pula osaavista työntekijöistä ja sijaisista kuormituksen aiheuttajana. Työntekijäpulan vuoksi joutui työskentelemään yksin ja vajaalla miehityksellä.

"Jatkuva kiire, asianhoidon jatkuvat keskeytykset."

"Esimiestyö on ankaraa, "kepillä johtamista". Kuormitusta on aiheuttanut se, että esimiehen toimesta sairauslomalle jäädessäsi, asiasta soittaessasi kohtaa hyvin epämiellyttävän asenteen."

"Sijaispula, ei ole tarpeeksi koulutettua henkilöstöä saatavilla."

Muut kuormittavat asiat on kuvattu [taulukossa 28](#). Taulukossa kuvatun lisäksi todettiin, että kuormitusta aiheuttivat muun muassa sisä-ilmuongelmat (n = 38) ja apotti (n = 36).

6.5.5 Työhyvinvointi ja kuormitus tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa

Tehostetun palveluasumisen henkilöstö koki työhyvinvointinsa hyväksi (24 %) tai melko hyväksi (43 %). ([Taulukko 29](#).) Vastaajista kaksi kolmannesta (71 %) koki olevansa kognitiivisesti haitallisesti tai vakavasti kuormittunut. Vastaajat arvioivat, että joutuvat keskeyttämään usein työtehtävät, suorittamaan useaa työtehtävää yhtäaikaaisesti, kuten samanaikaisesti kirjaaamaan seuraamaan sähköpostia, vastaamaan puhelimeen ja keskustelemaan asiakkaiden tai työtoverin kanssa. Eettisesti kuormittuneita, kun ammattihenkilö joutuu toimimaan eettisten periaatteidensa vastaisesti eikä voi tehdä työtään niin hyvin kuin haluaisi, arvioi olevansa vakavasti tai haitallisesti yli puolet vastaajista (64 %). Eettisellä kuormituksella tarkoitetaan tässä kyselyssä sellaista työtilannetta, jossa ammattihenkilö joutuu toimimaan eettisten periaatteidensa vastaisesti, esimerkiksi kokee, että ei voi tehdä työtään niin hyvin kuin haluaa. Fyysinen kuormitus oli vastaajien mukaan vähäisempää, kuten työtilanteet, joissa on lihastyön rasitusta ja hankalia työasentoja. Haitallisesti tai vakavasti fyysisesti kuormittuneita koki olevansa 54 % vastaajista. ([Taulukko 30](#).)

Avoimeen kysymykseen työssä kuormittavista tilanteista tai asioista työpaikalla tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa vastasi 1393 ammattihenkilöä. Eniten ammattihenkilöitä kuormitti kiire (n = 961). Kiirettä aiheutti työntekijäpula ja sijaisten saamisen vaikeus. Kiire vaikeutti myös hoitotyötä, koska ei ole aikaa rauhallisiin potilassiirtoihin. Kiire esti työn tekemisen niin hyvin kuin ammattihenkilö haluaisi, mikä jää painamaan mieltä. Kiireen vuoksi ei ollut mahdollista jäädä keskustelemaan asiakkaan kanssa, vaikka asiakas olisi toivonut hoitajan läsnäoloa.

Muiden ammattiryhmien työt esimerkiksi keittiötyöt aiheuttivat vastaajien mukaan kiirettä. Yhä huonokuntoisemmat asiakkaat vaativat paljon aikaa, eikä henkilöstöresurssi ole riittävä. Kiire ei mahdollistanut taukojen pitämistä.

"Ahdistunutta, sekavaa muistisairasta ei ole aikaa kohdata vaan hoitotilanteet ovat "kiireessä" ja puoliksi väkisin vaipan vaihtoja."

"Vuorosta puuttuu työntekijöitä, jatkuva kiire ja riittämättömyyden tunne."

Toiseksi eniten mainittiin, että kuormitusta aiheuttaa johtaminen ja esihenkilötyö (n = 412). Esihenkilön sijaistaminen koettiin kuormittavaksi. Kuormitusta aiheutti myös vastaajien kokemus siitä, että esihenkilö ei arvosta ja on välinpitämätön eikä vastaa kysymyksiin. Työvuorolistat oli laadittu epäoikeudenmukaisesti eikä esihenkilö puuttunut asiaan. Esihenkilön kohtuuttomat vaatimukset aiheuttivat kuormitusta. Esihenkilöt siirsivät ammattihenkilöille ylempien esihenkilöiden ja johtajien töitä, vaikka aika ei riittänyt nykyisiin tehtäviinkään. Kuormitusta aiheutti esihenkilön vähäinen läsnäolo työpaikalla. Toisaalta vastaajia kuormitti esihenkilön liiallinen puuttuminen hoitotyöhön ja toivottiin, että hän keskittyisi hallinnollisiin työtehtäviinsä. Johtaminen koettiin ala-arvoiseksi. Puutteelliset johtamistaidot kuormittivat myös. Esihenkilö suosi joitakin työntekijöitä ja johti epäoikeudenmukaisesti. Useita mainintoja oli "huono esimies" tai "huono johtaminen" ilman tarkennusta.

Tehostetun palveluasumisen ammattihenkilöt kokivat kognitiivista kuormitusta, kun he joutuivat usein keskeyttämään työtehtävät tai tekemään useaa työtehtävää samanaikaisesti.

"Liikaa pomoja mikä aiheuttaa ongelmia ketä uskoa ja pomoilla on erilaiset mielipiteet."

"Asiat vain lakaistaan maton alle ja yritetään jatkaa hymyssä suin eteenpäin."

"Esihenkilön puutteelliset johtamistaidot ja puutteellinen asiallinen ja oikeudenmukainen delegointikyky."

Henkilöstö mainittiin kolmanneksi usein kuormitusta aiheuttavana tekijänä (n = 274). Henkilöstövaje aiheutti sen, että pitää tehdä useita tehtäviä yhtä aikaa. Henkilöstövaje näyttäytyi siten, että vuorosta puuttui työntekijöitä, mistä aiheutui riittämättömyyden tunne. Henkilöstövajeen vuoksi tiimivastaava oli laskettu mukaan 100 % hoitotyöhön, minkä vuoksi hallinnollista työaikaa ei ollut. Henkilöstövajeen lisäksi oli myös osaamisvajetta. Sijaisten etsiminen kuormitti usein. Työyhteisön työnjaon ja tiimityöskentelyn toimimattomuus kuormitti, kun avustajat ja apulaiset eivät tehneet töitään, jolloin ne kasautuivat hoitajien niskaan, esim. pyykinpesu. Hoitajamitoitus ei ollut oikea, lääkeluvattomia (hoitoapulainen) oli paljon vuoroissa työparina. Vuoroihin ei saatu sairaanhoitajaa lainkaan. Vastaajia kuormittivat myös toimimattomat järjestelmät, toimimattomat tilat ja puutteelliset sijaistjärjestelyt.

"Henkilöstön puutteellinen määrä ja koulutustaso."

"Henkilöstöpulan vuoksi joutuu usein tekemään yksin, mm. "pyörittelemään" vuodepotilaita. Kroppa huutaa hoosiannaa ja ranteet rikki."

"Har inte resurser (läkemedelslov, personal, stöd) att sköta mina klienter lite bra som jag skulle vilja. Fysiskt tunga klienter, trots det är vi endast en vårdare på nattsift."

"Viimeksi maanantaina puuttui 3 työntekijää ja 3 vakituista jäi tekemään pitkän päivän, että iltavuoro saatiin pyörimään. Tällä viikolla (vko 44) on joka päivä ma-to tehty vajaalla vuoroja ja huominkinkin tulee olemaan vajaalla."

Muut kuormittavat tilanteet on kuvattu [taulukossa 31](#). Lisäksi todettiin, että kuormitusta aiheuttaa osaamattomuus (n = 40), apotti (n = 9), sisäilma (n = 9).

Tiimivastaaville ei jäänyt aikaa hallinnolliseen työhön, koska heidät oli henkilöstömitoituksessa laskettu sataprosenttisesti hoitotyöhön.

7 Työolot ja hoiva-avustajien rooli tehostetussa palveluasumisessa

Tässä luvussa kuvataan ammattihenkilöiden näkemyksiä niillä työpaikoilla, missä hoiva-avustajat ovat mukana henkilöstömitoituksessa. Vastaajista on suodatettu pois työpaikat, joissa ei vastaajien mukaan ole hoiva-avustajia.

7.1 Taustamuuttujat

Vastaajista valtaosa (89 %) työskenteli ikäihmisten tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja muut vastaajat työskentelivät vammaisten palveluasumisen yksiköissä (11 %) (n = 364). Vastaajista (44 %) oli työkokemusta sosiaali- ja terveysalalla yli 15 vuotta. Sairaanhoidajia vastaajista oli 43 % ja lähihoitajia 48 %. Muut vastaajat olivat terveydenhoitaja (13), sosionomi (5), geronomi (1), fysioterapeutti (13), mielenterveys/mielisairanhoidaja (2), kuntohoitaja (2), kättilö (1), lastenhoitaja (1) (n = 362).

Eniten kuormitusta aiheutti kiire, jonka vuoksi ammattihenkilöt eivät ehtineet tehdä kaikkia työtehtäviä.

7.2 Työhyvinvointi ja kuormitus ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ja vammaisten palveluasumisessa

Vastaajista (n = 364) koki työhyvinvointinsa hyväksi (23 %) tai melko hyväksi (43 %). (Taulukko 32.) Vastaajista (n = 364) kaksi kolmannesta (75 %) koki olevansa kognitiivisesti haitallisesti tai vakavasti kuormittunut. Vastaajat arvioivat, että joutuvat keskeyttämään usein työtehtävät, suorittamaan useaa työtehtävää yhtäaikaaisesti, kuten samanaikaisesti kirjautumaan seuraamaan sähköpostia, vastaamaan puhelimeen ja keskustelemaan asiakkaiden tai työtoverin kanssa. Eettisesti kuormittuneita, kun ammattihenkilö joutuu toimimaan eettisten periaatteidensa vastaisesti eikä voi tehdä työtään niin hyvin kuin haluaisi, arvioi olevansa vakavasti tai haitallisesti kaksi kolmannesta (73 %) vastaajista (n = 364). Fyysinen kuormitus oli vastaajien (n = 364) mukaan vähäisempää, kuten työtilanteet, joissa on lihastyön rasitusta ja hankalia työasentoja. Haitallisesti tai vakavasti fyysisesti kuormittuneita koki olevansa 67 % vastaajista. (Taulukko 33.)

Kysymykseen kuormittavista tilanteista tai asioista työpaikalla saatiin 318 vastausta. Suurin kuormitusta aiheuttava asia liittyi kiireeseen työpaikalla (n = 199). Asiakkaita oli liikaa suhteessa henkilöstömitoitukseen ja asiakkaat ovat huonokuntoisia. Työtä tehtiin alimiehityksellä ja ammattitaitoisista työntekijöistä on pula. Uusien ja jatkuvasti vaihtuvien hoitajien ohjaaminen ja yhteisen kielen puuttuminen aiheutti kiirettä. Toiseksi eniten mainittiin johtamisesta (n = 93) aiheutuva kuormitus. Esihenkilö, jonka puheisiin ei aina voi luottaa, jolle ei aina uskalla puhua asioista, koska hänen reaktiotaan tarvitsee pelätä. Esihenkilö ei puutu tarpeeksi työpaikalla tapahtuviin asioihin. Esihenkilö on usein poissa. Kolmanneksi (n = 74) eniten vastaajia kuormittivat henkilöstöön liittyvät asiat. Useissa vastauksissa mainittiin pula osaavista työntekijöistä ja sijaisista kuormituksen aiheuttajina. Lisäksi puutteellinen kielitaito ja kouluttamaton henkilöstö kuormitti ammattihenkilöitä. Työntekijäpulan vuoksi vastaaja joutui työskentelemään yksin. Esihenkilöitä kuormitti sijaisten hankkiminen.

Asiakkaiden iltatoimet aloitetaan liian aikaisin päivittäin tai vähintään viikoittain.

7.3 Hoidon laatu ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ja vammaisten palveluasumisessa

Vastaajien mukaan kaksi kolmannesta (75 %) asiakkaista joutui odottamaan perushoidollisia toimenpiteitä, kuten aamupesut päivittäin tai joitakin kertoja viikossa (n = 364). Lääkehoitoa asiakas joutui odottamaan usein, kun yli puolet vastaajista (53 %) mainitsi, että asiakkaat joutuvat odottamaan sitä päivittäin tai ainakin joitakin kertoja viikossa (n = 363). Tarvittaessa määrättyä kipulääkettä joutui odottamaan kolmannes asiakkaista (31 %) viikoittain tai päivittäin (n = 364). Aamupalaa tai lounasta joutui odottamaan asiakkaista 34 % päivittäin tai viikoittain niin, että se oli jo jäähtynyt (n = 363). Kaksi kolmannesta (72 %) vastasi, että asiakkaat joutuivat odottamaan ulkoilua tai muuta viriketoimintaa päivittäin tai viikoittain (n = 362). Lähes kaksi kolmannesta vastaajista (69 %) totesi, että asiakkaat joutuivat odottamaan toimintakykyä ylläpitäviä harjoituksia päivittäin tai viikoittain (n = 360). Vastaajista 57 % oli sitä mieltä, että asiakkaat joutuivat odottamaan kohtuuttoman pitkään WC:hen pääsyä päivittäin tai viikoittain (n = 360). Vastaajista puolet (50 %) arvioi, että asiakkaat joutuivat odottamaan päivittäin tai viikoittain hampaiden pesua (n = 362). Valtaosa vastaajista (78 %) totesi, että asiakkaiden iltatoimet aloitetaan liian aikaisin päivittäin tai vähintään viikoittain (n = 363). (Taulukko 34.)

Vastaajista yli puolet (62 %) oli sitä mieltä, että asiakas- ja potilasturvallisuus (esimerkiksi potilaiden kaatumiset, painehaavaumien synty, aliravitsemus) vaarantui viikoittain tai useammin (n = 364). Vastaajista 41 % arvioi, että laiteturvallisuus vaarantui viikoittain tai useammin, koska henkilöstövahvuudessa ei ollut oikea määrä ammattihenkilöitä (n = 361). (Taulukko 35.)

7.4 Osaaminen ja henkilöstömitoitus ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ja vammaisten palveluasumisessa

Vastaajista 41 % oli sitä mieltä, että ammattihenkilöiden osaaminen vastaa ainakin hyvin asiakkaiden tarpeisiin ja 15 % arvioi osaamisen vastaavan asiakkaiden tarpeita huonosti tai erittäin huonosti (n = 363). Hoiva-avustajien osaaminen vastasi asiakkaiden tarpeisiin melko hyvin (43 %) tai huonosti (21 %). (Taulukko 36.) Henkilöstömitoituksessa huomioitiin tarvittavan henkilöstön osaaminen vastaajien arvioiden mukaan aina (11 %). (Taulukko 37.)

Vastaajista useat (44 %) kertoivat, että joutuivat selviytymään työtehtävistään ilman työtovereiden apua tai tukea (n = 364). Kaksi kolmannesta vastaajista (70 %) mainitsi, että hoiva-avustaja toimii lähihoitajan sijaisena viikoittain tai useammin. (Taulukko 38.) Useimmat vastaajat (67 %) (n = 364) arvioivat tietävänsä hoiva-avustajan vastuulla olevat työtehtävät vähintään hyvin (n = 363). (Taulukko 39.)

