

HILJAINEN TIETO PÄÄOMAKSI IKÄÄNTYNEIDEN HOITOTYÖSSÄ
-HOITOHENKILÖSTÖN KOKEMUKSIA

Irmeli Paimensalo-Karell
PRO GRADU-TUTKIELMA
Hoitotiede
Turun yliopisto
Hoitotiede
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos
Elokuu 2014

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ikääntyneiden potilaiden kanssa työskentelevän hoitohenkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä hiljaisesta tiedosta, hiljaisen tiedon siirtymisessä käytetyistä menetelmistä kokeneemalta hoitohenkilökunnalta vähemmän kokeneelle hoitohenkilökunnalle. Tutkimuksessa käytettiin tarkoituksenmukaista otantamenetelmää. Kohdejoukko (N=13) koostui yhden kaupungin alueen hoitohenkilökunnasta, joka työskenteli ympärivuorokautisen laitoshoidon yksiköissä. Hoitohenkilökuntaa edustavat ammattilaiset olivat terveydenhoitajia, sairaanhoitajia, perushoitajia ja lähihoitajia. Aineisto kerättiin haastattelemalla tutkimusta varten kehitetyllä avoimella teemahaastattelurungolla ja haastattelut analysoitiin induktiivisesti sisällön analyysillä.

Tutkimustulokset osoittivat, että hiljainen tieto kehittyy pääosin työvuosien, erilaisten työkokemusten ja elämäkokemuksen myötä. Monipuolista kokemusta omaava hoitohenkilökunta käyttää hiljaista tietoa jokapäiväisessä työskentelyssään. Hiljainen tieto hoitotyössä näkyy varmuutena, ammatillisuutena, korkeana työmoraalina, kollegiaalisuutena ja potilaan edunvalvontana. Luonteenpiirteet, kuten nöyryys, rauhallisuus, rohkeus ja luovuus kuvasivat hiljaista tietoa omaavaa hoitajaa. Hiljainen tieto työyhteisössä luodaan yhdessä, mutta siihen tarvitaan myös uutta ja ajan tasalla olevaa tietoa.

Hiljaista tietoa siirretään pääosin hoitajan omalla esimerkillä. Tärkeintä oli sekä hoitamisen asenteen siirtäminen että työssä käyttäytymisen ja ammatillisen toiminnan siirtämisen tärkeys, ei taitojen tai kykyjen opettaminen. Hiljainen tieto on siirtynyt kokeneemalta hoitajalta vähemmän kokeneelle, kun tiedon saajan asenne ja toiminta ovat muuttuneet vastuullisiksi. Halu vastaanottaa tietoa tai antaa tietoa koettiin sekä estävänä että edistävänä tekijänä hiljaisen tiedon siirtymiselle. Myös tietoa vastaanottavan huono asenne korostui estävänä tekijänä. Esimiehellä on vahva avainasema hiljaisen tiedon siirtämisen edistävänä tekijänä. Hyvä esimies haluaa hyödyntää kokeneita hoitajia oman yksikkönsä kehittämistyössä.

Monipuolisen ja pitkän työkokemuksen omaava hoitohenkilökunta tunnistaa hiljaisen tiedon omassa työskentelyssään. Otollisessa ja arvostavassa työympäristössä kokeneet hoitajat haluavat jakaa ja siirtää eteenpäin hiljaista tietoaan. Hiljaista tietoa ja hoitajien monipuolista kokemusta yhdessä uuden tiedon kanssa tulisi hyödyntää terveydenhuollon organisaatioissa ja erilaisissa yksiköissä. Hyödyntämällä hiljaista tietoa voitaisiin kehittää potilashoitoa, vähentää hoitokustannuksia sekä järkeistää ja organisoida hoitotyötä eri yksiköissä. Hiljaisen tiedon siirtäminen ja käyttö yksiköissä vaatii vahvan esimiehen, joka tukee ja on läsnä. Taitava esimies osaa käyttää henkilökuntansa vahvuuksia ja osaa hyödyntää kokeneita hoitajia hoitotyön kehittämisessä.

Asiasanat: hiljainen tieto, hiljaisen tiedon siirtäminen, ikääntyneiden hoitotyö, hoitohenkilökunta, kokemustieto, laitoshoido

UNIVERSITY OF TURKU

Department of Nursing Science

PAIMENSALO-KARELL IRMELI: Tacit knowledge for capital equity in the elderly care described by Nursing Staff

Master's Thesis, 85 pages, 20 pages of appendices

Nursing Science

August 2014

The purpose of this study was to describe how tacit knowledge (TK) is understood and experienced in older people care and how TK is transferred from experienced nursing staff to less experienced. Purposive sampling was used and the target group of the study (N=13) included the nursing staff of the area of one Finnish town who worked in the different units of long-term institutionalized care. The representative participants of the study were Public Health nurses, Registered nurses and Practical nurses. The data were collected by an open-ended questionnaire developed for the study and analysed with inductive content analysis.

The study findings revealed that experienced nursing professionals are conceived of having TK that has been accumulated over time with a result of a combination of working years, different work experiences and life experience. Versatile experience possessing nursing staff utilizes TK in their daily work. TK in nursing can be seen as certitude in working situations, professionalism, quality of high working moral, of promoting the climate of collegiality and most of all by nurturing the patient's interest and best. Personal characteristics such as being humble, serene, courageous and creative described the nursing professional who had TK. Tacit knowledge was built jointly in the nursing units and to be developed it demands new and updated knowledge.

Health care professionals transfer TK mainly by their own example. The most important issue in transferring TK is the attitude and willingness of giving and receiving knowledge. Teaching skills were described to be less important. TK was transferred from experienced nurse to less experienced when the knowledge receiver's attitude and acting in work had formulated to be liable. In generally, participants described that the key factor in transferring tacit knowledge was the nursing manager who have the spirit and courage to exploit experienced nursing professionals in developing work in their units.

Experienced nursing professionals transfer their TK in acceptable and appreciative working atmosphere. Tacit knowledge should be utilized in health care organizations together with updated nursing knowledge in order to cut costs, to reorganize and develop care in nursing units. The use of tacit knowledge demands a skilful and talented nursing manager who recognizes and utilizes the strength factors of his/her unit.

Key words: tacit knowledge, transferring tacit knowledge, knowledge transfer, older people nursing care, experience knowledge, institution care

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TIEDONHAUN KUVAUS	9
3 KIRJALLISUUSKATSAUS	11
3.1 Käsitteiden määrittely	11
3.1.1 Tieto ja tietäminen	11
3.1.2 Hiljainen tietäminen	12
3.1.3 Hiljainen tieto hoitotyössä	14
3.1.4 Tiedon siirtäminen	17
3.1.5 Hiljaisen tiedon siirtäminen ja tiedon reflektointi	18
3.2 Yhteenveto ilmiöön kohdistuneista tutkimuksista.....	20
3.2.1 Hiljainen tieto hoitotyössä	20
3.2.2 Hiljaisen tiedon siirtyminen organisaatiossa	22
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	23
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	24
5.1 Tutkimuksen kohdepopulaatio ja otos.....	24
5.2 Aineistonkeruumenetelmä.....	27
5.3 Tutkimusaineiston keruu	28
5.4 Tutkimusaineiston analysointi.....	29
6 TUTKIMUSTULOKSET	35
6.1 Tulosten raportointi	35
6.1.1 Hiljainen tieto ikääntyneiden hoitotyössä	35
6.1.2 Hiljaisen tiedon siirtyminen ikääntyneiden hoitotyössä	42
6.2 Hiljaisen tiedon siirtymiseen liittyvät edistävät ja estävät tekijät.....	43
7 POHDINTA	46
7.1 Tutkimuksen luotettavuus	46
7.2 Tutkimuksen eettisyys.....	49
7.3 Tutkimustulosten tarkastelu	50
7.3.1 Kokemukseen liittyvät tekijät	51
7.3.2 Persoonaan liittyvät tekijät	51
7.3.3 Professionaaliset tekijät	52
7.3.4 Humaaniset tekijät	54
7.3.5 Hiljaisen tiedon siirtyminen ikääntyneiden hoitotyössä	54
7.3.6 Estävät ja edistävät tekijät hiljaisen tiedon siirtymisessä	55
7.4 Johtopäätökset	56
7.5 Jatkotutkimus- ja kehittämissuhteet	58