7.5 Hoiva-avustajat ja lääkehoito ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ja vammaisten palveluasumisessa

Yli puolet vastaajista (54 %) ilmoitti, että hoiva-avustajat osallistuivat lääkehoitoon vähintään viikoittain. Kukaan vastaajista ei maininnut, etteivät hoiva-avustajat osallistuisi koskaan lääkehoitoon (n = 364). (Taulukko 40.)

Vastaajat (n = 98) kertoivat, että hoiva-avustajat tekevät seuraavia lääkehoidon tehtäviä: annostelevat ja antavat lääkkeitä usein miten valmiiksi jaettuina dosettiin tai kippoon (90 mainintaa), laittavat silmätippoja (5 mainintaa), pistävät insuliinia ja injektioita (3 mainintaa), antavat kipulääkettä (3 mainintaa) ja inhalaatioita (n = 1 mainintaa). Lisäksi mainittiin erikseen (13 mainintaa), että hoiva-avustajat tekevät lääkehoidon tehtäviä,

jos heillä on lääkeluvat ja näytöt suoritettuna. Hoiva-avustajista vain 22 %:lla oli kirjalliset lääkeluvat. Kukaan vastaajista (n = 364) ei ilmoittanut, että hoiva-avustajat eivät osallistuisi lääkehoitoon missään tilanteessa. (Taulukko 41.)

Kysyttäessä hoiva-avustajien lääkehoidon lisäkoulutuksesta 72 % totesi, ettei sellaista ole. Vain 27 % vastaajista mainitsi lisäkoulutuksen (Taulukko 41.). Lisäkoulutukset olivat muun muassa seuraavanlaisia: Minilop tai LoVe (n = 66) ja/tai näytöt (n = 4). Vastaajista 27 totesi, ettei tiedä tai ole varma, onko lisäkoulutusta. Vastauksia oli yhteensä 90.

Lääkeluvalliset hoiva-avustajat saivat annostella ja antoivat erilaisia lääkkeitä, kuten insuliinia (11 mainintaa), silmätippoja (14 mainintaa), inhalaatioita (9 mainintaa), laittaa lääkelaastarin (1 maininta). Usein lääkkeitä, jotka hoiva-avustajat antavat oli jaettu valmiiksi (88 mainintaa). Lisäksi todettiin, että hoiva-avustajat eivät anna pkv-lääkkeitä (4 mainintaa).

Vastaajista 42 % totesi, että lääkepoikkeamien määrä lisääntyi, kun ammattihenkilöiden vaje korvattiin hoiva-avustajilla. (Taulukko 42.)

Kaksi kolmannesta vastaajista kertoi, että hoiva-avustajilla ei ole lääkehoidon lisäkoulutusta. Kukaan vastaajista (n = 364) ei ilmoittanut, että hoiva-avustajat eivät osallistuisi lääkehoitoon missään tilanteessa.

8 Vastaajien iän, tutkinnon ja työpaikan yhteys koettuun kuormitukseen ja palvelun laatuun

8.1 Taustamuuttujien yhteys vastaajien arvioihin hoidon laadusta

Tarkasteltaessa vastaajien iän yhteyttä työtyytyväisyyteen ja kuormitukseen ei muuttujien välillä havaittu merkitsevää yhteyttä. Kokemuseettisesta ja fyysisestä kuormituksesta oli vastaajien kesken yhteneväinen, mutta muita ikäryhmiä enemmän kognitiivisesti kuormittuneita arvioivat olevansa 45–54-vuotiaat ja tulos oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.000$).

Tarkasteltaessa vastaajan tutkinnon yhteyttä näkemyksiin voitiin todeta, että tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä löytyi iltatoimien aloittaminen liian aikaisin, työajan kuluminen lääkehoitoon, sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin. Sekä hoidon laatuun liittyviin asioihin, kuten miten asiakas saa ajantasaista hoitoa ja palvelua. Sairaanhoitajat arvioivat lähihoitajia useammin, että iltatoimet aloitettiin viikoittain liian aikaisin ($p = 0.000$). Lähihoitajat olivat sairaanhoitajia useammin sitä mieltä, että asiakkaat joutuivat odottamaan perushoidollisia toimenpiteitä, kuten aamupesut päivittäin ($p = 0.000$). Sairaanhoitajat olivat lähihoitajia useammin sitä mieltä, että asiakkaat joutuivat odottamaan päivittäin lääkehoitoa ($p = 0.000$).

Tarkasteltaessa yhteyttä vastaajien nykyisen työpaikan (ikäihmiset tehostettu palveluasuminen, vammaiset palveluasuminen, päihde- ja mielenterveysasiakkaat, kotihoito) ja näkemyksien välillä, voitiin todeta tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä. Ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa lähihoitajat sijaistivat sairaanhoitajia useammin kuin muissa työyksiköissä ($p = 0.000$). Vastaava tilanne oli myös hoivaavustajien toimimisessa lähihoitajien sijaisena ($p = 0.000$). Useimmin asiakkaat joutuivat odottamaan ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa perushoidollisia toimenpiteitä, lääkehoitoa, tarvittaessa määrättyä kipulääkettä, aamupalaa tai lounasta (niin, että se on jo jäähtynyt), ulkoilua ja viriketoimintaa, toimintakykyä ylläpitäviä harjoituksia, wc:hen pääsyä kohtuuttoman pitkään, hampaiden pesua ($p = 0.000$). Iltatoimet aloitettiin vastaajien näkemysten mukaan liian aikaisin useammin ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ($p = 0.000$). Ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa vastaajien työaikaa kului useammin yli neljä tuntia asiakkaan avustamiseen päivittäisissä toimissa kuin vammaisten palveluasumisessa, päihde- ja mielenterveysasiakkaiden palveluasumisessa tai kotihoidossa ($p = 0.000$).

8.2 Vertailu kaikki vastaajat, palveluasumisen sekä kotihoidon työpaikat ja lähihoitajat tehostetussa palveluasumisessa

Seuraavassa luvussa vertaillaan ammattihenkilöiden näkemyksiä työhyvinvoinnista ja kuormituksesta ja sekä kotihoidon laadusta. Tuloksia tarkastellaan vertaillen kaikkien vastaajien/ammattihenkilöiden, tehostetun palveluasumisen ammattihenkilöiden ja tehostetussa palveluasumisessa työskentelevien lähihoitajien näkemyksiä edellä mainituista asioista.

Työhyvinvoinnin kokemuksessa ei ammattihenkilöiden välillä ollut eroja. Kognitiivinen ja eettinen kuormitus oli kaikilla ryhmillä samankaltainen. Sen sijaan fyysistä kuormitusta koettiin enemmän tehostetussa palveluasumisessa ja eniten sitä kokivat lähihoitajat. (Taulukko 43.)

Hoidon laatu näyttäisi olevan heikointa tehostetun palvelun yksikoissa lähihoitajien näkemysten mukaan.

Asiakkaat joutuivat lähihoitajien näkemysten mukaan odottamaan useammin perushoidollisia toimenpiteitä, lääkehoitoa, aamupalaa tai lounasta, ulkoilua ja viriketoimintaa. Potilasturvallisuus vaarantui useammin tehostetussa palveluasumisessa lähihoitajien mielestä. (Taulukko 44.)

9 Pohdinta

9.1 Tulosten tarkastelua

Tässä selvityksessä korostui johtamisen vaikutus ja merkitys laaja-alaisesti liittyen ammattihenkilöiden työhyvinvointiin, kuormitukseen ja osaamiseen. Lisäksi ammattihenkilöt painottivat esihenkilöiden osaamista ja vastuuta huolehtia työoloista. Esihenkilöiden vastuulla on ammattihenkilöiden perehdytyksestä huolehtiminen. Lisäksi esihenkilöiden velvollisuus on varmistaa, että ammattihenkilöillä ja muilla työntekijöillä on riittävä osaaminen työtehtäviinsä. Tässä selvityksessä ilmeni, että hoiva-avustajat toteuttavat lääkehoitoa, mutta kuitenkin vain murto-osalla oli vastaajien mukaan lääkehoidon lisäkoulutus ja kinjalliset lääkeluvat.

Resurssit

Ammattihenkilöt kertoivat, että he joutuvat selviytymään työtehtävistään ilman työtovereiden tukea tai apua. Hoiva-avustajat toimivat sijaisena viikoittain. Lähihoitaja toimii sairaanhoitajan sijaisena viikoittain. Tehtävänsiirrot esimerkiksi lääkäreiltä sairaanhoitajille vaikuttavat suoraan heidän työkuormaansa. Tästä syntyy paine siirtää sairaanhoitajille perinteisesti kuuluneita tehtäviä muille ammattiryhmille (Spilsbury ym. 2004). Tällöin on mahdollista, että hoiva-avustajat tekevät sellaisia hoitotoimenpiteitä, joihin heillä ei ole koulutusta tai osaamista, esimerkiksi lääkehoito, hoitosuunnitelmat tai aggressiivisten potilaiden rajoittaminen (Thornley 2000). Sairaanhoitajien mielestä hoiva-avustajien tietopohja on riittämätön ymmärtämään tiettyjen hoitotoimien tärkeyttä ja ne jäävät siksi tekemättä (Kalisch 2009, Lima 2022).

Ammattihenkilöt joutuivat jäämään töihin yli suunnitellun työajan työyksikön tilanteen takia tyypillisimmin ainakin viikoittain. Ammattihenkilöstövajeen syyksi ammattihenkilöt ajattelivat olevan sijaisten puute, sairastumiset, työn kuormittavuus, huono palkka, huono johtaminen ja ylitöiden suuri määrä. Riittämätön henkilöstömitoitus aiheuttaa puutteita potilaiden hoidossa ja on uhka potilasturvallisuudelle (Carvalho de Lima ym. 2020, Danielis ym. 2021, Smith ym. 2021, Batista Lima ym. 2022). Sairaanhoitajat totesivat, että heidän täytyy paikkailla koulutamattomien tai kokemattomien työntekijöiden tekemiä töitä (Andersson ym. 2022).

Eniten ammattihenkilöiden työaika kului aamuvuorossa asiakkaiden päivittäisissä toiminnoissa avustamiseen. Lääkehoitoon ja sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin arvioitiin kuluvan tunti tai vähemmän. Ammattihenkilöt kertoivat, että aamuvuorossa työaika kului myös yhteisten tilojen siivoukseen, pyykkihuoltoon, tilausten tekemiseen ja ruuan valmistukseen ja lämmitykseen laajamittaisesti. Ammattihenkilöiden ajan pitäisi ensisijaisesti kohdistua potilaiden hoitoon ja välittömään hoitotyöhön. Ammattihenkilöiden työnkuvan muuttuminen on johtanut siihen, että heillä jää entistä vähemmän aikaa varsinaiseen hoitotyöhön. (Antinaho 2018.)

Yli puolet vastaajista tehostetun palveluasumisen yksiköiden (hoiva-avustajia henkilöstövahvuudessa) ammattihenkilöistä totesi, että asiakkaat joutuivat odottamaan toimintakykyä ylläpitäviä harjoituksia päivittäin tai viikoittain. Kotikuntoutuksella pyritään vastaamaan ikäihmisten palveluntarpeen kasvuun. Ajanpuute kuitenkin vaikuttaa kuntoutuksen toteuttamiseen (Perälä ym. 2022). Henkilöstövajeen vuoksi ammattihenkilöiltä jää monenlaisia hoitotyön toimia tekemättä (Rahmah ym. 2022).

Aikapaineen vuoksi useimmin jäi hoivakodeissa tekemättä asiakkaiden virkistykseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen liittyvät toimet. Kotihoidossa ja hoivakodeissa sairaanhoitajat mainitsivat hoitotoimenpiteiden jäävät tekemättä usein muun muassa seuraavista syistä: puutteellinen tiedonkulku, kielitaitohaasteet ja väärinymmärrykset (Andersson ym. 2022).

Laatu ja potilasturvallisuus

Ammattihenkilöt kertoivat, että asiakkaat joutuivat odottamaan perushoidollisia toimenpiteitä ja lääkehoitoa joitakin kertoja viikossa tai useammin. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja kotihoidossa tämä oli vielä yleisempää. Asiakkaat joutuivat odottamaan myös wc:hen pääsyä kohtuuttoman pitkään ja iltatoimet aloitetaan liian aikaisin viikoittain tai useammin. Erityisesti edellä mainittu tilanne korostui tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa. Tulokset ovat samansuuntaiset aiemman tutkimuksen kanssa, joiden mukaan usein miten kiireen vuoksi jäävät toteutumatta muun muassa ajantasainen lääkehoito, ihon puhtaudesta ja ihon hoidosta huolehtiminen (Chagini ym. 2020, Thomas-Hawkins ym. 2020, Danielis ym. 2021, Lima ym. 2022).

Osaaminen

Noin puolet ammattihenkilöistä totesi, että perehdytysohjelma kesti alle viikon ja perehtyjällä oli nimetty ohjaaja/mentori. Sen sijaan Tehyn aiempien selvitysten mukaan teho-osastoilla (Vartiainen 2021) ja erikoissairaanhoidossa (Coco 2021) valtaosalla perehtyjistä oli strukturoitu perehdytysohjelma ja nimetty mentori. Toisaalta tulos on yhteneväinen Tehyn lähihoitajia koskevan selvityksen kanssa, jonka mukaan yleensä perehdytysohjelma kesti viikon tai vähemmän ja melko usein perehdytyksen aikana heillä on nimetty ohjaaja (Coco & Roos 2020).

Ammattihenkilöt arvioivat, että ammattihenkilöiden osaaminen vastasi hyvin tai melko hyvin asiakkaiden tarpeisiin. Sen sijaan kolmannes ammattihenkilöistä mainitsi, että lääkepoikkeamien määrää lisää riittämätön sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden määrä sekä vajeen korvaaminen hoiva-avustajilla. Työyksiköissä, joissa oli hoiva-avustajia, lähes kaikki ammattihenkilöt arvioivat tietävänsä oman vastuunsa työtehtävissä. Kaikkien työntekijäryhmien pitää tietää ja ymmärtää oma vastuunsa laajuus ja taso, kun työtehtäviä delegoidaan (Ingleton ym. 2011).

Johtaminen

Johtaminen koettiin melko usein oikeudenmukaiseksi. Ammattihenkilöt korostivat esihenkilön kykyä johtaa eettisesti. He pitivät tärkeänä työntekijöiden tasa-arvoista ja oikeudenmukaisesta johtamista. He mainitsivat, että tasa-arvoa ei huomioitu riittävästi työvuorosunnittelussa tai työtehtävissä. Kun ammattihenkilö kokee tulleen kohdelluksi oikeudenmukaisesti, sillä on selkeä yhteys työssä jatkamisen aikeisiin (Nokela ym. 2021).

Puolet ammattihenkilöistä oli sitä mieltä, että esihenkilö ymmärtää työn erityispiirteet hyvin tai erittäin hyvin. Lisäksi yli puolet ammattihenkilöistä oli sitä mieltä, että esihenkilö puuttui työpaikan epäkohtiin vain joskus tai harvemmin. Esihenkilön johtamistyyli vaikuttaa myös työhyvinvointiin, henkilöstön vaihtuvuuteen ja poissaoloihin (Ferreira ym. 2022).

Ammattihenkilöt korostivat esihenkilön kykyä johtaa eettisesti. Kun ammattihenkilö kokee tulleen kohdelluksi oikeudenmukaisesti, sillä on selkeä yhteys työssä jatkamisen aikeisiin aiemman tutkimuksen mukaan (Nokela ym. 2021).

Ammattihenkilöt kokivat, että henkilöstö- ja johtamiskoulutuksen puuttuminen vaikutti esihenkilön toimintaan ja heikensi johtamisen laatua. Koulutuksen puuttuminen näkyi epäselvänä johtamisena, huonona työvuoro-suunnitteluna, ja epäasiallisena työntekijöiden kohteluna. Esihenkilön työkokemusta pidettiin tärkeänä. Lisäksi pidettiin merkityksellisenä sitä, että esihenkilö ymmärtää osaston toiminnan ja erityispiirteet hyvin. Puutteellisella johtamisosaa-misella on negatiivinen ja myös kustannuksiin kohdistuva vaikutus. Heikot johtamis- ja ihmis-suhdetaidot aiheuttavat tyytymättömyyttä ja työpaikanvaihtamisaikeita, siksi pitää kiinnittää huomiota positiiviseen työympäristöön ja ilmapiiriin (Keith ym. 2022).

Ammattihenkilöiden näkemykset esihenkilöiden sosiaalisista taidoista vaihtelivat. Kuitenkin he mainisivat huomattavasti enemmän puutteita kuin positiivisia asioita. Esihenkilön sosiaaliset taidot ilmentivät, miten hän kohteli työntekijöitään. Ammattihenkilöt kertoivat, että esihenkilö ei kysy kuulumisia, uhkailee eikä pidä lupauksia. Toisaalta toiset ammattihenkilöt kokivat, että esihenkilö kuuntelee ja kannustaa. Lisäksi mainittiin, että esihenkilö on helposti lähestyttävä. Kuitenkin mainittiin, että esihenkilö on pelottava ja valehtelee. Esihenkilöllä pitää olla hyvät kuuntelu- ja vuorovaikutustaidot. Hyvä johtaja kunnioittaa henkilöstöä ja osoittaa myötätuntoa, vaikka ammattihenkilön näkemykset poikkeaisivat omista (Fischer 2016). Aiemmissa tutkimuksissa arvostava johtaminen toteutui johtajien arvioiden mukaan paremmin kuin ammattihenkilöt ilmoittivat sen toteutuvan. Erikoissairaanhoidossa ammattihenkilöt ja johtajat arvioivat arvostavan johtamisen toteutuvan paremmin kuin perusterveydenhuollossa. (Harmoinen ym. 2016.)

Johtamisen jatkuvuus heikentyi vastaajien mukaan, koska esihenkilöt vaihtuivat tiheään. Toinen jatkuvuutta vaikeuttava tekijä oli esihenkilöiden liian suuret vastualueet, useat työpisteet ja isot työntekijämäärät. Vastaajat toivoivat, että esihenkilöt olisivat enemmän läsnä työyksiköissä. Esihenkilön etätyö koettiin epätarkoituksenmukaisena, mutta toisaalta

todettiin, että on hyvä, kun on työrauha eikä esihenkilö puutu liikaa toimintaan. Työntekijät kertoivat arvostavansa sitä, että esihenkilö oli helposti saavutettavissa ja oli perillä työyksikön tapahtumista. Menestyksellinen etäjohtaminen edellyttää johtajien ja henkilöstön välistä luottamusta, hyvää vuorovaikutusta ja tiimikulttuuria. Etäjohtamisen rinnalla on tärkeä järjestää lähitapaamisia ja kokouksia, sopia kommunikatiokäytännöistä ja pitää yllä positiivista tiimihenkeä. (Terkamo-Moisio ym. 2021.)

Esihenkilöiden työaikaa kului viikoittain vain tunti tai vähemmän omavalvonnan toteutukseen ja seurantaan. Useat esihenkilöt totesivat, että yleensä työaikaa ei kulu päivittäin henkilöstöjohtamiseen tai rekrytointeihin. Valtaosa esihenkilöistä kertoi, että työaikaa ei kulu lainkaan AVI-kanteluihin vastaamiseen tai vastausten valmisteluun. Kun taas Bjerregård ym. (2020) mukaan erikoissairaanhoidossa hoitotyön johtajien ja lähijohtajien työ kohdentui henkilöstöjohtamiseen, toiminnan ja talouden johtamiseen, kliinisen hoitotyön johtamiseen sekä viestintään ja yhteistyöhön. Lähiesihenkilöiden työtehtävät vaihtelivat enemmän kuin hoitotyön johtajien (Bjerregård ym. 2020). Tähän sosiaali- ja perusterveydenhuollon selvitykseen vastanneista useimmat esihenkilöt näyttäisivät toimivan lähiesihenkilöinä.

Työhyvinvointi ja kuormitus

Työhyvinvointi koettiin melko hyväksi tai hyväksi, vaikka toisaalta ammattihenkilöt arvioivat olevansa sekä kognitiivisesti että eettisesti kuormittuneita. Tämä tulos on jossain määrin ristiriitainen Zangaro & Soeken (2007) tutkimuksen kanssa, jossa todettiin, että työssä koettu stressi korreloi vahvasti ja negatiivisesti ammattihenkilöiden työtyytyväisyyden kanssa. Kiire, huono johtaminen ja henkilöstöpula kuormittivat eniten ammattihenkilöitä. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että riittävät resurssit, positiivinen ilmapiiri ja johtaminen vähensivät ammattihenkilöiden eettistä kuormitusta (Baele & Fontaine 2021, Wilson ym. 2022). Tässä selvityksessä ei havaittu merkitsevää yhteyttä ammatti-

henkilöiden iän ja työhyvinvoinnin välillä. Tulos on ristiniitainen aiempien selvitysten kanssa, joissa nuoret sairaanhoitajat kokivat työhyvinvointinsa heikoksi ja työuupumusta (Kaya & İşler Dalgiç 2021, Tehy 2021). Esihenkilöiden pitää huolehtia riittävästä perehdytyksestä, koska sillä voidaan vähentää nuorten ammattihenkilöiden työkuormitusta (Kaya & İşler Dalgiç 2021).

Hoiva-avustajat työpaikoilla

Ammattihenkilöiden puuttuminen ja henkilöstövajeen täydentäminen esimerkiksi hoiva-avustajilla vaaransi ammattihenkilöiden mukaan asiakas- ja potilasturvallisuutta (potilaiden kaatumiset, painehaavaumien synty, aliravitsemus) jopa viikoittain. Kolmannes ammattihenkilöistä arvioi, että osaamisvaje lisäsi lääkepoikkeamien (lääkevirheiden) määrää. Vähäiset henkilöstöresurssit lisäävät potilaiden kaatumisia ja lääkityspoikkeamia (Buljac-Samardžić & van Woerkom 2018, Thomas-Hawkins ym. 2020, Halabi ym. 2021, Lima ym. 2022). Osaamisen puute oli terveydenhuollon ammattihenkilöiden mielestä syynä lääkehoidon vaaratapahtumiin, koska myös epäpätevät ja lääkeluvattomat hoitajat toteuttivat lääkehoitoa (Pitkänen ym. 2014). Tarkasteltaessa lääkehoidon lisäkoulutusta ja lääkelupia, niissä työyksiköissä, missä hoiva-avustajat osallistuivat lääkehoitoon, voitiin todeta, että vain murto-osalla hoiva-avustajista oli kirjalliset lääkeluvat ja lisäkoulutus. Esihenkilöiden pitää järjestää ammattihenkilöille säännöllisesti lääkehoidon koulutusta ja varmistaa, että he noudattavat sovittuja käytäntöjä, kuten esimerkiksi kaksoistarkistusta (Strube-Lahmann ym. 2021). On huomionarvoista, että hoiva-avustajan lääkehoidon osaaminen pitää aina varmistaa ja hänellä pitää olla kirjallinen lääkehoitolupa. Lääkehoitolupa on asiakas- tai lääkekohtainen (Fime, 2022).

9.2 Selvityksen eettisyys

Selvitykseen vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastaajilla oli selvityksen tekijän yhteystiedot yhteydenottoja varten. Yhteydenottoja tuli

jonkin verran sähköpostitse ja niihin kaikkiin pyrittiin vastaamaan kysyjää arvostaen. Selvityksen saatekinjeessä mainittiin vastaajien anonymiteetin säilyminen ja luottamuksellisuus. Selvitykseen vastaaminen katsottiin tietoiseksi suostumukseksi. Selvityksessä noudatettiin hyviä käytäntöjä: rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Aineistoa käsiteltiin huolellisesti. Tulosten raportoinnissa noudatettiin eettisiä ohjeita eikä vastaajia ole mahdollista tunnistaa raportin tulososiossa. Autenttiset vastaukset kuvattiin yleiskielellä. Muiden tutkijoiden työtä kunnioitettiin asianmukaisilla teksti- ja lähdeviittauksilla. (TENK 2012.)

9.3 Selvityksen luotettavuus

Selvityksen rajoitukset

Selvityksessä käytetty mittari laadittiin aiemman tutkimuksen ja Tehyn selvitysten perusteella. Sisältövaliditeettia arvioivat Tehyn asiantuntijat. Palautteen perusteella kyselylomaketta muokattiin niiltä osin, kun se arvioitiin tarkoituksenmukaiseksi. Ulkoista validiteettia vahvistaa laaja aineisto (n = 5314). Luotettavuutta pyrittiin vahvistamaan selkeällä raportoinnilla. Luotettavuutta saattaa heikentää lähihoitajien vähäisempi osuus vastaajista kuin heitä on suhteessa sairaanhoitajiin sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon työpaikoilla. Lisäksi on mahdollista, että kysely ei ole tavoittanut vieraskielisiä ammattihenkilöitä, joita kuitenkin on kohtuullisesti nimenomaan sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon työpaikoilla.

Laadullisen aineiston osalta luotettavuutta arvioitiin uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden näkökulmasta. Selvityksen tekijä palasi toistuvasti alkuperäiseen aineistoon ja dokumentoi prosessin huolellisesti. Selvityksen kulku, vastaajien konteksti, valinta, tiedonkeruu ja analyysiprosessi on kuvattu avoimesti ja rehellisesti, jotta lukijalla on mahdollisuus seurata prosessin etenemistä. Tulososan autenttiset ilmaisut lisäsivät vahvistettavuutta. (Kylmä ym. 2003; Elo ym. 2014.)

10 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

10.1 Johtopäätökset

Selvitys tuotti tietoa ammattihenkilöiden näkemyksistä resursseista, hoidon laadusta, osaamisesta, johtamisesta ja työhyvinvoinnista sekä kuormituksesta sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon työyksiköissä, kuten esimerkiksi tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa. Lisäksi tuotettiin tietoa sellaisista työyksiköistä, missä oli henkilöstömitoituksessa hoiva-avustajia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työpaikoilla perehdytyksen kesto on huomattavasti lyhyempi kuin erikoissairaanhoidossa. Tähän on syytä kiinnittää huomiota, koska perehdytys on merkityksellinen uuden työntekijän työpaikkaan sitoutumisen ja työhyvinvoinnin kannalta.

Hoidon laatu ja asiakasturvallisuus näyttäytyi useissa työpaikoissa varsin heikkona ammattihenkilöiden arvioiden mukaan. Asiakkaat joutuivat odottamaan palveluita ja hoitoa viikoittain tai jopa päivittäin. Lisäksi asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitäminen jäi vähäiselle huomiolle. Edellä mainittu tilanne heikentää entisestään monisairaiden asiakkaiden hyvinvointia ja selviytymistä anjesta sekä lisää ammattihenkilöiden raskasta työtaakkaa. Niissä työyksiköissä missä oli hoiva-avustajia, oli vakavia puutteita lääketurvallisuudessa, kun vain pienellä osalla hoiva-avustajista oli kirjallinen lääkelupa ja koulutus lääkehoitoon, vaikka he kuitenkin osallistuivat lääkehoidon toteuttamiseen.

Johtaminen koettiin huonoksi, siksi pitää esihenkilöille mahdollistaa lisäkoulutus ja pyrkiä rekrytoimaan substanssin hallitsevia ammattihenkilöitä esihenkilötehtäviin. Esihenkilöt kokivat niin ikään, etteivät saa riittävästi tukea organisaation johdolta. Lisäksi sekä ammattihenkilöt että johtajat olivat sitä mieltä, että vastuualueet olivat liian laajat. Siksi esihenkilön ei ole mahdollista olla läsnä työpaikoilla riittävästi ja puuttua esimerkiksi työyksikön epäkohtiin. On ilmeistä, että esihenkilöiden vastuualueiden laajuutta pitää arvioida uudelleen useilla työpaikoilla.

Työhyvinvointiin pitää kohdentaa resursseja, jotta ammattihenkilöt jaksavat työssään. Heikon työvoimatilanteen lisäksi pandemia on kuormittanut ammattihenkilöitä. Tässä selvityksessä kolmannes ammattihenkilöistä koki työhyvinvointinsa huonoksi. Nykytilanteessa ei ole varaa yhdenkään ammattihenkilön uupumiseen ja alalta poistumiseen. Vertailtaessa kokemusta kuormituksesta koko aineiston ja niiden työyksiköiden kesken, joissa oli hoiva-avustajia, voitiin todeta, että ammattihenkilöt kokivat olevansa sekä eettisesti että fyysisesti muita vastaavia kuormittuneempia jälkimmäisissä työyksiköissä.

Hoidon laatu ja asiakasturvallisuus näyttäisi olevan varsin heikkoa ammattihenkilöiden arvioiden mukaan. Asiakkaiden toimintakykyä ei ylläpidetä päivittäin. Hoiva-avustajat osallistuvat lääkehoitoon ilman lääkelupia.

10.2 Kehittämisehdotukset

1. Palkat ja työolot pitää laittaa kuntoon, jotta sosiaali- ja terveysalan vetovoima ja pitovoima paranevat.
2. Ikäihmisten palveluissa pitää tarjota aitoja urakehitysmahdollisuuksia, koska se lisää työn vetovoimaisuutta.
3. Perehdytyksen pitää olla strukturoitua ja kesto riittävä (1 päivä – viikko ei riitä), koska pidempi perehdytys parantaa ammattihenkilön sitoutumista ja työhyvinvointia asiakasturvallisuuden lisäksi.
4. Henkilöstön riittävä kielitaito pitää varmistaa, koska kielitaidon puute on lääkehoidon vaaratapahtumiin vaikuttava tekijä.
5. Koulutustasoa ei voi laskea esimerkiksi lisäämällä hoiva-avustajien käyttöä, koska ikäihmisillä on paljon sairauksia ja lääkehoidon tarvetta.
6. Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen pitää varmistaa riittävillä resursseilla (ammattihenkilöt, koulutus, perehdytys) sekä mahdollistaa häiriötön työympäristö.
7. Lääkehoidon toteuttaminen ikäihmisten palveluissa on keskitettävä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille. Lääkehoidon koulutus, joka voi olla esimerkiksi verkossa itsenäisesti toteutettava verkko-koulutuskokonaisuus, ei tuota riittävää osaamista lääkehoidon toteuttamiseen kotihoidossa tai tehostetussa palveluasumisessa työntekijöille, jotka eivät ole sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöitä.
8. Esihenkilöiden osaamista ja työhyvinvointia pitää tukea, koska heidän vaihtuvuutensa on suurta.
9. Esihenkilöillä pitää olla tosiasialliset mahdollisuudet johtaa työtä ja tukea työntekijöitä.
10. Esihenkilöiden pitää luoda turvallinen ja positiivinen potilasturvallisuuskulttuuri.
11. Asiakastietojärjestelmiä pitää kehittää toimiviksi ja niiden pitää tuottaa ajantasaista tietoa johtamisen ja resursoinnin tueksi.
12. Muutoksissa pitää huomioida ammattihenkilöiden tarpeet ja näkemykset.
13. Potilasturvallisuutta pitää kehittää erilaisilla ammattihenkilöihin kohdistuvilla turvallisuusosaamisen interventioilla.