LÄHTEET	60
LIITTEET	66
Liite 1. Tiedonhaun hakulausekkeet ja tulokset	66
Liite 2. Tiedonvalintaprosessi	67
Liite 3. Taulukko valituista tutkimuksista	68
Liite 4. Tutkimusasetelma	78
Liite 5. Teemahaastattelurunko	79
Liite 6. Tietoinen suostumus tutkimukseen	80
Liite 7. Tiedote tutkittavalle	81
Liite 8. Aineiston ryhmittelyvaihe ja abstrahointi alakategorioihin - hiljainen tieto	82
Liite 9. Aineiston ryhmittelyvaihe ja abstrahointi –hiljaisen tiedon siirtyminen.....	85
KUVIOT	
Kuvio 1. Tiedon siirtämisen kaavamainen kuvaus	18
Kuvio 2. Induktiivinen sisällönanalyysin valmistelu-, järjestely- ja tulostavaiheiden käsittelymalli	30
Kuvio 3. Tulos: Kuvaus hiljaisesta tiedosta ikääntyneiden hoitotyössä työskentelevien kokeneiden hoitajien kokemana	41
Kuvio 4. Hiljaisen tiedon siirtyminen ikääntyneiden hoitotyössä	45
TAULUKOT	
Taulukko 1. Hiljainen tieto hoitotyössä aikaisempien tutkimusten mukaan	21
Taulukko 2. Hiljaisen tiedon siirtyminen aikaisempien tutkimusten mukaan	22
Taulukko 3. Hoitohenkilökunnan taustamuuttajat	24
Taulukko 4. Esimerkki hiljaisen tiedon kategorisointimatriisista	33
Taulukko 5. Esimerkki hiljaisen tiedon siirtymisen kategorisointimatriisista.....	34

Turun yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysalalta siirtyy tällä hetkellä ja lähivuosina paljon työntekijöitä eläkkeelle (ETENE 2012). Euroopan unionin tasolla työväestön ikääntymistä pidetään poliittisesti ja kansantaloudellisesti merkittävänä haasteena. (Commission of the European Communities 2006). Useammassa länsimaassa väestön uusiutuminen ei tapahdu tasaisesti, vaan syntyvät ikäluokat jäävät pienemmiksi kuin heidän vanhempinsa ikäpolvet. Eläkepoistuma on siis ajankohtainen kaikissa Länsi-Euroopan maissa, mutta poikkeuksellisen ajankohtaista Suomessa, sillä muihin länsimaihin nähden sodanjälkeiset suuret ikäluokat ovat suuremmat. (Halmeenmäki 2010.)

Suomen erityisasema korostuu, koska väestörakenteen muutos ja eläköitymisen nopeutuminen vuosina 2010–2020 tapahtuu muita Euroopan maita nopeammin. Suomessa suurten ikäluokkien osuus kunta-alalla on vielä suurempi kuin yksityissektorilla. (Pyöriä ym. 2013, Halmeenmäki 2010, Järvinen & Leveälahti 2009, Airila ym. 2007.) Alueelliset ja ammattialoitteiset erot eläkepoistumassa voivat kansallisella tasolla tulla suuriksi. Eläkepoistuman myönteisiä vaikutuksia ovat keski-ikäen aleneminen, jolloin koulutustaso, muutosvalmius ja innovatiivisuus saattavat parantua. Myönteisiä asioita ovat myös tehtävien järjestelymahdollisuudet ja töiden monipuolistaminen. Eläkepoistuman pääasiallisena vajeena voidaan pitää henkilöstö- ja osaamisvajetta, sillä eläkkeelle siirtyvien mukana poistuu paljon kokemusta ja tietämystä terveydenhoitoalalta. Henkilöstövajeen korjaaminen onnistuu rekrytoimalla ja tehostamalla toimintoja, mutta osaamisvajeen paikkaaminen on monimutkaisempaa. (Halmeenmäki 2010.)

Airilan ym. (2007) mukaan ikääntyneitä pidetään yleensä nuorempia työntekijöitä uskottavimpina. Heidän vahvuuksinaan nähdään usein varmuus, vastuullisuus ja työhön sitoutuminen. Hoitoalalla potilaat ja heidän omaiset luottavat enemmän juuri kokeneempaan työntekijään. Ikääntyneellä hoitajalla koetaan olevan enemmän kokemusta myös erilaisten ihmisten ja tilanteiden kohtaamisissa ja juuri omista kokemuksistaan ammentamalla he löytävät kulloiseenkin tilanteeseen sopivat toimintatavat. Kokemuksen ja tietämyksen kautta syntyy hiljainen tieto, jota on vaikea saada näkyväksi niin, että se voitaisiin näyttää, ohjeistaa tai merkitä muistiin. Hiljainen

tieto syntyy tekemisen, toimimisen, yritysten ja erehdysten kautta. (Airila ym. 2007.) Hiljainen tieto on kiinteästi yhteydessä ihmisten kokemuksiin, menettelytapoihin, rutiineihin, ihanteisiin, arvoihin ja tunteisiin. Se on hyvin henkilökohtaista tietoa, jota on vaikea kommunikoida ja jakaa. Kokeneet hoitotyöntekijät omaavat päätöksenteossa tiettyä erottelukykyä, joka on hoidollisen tilanteen ja sisäisen tunteen aikaansaamaa nopeaa analysointia. Tuloksena on päämäärätietoista, hyvää hoitamista eri hoitotilanteissa. Intuition koetaan olevan hiljaisen tiedon perustana. Hoitajan intuition ja hiljaisuuden kautta kehittynyt hoitotyön tieto on sidoksissa hänen arvomaailmaan, joka on osaltaan myös kasvattavaa tietoa. Hoitajan tieto ilmaisee ihmisen hoidossa tavoiteltavan arvokkaan ja hyvän. (Nurminen 2000.) Hiljainen tieto liittyy ammattitaitoon ja osaamiseen, jonka avulla hahmotetaan, käsitteellistetään ja ymmärretään ympäröivää todellisuutta. Hiljainen tieto kannattaa yrittää muuttaa näkyväksi, koska silloin se tulee laajemman ihmisjoukon voimavaraksi. (Nikkilä & Paasivaara 2008.)

Suomalaiset arvostavat terveydenhuoltoaan. Siitä huolimatta ammattitaitoisista työntekijöistä on pulaa terveyspalveluissa. Tutkimusten perusteella työnantajan kohtuuttomat odotukset työntekijöitä kohtaan ovat suurempi syy moraaliseen painolastiin terveydenhuollon työssä kuin raskaat asiakastilanteet (ETENE 2012). Liiallisen työkuorman kanssa kamppaileva henkilökunta ei kykene tekemään työtään hyvin. Lisäksi matala tulotaso työn vaativuuteen nähden vähentää houkuttelevuutta alalle siirtymiseen. (ETENE 2012.) Sairaalahenkilöstöstä 15 % epäilee työssä jatkamistaan eläkeikään saakka (Wickström ym. 2000). Koulutuksen tarjoama ammatillinen osaaminen on yleisesti hyvällä tasolla, vaikka joillakin alueilla, kuten iäkkäiden, monisairaiden ihmisten hoito- ja hoivatyössä on myös raportoitu osaamisen puutteita ja asenteellisia ongelmia. Työhön perehdyttämisessä ja täydennyskoulutuksessa on tulevaisuudessa huolehdittava palvelurakenteen, sekä tiedon siirron ja käsittelyn muuttuessa, henkilöstön osaamisen kehittyminen sen mukana. (ETENE 2012.)