Lähteet

Acea-López, L., Paston-Bravo, M. D. M., Rubinat-Annaldo, E., Bellon, F., Blanco-Blanco, J., Gea-Sanchez, M., & Briones-Vozmediano, E. (2021). Burnout and job satisfaction among nurses in three Spanish regions. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 2208–2215.

Andersson, I., Eklund, A. J., Nilsson, J., & Bååth, C. (2022). Prevalence, type, and reasons for missed nursing care in municipality health care in Sweden – A cross sectional study. *BMC Nursing*, 21(1), 1–9.

Antinaho, T. (2018). Potilaalle lisäarvoa hoitotyöstä: toimintatutkimus työajanseurannasta hoitotyön kehittämisessä (Doctoral dissertation, Itä-Suomen yliopisto).

https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/20148/urn_isbn_978-952-61-2836-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Baele, C. A., & Fontaine, J. R. (2021). The Moral Distress-Appraisal Scale: Scale development and validation study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(10), 4120–4130.

Bayanzay, K., Amoozgar, B., Kaushal, V., Holman, A., Som, V., & Sen, S. (2022). Impact of profession and wards on moral distress in a community hospital. *Nursing ethics*, 29(2), 356–363.

Bergstedt, K., & Wei, H. (2020). Leadership strategies to promote frontline nursing staff engagement. *Nursing Management*, 51(2), 48–53.

Bindu, J. B., Plummer, V., & Cross, W. (2022). Mental health nurses' perceptions of missed nursing care in acute inpatient units: A multi-method approach. *International Journal of Mental Health Nursing*.

Bjerregård Madsen, J., Kaila, A., Vehviläinen-Julkunen, K., & Miettinen, M. (2020). Hoitotyön johtajien ja lähijohtajien työn sisältö erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede*, 32 (2), 75–85.

Buljac-Samardžić, M., & van Woerkom, M. (2018). Improving quality and safety of care in nursing homes by team support for strengths use: A survey study. *Plos one*, 13(7), e0200065.

Campbell, A. R., Kennerly, S., Swanson, M., Forbes, T., & Scott, E. S. (2021). Manager's influence on the registered nurse and nursing assistant relational quality and patient safety culture. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2423–2432.

Chegini, Z., Jafari-Koshki, T., Kheiri, M., Behforoz, A., Aliyari, S., Mitra, U., & Islam, S. M. S. (2020). Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey. *Journal of nursing management*, 28(8), 2205–2215.

Coco, K. (2019). Vetovoimatekijät erikoissairaanhoidossa. Kysely tehläisille sairaanhoitajille. *Tehyn julkaisusarja*, 1, 19.

Coco, K. (2020). Erikoissairaanhoidossa tarvittava osaaminen. Kysely tehläisille sairaanhoitajille. *Tehyn julkaisusarja*, 1, 20.

Coco, K., & Roos, M. (2020). Sosiaali- ja terveysalan työolot ja vetovoima. *Tehyn julkaisusarja*, 2, 20.

Creapeau, L. J., Johs-Artisensi, J. L., & Lauver, K. J. (2022). Leadership and staff perceptions on long-term care staffing challenges related to certified nursing assistant retention. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 52(3), 146–153.

Danielis, M., Fantini, M., Sbrugnera, S., Colaetta, T., Maestra, M. R., Mesaglio, M., & Palese, A. (2021). Missed nursing care in a long-term rehabilitation setting: findings from a cross-sectional study. *Contemporary Nurse*, 57(6), 407–421.

Dimino, K., Learmonth, A. E., & Fajardo, C. C. (2021). Nurse managers leading the way: re-envisioning stress to maintain healthy work environments. *Critical Care Nurse*, 41(5), 52–58.

Dionisi, S., Giannetta, N., Maselli, N., Di Muzio, M., & Di Simone, E. (2021). Medication errors in homecare setting: An Italian validation study. *Public Health Nursing*, 38(6), 1116–1125.

Edmonson, C. (2015). Strengthening Moral Courage Among Nurse Leaders. *Online Journal of Issues in Nursing*, 20(2), 9–9.
<https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No02PPT01>

Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *SAGE open*, 4(1), 2158244014522633.

Eltaybani, S., Abdelwareth, M., Abou-Zeid, N. A., & Ahmed, N. (2020). Recommendations to prevent nursing errors: Content analysis of semi-structured interviews with intensive care unit nurses in a developing country. *Journal of nursing management*, 28(3), 690–698.

Ferreira, T. D. M., de Mesquita, G. R., de Melo, G. C., de Oliveira, M. S., Bucci, A. F., Porcari, T. A., ... & Gasparino, R. C. (2022). The influence of nursing leadership styles on the outcomes of patients, professionals and institutions: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 30(4), 936–953.

Fimea (2022). Turvallinen lääkehoito.
https://www.fimea.fi/kehittaminen_ja_hta/jarkeva-laakehoito/turvallinen-laakehoito

Flinkman, M. (2016). Osaaminen käyttöön. Laatussa ja tuloksellisuutta työnjakoa kehittämällä. Tehyn julkaisusarja B: Selvityksiä 3/2014.

Foster, S., Balmer, D., Gott, M., Frey, R., Robinson, J., & Boyd, M. (2019). Patient-centred care training needs of health care assistants who provide care for people with dementia. *Health & social care in the community*, 27(4), 917–925.

Franzosa, E., Mak, W., R Burack, O., Hokenstad, A., Wiggins, F., Boockvar, K. S., & Reinhardt, J. P. (2022). Perspectives of certified nursing assistants and administrators on staffing the nursing home frontline during the COVID-19 pandemic. *Health Services Research*.

Gao, F., Tilse, C., Wilson, J., Tuckett, A., & Newcombe, P. (2015). Perceptions and employment intentions among aged care nurses and nursing assistants from diverse cultural backgrounds: A qualitative interview study. *Journal of Aging Studies*, 35, 111–122.

Gelsema, T. I., Van Der Doef, M., Maes, S., Akerboom, S., & Verhoeven, C. (2005). Job Stress in the Nursing Profession: The Influence of Organizational and Environmental Conditions and Job Characteristics. *International Journal of Stress Management*, 12(3), 222.

Halabi, J. O., Nilsson, J., & Lepp, M. (2021). Professional Competence Among Registered Nurses Working in Hospitals in Saudi Arabia and Their Experiences of Quality of Nursing Care and Patient Safety. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(4), 425–433.

Hammoudi, B. M., Ismaile, S., & Abu Yahya, O. (2018). Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(3), 1038–1046.

Harmoinen, M., Niiranen, V., Helminen, M., & Suominen, T. (2014). Arvostava johtaminen terveydenhuoltoalan henkilökunnan ja johtajien näkökulmasta. *Tutkiva hoitotyö*, 12(2), 36–47.

Harmoinen, M., Niiranen, V., Helminen, M., & Suominen, T. (2015). Arvostava johtaminen sitoutumisen, unakehityksen ja joustavuuden edistäjänä terveysalan työssä. *Tutkiva hoitotyö*, 13(2), 4–13.

Hautsalo, K., Rantanen, A., Kaunonen, M., & Åstedt-Kurki, P. (2016). Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoidosta. *Tutkiva hoitotyö*, 14(1), 4–12.

Honkatukia, J., Kohl, J., & Lehtomaa, J. (2018). Uutta, vanhaa ja sinivalkoista–Suomi 2040. <https://publications.vtt.fi/pdf/technology/2018/T327.pdf>

Härkänen, M., Turunen, H., Saano, S., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Terveystenhuollon henkilöstön näkemykset lääkityspoikkeamien estämisestä erikoissairaanhoidossa/Health care personnel views on preventing medication errors in acute care. *Hoitotiede*, 25(1), 49.

Härkänen, M., Blignaut, A., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2018). Focus Group Discussions of Registered Nurses' Perceptions of Challenges in The Medication Administration Process. (October 2-17), 1–7.

Ingleton, C., Chatwin, J., Seymour, J., & Payne, S. (2011). The role of health care assistants in supporting district nurses and family carers to deliver palliative care at home: findings from an evaluation project. *Journal of clinical nursing*, 20(13-14), 2043–2052.

Dillon, J. M. P. A. (2020). Registered nurse staffing, workload, and nursing care left undone, and their relationships to patient safety in hemodialysis units. *Nephrology Nursing Journal*, 47(2), 133–142.

Kakemam, E., Ghafari, M., Rouzbahani, M., Zahedi, H., & Roh, Y. S. (2022). The association of professionalism and systems thinking on patient safety competency: A structural equation model. *Journal of Nursing Management*, 30(3), 817–826.

Kalisch, B. J., & Williams, R. A. (2009). Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 39(5), 211–219.

Kalisch, B. J. (2009). Nurse and nurse assistant perceptions of missed nursing care: what does it tell us about teamwork? *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 39(11), 485–493.

Kalisch, B. J., Doumit, M., Lee, K. H., & Zein, J. E. (2013). Missed Nursing Care, Level of Staffing, and Job Satisfaction. *The Journal of nursing administration*, 43(5), 274–279.

Kangas, L. (2022). Hoitajapula ei ole vain ay-retoriikkaa tai kesän ongelma: nämä grafiikat näyttävät, millainen kriisi meitä odottaa vuonna 2040. Viitattu 28.7.2022. Yle uutiset. <https://yle.fi/uutiset/3-12535076>

Kanste, O., Lipponen, K., Kyngäs, H., & Ukkola, L. (2008). Terveystenhuoltohenkilöstön työhyvinvointi kunnallisessa perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede*, 20(5), 278–288.

Kaya, A., & İşler Dalgıç, A. (2021). Examination of job satisfaction and burnout status of pediatric nurses: A cross-sectional and correlational study using online survey research in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 800–808.

Khalil, H., & Lee, S. (2018). Medication safety challenges in primary care: Nurses' perspective. *Journal of clinical nursing*, 27(9-10), 2072–2082.

King, O. A., Pinson, J. A., Dennett, A., Williams, C., Davis, A., & Snowdon, D. A. (2022). Allied health assistants' perspectives of their role in health-care settings: A qualitative study. *Health & Social Care in the Community*.

Kruczek, A., Basińska, M. A., & Janicka, M. (2020). Cognitive flexibility and flexibility in coping in nurses –the moderating role of age, seniority and the sense of stress. *Int J Occup Med Environ Health*, 33(4), 507–521.

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K., & Lähdevirta, J. (2003). Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi. *Duodecim*, 119(7), 609–615.

Labrague, L. J., Al Sabei, S. D., AbuAlRub, R. F., Burney, I. A., & Al Rawajfah, O. (2021). Authentic leadership, nurse-assessed adverse patient events and quality of care: The mediating role of nurses' safety actions. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 2152–2162.

Lamiani, G., Bonghi, L., & Argentero, P. (2017). When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of health psychology*, 22(1), 51–67.

Lima, J. C. D., Silva, A. E. B. D. C., & Calini, M. H. L. (2020). Omission of nursing care in hospitalization units. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28.

Lima, M. B., Moura, E. C. C., Peres, A. M., & Nascimento, L. R. D. S. (2022). The nursing team's perspective on missed nursing care: An analysis of the reasons. *Revista de Enfermagem Referência*, (1).

Mrayyan, M. T., Al-Atiyyat, N., Al-Rawashdeh, S., Sawalha, M., & Awwad, M. (2021, July). Comparing rates and causes of, and views on reporting of medication errors among nurses working in different-sized hospitals. In *Nursing Forum*. 56, (3) 560–570.

Muhsin, M. G. B., Goh, Y. S., Hassan, N., Chi, Y., & Wu, X. V. (2020). Nurses' experiences on the road during transition into community care: An exploratory descriptive qualitative study in Singapore. *Health & Social Care in the Community*, 28(6), 2253–2264.

Mäntynen, R., Vehviläinen-Julkunen, K., Miettinen, M., & Kvist, T. (2015). Mitä potilaiden arvioinnit hoidon laadusta ja hoitohenkilökunnan arvioinnit työtyytyväisyydestä ja johtamisesta kertovat erikoissairaanhoidon erinomaisuudesta? *Hoitotiede*, 27(1), 18.

Nokela, T., Huhtakangas, M., Pesonen, P., Laitinen, J., & Kanste, O. (2021). Kokemus johtamisen oikeudenmukaisuudesta ja hoitotyöntekijöiden työssä jatkamisen aikeet. *Hoitotiede*, 33(3), 142–153.

Ottman-Salminen, M., Vikberg-Aaltonen, P., Rannisto, P. H., & Kaunonen, M. (2022). Osastonhoitaja kliinisen työn johtajana sairaalaorganisaatioissa. *Tutkiva hoitotyö*, 20(2), 12–19.

Peltokoski, J., Vehviläinen-Julkunen, K., & Miettinen, M. (2016). Nurses' hospital orientation and future research challenges: an integrative review. *International Nursing Review*, 63(1), 92–103.

Perälä, S., Lotvonen, S., Kääriäinen, M., Kyngäs, H., & Siina, H., (2022). Kotihoidon henkilökunnan kokemuksia kotikuntoutusmallin mukaisesti toimimisesta. *Hoitotiede*, 34(2), 72–84.

Pitkänen, A., Teuho, S., Ränkimies, M., Ränkämies, M., Uusitalo, M., Oja, K., & Kaunonen, M. (2014). Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien taustalla olevat tekijät. *Hoitotiede*, 26(3), 177–89.

Plouffe, R. A., Nazarov, A., Forchuk, C. A., Gangala, D., Deda, E., Le, T., ... & Richardson, J. D. (2021). Impacts of morally distressing experiences on the mental health of Canadian health care workers during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1984667.

Promptahakul, C., Keim-Malpass, J., LeBaron, V., Yan, G., & Epstein, E. G. (2021). Moral distress among nurses: a mixed-methods study. *Nursing ethics*, 28(7–8), 1165–1182.

- Rahmah, N. M., Hariyati, R. T. S., & Sahar, J. (2022). Nurses' efforts to maintain competence: A qualitative study. *Journal of Public Health Research*, 11(2).
- Reed, C. C., Minnick, A. F., & Dietrich, M. S. (2018). Nurses' responses to interruptions during medication tasks: a time and motion study. *International Journal of Nursing Studies*, 82, 113–120.
- Rosenberg, K. (2021). Minimum nurse-to-patient Ratios Improve Staffing, Patient Outcomes. *The American Journal of Nursing*, 121(9), 57–57.
- Rutledge, D. N., Retrosi, T., & Ostrowski, G. (2018). Barriers to medication error reporting among hospital nurses. *Journal of clinical nursing*, 27(9-10), 1941–1949.
- Sallon, S., Katz-Eisner, D., Yaffe, H., & Bdolah-Abram, T. (2017). Caring for the caregivers: results of an extended, five-component stress-reduction intervention for hospital staff. *Behavioral Medicine*, 43(1), 47–60.
- Salmela, S., Eriksson, K., & Fagerström, L. (2012). Leading change: a three-dimensional model of nurse leaders' main tasks and roles during a change process. *Journal of advanced nursing*, 68(2), 423–433.
- Simpson, K. R. (2022). Nurse Staffing, Missed Care, and Risk of Patient Mortality. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 47(2), 115.
- Stewart, D., Thomas, B., MacLure, K., Pallivalapila, A., El Kassem, W., Awaisu, A., ... & Al Hail, M. (2018). Perspectives of healthcare professionals in Qatar on causes of medication errors: A mixed methods study of safety culture. *PloS one*, 13(9), e0204801.
- Spilsbury, K., & Meyer, J. (2004). Use, misuse and non-use of health care assistants: understanding the work of health care assistants in a hospital setting. *Journal of nursing management*, 12(6), 411–418.
- Spilsbury, K., Adamson, J., Atkin, K., Bloor, K., Carr-Hill, R., McCaughan, D., ... & Wakefield, A. (2011). Challenges and opportunities associated with the introduction of assistant practitioners supporting the work of registered nurses in NHS acute hospital trusts in England. *Journal of Health Services Research & Policy*, 16(1_suppl), 50–56.
- STM. (2009). Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN:NBN:fi-fe201504226780.pdf> Viitattu 10.8.2022.
- Strube-Lahmann, S., Müller-Werdan, U., Klingelhöfer-Noe, J., Suhr, R., & Lahmann, N. A. (2022). Patient safety in home care: A multicenter cross-sectional study about medication errors and medication management of nurses. *Pharmacology Research & Perspectives*, 10(3), e00953.
- Tehy. (2021). Aula Researchin kysely hoitajien työssäjaksamisesta ja työhyvinvoinnista. Viitattu 28.7.2022. 2021 https://www.tehy.fi/system/files/mfiles/dokumentti/aula_researchin_kysely_hoitajien_tyossajaksamisesta_ja_tyohyvinvoinnista_2021_id_17362.pdf
- TENK. (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [viitattu: 3.8. 2018] Saatavissa: https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.
- Terkamo-Moisio, A., Karki, S., Kangasniemi, M., Lammintakanen, J., & Häggman-Laitila, A. (2022). Towards remote leadership in health care: Lessons learned from an integrative review. *Journal of advanced nursing*, 78(3), 595–608.
- Tevameri, T. (2021). Katsaus sote-alan työvoimaan: Toimintaympäristön ajankohtaisten muutosten ja pidemmän aikavälin tarkastelua.
- Thornley, C. (2000). A question of competence? Re-evaluating the roles of the nursing auxiliary and health care assistant in the NHS. *Journal of clinical nursing*, 9(3), 451–458.

Triggle, N. (2022). Half of new nurses and midwives come from abroad. BBC NEWS. Viitattu 28.7.2022.
<https://www.bbc.com/news/health-61483358>

Utriainen, K., Kyngäs, H., & Nikkilä, J. (2010). Ikääntyvien sairaanhoitajien työhyvinvointi suomalaisissa sairaalaorganisaatioissa. Tutkiva hoitotyö, 8(1), 36–42.

Valvira (2022a). Hoiva-avustajat vanhustenhuollon ympärivuorokautisten toimintayksiköiden henkilöstössä - valvontaviranomaisten lupa- ja valvontakäytännön uudelleenarviointi. https://www.valvira.fi/documents/14444/236772/Hoiva_avustajat_vanhustenhuollon_ymparivuorokautisten_toimintayksikoiden_henkilostossa.pdf/06c9d1d1-f154-28d7-d52d-6cb636acc-9d1?t=1655104732120 Viitattu 8.11.2022.

Valvira (2022b). Ammattioikeudet. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet> Viitattu 10.8.2022.

Vartiainen, T. (2021). Teho- ja tehovalvontaosastoilla työskentelevien tehohoitajien koulutus, perehdytys ja osaaminen. Haettu, 22, 2021.

Vatnøy, T. K., Dale, B., Sundlisaeter Skinner, M., & Karlsen, T. I. (2022). Associations between nurse managers' leadership styles, team culture and competence planning in Norwegian municipal in-patient acute care services: A cross-sectional study. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 36(2), 482–492.

Vellonen, M., Kaunonen, M., & Suominen, T. (2019). Kotihoidon lääkehoidon vaaratapahtumat-Integratiivinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede, 31(3), 191–204.

Vilmi, E. M., Olsbo, U., Hakko, H., Laukkanen, M., & Kanste, O. (2021). Hoitohenkilöstön työajan käyttö aikuispsykiatrian vuodeosastoilla yliopistosairaalassa. Hoitotiede, 33(1), 54–64.

Wilson, C. A., Metwally, H., Heavner, S., Kennedy, A. B., & Britt, T. W. (2022). Chronicling moral distress among healthcare providers during the COVID-19 pandemic: A longitudinal analysis of mental health strain, burnout, and maladaptive coping behaviours. International Journal of Mental Health Nursing, 31(1), 111–127.

Vipunen – opetushallinnon tietopalvelu (2022a). Perusopetuksen jälkeisiin koulutuksiin hakeneet ja paikan vastaanottaneet. Opetushallituksen ylläpitämä opiskelijavalintarekisteri. Saantitapa: https://vipunen.fi/fi-fi/_layouts/15/xlviewer.aspx?id=/fi-fi/Raportit/Haku-%20ja%20valintatie-dot%20-%20toinen%20aste%20-%20live.xlsb Viitattu 28.7.2022.

Vipunen – opetushallinnon tietopalvelu (2022b). Korkeakoulujen hakeneet ja paikan vastaanottaneet. Opetushallituksen ylläpitämä opiskelijavalintarekisteri. Saantitapa: https://vipunen.fi/fi-fi/_layouts/15/xlviewer.aspx?id=/fi-fi/Raportit/Haku%20ja%20valinta%20-%20korkeakoulu%20-%20live.xlsb Viitattu 28.7.2022.

Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. Research in nursing & health, 30(4), 445–458.

Taulukot

Taulukko 1. Esimerkki analyysistä.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä luokka
"Esihenkilö kuuntelee ja kannustaa"	Kuuntelee ja kannustaa	Työntekijöiden kohtelu	Esihenkilön sosiaaliset taidot	
"Esihenkilö käy hyvin harvoin kysymässä työntekijöiden kuulumisia."	Esihenkilö ei kysy kuulumisia			

Paluu

Taulukko 2. Vastaajien taustatiedot, ikä.

Vastaajien ikä	n	%
alle 25 vuotta	121	2
25–34	925	17
35–44	1354	26
45–54	1618	31
55–64	1257	24
65 vuotta tai yli	23	alle 1

Paluu

Taulukko 3. Vastaajien työkokemus.

Työkokemus	n	%
Sosiaali- ja terveysala		
alle 1 vuotta	30	alle 1
1–5 vuotta	705	13
6–10 vuotta	934	18
11–15 vuotta	823	16
yli 15 vuotta	2707	52
Nykyinen työpaikka		
alle 1 vuotta	809	15
1–5 vuotta	1942	37
6–10 vuotta	1008	19
11–15 vuotta	630	12
yli 15 vuotta	893	17

Paluu

Taulukko 4. Ammattihenkilöiden näkemykset henkilöstömitoituksesta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Henkilöstömitoitus	Aina % (n)	Usein % (n)	Joskus % (n)	Harvoin % (n)	Ei koskaan % (n)
Asiakkaiden hoidon tarve huomioidaan henkilöstömitoituksessa	17 (884)	32 (1681)	25 (1308)	16 (829)	10 (498)
Joudun selviytymään työtehtävistäni ilman työtovereiden tukea tai apua	4 (195)	29 (1508)	32 (1663)	26 (1379)	9 (497)
	Päivittäin	Viikoittain	Muutamia kertoja kuukaudessa	Satunnaisesti	Ei koskaan
Lähihoitaja toimii sairaanhoitajan sijaisena	5 (262)	11 (566)	12 (570)	19 (962)	2634 (53)

Paluu

Taulukko 5. Ammattihenkilön tieto omasta vastuusta työtehtävissä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Vastuun tietäminen työtehtävissä	Erittäin hyvin	Hyvin	Melko hyvin	Huonosti	Erittäin huonosti
Tiedän oman vastuuni työtehtävissä	61 (3201)	30 (1590)	8 (421)	1 (53)	alle 1 (12)

Paluu

Taulukko 6. Ammattihenkilöiden näkemykset henkilöstömitoituksesta tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.

Henkilöstömitoitus	Aina % (n)	Usein % (n)	Joskus % (n)	Harvoin % (n)	Ei koskaan % (n)
Asiakkaiden hoidon tarve huomioidaan työvuorosunnittelussa	13 (212)	30 (498)	29 (473)	19 (303)	9 (143)
Joudun selviytymään työtehtävistäni ilman työtovereiden tukea tai apua	4 (65)	33 (542)	31 (509)	24 (392)	8 (126)
	Päivittäin	Viikoittain	Muutamia kertoja kuukaudessa	Satunnaisesti	Ei koskaan
Lähihoitaja toimii sairaanhoitajan sijaisena	6 (103)	13 (216)	15 (236)	24 (385)	42 (682)
Hoiva-avustaja toimii lähihoitajan sijaisena	15 (237)	22 (363)	11 (183)	10 (159)	11 (170)

Paluu

Taulukko 7. Ammattihenkilön tieto vastuualueista tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.

Vastuun tietäminen työtehtävissä	Erittäin hyvin	Hyvin	Melko hyvin	Huonosti	Erittäin huonosti
Tiedän oman vastuuni työtehtävissä	61 (992)	30 (481)	8 (137)	1 (18)	alle 1 (3)
Tiedän hoiva-avustajan vastuulla olevat työtehtävät	28 (423)	30 (463)	21 (312)	13 (202)	8 (127)

Paluu

Taulukko 8. Hoidon laatuun vaikuttavat tekijät.

Asiakas joutuu odottamaan...	Päivittäin % (n)	Joitakin kertoja viikossa % (n)	Joitain kertoja kuukaudessa % (n)	Joitakin kertoja vuodessa % (n)	Ei koskaan % (n)
...perushoidollisia toimenpiteitä	31 (1456)	24 (1095)	11 (495)	8 (352)	26 (1217)
...lääkehoitoa	22 (1030)	21 (970)	12 (573)	11 (491)	34 (1556)
...tarvittaessa määrättyä kipulääkettä	14 (671)	17 (783)	18 (849)	16 (719)	35 (1609)
...aamupalaa tai lounasta	9 (398)	13 (576)	15 (711)	15 (667)	48 (2220)
...ulkoilua tai muuta viriketoimintaa	26 (1186)	20 (879)	13 (588)	10 (445)	31 (1393)
...toimintakykyä ylläpitäviä harjoituksia	22 (1004)	24 (1101)	17 (760)	11 (494)	26 (1177)
...kohtuuttoman pitkään WC:hen pääsyä	15(682)	20 (938)	18 (821)	12 (537)	35 (1582)
...hampaiden pesua	18 (798)	18 (797)	16 (729)	10 (466)	38 (1733)
...asiakkaan iltatoimet aloitetaan liian aikaisin	29 (1300)	16 (740)	9 (394)	6 (273)	40 (1796)

Paluu

Taulukko 9. Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaarantuminen ammattihenkilöiden arvioiden mukaan.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaarantuminen henkilöstövajeen vuoksi	Erittäin usein % (n)	Usein % (n)	Joskus % (n)	Harvoin % (n)	Ei koskaan % (n)
Kaatumiset, painehaavaumat ym.	5 (227)	13 (600)	22 (1025)	28 (1328)	32 (1497)
Laiteturvallisuus vaarantuu	2 (72)	5 (231)	15 (703)	33 (1545)	45 (2081)

Paluu

Taulukko 10. Hoidon laatu tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.

Asiakas joutuu odottamaan...	Päivittäin % (n)	Joitakin kertoja viikossa % (n)	Joitain kertoja kuukaudessa % (n)	Joitakin kertoja vuodessa % (n)	Ei koskaan % (n)
...perushoidollisia toimenpiteitä	42 (683)	30 (490)	14 (226)	7 (121)	7 (110)
...lääkehoitoa	32 (516)	26 (428)	15 (240)	10 (166)	17 (277)
...tarvittaessa määrättyä kipulääkettä	15 (246)	20 (332)	25 (403)	19 (304)	21 (333)
...aamupalaa tai lounasta	14 (225)	17 (269)	19 (310)	15 (251)	35 (562)
...ulkoilua tai muuta viriketoimintaa	34 (547)	28 (461)	18 (287)	12 (191)	8 (127)
...toimintakykyä ylläpitäviä harjoituksia	32 (514)	30 (487)	20 (316)	11 (176)	7 (111)
...kohtuuttoman pitkään WC:hen pääsyä	22 (356)	26 (414)	25 (413)	14 (224)	13 (209)
...hampaiden pesua	22 (364)	24 (383)	22 (357)	13 (209)	19 (302)
...asiakkaan iltatoimet aloitetaan liian aikaisin	52 (846)	23 (362)	10 (166)	6 (96)	9 (147)

Paluu

Taulukko 11. Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaarantuminen tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.

Potilasturvallisuuden vaarantuminen	Jokaisessa työvuorossa	Päivittäin	Viikoittain	Joitakin kertoja kuukaudessa	Ei koskaan
Kaatumiset, painehaavaumat, aliravitsemus	6 (101)	17 (275)	28 (451)	32 (518)	17 (277)
Laiteturvallisuus	2 (28)	7 (121)	19 (306)	38 (601)	34 (542)

Paluu

Taulukko 12. Hoiva-avustajat ja lääkehoito tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.

Hoiva-avustajien kirjalliset lääkeluvat	n	%
Kyllä	322	20
Ei	463	29
Työyksikössäni ei ole hoiva-avustajia	527	33
Hoiva-avustajat eivät osallistu missään tilanteessa lääkehoitoon	295	18

Paluu

Taulukko 13. Perehdytysohjelman kesto sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Perehdytysohjelman kesto työyksikössäni	n	%
Alle viikko	2421	46
1–2 viikkoa	1255	24
3–4 viikkoa	274	5
Yli kuukausi	218	4
Muu, mikä?	517	10
Työyksikössäni ei ole perehdytysohjelmaa	590	11

Paluu

Taulukko 14. Ammattihenkilöiden arviot osaamisestaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Osaaminen vastaa asiakkaiden tarpeisiin	Erittäin hyvin % (n)	Hyvin % (n)	Melko hyvin % (n)	Huonosti % (n)	Erittäin huonosti % (n)
Ammattihenkilöiden osaaminen vastaa asiakkaiden tarpeisiin	15 (814)	41 (2176)	35 (1855)	8 (397)	1 (44)

Paluu

Taulukko 15. Ammattihenkilöiden arviot työntekijöiden osaamisen huomioimisesta henkilöstömitoituksessa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Henkilöstömitoituksessa huomioidaan henkilöstön osaaminen	n	%
Aina	1059	20
Usein	2124	41
Joskus	1199	23
Harvoin	678	13
Ei koskaan	172	3

Paluu

Taulukko 16. Perehdytyksen kesto tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.

Perehdytysohjelman kesto työyksikössäni	n	%
Alle viikko	876	54
1–2 viikkoa	316	19
3–4 viikkoa	46	3
Yli kuukausi	55	3
Muu, mikä?	159	10
Työyksikössäni ei ole perehdytysohjelmaa	176	11

Paluu

Taulukko 17. Ammattihenkilöiden arviot osaamisesta tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.

Osaaminen vastaa asiakkaiden tarpeisiin	Erittäin hyvin % (n)	Hyvin % (n)	Melko hyvin % (n)	Huonosti % (n)	Erittäin huonosti % (n)
Ammattihenkilöiden osaaminen vastaa asiakkaiden tarpeisiin	9 (150)	39 (634)	42 (682)	9 (153)	1 (12)
Hoiva-avustajien osaaminen vastaa asiakkaiden tarpeisiin	4 (64)	20 (328)	27 (442)	15 (236)	4 (70)

Paluu

Taulukko 18. Lääkepoikkeamat ja hoiva-avustajat tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.

Lääkepoikkeamien määrää lisää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden vajauksen korvaaminen hoiva-avustajilla	n	%
Huomattavasti	162	10
Jonkin verran	282	18
Vähän	211	13
Ei vaikutusta (eivät osallistu lääkehoitoon)	306	19
Ei lisää	174	11

Paluu

Taulukko 19. Osaamisen huomiointi henkilöstömitoituksessa tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.