Väestön ikääntyminen heijastuu väistämättä työelämään ja pakottaa pohtimaan työn vetovoimaisuutta myös ikänäkökulmasta. Ikääntyvän työvoiman osuuden kasvaessa työssä jaksamisen ja jatkamisen edistämisen merkitys tulee kasvamaan. On pohdittava keinoja, joilla tuetaan ikääntyneiden työntekijöiden toimintakykyä ja työssä jaksamista

sekä vastaavasti sitoutetaan nuoria työntekijöitä terveydenhuollon organisaatioihin. (Airila 2007). Väestön ikämuutokset pakottavat myös työpaikkojen kehittävän erikikäisten välistä vuoropuhelua. Solidaarinen ja keskinäinen vuoropuhelu koskee lisäksi perheitä ja yhteiskuntaa, ei pelkästään työpaikkojen sisäistä työkulttuuria. (Commission of the European Communities 2005.)

Yleisesti terveysalan ammattilaisten osaamisen katsotaan Suomessa olevan ajan tasalla. Terveydenhuollon työntekijöillä tulisi olla mahdollisuus kehittyä työssään sekä kehittää työtään ja siihen liittyviä käytäntöjä. Sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöltä ja sen johdolta on edellytettävä tuen tarjoamista, perehdytystä ja turvallisuutta sekä kouluttautumisen mahdollisuuksia työntekijöille. Lisäksi eettinen osaaminen kuuluu olennaisesti alan ammattitaitoon. Suomessa terveysalan ammattilaiset tuntevat hyvällä tavalla ylpeyttä omasta alastaan ja osaamisestaan. Heidän ammattitaitoansa arvostetaan laajemmin myös muussa yhteiskunnallisessa toiminnassa. (ETENE 2011.)

Positivinen tutkimussuunta on perinteisesti ylläpitänyt ajattelutapaa siitä, että tieto on yhtä kuin totuus, joka havaitaan teorian välityksellä (Reimer-Kirkham ym. 2009). Tieto mielletään usein havainnoimalla vahvistetuksi ja toistetuksi. Hoitotieteen tutkimuksen yksi tehtävä on selvittää ja tutkia eri tiedon lähteitä, jotka ohjaavat potilastyötä. Hoitotieteen perusta on vahvasti käytännön hoitotyössä. (Carlsson ym. 2002.) Hiljainen tieto on väheksytty voimavara ja tiedon lähde myös hoitamisen opetuksessa. Tämä lisää metodologisia ongelmia, josta kokemustiedossa on vaikeuksia sanoittaa tai ”pukea sanoiksi”. (Meerebeau 1992.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ikääntyneiden potilaiden kanssa työskentelevän hoitohenkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä hiljaisesta tiedosta, hiljaisen tiedon siirtymisessä käytetyistä menetelmistä kokeneemalta hoitohenkilöstöltä vähemmän kokeneelle sekä hiljaisen tiedon siirtymisessä esiintyvistä estävistä ja edistävistä tekijöistä suomalaisessa terveydenhuollossa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan parantaa hoitotyön organisointia ikääntyneiden potilaiden hoitamisessa, työn tehokkuutta ja hoitotyön johtamista terveydenhuollon organisaatioissa.

2 TIEDONHAUN KUVAUS

Kirjallisuutta haettiin kirjallisuuskatsausta varten sekä elektronisesti että käsihakua käyttäen. Tiedonhakua toteutettiin Cinahl (Ebsco)-, Pubmed/MEDLINE-, Ovid-, Medic- ja lisäksi Business Source (Ebsco)- tietokannoista.

Systemaattisessa tiedonhaussa sovellettiin PICO-strategiaa ohjaamaan tutkimusongelman muodostamista ja kirjallisuushakua. Hakulausekkeita muodostettiin sekä kontrolloituna Cinahl (Ebsco) –tietokannasta Subject Headings –sanaston avulla sekä Pubmed/MEDLINE- ja Ovid-tietokannasta MeSH-sanaston avulla että kontrolloimattomana Business Source (Ebsco) tietokannasta synonyymien avulla (Santos ym. 2007). Hakua täydennettiin käsihakuna julkaisujen lähdeluetteloista, kirjastosta ja Internet-sivuilta. Tiedonhaku suoritettiin ensimmäisen kerran syksyllä 2010 ja sitä täydennettiin ja tarkistettiin keväällä ja syksyllä 2013.

Elektronisista tietokannoista saadut viitteet arvioitiin mukaanottokriteerien mukaan. Tiedonhaun mukaanottokriteerit olivat: 1) julkaisujen tuli käsitellä hiljaista tietoa tai hiljaisen tiedon siirtämistä hoitotyössä, 2) julkaisujen piti olla tieteellisiä, 3) tutkittavan ilmiön tuli koskea hoitohenkilökunnan kokemuksia ja käsityksiä, 4) julkaisun tuli olla englannin-, ruotsin-, tai suomenkielinen.

Ensimmäisessä hakuvaiheessa syksyllä 2010 otettiin mukaan kaikki hiljaisen tiedon lähikäsitteet, kuten käytännön tieto ja intuitio. Tietojen tarkistus- ja täydennysvaiheessa keväällä ja syksyllä 2013 poisjättökriteereiksi valikoituivat intuitio, kliininen viisaus, käytännön viisaus, emotionaalinen viisaus, päätöksenteko ja kliininen tietäminen. Poikkeuksena mukaan otettiin yksi julkaisu kliinisestä viisaudesta ja yksi julkaisu käytännön viisaudesta, koska tutkittava ilmiö näissä julkaisuissa edusti hoitonäkökulmaa. Neljä julkaisua hiljaisen tiedon siirtämisestä otettiin mukaan, vaikka ilmiötä ei käsitellä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Nämä julkaisut hyväksyttiin, koska ne käsittelevät hiljaisen tiedon siirtämistä organisaation näkökulmasta. Kansainvälisten ja kotimaisten tietokantojen hakujen rajaukset rajattiin ensin vuosille 2000–2012. Tämän avulla pyrittiin saamaan mahdollisimman uutta tutkittua tietoa kirjallisuuskatsaukseen. Kirjallisuutta hiljaisen tiedon siirtämisestä hoitotyössä löytyi

vähän, joten myös vanhemmat julkaisut, varsinkin käsihaun osalta, hyväksyttiin tiedonhakuun. Tiedonhaun hakulausekkeet ja tulokset on kuvattu liitteessä 1.

Julkaisujen osumat (n=814) rajattiin saatavaksi kokotekstinä (n=607). Kaksoiskappaleet poistettiin (n=16), jonka jälkeen julkaisut (n=591) luettiin otsikoittain. Ne julkaisut poistettiin, jotka eivät täyttäneet hakukriteereitä. Poiston syinä olivat: 1) julkaisu ei käsitellyt hiljaista tietoa tai sen siirtämistä (n=426), 2) julkaisu ei ollut tieteellinen artikkeli (n=7), 3) julkaisuista ei löytynyt hoitohenkilökunnan näkökulmaa (n=26), 4) julkaisun käytetty kieli ei ollut englanti, ruotsi tai suomi (n=12).

Tiivistelmien (n=120) lukemisen jälkeen hylättiin 80 julkaisua. Hylkäämisen perusteena olivat: 1) tiivistelmä ei käsitellyt tutkittavaa ilmiötä (n=43), 2) tiivistelmä ei käsitellyt hoitohenkilökuntaa (n=17) 3) tiivistelmä käsitteli intuitiota, päätöksentekoa, kliinistä tietämistä (n=16) tai 4) tiivistelmä ei ollut tieteellinen artikkeli (n=4). Mukaan kokoteksteihin luettavaksi otettiin ne julkaisut, jotka eivät antaneet riittävästi tietoa tiivistelmän lukemisen perusteella.

Kokotekstit (n=50) luettiin ja mukaan valittiin 20 julkaisua, jotka käsittelevät hoitohenkilökunnan näkökulmaa hiljaisesta tiedosta ja hiljaisen tiedon siirtämisestä. Mukaan otetut neljä julkaisua käsittelevät hiljaisen tiedon siirtämistä organisaation kontekstissa. Käsihaun kolme valittua suomenkielistä julkaisua ovat väitöskirjoja.

Tiedonvalintaprosessi on kuvattu liitteessä 2. Analysoidut 20 tutkimusta on esitetty taulukkomuodossa (liite 3). Tutkimukset on esitetty tekijöiden, vuoden, kohdejoukon, tutkimuksen tarkoituksen, käytetyn tutkimusmenetelmän ja keskeisimpien tulosten mukaan.