Henkilöstömitoituksessa huomioidaan henkilöstön osaaminen	n	%
Aina	255	16
Usein	628	38
Joskus	458	28
Harvoin	243	15
Ei koskaan	49	3

Paluu

Taulukko 20. Esihenkilön puuttuminen työpaikan epäkohtiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Esihenkilö puuttuu työpaikan epäkohtiin	n	%
Erittäin usein	467	9
Usein	1661	32
Joskus	1917	36
Harvoin	782	15
Erittäin harvoin	427	8

Paluu

Taulukko 21. Esihenkilön ymmärrys työpaikan erityispiirteistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Esihenkilö ymmärtää työni erityispiirteet	n	%
Erittäin hyvin	1046	20
Hyvin	1576	30
Melko hyvin	1374	26
Huonosti	936	18
Erittäin huonosti	323	6

Paluu

Taulukko 22. Esihenkilön työvuorosuunnittelussa huomioivat asiat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

	Aina % (n)	Usein % (n)	Joskus % (n)	Harvoin % (n)	Ei koskaan % (n)
Esihenkilö huomioi fyysisen työkyvyn työvuorosuunnittelussa	11 (536)	33 (1688)	27 (1368)	19 (952)	10 (510)
Esihenkilö huomioi henkisen työkyvyn työvuorosuunnittelussa	8 (397)	27 (1399)	29 (1471)	23 (1164)	13 (658)
Työn tavoitteet mitoitetaan siten, etteivät ne asetu vain kokeneimpien ja taitavampien tasolle	10 (492)	32 (1620)	31 (1580)	19 (940)	8 (408)
Työrytmi mitoitetaan siten, etteivät ne asetu vain kokeneimpien ja taitavampien tasolle	10 (480)	30 (1485)	30 (1531)	21 (1034)	9 (475)
	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Melkein samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
Lähijohtaminen on työyksikössäni hyvää ja oikeudenmukaista	14 (707)	26 (1328)	28 (1445)	21 (1120)	11 (598)

Paluu

Taulukko 23. Esihenkilön puuttuminen työpaikan epäkohtiin tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.

Esihenkilö puuttuu työpaikan epäkohtiin	n	%
Erittäin usein	148	9
Usein	550	34
Joskus	586	36
Harvoin	215	13
Erittäin harvoin	125	8

Paluu

Taulukko 24. Esihenkilön ymmärrys työpaikan erityispiirteistä tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.

Esihenkilö ymmärtää työni erityispiirteet	n	%
Erittäin hyvin	298	18
Hyvin	504	31
Melko hyvin	430	27
Huonosti	293	18
Erittäin huonosti	99	6

Paluu

Taulukko 25. Esihenkilön työvuorosuunnittelussa huomioimat asiat tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.

	Aina % (n)	Usein % (n)	Joskus % (n)	Harvoin % (n)	Ei koskaan % (n)
Esihenkilö huomioi fyysisen työkyvyn työvuorosuunnittelussa	9 (139)	31 (503)	30 (476)	21 (21,4)	9 (149)
Esihenkilö huomioi henkisen työkyvyn työvuorosuunnittelussa	6 (101)	27 (430)	29 (471)	25 (408)	13 (199)
Työn tavoitteet mitoitetaan siten, etteivät ne asetu vain kokeneimpien ja taitavampien tasolle	8 (131)	33 (541)	33 (536)	18 (284)	7 (111)
	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Melkein samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
Lähijohtaminen on työyksikössäni hyvää ja oikeudenmukaista	12 (198)	27 (435)	29 (465)	21 (334)	11 (184)

Paluu

Taulukko 26. Ammattihenkilöiden kokemus työhyvinvoinnistaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Työhyvinvointi	n	%
Erittäin hyvä	238	5
Hyvä	1382	26
Melko hyvä	2234	42
Huono	1210	23
Erittäin huono	228	4

Paluu

Taulukko 27. Ammattihenkilöiden kokemus kuormituksestaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Kuormitus	Kognitiivinen % (n)	Eettinen % (n)	Fyysinen % (n)
En ole kuormittunut	2 (122)	7 (360)	16 (875)
Kuormitus on vähäinen	28 (1453)	34 (1793)	42 (2214)
Kuormitus on haitallinen	55 (2915)	45 (2386)	34 (1793)
Kuormitus on vakava	15 (808)	14 (753)	8 (400)

Paluu

Taulukko 28. Kuormittavat asiat työpaikalla ammattihenkilöiden näkemysten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

TOP 10	Maininnat (n)
Kiire	3052
Huono johtaminen	1342
Henkilöstöpula	914
Ergonomian puutteet	594
Vaarantunut työturvallisuus	459
Huono palkka	221
Pandemia	221
Huono työilmapiiri	213
Huonot työolot ja työympäristö	198
Jatkuvat muutokset	182
Riittämätön osaaminen	140

Paluu

Taulukko 29. Tehostetun palveluasumisen ja kotihoidon ammattihenkilöiden kokemus työhyvinvoinnistaan.

Työhyvinvointi	n	%
Erittäin hyvä	66	4
Hyvä	397	24
Melko hyvä	705	43
Huono	389	24
Erittäin huono	73	5

Paluu

Taulukko 30. Tehostetun palveluasumisen ja kotihoidon ammattihenkilöiden kokemus kuormituksestaan.

Kuormitus	Kognitiivinen % (n)	Eettinen % (n)	Fyysinen % (n)
En ole kuormittunut	2 (33)	4 (64)	10 (155)
Kuormitus on vähäinen	27 (445)	32 (526)	36 (593)
Kuormitus on haitallinen	56 (905)	50 (810)	45 (727)
Kuormitus on vakava	15 (251)	14 (223)	9 (154)

Paluu

Taulukko 31. Kuormitusta aiheuttavat tilanteet tai tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.

TOP 10 (n= 1393)	Mainintojen määrä
Kiire	961
Huono johtaminen ja esihenkilötyö	412
Henkilöstöön liittyvät asiat	274
Puutteellinen ergonomia	230
Jatkuva muutos	162
Toimistotyö	132
Vaarantunut työturvallisuus	102
Huono työilmapiiri	68
Huono palkka	46
Pandemia	41

Paluu

Taulukko 32. Ammattihenkilöiden kokemus työhyvinvoinnistaan ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ja vammaisten palveluasumisessa.

Työhyvinvointi	n	%
Erittäin hyvä	8	2
Hyvä	85	23
Melko hyvä	155	43
Huono	98	7
Erittäin huono	18	5

Paluu

Taulukko 33. Ammattihenkilöiden kokemus kuormituksessa ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ja vammaisten palveluasumisessa.

Kuormitus	Kognitiivinen % (n)	Eettinen % (n)	Fyysinen % (n)
En ole kuormittunut	2 (7)	1 (4)	6 (21)
Kuormitus on vähäinen	23 (83)	26 (94)	27 (98)
Kuormitus on haitallinen	58 (210)	52 (191)	55 (201)
Kuormitus on vakava	17 (64)	21 (75)	12 (44)

Paluu

Taulukko 34. Hoidon laatu ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ja vammaisten palveluasumisessa.

Asiakas joutuu odottamaan...	Päivittäin % (n)	Joitakin kertoja viikossa % (n)	Joitain kertoja kuukaudessa % (n)	Joitakin kertoja vuodessa % (n)	Ei koskaan % (n)
...perushoidollisia toimenpiteitä	46 (168)	29 (107)	12 (42)	6 (22)	7 (25)
...lääkehoitoa	26 (95)	27 (96)	16 (59)	11 (40)	20 (73)
...tarvittaessa määrättyä kipulääkettä	12 (44)	19 (68)	30 (111)	17 (62)	22 (79)
...aamupalaa tai lounasta	15 (53)	19 (70)	26 (95)	14 (52)	26 (93)
...ulkoilua tai muuta viriketoimintaa	36 (131)	36 (130)	18 (65)	7 (25)	3 (11)
...toimintakykyä ylläpitäviä harjoituksia	37 (134)	32 (115)	20 (71)	7 (24)	4 (16)
...kohtuuttoman pitkään WC:hen pääsyä	27 (97)	30 (109)	24 (88)	9 (32)	10 (38)
...hampaiden pesua	25 (89)	25 (92)	25 (92)	10 (37)	16 (58)
...asiakkaan iltatoimet aloitetaan liian aikaisin	58 (212)	20 (71)	10 (36)	4 (13)	8 (31)

Paluu

Taulukko 35. Asiakas- ja potilasturvallisuus ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ja vammaisten palveluasumisessa.

Asiakas- ja potilasturvallisuuden vaarantuminen henkilöstövajeen vuoksi	Erittäin usein % (n)	Usein % (n)	Joskus % (n)	Harvoin % (n)	Ei koskaan % (n)
Kaatumiset, painehaavaumat ym.	10 (36)	19 (70)	33 (112)	31 (112)	7 (27)
Laiteturvallisuus vaarantuu	3 (9)	13 (46)	25 (90)	37 (135)	22 (81)

Paluu

Taulukko 36. Osaaminen ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ja vammaisten palveluasumisessa.

Osaaminen vastaa asiakkaiden tarpeisiin	Erittäin hyvin % (n)	Hyvin % (n)	Melko hyvin % (n)	Huonosti % (n)	Erittäin huonosti % (n)
Ammattihenkilöiden osaaminen vastaa asiakkaiden tarpeisiin	5 (18)	36 (129)	44 (160)	14 (51)	1 (5)
Hoiva-avustajien osaaminen vastaa asiakkaiden tarpeisiin	2 (8)	27 (97)	43 (157)	21 (77)	7 (25)

Paluu

Taulukko 37. Osaamisen huomiointi henkilöstömitoituksessa ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ja vammaisten palveluasumisessa.

Henkilöstömitoituksessa huomioidaan henkilöstön osaaminen	n	%
Aina	40	11
Usein	127	35
Joskus	114	31
Harvoin	73	20
Ei koskaan	10	3

Paluu

Taulukko 38. Henkilöstömitoitus ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ja vammaisten palveluasumisessa.

Henkilöstömitoitus	Aina % (n)	Usein % (n)	Joskus % (n)	Harvoin % (n)	Ei koskaan % (n)
Joudun selviytymään työtehtävistäni ilman työtovereiden tukea tai apua	4 (15)	40 (147)	31 (113)	19 (68)	6 (21)
	Päivittäin	Viikoittain	Muutamia kertoja kuukaudessa	Satunnaisesti	Ei koskaan
Hoiva-avustaja toimii lähihoitajan sijaisena	26 (95)	44 (161)	16 (58)	8 (30)	5 (18)

Paluu

Taulukko 39. Ammattihenkilön tieto vastuualueista ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ja vammaisten palveluasumisessa.

Vastuun tietäminen työtehtävissä	Erittäin hyvin % (n)	Hyvin % (n)	Melko hyvin % (n)	Huonosti % (n)	Erittäin huonosti % (n)
Tiedän hoiva-avustajan vastuulla olevat työtehtävät	30 (108)	37 (134)	20 (73)	20 (73)	2 (6)

Paluu

Taulukko 40. Hoiva-avustajat ja lääkehoito ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ja vammaisten palveluasumisessa.

Hoiva-avustajat osallistuvat lääkehoitoon	n	%
Jokaisessa työvuorossa	52	14
Päivittäin ainakin yhdessä vuorossa vuorokauden aikana	57	16
Satunnaisesti, mutta kuitenkin viikoittain	89	24
Joitakin kertoja kuukaudessa	68	19
Ei koskaan	0	0

Paluu

Taulukko 41. Hoiva-avustajien lääkeluvat ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ja vammaisten palveluasumisessa.

	n	%
Hoiva-avustajilla on kirjalliset lääkeluvat		
Kyllä	173	48
Ei	191	52
Hoiva-avustajat eivät osallistu missään tilanteessa lääkehoitoon	0	0
Hoiva-avustajilla on lääkehoidon lisäkoulutus		
Kyllä	100	27
Ei	262	72
Hoiva-avustajat eivät osallistu missään tilanteessa lääkehoitoon	2	1

Paluu

Taulukko 42. Osaamisvaje ikäihmisten tehostetussa palveluasumisessa ja vammaisten palveluasumisessa.

Lääkepoikkeamien määrää lisää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden vajauksen korvaaminen hoiva-avustajilla	n	%
Huomattavasti	41	11
Jonkin verran	114	32
Vähän	113	31
Ei vaikutusta (eivät osallistu lääkehoitoon)	6	2
Ei lisää	86	24

Paluu

Taulukko 43. Kaikkien vastaajien, tehostetun palveluasumisen/kotihoidon ammattihenkilöiden ja tehostetussa palveluasumisessa työskentelevien lähihoitajien näkemykset työhyvinvoinnista ja kuormituksesta.

	Sosiaali- ja terveydenhuollon työpaikat	Tehostettu palveluasuminen ja kotihoito	Tehostettu palveluasuminen; lähihoitajat
Työhyvinvointi melko hyvä	42 %	44 %	43 %
Kognitiivinen kuormitus haitallinen/vakava	70 %	68 %	61 %
Eettinen kuormitus haitallinen/vakava	59 %	63 %	59 %
Fyysinen kuormitus haitallinen/vakava	42 %	58 %	59 %

Paluu

Taulukko 44. Kaikkien vastaajien, tehostetun palveluasumisen/kotihoidon ammattihenkilöiden ja tehostetussa palveluasumisessa työskentelevien lähihoitajien näkemykset hoidon laadusta.

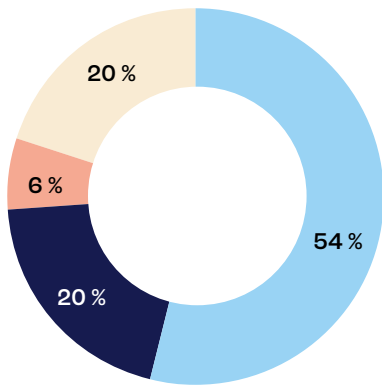
Asiakas joutuu odottamaan useammin kuin viikoittain	Sosiaali- ja terveydenhuollon työpaikat	Tehostettu palveluasuminen ja kotihoito	Tehostettu palveluasuminen; lähihoitajat
Perushoitoa	55 %	69 %	72 %
Lääkehoitoa	43 %	47 %	52 %
Aamupalaa/lounasta	23 %	27 %	30 %
Viriketoimintaa/ulkoilua	46 %	61 %	65 %
Asiakasturvallisuus vaarantuu, koska ammattihenkilöitä korvattu esimerkiksi hoiva-avustajilla			
Lääkepoikkeamat	15 %	28 %	44 %
Kaatumiset, painehaavaumat	40 %	50 %	54 %

Paluu

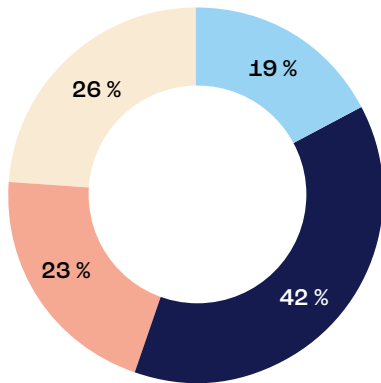
Kuviot

VÄLITÖN HOITOTYÖ JA UUDEN TYÖNTEKIJÄN PEREHDYTYS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUISSA

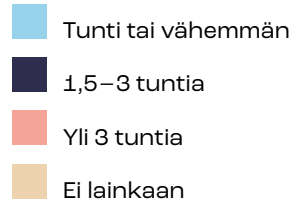
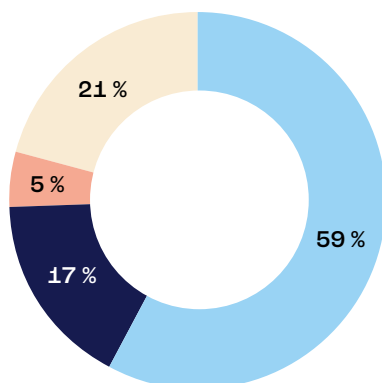
Kuvio 1. Ammattihenkilöiden lääkehoitoon käyttämä työaika aamuvuorossa sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköissä.



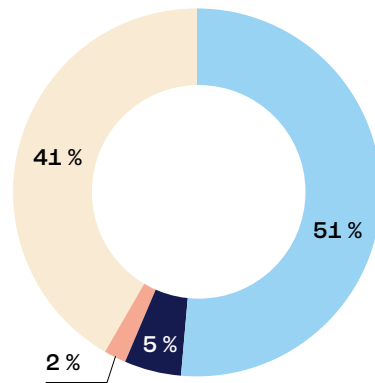
Kuvio 2. Ammattihenkilöiden asiakkaiden päivittäisissä toimissa avustamiseen käyttämä työaika aamuvuorossa sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköissä.



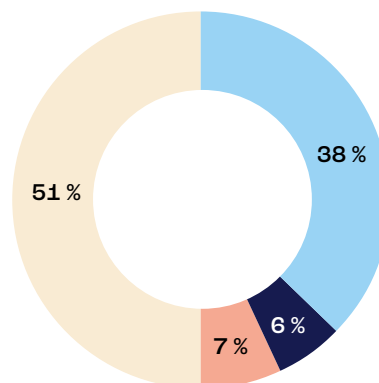
Kuvio 3. Ammattihenkilöiden sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin käyttämä työaika aamuvuorossa sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköissä.



Kuvio 4. Ammattihenkilöiden asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn tukemiseen käyttämä työaika aamuvuorossa sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköissä.

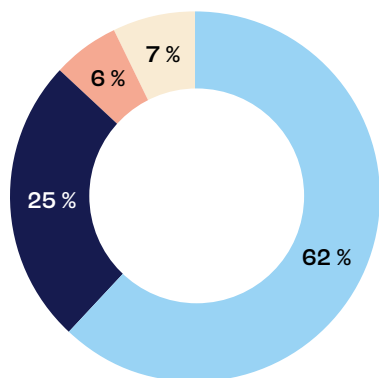


Kuvio 5. Ammattihenkilöiden uuden työntekijän perehdytykseen käyttämä työaika aamuvuorossa sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköissä.

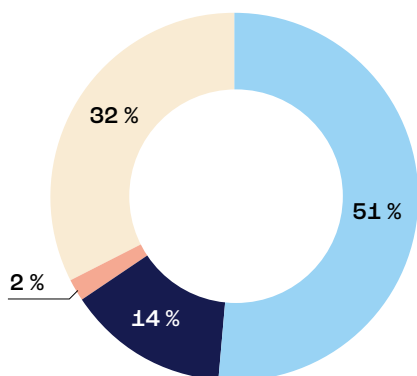


HALLINNOLLISET JA KIRJALLISET TEHTÄVÄT SOSIAALI- JA TERVEYDEN- HUOLLON PALVELUISSA

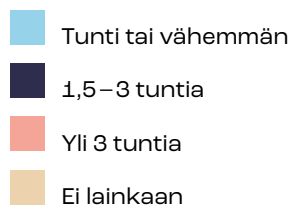
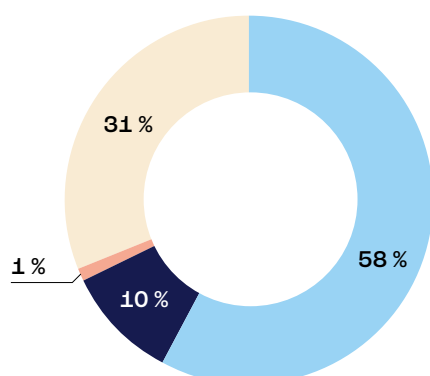
Kuvio 6. Ammattihenkilöiden asiakastietojen kirjaamiseen käyttämä työaika aamuvuorossa sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköissä.



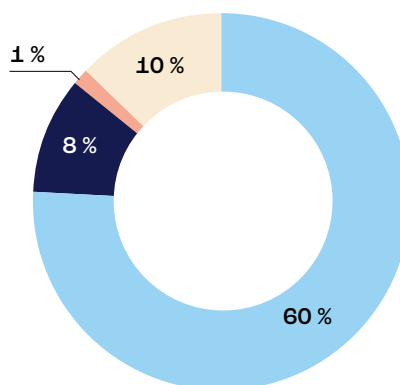
Kuvio 7. Ammattihenkilöiden palvelutarpeen arviointiin käyttämä työaika aamuvuorossa sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköissä.



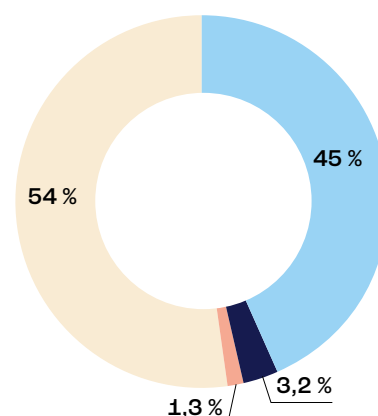
Kuvio 8. Ammattihenkilöiden hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämiseen käyttämä työaika aamuvuorossa sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköissä.



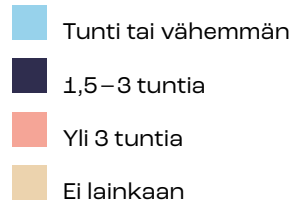
Kuvio 9. Ammattihenkilöiden asiakkaiden hoitoon liittyvään raportointiin ja kirjaamiseen käyttämä työaika aamuvuorossa sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköissä.



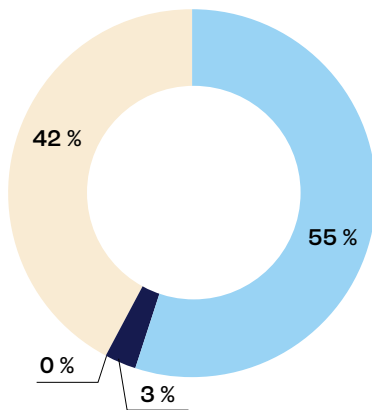
Kuvio 10. Ammattihenkilöiden tilausten tekemiseen käyttämä työaika aamuvuorossa sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköissä.



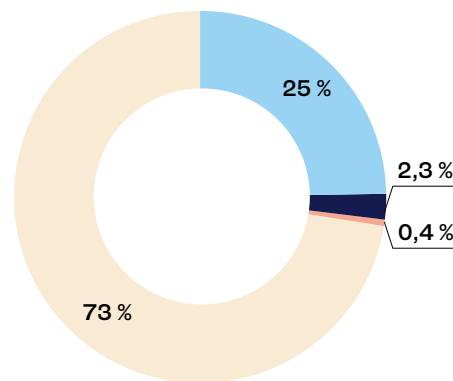
TUKIPALVELUT SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUISSA



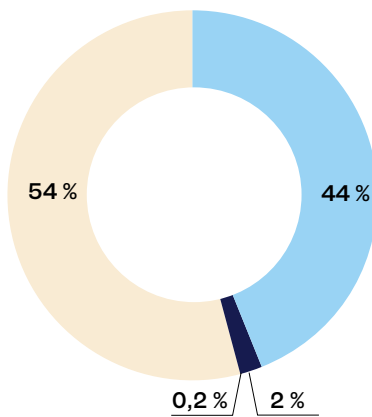
Kuvio 11. Ammattihenkilöiden siivoukseen käyttämä työaika aamuvuorossa sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköissä.



Kuvio 13. Ammattihenkilöiden laajamittaiseen ruuan valmistamiseen ja lämmittämiseen käyttämä työaika aamuvuorossa sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköissä.



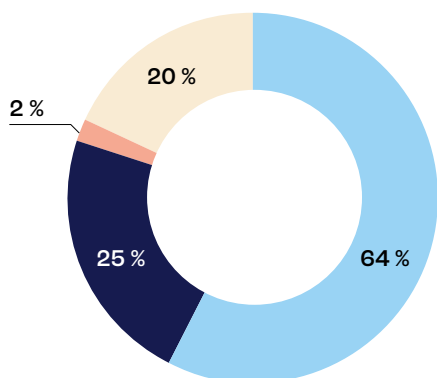
Kuvio 12. Ammattihenkilöiden pyykinhuoltoon käyttämä työaika aamuvuorossa sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköissä.



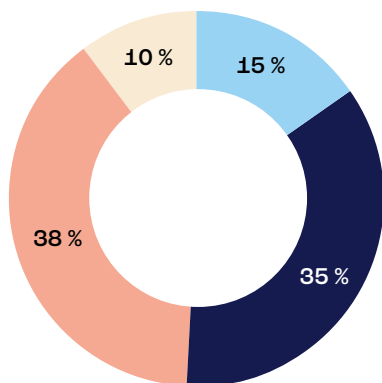
TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN JA KOTIHOITO

Välitön hoitotyö ja uuden työntekijän perehdyttäminen

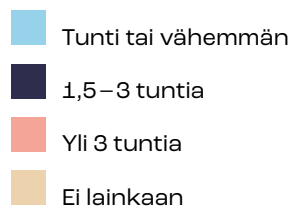
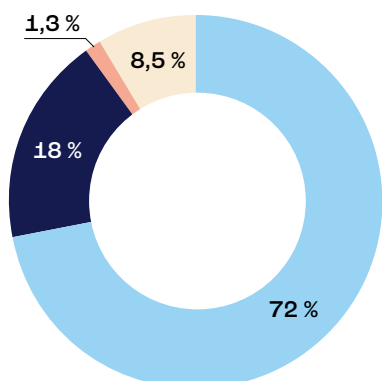
Kuvio 14. Ammattihenkilöiden lääkehoitoon
käyttämä työaika aamuvuorossa tehostetussa
palveluasumisessa ja kotihoidossa.



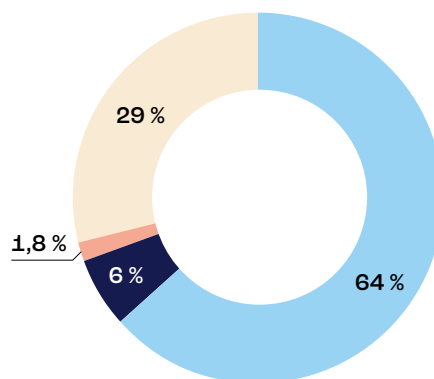
Kuvio 15. Ammattihenkilöiden asiakkaiden
päivittäisissä toimissa avustamiseen käyttämä
työaika aamuvuorossa tehostetussa palvelu-
asumisessa ja kotihoidossa.



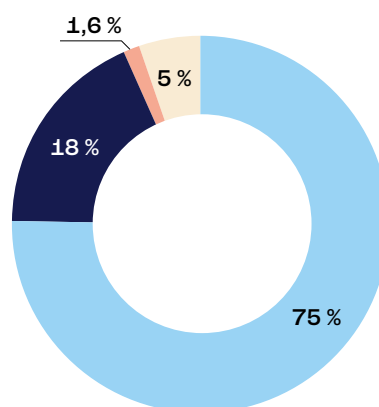
Kuvio 16. Ammattihenkilöiden sairaanhoidollisiin
toimenpiteisiin käyttämä työaika aamuvuorossa
tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.



Kuvio 17. Ammattihenkilöiden asiakkaiden
fyysisen toimintakyvyn tukemiseen käyttämä
työaika aamuvuorossa tehostetussa palvelu-
asumisessa ja kotihoidossa.



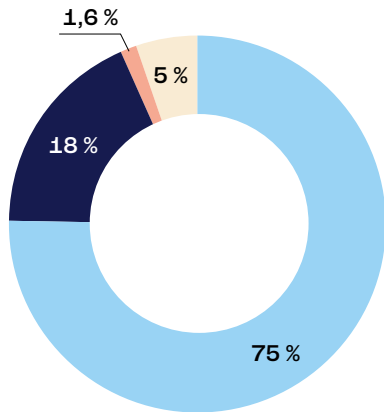
Kuvio 18. Ammattihenkilöiden uuden työntekijän
perehdytykseen käyttämä työaika aamu-
vuorossa tehostetussa palveluasumisessa
ja kotihoidossa.



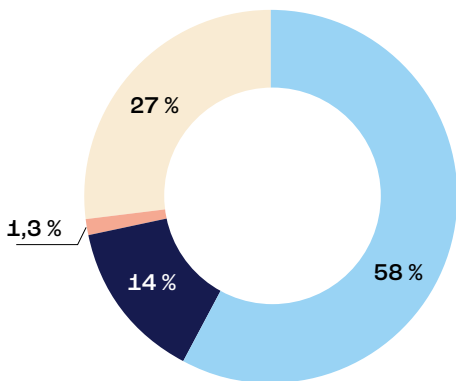
TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN JA KOTIHOITO

Hallinnolliset ja kirjalliset työtehtävät

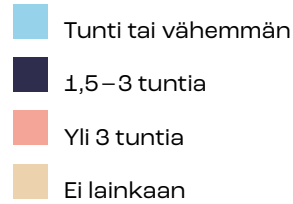
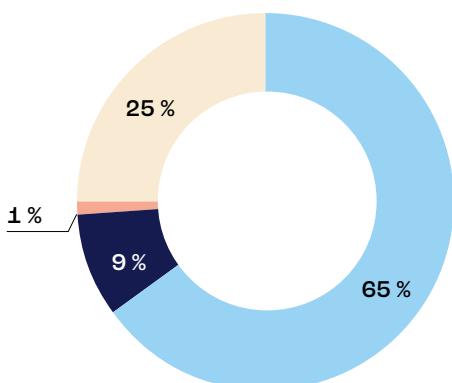
Kuvio 19. Ammattihenkilöiden asiakastietojen kirjaamiseen käyttämä työaika aamuvuorossa tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.



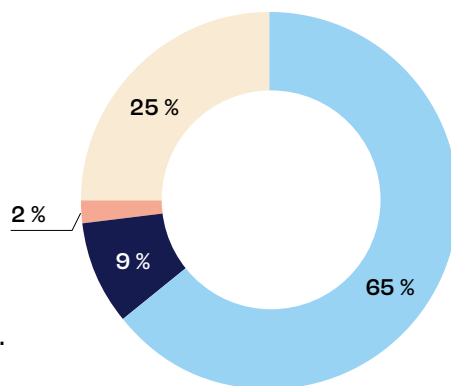
Kuvio 20. Ammattihenkilöiden palvelutarpeen arviointiin käyttämä työaika aamuvuorossa tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.



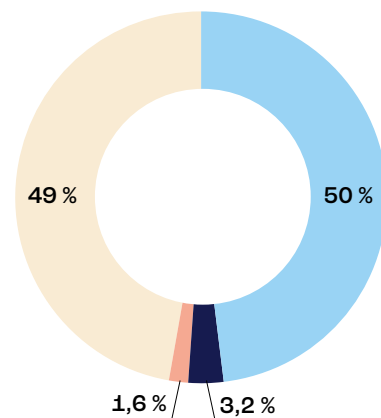
Kuvio 21. Ammattihenkilöiden hoitosuunnitelman päivittämiseen käyttämä työaika aamuvuorossa tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.