3 KIRJALLISUUSKATSAUS

3.1 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY

3.1.1 TIETO JA TIETÄMINEN

Etsittäessä kirjallista tietoa hiljaisesta tiedosta, löytyy usein seuraavia käsitteitä tai määritelmiä: kliininen viisaus (*clinical wisdom*), kliininen tietäminen (*clinical knowing*), emotionaalinen tietäminen (*emotional knowing*), käytännön viisaus (*practical wisdom*), intuitio, reflektiivisyys, kokemus, intuitio ja ammatillinen tieto (*professional knowledge*). Kaikkia edellä mainittuja käsitteitä käytetään hyvin läheisesti hiljaisen tiedon kanssa tai linkitettyinä hiljaisen tiedon käsitteeseen. Paikoitellen useamman käsitteen määritelmät ovat hyvin samankaltaisia kuin hiljaisessa tiedossa. Käsitteiden hajanaisuus muodosti kirjallisuuskatsaukselle haasteita.

Tieto ja tietäminen tarkoittavat selvillä olemista jostakin, tosiasioiden tuntemista tai tietoisuutta. Tietämistä on todellisuuteen ja tosiasioihin perustuva käsitys jostakin. Tieto voi olla varmaa, luotettavaa, oikeaa tai väärää. Tietoa voidaan välittää suullisesti, kirjallisesti tai puhelimitse. Yleensä opintojen avulla hankitaan tietoa ja oppia. Yksilön tietotasosta eri aloilta voidaan käyttää sanontoja alkeistiedot, perustiedot tai laajat tiedot. Myös muisti- ja perimätietoa käytetään kuvaamaan esimerkiksi sukupolvilta toisille siirtynyttä tietämistä ja tietoa. (MOT Kielitoimiston sanakirja 2014.)

Tietämisen laatu voi olla älyllistä tai käytännöllistä. Saksankieliset termit ”*wissen*” ja ”*können*” sekä tietämisen termit ”*knowing what*” ja ”*knowing how*” (Gilbert Ryle 1900–1979) (Polanyi 1966) ovat kirjallisuudessa yleisemmin esitettyjä tietoon ja tietämiseen perustuvia käsitteitä. Brittiläisen analyyttisen suuntauksen kielifilosofi Gilbert Ryle oli kiinnostunut mielen ja kehon kaksinaisuudesta sekä älyn ja tekojen välisestä yhteydestä, jotka heijastuivat (*reflect*) yksilön toimintaan. Tätä toimintaa kutsutaan termillä ”*knowing how*” (Kinsella 2009). Nämä kaksi tietämisen näkökulmaa ”*knowing what*” ja ”*knowing how*” omaavat samantyyllisen rakenteen, jossa toinen ei esiinny ilman toista. (Polanyi 1966.)

Tässä tutkimuksessa tietoa tai tietämistä johdetaan Polanyin (1966) määritelmän kautta, jossa tietäminen ”*knowing*” sitoo taitavan testaamisen läheisesti yhteen asiantuntevan havainnoimisen kanssa, ja siksi tietäminen kattaa sekä teoreettisen että käytännöllisen tietämisen.

3.1.2 HILJAINEN TIETÄMINEN

Alkuperältään latinankielinen termi *taceo* tarkoittaa olla hiljaa, olla puhumatta tai sanomatta, pitäytyä omassa rauhassa. Sana *tacitus* tarkoittaa pitäytymistä hiljaisuudessa, puhumattomuutta, salassa pitämistä ja mainitsemattomuutta. Näistä latinankielisistä sanoista on johdettu englanninkielinen termi *tacit*, hiljainen. Uskonnon ja filosofian alueilla on hiljaisuutta tutkittu vuosituhansia ja varsinkin idän uskonnoissa hiljaisuuden tradition merkitys on ollut vahva (Koivunen 1997). Länsimainen positivistinen tutkimusperinne 1800-luvulta on pitäytynyt nähtävissä ja kosketeltavissa olevaan todellisuuteen (Polanyi 1966). Laajasti katsottuna hiljaiseen tietoon määritellään sisältyvän kaikki geneettinen, fyysinen, intuitiivinen, myyttinen, arkkityyppinen ja kokemuseräinen tieto joka yksilöllä on, mutta jota ei voida verbaalisin käsittein ilmaista. (Koivunen 1997.)

Michael Polanyitä (1891—1976) pidetään ensimmäisenä filosofina, joka painotti tunteiden ja kätketyn todellisuuden suurta osuutta jokaisen ihmisen tiedossa. Hänen mukaansa tieteellisessä tutkimuksessa suuri osa vaikuttavaa tietoa tulee juuri tunteiden ja kätketyn todellisuuden alueelta. Polanyin referoiduin väite: ”*Me tiedämme enemmän kuin pystymme kertomaan.*” viittaa hiljaisen tiedon muotoutumisen olevan vaikeaa, eikä sille välttämättä löydy tarkkoja sanoja. Toinen Polanyin siteeratuin esimerkki hiljaisen tiedon sanoittamisen vaikeudesta on hänen väittämänsä, että tunnistamme tietyt kasvit miljoonien joukosta, mutta emme osaa kertoa, miten tai miksi. (Kinsella 2008, Koivunen 1997, Schön 1983, Polanyi 1966.)

Polanyin (1966) mielestä tiedon muodostaminen tai integroiminen on välttämätön hiljainen voima, johon kaikki tietäminen perustuu ja jota täytyy pitää totena. Hiljaiseen tietämiseen liittyy aina kaksi perusrakennetta. Näitä voidaan kutsua kahden termin hiljaiseksi tiedoksi. Ensimmäistä termiä Polanyi (1966) kuvaa proksimaaliseksi ja toista distaaliseksi, joka yhdistää nämä kaksi yksilön tietämisen termiä. Proksimaalisessa hiljaisessa tietämisessä yksilö voi tietää vain luottamalla omaan tietoisuuteensa. Juuri

proksimaalisen tiedon käyttöä yksilö ei osaa sanallisesti selittää. (Polanyi 1966.) Proksimaalista tietoisuutta voitaisiin kutsua lähitietoisuudeksi. Lähitietoisuudessa käsitellään sanoittamatonta tietoa. (Suhonen 2009.) Distaalisessa hiljaisessa tietämisessä sitä vastoin yksilön toiminta näkyy suhteutettuna tilanteeseen, jota ohjaa proksimaalinen tietoisuus (Polanyi 1966). Distaalista tietämistä voitaisiin kutsua myös keskitetyksi tietämiseksi, koska keskitetty tietoisuus käsittää kohteen, johon tietäminen ja siihen tarkoitettu toiminta liittyy (Suhonen 2009). Yleisesti yksilö on tietoinen proksimaalisen, lähitietoisuuden, hiljaisen tietämisen toiminnasta juuri siitä, miten lähitietoisuuden ohjaama teko esiintyy tiedon distaalisessa termissä, keskitetyssä tiedossa. Tätä Polanyi (1966) kutsuu hiljaisen tiedon ilmiön rakenteeksi (*phenomenal structure of tacit knowledge*). Hoitotyön esimerkkinä tästä ilmiöstä voisi olla dementiaa sairastavan aggressiivisen potilaan kohtaaminen: Kokenut hoitaja alitajuisesti tietää, kuinka potilasta on lähestyttävä, mutta hän ei osaa selittää muille mistä tai miksi osaa toimia tai lähestyä potilasta oikein.

Keho on yksilön perimmäinen väline kaikkeen ulkoiseen vastaanotettuun tietoon, niin älylliseen kuin käytännölliseen tietoon. Yksilö luottaa omaan tietoisuuteensa koko hereillä olemisen ajan, sen yhteyteen muuhun kehoon sekä kehon ulkopuolella tapahtuvaan toimintaan. Keho on ainoa asia maailmassa, jota yksilö ei koskaan kokisi objektina, koska maailmaa tarkastellaan omasta kehosta katsoen. (Polanyi 1966.) Yksilön kokemus kehonsa olemassa olevaisuudesta omana eikä ulkopuolisena asiana, on Polanyista (1966) hiljaisen tiedon ontologinen näkökohta.

Hiljaisessa tietämisessä on eroja, koska hiljainen tieto liittyy persoonallisuuteen. Eroavaisuuksia löytyy niin ikään eri kulttuureilla ja roduilla olevasta hiljaisesta tiedosta. (Stenberg & Hedlund 2002). Kulttuurinen tieto liittyy tiedollisiin ja tuntemuksellisiin rakenteisiin, joiden varassa ihmiset selittävät, ymmärtävät ja arvioivat työyhteisönsä todellisuutta. Siihen kuuluvat muun muassa eri työyhteisöiden toimintaa ohjaavat arvot samoin toimintaan liittyvät uskomukset ja oletukset. Kulttuurinen tieto on vaikeasti määriteltävissä, koska sitä on vaikea tuoda esille sanallisesti tai kirjoitettuna. Kulttuurisen tiedon rakenteiden varassa yksilöt selittävät, ymmärtävät ja arvioivat yhteisönsä todellisuutta. Se on ennemminkin jaettavissa laajasti yhteisön jäsenten ja vuorovaikutuksen kautta. (Nikkilä & Paasivaara 2008, Nonaka & Takeuchi 1995.)

3.1.3 HILJAINEN TIETO HOITOTYÖSSÄ

Hoitajien hiljaisen tiedon sanotaan olevan implisiittistä, vihjailevaa, piiloista ja epäsuoraa (Welsh & Lyons 2001) ja siksi sen määrittelemisen on vaikeaa (Carroll 1988). Hiljainen tieto kehittyy ajan saatossa ja on taitavan sekä kokeneen hoitajan olennaista tietämistä ja osaamista (Haggerty & Grace 2007, Carlsson ym. 2002, Herbig ym. 2001, Welsh & Lyons 2001, Nurminen 2000, Carroll 1988). Se on synteessissä formaalisen, virallisen, sekä kliinisen ammatillisuuden (expertice) kanssa, joka myös kumuloituu vuosien kokemuksen kautta (Welsh & Lyons 2001, Benner 1984) ja samalta kliiniseltä erikoisalalta (Benner 1984).

Kokemuksen ohjaama työskentely on tärkeintä kun ollaan tekemisissä kriittisten tilanteiden kanssa (Herbig ym. 2001). Iäkkäämmillä hoitajilla koetaan olevan paljon kliinistä kokemusta. Kokemusta arvostetaan, mutta esimerkiksi rekrytointitilanteissa erikoissairaanhoidon aloille, sillä ei koeta olevan merkitystä. (Bakker ym. 2010.) Kokemuksen katsotaan onnistuessaan tuovan ammatillisiin käytänteisiin hiljaiseen tietoon liitettyjä positiivisia ominaisuuksia: kokonaisuuden ymmärtämistä, mielikuvitusta, ennakointikykyä ja muiden huomioonottamista. Todellisuudessa kokemus tuo pelkästään rutiineja ja ennalta tietämistä, ellei ammattilainen anna itselleen lupaa kasvaa ja kehittyä. (Toom & Onnismaa 2008.)

Hiljaisuuden sanotaan tulevan ihmiseen intuition kautta (Nurminen 2000). Hiljainen tieto hoitotyössä kehittyy aistimalla, intuition ja kokemuksen kautta. Se näkyy holistisissa työprosesseissa, kun tavoitellaan potilaan kokonaisvaltaista hoitamista. (Herbig ym. 2001, Meerabeau 1992). Moni intuitiivinen ilmiö viittaisi hiljaiseen tietoon, jonka kehittyminen erityisaloilla tapahtuu kokemuksen kautta. Kokemus on tärkeä inhimillinen voimavara. Hiljaiseen tietoon luottaminen liittyy kokemukselliseen työskentelyyn. Kokemukseen ja intuition perustuvaa hiljaista tietoa tarvitaan hoitotyön nopeissa, yllättävissä ja ennalta arvaamattomissa tilanteissa, kuten jatkuvasti muuttuvasta informaatiosta selviytymisessä.

Hiljainen tieto näkyy hetkessä, joka ilmenee hoitamisen holistisissa työprosesseissa (Carlsson ym. 2002, Herbig ym. 2001). Hiljainen tieto ilmeneekin usein äkillisissä hoitotilanteissa, joissa hoitajan sisäinen tunne tai aistimus varoittaa potilaan tilassa tapahtuvasta muutoksesta tai tilan huononemisesta, vaikka vitaalisten toimintojen ulkoisista merkeistä tätä ei pystyisi tulkitsemaan (Herbig ym. 2001, Welsh & Lyons

2001). Useimmissa tapauksissa juuri hoitajan ennakkoavistus on osunut oikeaan ja potilaan tilan huononeminen on voitu välttää (Haggerty & Grace 2007, Herbig ym. 2001). Hiljainen tieto on työtehtävien implisiittisissä ja integroiduissa osissa, vaikka se koetaan olevan enemmän henkilöön, tilanteeseen tai kontekstiin sidottua (Herbig ym. 2001.) Welshin ja Lyonsin (2001) mukaan hoitamisen hiljainen tieto muodostuu yhdessä formaalisesta, tutkitusta tiedosta ja intuitiosta. Intuition käyttäminen kliinisessä kontekstissa ei olisi mahdollista ilman formaalista tietoa.

Hiljainen tieto ohjaa hoitajien tekoja pelottavissa ja vaarallisissa potilaskohtaamisissa kehollisina toimintoina. Näissä tilanteissa hiljaiseen tietoon tukeutuminen antaa hoitajalle mahdollisuuden luottaa omiin sisäisiin tunteisiinsa ja samalla lähestyä potilasta rauhoittavasti ja tätä tukien. (Carlsson ym. 2002.) Hoitajat käyttävät hiljaista tietoa ja siihen liitettävää herkkyyttä laajasti kehittäessään hoitotyön erilaisia käytänteitä (Lake ym. 2009, Yoshioka-Maeda ym. 2006). Vaikeissa hoitotilanteissa hiljaisen tiedon merkittävyys vaikuttaa olennaiselta, varsinkin silloin kun ammatillinen ominaisuus on olla yhtä aikaa läsnä ja samalla riittävän etäällä, valmiina odottamaan ja puuttumaan tilanteeseen samanaikaisesti tai sillä hetkellä kun spontaani päätös tehdään. (Carlsson ym. 2000.)

Hiljaista tietoa käytetään myös potilastilanteiden rationaalisessa ymmärtämisessä. Tästä syystä kokeneilla hoitajilla on usein vaikeuksia artikuloida ja jäsentää tyydyttävästi, järkevästi tai tieteellisesti hoitotyössä tekemiään päätöksiä. (Kinchin ym. 2008, Carlsson ym. 2002, Herbig ym. 2001, Nurminen 2000, Carroll 1988, Benner 1984.) Hiljaista tietoa päätöksentekoprosessissa pidetään merkittävänä tekijänä (Kontos & Naglie 2009, Lake ym. 2009, Welsh & Lyons 2001, Carroll 1988). Päätöksentekoprosessi lähtee potilaan tilan arvioimisen ja tarkkailemisen taidoista. Asiantuntijahoitajan kliininen päätöksenteko pohjautuu hiljaisen tiedon ja koodatun, eksplisiittisen tiedon yhdistelmään (Pope ym. 2003, Welsh & Lyons 2001.)

Hiljaisen tiedon käytöstä on koettu myös haittaa, eritoten kun tietoa etsitään sähköisesti Internetistä. Kokeneet hoitajat luottavat silloin omaan hiljaiseen tietoonsa tai hoitamisen kokemukseensa tavalla, joka hylkää asiallisen, tutkitun, oikean tiedon ja jättää tulokseksi epätasällisen ohjeistuksen. Tämä johtuu monista seikoista: hoitajien on vaikea käyttää Internet-tietoa, he eivät uskalla kokeilla erilaisia hakukoneita tai kokevat olevansa epävarmoja ja hitaita tiedonhaussa. Niin kauan kuin tieto on yhteneväinen

hoitajien käytännön kokemustiedon kanssa, tieto hyväksytään ja hoitohenkilökunta on tyytyväinen. (Verhoeven ym. 2009.)