Kuvio 22. Ammattihenkilöiden asiakkaiden hoitoon liittyvään raportointiin ja tiedonvälitykseen käyttämä työaika aamuvuorossa tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.

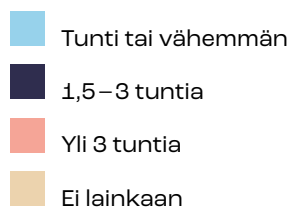


Kuvio 23. Ammattihenkilöiden tilausten tekemiseen käyttämä työaika aamuvuorossa tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.

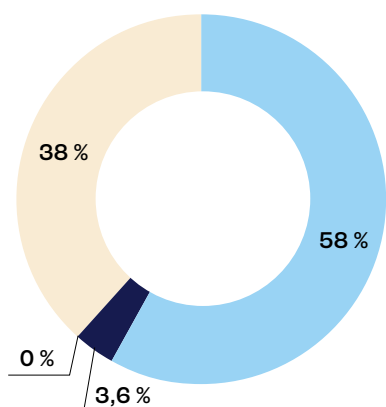


TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN JA KOTIHOITO

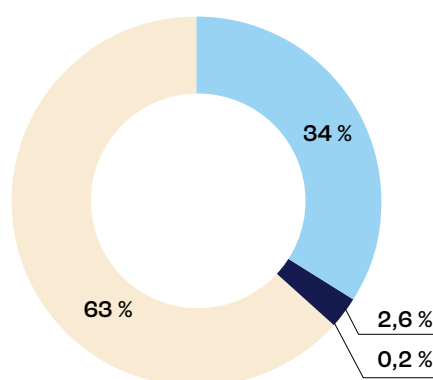
Tukipalvelut



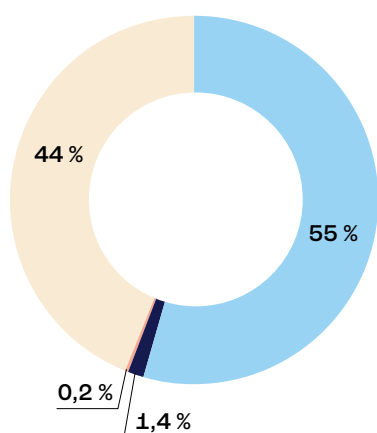
Kuvio 24. Ammattihenkilöiden siivoukseen käyttämä työaika aamuvuorossa tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.



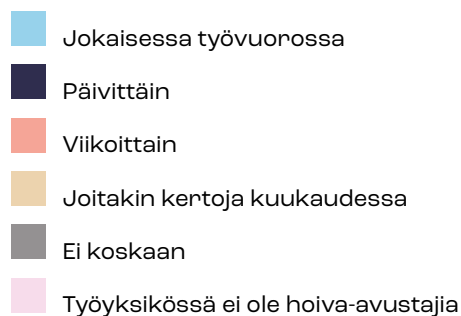
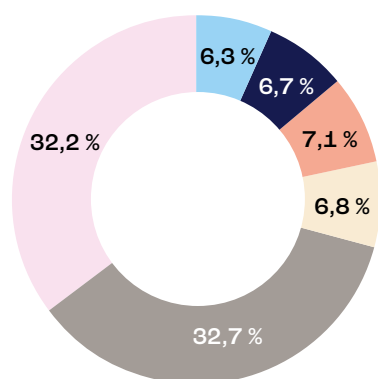
Kuvio 26. Ammattihenkilöiden laajamittaiseen ruuan valmistamiseen ja lämmittämiseen käyttämä työaika aamuvuorossa tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.



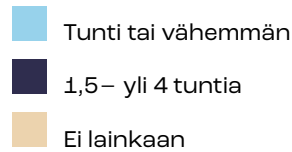
Kuvio 25. Ammattihenkilöiden pyykkihuoltoon käyttämä työaika aamuvuorossa tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.



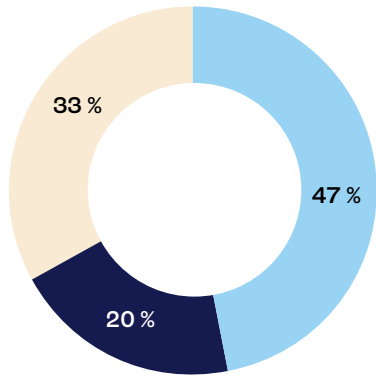
Kuvio 27. Hoiva-avustajien osallistuminen lääkehoitoon tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.



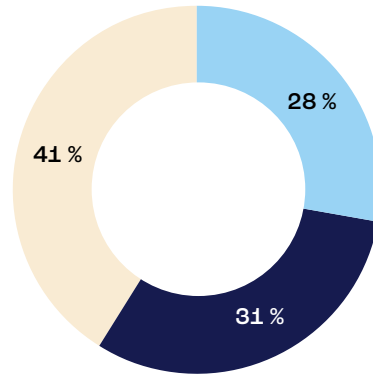
JOHTAMINEN JA ESIHENKILÖIDEN TYÖ- TEHTÄVIIN KÄYTTÄMÄ AIKA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUISSA



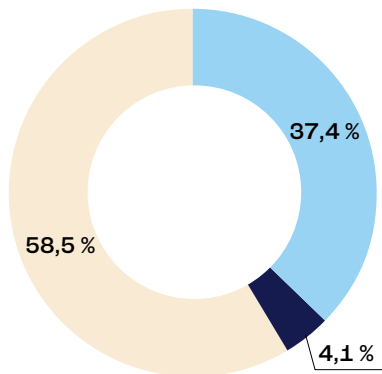
Kuvio 28. Esihenkilön omavalvontaan päivittäin käyttämä työaika.



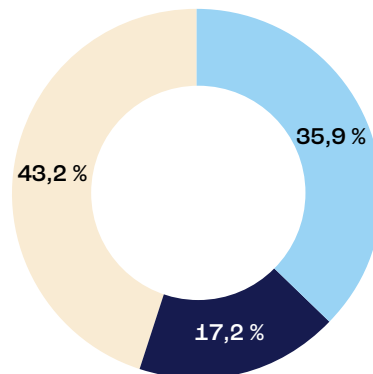
Kuvio 31. Esihenkilön henkilöstöjohtamiseen ja rekrytointeihin päivittäin käyttämä työaika.



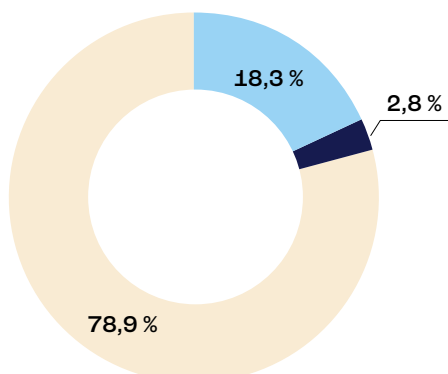
Kuvio 29. Esihenkilön asiakkaan reklamoinnin käsittelyyn päivittäin käyttämä työaika.



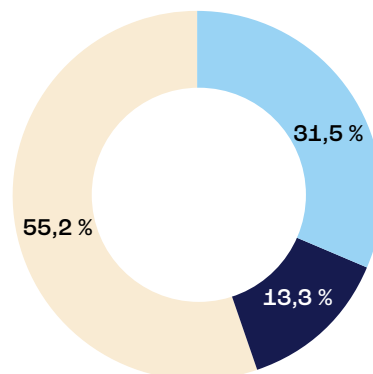
Kuvio 32. Esihenkilön toiminnan ja talouden suunnitteluun päivittäin käyttämä työaika.



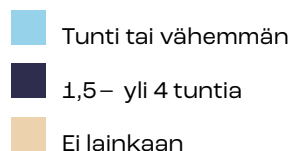
Kuvio 30. Esihenkilön asiakkaan tekemiin muistutuksiin tai AVI-kanteluihin vastaamiseen tai vastausten valmisteluun päivittäin käyttämä työaika.



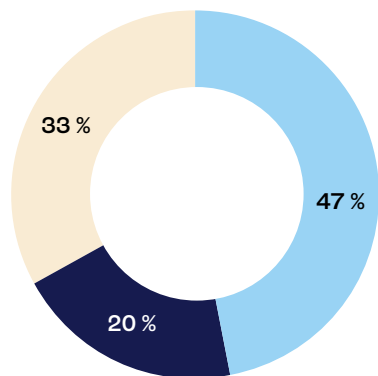
Kuvio 33. Esihenkilön markkinointiin ja viestintään päivittäin käyttämä työaika.



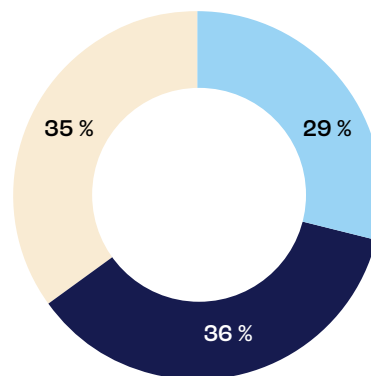
JOHTAMINEN JA ESIHENKILÖIDEN TYÖTEHTÄVIIN KÄYTTÄMÄ AIKA TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISESSA JA KOTIHOIDOSSA



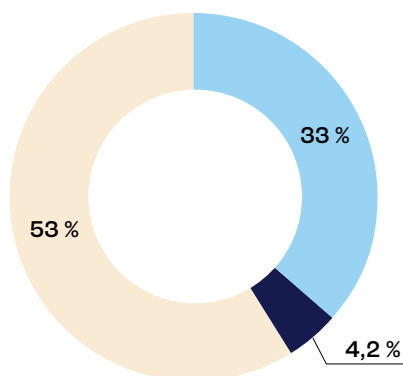
Kuvio 34. Esihenkilön omavalvontaan päivittäin käyttämä työaika.



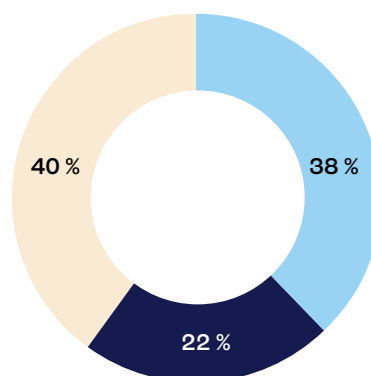
Kuvio 37. Esihenkilön henkilöstöjohtamiseen ja rekrytointeihin päivittäin käyttämä työaika tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.



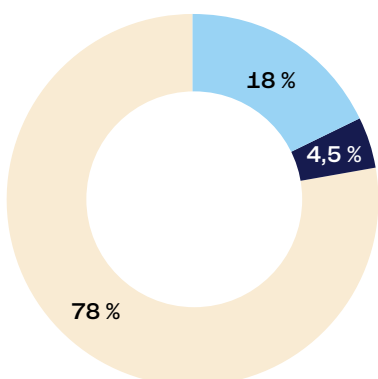
Kuvio 35. Esihenkilön asiakkaan tekemän reklamaation käsittelyyn päivittäin käyttämä työaika tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.



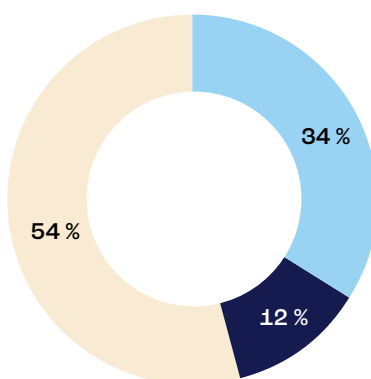
Kuvio 38. Esihenkilön toimintaan ja talouden suunnitteluun päivittäin käyttämä työaika tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.



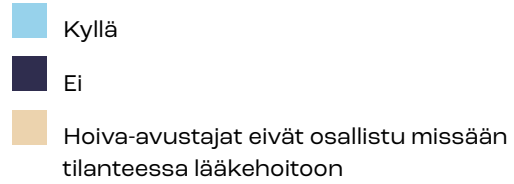
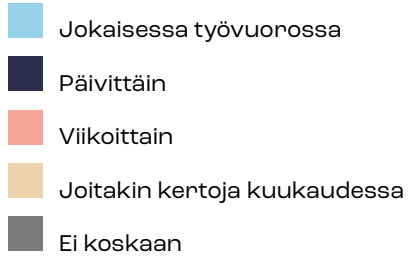
Kuvio 36. Esihenkilön asiakkaan tekemiin muistutuksiin tai AVI-kanteluihin vastaamiseen tai vastausten valmisteluun päivittäin käyttämä työaika tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.



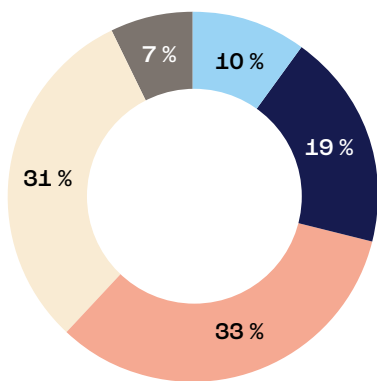
Kuvio 39. Esihenkilön markkinointiin ja viestintään päivittäin käyttämä työaika tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidossa.



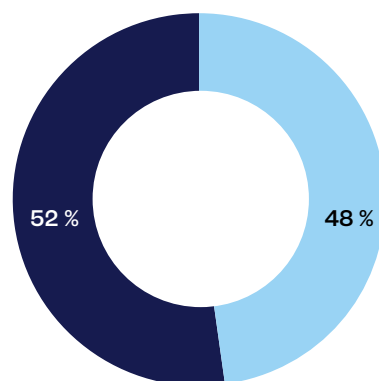
HOIVA-AVUSTAJAT JA LÄÄKEHOITO IKÄIHMISTEN TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISESSA JA VAMMAISTEN PALVELUASUMISESSA



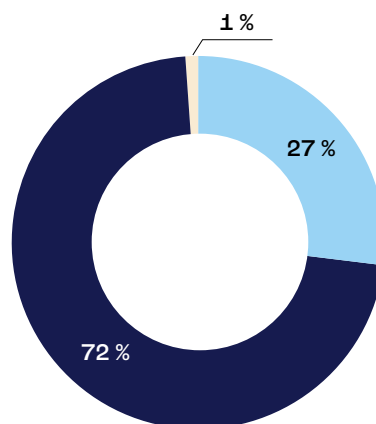
Kuvio 40. Hoiva-avustajat osallistuvat lääkehoitoon.



Kuvio 41. Hoiva-avustajilla on kirjalliset lääkeluvat.



Kuvio 42. Hoiva-avustajien lääkehoidon lisäkoulutus.



Tämä selvitys antaa tietoa tehyläisten ammattihenkilöiden näkemyksistä sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon laadusta, asiakas- ja potilasturvallisuudesta, henkilöstömitoituksesta ja työhyvinvoinnista. Tietoa käytetään Tehyn ammatillisen ja taloudellisen edunvalvonnan tukemiseen. Ammattihenkilöiden palkkaus on nostettava työn vaatimusta edellyttävälle tasolle alan vetovoiman lisäämiseksi. Koulutustasoa alentamalla ei ratkaista työvoimapulaa, sen sijaan vaarannetaan asiakas- ja potilasturvallisuus. Vetovoimaa heikentävät ensisijaisesti huono palkka, kestämaton työkuorma ja huono johtaminen. Henkilöstömitoituksen pitää olla sellainen, että potilasturvallisuus ei vaarannu äkillisesti muuttuvissa tilanteissa. Työn kuormitukseen on puututtava riittävin henkilöstöresurssein ja johtamisen keinoin. Johtamiseen pitää resursoida ja erityisesti lähiesihenkilöitä pitää tukea.