Minuuden ilmentyminen on hiljaisen hoitotiedon kehittymisen perusta, joka tarkoittaa kehollista tai fyysistä hiljaista tietoa. Kehollinen hiljainen tieto ilmenee hoitotilanteissa, joissa kokenut hoitaja aistii, miltä potilaasta tuntuu fyysisesti, esimerkiksi, potilaan kylvetystilanteessa kylmänä talvipäivänä, kun potilas nousee lämpimästä kylpyvedestä ja hoitajalle tulee kiire kuivattaa potilas. Omakohtainen fyysinen kokemus ohjaa kohtelemaan potilasta kuin tekisi itselleen vastaavassa tilanteessa. Fyysistä hiljaista tietoa on myös, esimerkiksi, hoitajan suorittama katettrin tai kanyylin laittaminen potilaaseen: katetri tai kanyyli on ikään kuin hoitajan sormien jatke. Hänen ei tarvitse miettiä miten tai kuinka välineen potilaaseen laittaa - katetri tai kanyyli menee aina oikein. Hiljainen tieto on mahdollisten fyysisten liikkeiden kenttä, eräänlainen kehon liikkeiden sisäinen kartta, josta keho tuntee ja tietää, miten sen eri osien kuuluu toimia oikeaan aikaan. On siis olemassa välitön taso jaetulle tiedolle, aistinvarainen kokemus, joka on hiljaista yhdessä yhteisen fyysisen kokemuksen siteen kanssa, jonka avulla hoitaja toimii hoitotilanteissa. (Kontos & Naglie 2009.)

Todelliset konkreettiset kokemukset edesauttavat implisiittisen oppimisen kehittymistä, joka vaikuttaa johtavan monitahoiseen kompleksisen hiljaisen tiedon kehittymiseen. Tämä taito auttaa ihmisiä selviytymään äkillisistä kriittisistä tilanteista. Kokemusorientoitunutta työskentelyä ohjaavat tunteet. Menestyvät hoitajat käyttävät työsssänsä tunteita kuten työssä käytetään toimintaan sitoutunutta informaatiota. Tunteita ei koeta kielteisinä ärsykkeinä. (Herbig ym. 2001.) Hiljainen tieto ”näky” aina tässä hetkessä. Tämä tarkoittaa sitä, että hiljainen tieto on läsnä niissä potilastilanteissa, joissa hoitoa juuri siinä hetkessä annetaan, pyyteettömässä hoitotyössä toisesta huolehtimisen tilanteessa. (Haggerty & Grace 2007, Carlsson ym. 2002.)

Hiljaista tietoa omaavia taitavia osaajia ja asiantuntijoita on tarkasteltu organisaatioissa yleensä yksilöinä, mutta osaajien hiljaista tietoa tutkitaan usein suhteessa siihen asiantuntijaorganisaatioon tai ryhmään, jossa he toimivat. Hiljaiseen tietoon sisältyy siis paljon sellaista, joka on läsnä organisaatioissa koko ajan ja joka ympäröi ja yhdistää siellä työskenteleviä. Asiantuntijuuteen liittyvä tieto muuntuu käytännössä tarpeiden ja tilanteiden vaatimuksesta (Toom & Onnismaa 2008.). Asiantuntijatietaa luodaan ja reflektoidaan ennen kuin se muokkautuu toimijaorganisaatioon sopivaksi.

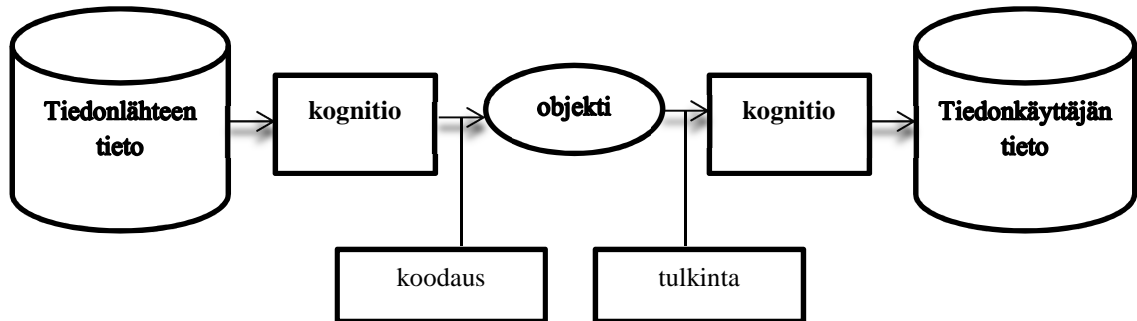
Hoitotyössä asiantuntijatietoa jaetaan yhteisöissä, sillä työn tekeminen yksin on mahdotonta. Vakiintuneet kollegiaaliset tietokäytänteet ovat vallitsevia hoitoyhteisöissä. (Toom & Onnismaa 2008, Friedman & Bernell 2006.)

Tässä tutkimuksessa hiljaisella tiedolla tarkoitetaan ikääntyneiden potilaiden kanssa työskentelevän hoitohenkilökunnan kokemuksia ja käsityksiä, heidän kliiniseen asiantuntemukseen perustuvaa ominaisuutta, jota he käyttävät päivittäisessä työssään. Hiljaista tietoa siirtämällä ja hyödyntämällä voidaan eri hoitotyön yksiköissä kehittää ja organisoida hoitotyötä. Hiljainen tieto rakentuu työyhteisöissä tietoa jakamalla ja yhdessä oppimalla.

3.1.4 TIEDON SIIRTÄMINEN

Kirjallisuudessa tiedon siirtämisen prosessi on saanut vaikutteita apuna käytetystä teknologiasta, tiedon antajasta sekä tiedon vastaanottajasta (Wu ym. 2010). Kielitoimiston (2014) mukaan tiedonvälitys tarkoittaa viestintää. Myös kommunikaatio on viestintää, tiedottamista tai tiedonvälitystä. Tiedon siirtäminen on kognitiivinen prosessi, jossa mahdollistetaan tiedonvirran siirtyminen tiedonantajalta tiedonsaajalle. Tavoitteena on mahdollistaa vastaanottavan osapuolen saavan mahdollisimman vertailukelpoista tietoa tiedon antajalta menettämättä tiedon alkuperäistä ja ensimmäistä merkitystä. (Wu ym. 2010, Garavelli ym. 2002.) Tiedon siirtäminen ei kuitenkaan tarkoita sitä, että tiedon on oltava täsmälleen rakenteeltaan samanlainen ennen ja jälkeen sen siirtämisen (Krishnaveni & Sujatha 2012).

Tiedon käyttäminen ja sen tulkitseminen ongelmanratkaisun yhteydessä tuottaa pätevyyttä ja kykyjä, jota voidaan pitää tietona. On väärin uskoa, että tietoa voidaan asteittain muodostaa yhdistämällä eri tiedon objekteja toisiinsa, vaikka tietoa kyettäisiin esineellistämään, esimerkiksi ohjekirjan muodossa. Tiedon esineellistäminen objektin muotoon ei ole tiedon siirtämisen prosessia, koska tiedon siirtämisessä välitetään tiettyä kykyä tiedon lähteeltä tiedon käyttäjälle. Siksi tiedon siirtämisen tehokkuus määrittyy sen mukaan, että tiedon käyttäjällä on sama ominaisuus tiedon siirtämisen hetken jälkeen kuin tiedon lähteellä oli ennen tiedon siirtämisen prosessia. (Garavelli ym. 2002.) Tiedon siirtämisen kaavamainen kuvaus esitetään kuviossa 1.



Kuvio 1. Tiedon siirtämisen kaavamainen kuvaus (mukaiillen Garavelli ym. 2002)

3.1.5 HILJAISEN TIEDON SIIRTÄMINEN JA TIEDON REFLEKTOINTI

Hiljaisen tiedon siirtäminen onnistuessaan vaatii suoraa henkilökohtaista kontaktia kokeneelta asiantuntijalta vähemmän kokeneelle oppijalle. Keskeinen edellytys asiantuntijuuden teoreettisessa ja empiirisessä tutkimuksessa on vaatinut hiljaisen tietämisen havainnoimisen ja erottelemisen asiantuntijan ja noviisin välillä. (Pope ym. 2003, Benner 1984.) Bennerin (1984) mukaan kokeneet hoitajat jakavat tietoaan seuraaville hoitajasukupolville omalla esimerkillään; työtä tekemällä ja asenteiden välittämisenä.

Hiljaisen tiedon siirtämisen merkittävä tekijä on tiedon siirtäjän tietokapasiteetin sulautuminen ja samankaltaisuus tiedon vastaanottajan kanssa. Tiedon siirtämisen prosessi on pitkälti kommunikoinnin prosessi, jossa hiljainen tieto ulkoistetaan eksplisiittiseen, näkyvään tiedon muotoon. Hiljainen tieto ei läpäise vastaanottajaa, mikäli tiedon antaja ei toimi samalla tasolla hänen kanssaan. Käytännössä työn tekemisen selittäminen samalla sitä tehdessä, varmistaa tiedon siirtymisen vaikuttamalla vastaanottajan kognitioon. (Wu ym. 2009.)

Tavoiteltaessa hiljaista tietoa tulevaisuudessa hoitotyön käyttöön täytyy työntekijälle taata mahdollisuus työn reflektioon (Carlsson ym. 2002). Refleksio sanana tarkoittaa ajattelemista, mietiskelyä, tutkistelua, heijastumista tai heijastumaa. Refleksiivinen on tekijään, toimijaan tai subjektiin, itseensä kohdistuvaa toimintaa. (Kielitoimisto 2014.) Reflektiossa mennyt tapahtuma saadaan uudelleen koettavaksi ajattelun, uudelleen pohtimisen ja arvioinnin avulla. Reflektointi ylläpitää oppimistoimintaa ajattelun ja tekemisen välillä. Yksilöt, joilla on hyvät refleksiiviset taidot oppivat tehokkaimmin kokemuksistaan. (Neary 2001.) Reflektiivinen käytäntö perustuu pitkälti filosofi Donald Schönin teoriaan ja työhön.

Reflektiivinen toiminta velvoittaa ammattilaisia ja päättäjiä ajattelemaan uudella tavalla vallalla oleviin ja itsestäänselvyytenä pitämiin epistemiologisiin päätelmiin ammatillisesta tietämisestä – ajattelemaan teknisesti, rationaalisesti. Reflektion kautta työssä totuttuja toiminta- ja ajattelutapoja voidaan työyhteisössä tarkastella yhdessä ja uudesta näkökulmasta. (Kurtti 2012, Kinsella 2009, Gustafsson & Fagerberg 2003, Schön 1983.) Ammatillinen kompetenssi syntyy, kun hiljainen tieto ja reflektio yhdistetään (Carlsson ym. 2002). Reflektiivistä oppimista voidaan tarkastella organisaatiossa oppimisen näkökulmasta. Reflektiivistä ajattelua ja hiljaisen tiedon jakamista tarvitaan erityisesti silloin, kun totutut rutiinit ja toiminnot käyvät kestäättömiksi tai, kun organisaatiossa ilmaantuu uusia työtapoja tai ongelmia. (Toom & Onnismaa 2008.)

Piilevää, hiljaista tietoa voidaan juuri reflektion avulla saattaa tietoisuuteen ja näkyväksi (Kurtti 2012, Kinsella 2009). Reflektiivisyydestä ovat kirjoittaneet myös filosofit John Dewey, Nelson Goodman, Michael Polanyi sekä Gilbert Ryle. Kansainvälisessä kirjallisuudessa hiljaisen tiedon siirtämisestä on vähän kirjallisuutta. Reflektion merkitys hiljaisen tiedon siirtäjänä ja hyvän hoidon takaajana on merkittävä. Ammatillisessa opetuksessa kriittisyyden salliminen tarkoittaa tiedon tulkinnallista käyttämistä. Samalla se tarjoaa mahdollisuuden kyseenalaistaa ja nähdä tilanteita eri tavalla. Kyseenalaistaminen mahdollistaa uusien toimintatapojen kokeilemista ja tämän myötä mahdollisesti parantaa työn prosesseja ja tehostaa hoitoa. (Meerabeau 1991.)

Organisaatioissa tiedon luomisen prosessi alkaa hiljaisen tiedon ja kokemusten jakamisesta, eli sosiaalisesta. Hiljaista tietoa hankitaan toisilta ilman kieltä havainnoimalla, matkimalla tai harjoittelemalla taitoa. Toisen henkilön ajatusprosessiin

eläytyminen ja ymmärtäminen vaativat kasvokkain tapahtuvia jaettuina kokemuksia. (Suhonen 2009, Nonaka & Takeuchi 1995.) Sosialisatio on siis yksilön hiljaisen tiedon siirtämistä toisen henkilön hiljaiseksi tiedoksi, jossa on pääpaino tekemällä oppimisessa. Hiljainen tieto opitaan kieltä käyttämällä ja oppijan omaksuessa jossain määrin opettajan ajattelua. Opettajan asiantuntemuksella ja yhteisellä kokemuksella on merkittävyyttä. Perinteinen tapa toteuttaa sosialisatiota on mestari-oppipoikasuhde tai työharjoittelu organisaatiossa. (Nonaka & Takeuchi 1995.) On tärkeää tuoda hiljainen tieto tietoisuuteen työn rakenteiden kautta. Olisi hyvä, jos jo opiskeluaikana hoitotyöhön tulevat ammattilaiset pääsisivät kokemaan reflektiota niin yksilö- kuin organisaatiossa käytännön harjoittelun ja kokemisen myötä (Herbig ym. 2001.)

3.2 YHTEENVETO ILMIÖÖN KOHDISTUNEISTA TUTKIMUKSISTA

3.2.1 HILJAINEN TIETO HOITOTYÖSSÄ

Aikaisempien tutkimusten mukaan hiljainen tieto on kiinteästi yhteydessä kokemuksen kanssa. Iäkkäällä hoitohenkilökunnalla koetaan olevan paljon juuri kliinistä kokemusta. Positiivinen kokemus hiljaiseen tietoon liitettynä lisää ammatillisuutta hoitotyössä. Hiljaisen tiedon luomaa ammatillisuutta on kokonaisuuden ymmärtäminen hoitotyössä, mielikuvituksen käyttö, ennakointikyky ja muiden huomioon ottaminen. Hiljainen tieto hoitotyössä vaatii kehittyäkseen ammattilaisen halua kasvaa henkisesti, jotta kokemustieto ei jäisi pelkiksi rutiineiksi. Hiljainen tieto hoitotyössä ilmenee kokonaisvaltaisissa työprosesseissa, jota tarvitaan hoitotyön nopeissa ja ennalta arvaamattomissa tilanteissa. Kliinisesti kokenut asiantuntija käyttää hiljaista tietoa päätöksenteossaan ja kokonaisvaltaisessa hoitamisessa. Aikaisemmissa tutkimuksissa esiintyvä hoitajien hiljainen tieto on koottu taulukkoon 1.

Taulukko 1. Hiljainen tieto hoitotyössä aikaisempien tutkimusten mukaan

Hiljainen tieto hoitotyössä on:	n	Tutkimukset
Ajan myötä kehittynyt, taitavan ja kliinisesti kokeneen hoitajan olennaista tietoa	6	Carroll 1988, Nurminen 2000, Herbig ym. 2001, Welsh & Lyons 2001, Carlsson ym. 2002, Haggerty & Grace 2007
Hiljainen tieto näkyy hoitotyössä kun tavoitellaan potilaan kokonaisvaltaista hyvää ja holistista hoitoa	3	Meerabeau 1992, Herbig ym 2001, Carlsson ym. 2002
Hoitajien hiljainen tieto ilmenee äkillisissä hoitotilanteissa, joissa sisäinen aistimus varoittaa tilanteiden muuttumisesta	3	Herbig ym. 2001, Welsh & Lyons 2001, Haggerty & Grace 2007
Hiljaista tietoa käytetään hoitotyön päätöksenteossa	10	Carroll 1988, Nurminen 2000, Carlsson ym. 2000, Herbig ym. 2001, Welsh & Lyons 2001, Carlsson ym. 2002, Pope ym. 2003, Kinchin 2008, Kontos & Naglie 2009, Lake ym. 2009
Hiljainen tieto ilmenee kehitettäessä hoitotyötä	2	Yoshioka-Maeda ym. 2006, Lake ym. 2009
Hiljainen tieto on sidottu hoitamisen kontekstiin	3	Herbig ym. 2001, Carlsson ym. 2002, Haggerty & Grace 2007
Hiljainen tieto hoitamisessa on yhteydessä fyysisen kokemuksen kanssa	1	Kontos & Naglie 2009
Sähköisissä tiedonhakumenetelmissä hiljaisen tiedon käyttäminen ei ole luotettavaa	1	Verhoeven ym. 2009

3.2.2 HILJAISEN TIEDON SIIRTYMINEN ORGANISAATIOSSA

Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että hiljainen tieto tarvitsee henkilökohtaisen suoran kontaktin tiedon välittäjältä tiedon saajalle siirtyäkseen. Tiedon siirtämisen prosessi on kognitiivinen ja sen tavoitteena on mahdollistaa vastaanottavan osapuolen saavan mahdollisimman vertailukelpoista tietoa menettämättä sen alkuperäistä merkitystä. Tiedon siirtämistä ei kuitenkaan voi esineellistää, koska tiedon siirtämisen prosessissa välitetään tiettyä kykyä tiedon lähteeltä käyttäjälle. Tiedon siirtymisen tehokkuus on siksi havaittavissa vain sen mukaan, että tiedon käyttäjällä on sama ominaisuus kuin tiedon lähteellä oli ennen tiedon siirtämistä.

Tiedon siirtämisen prosessia ei ole juurikaan tutkittu hoitohenkilökunnan näkökulmasta, vaikka yritysmaailmassa ja organisaatiokulttuureissa tiedon siirtämisen sekä formaalisen että hiljaisen tiedon, on katsottu olevan tärkeä tekijä organisaation menestymisessä. Hoitamisen kulttuurissa kokeneet hoitotyöntekijät jakavat tietoaan seuraaville sukupolville omalla esimerkillään ja refleктоimalla työtään. Hiljainen tieto organisaatioissa hankitaan toisilta havainnoimalla, matkimalla ja harjoittelemalla tekemistä ja taitoa. Ammatillisuus ja asiantuntijuus hoitotyössä velvoittavat hoitotyön ammattilaisen kehittämään itseään ja ammattitaitoaan juuri reflektion kautta. Hiljaisen tiedon siirtyminen aikaisempien tutkimusten mukaan on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Hiljaisen tiedon siirtyminen aikaisempien tutkimusten mukaan

Hiljaisen tiedon siirtyminen organisaatioissa on	n	Tutkimukset
Reflektion merkitys merkittävä hiljaisen tiedon siirtäjänä	5	Meerabeau 1991, Herbig ym. 2001, Carlsson ym. 2002, Gustafsson & Fagerberg 2003, Kinsella 2009
Hiljainen tieto siirtyy esimerkillä, matkimalla, havainnoimalla ja esimerkillä	2	Nonaka & Takeuchi 1995, Suhonen 2009
Tiedon siirtäminen tarvitsee henkilökohtaisen kontaktin	5	Garavelli ym. 2002, ym. 2003, Friedman & Bernell 2006, Wu ym. 2010, Krishaveni & Sujatha 2012
Yhteiset arvot auttavat hiljaista tietoa siirtymään yhteisössä	2	Friedman & Bernell 2006, Krishaveni & Sujatha 2012

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ikääntyneiden potilaiden kanssa työskentelevän hoitohenkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä hiljaisesta tiedosta, hiljaisen tiedon siirtymisessä käytetyistä menetelmistä kokeneemmalta hoitohenkilöstöltä vähemmän kokeneelle sekä hiljaisen tiedon siirtymisessä esiintyvistä estävistä ja edistävästä tekijöistä suomalaisessa terveydenhuollossa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa hoitohenkilökunnan käyttämästä hiljaisesta tiedosta sekä hiljaisen tiedon siirtämisessä käytetyistä menetelmistä ja käyttötarkoituksesta. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä uusia hoitoprosesseja tai organisoitaessa työtä terveydenhuollon yksiköissä. Vastauksia etsittiin seuraavien tutkimuskysymysten avulla:

1. Mitä hiljainen tieto on hoitotyön ammattilaisen kuvaamana?
2. Miten hiljainen tieto siirtyy hoitotyön ammattilaiselta toiselle hoitotyöntekijälle?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

5.1 TUTKIMUKSEN KOHDEPOPULAATIO JA OTOS

Tutkimusasetelmana oli kuvaileva kvalitatiivinen tutkimus (liite 4) (Melnik & Fineout-Overholt 2011, Sandelowski & Barroso 2007). Kohdepopulaatio (N=13) koostui yhden suomalaisen kaupungin alueen hoitohenkilökunnasta, joka työskenteli ikääntyneille potilaille ympärivuorokautista laitoshoidon tarjoavan organisaation eri yksiköissä. Yksiköt edustivat kahden tyyppistä laitospuolta: sairaalaa ja vanhainkotiä. Hoitohenkilökuntaa edustavat ammattilaiset olivat terveydenhoitajia, sairaanhoitajia, perushoitajia ja lähihoitajia. (Polit & Beck, 2010, Burns & Grove 2009).

Sisäänottokriteereinä tutkimuksessa olivat suomenkieliset ikääntyneiden parissa työskentelevät kokeneet hoitotyön ammattilaiset. Terveystuollon ammattilaisilta haluttiin vähintään kymmenen (10) vuotta kokemusta hoitoalalta. Muut sisäänottokriteerit olivat tutkimukseen osallistuvan tiedonantajan suomalainen terveydenhuollon ammatillinen tutkinto sekä suomenkielisyys. Poissulkukriteereinä vastaavasti olivat hoitoalan ammatillinen kokemus alle kymmenen (10) vuotta, opiskelija tai ne hoitohenkilökuntaan kuuluvat, jotka eivät äidinkielestään johtuen kyenneet kommunikoidaan riittävän hyvin suomen kielellä.

Kohdeorganisaation yksiköiden esimiehet valikoivat tutkimukseen osallistuvat tiedonantajat sisäänottokriteerien mukaisesti. Tällä menetelmällä saatiin yksi vapaaehtoinen tutkimukseen osallistuja, jonka vuoksi tiedonantajia etsittiin lisää myös verkosto-otannan (network sampling) avulla. Tutkimukseen osallistuneen avulla saatiin aina yksi tiedonantaja lisää ja samalla kaavalla toteutuivat loput tutkimukseen osallistuneet vapaaehtoiset tiedonantajat. (Polit & Beck 2012, Burns & Grove 2009, Kylmä & Juvakka 2007, Fossey ym. 2002, Patton 2002.) Tutkija otti sähköpostitse yhteyttä mahdollisille tiedonantajille. Sähköpostissa tiedotettiin käynnissä olevasta tutkimuksesta. Tämän jälkeen vapaaehtoiset tiedonantajat ottivat sähköpostitse yhteyttä tutkijaan ja ilmoittivat mahdollisesta halukkuudestaan osallistua tutkimukseen.

Tutkimukseen osallistui 13 vapaaehtoista tiedonantajaa. Tutkija ei entuudestaan tuntenut tutkimukseen osallistujia. Kaikki tutkimuksen osallistuneet olivat naisia, joiden

ikä vaihteli 40—64 vuoteen tutkimuksen ajankohdan aikana, keski-ikä ollessa 53,5 vuotta.

Tiedonantajien työkokemus vaihteli minimissään 12 vuodesta ja maksimissaan 43 vuoteen, keskimääräisen työkokemuksen hoitoalalla ollessa 27 vuotta. Jokaisella tutkimukseen osallistuneella oli monipuolista työkokemusta joko muilta ammattialoilta tai muilta hoitoalan osastoilta entuudestaan. Osalla oli myös hoidon alan erikoistumisopintoja.

Suurimmalla osalla tutkimukseen osallistuneista oli sairaanhoitajan pätevyys (N=7). Kuudella (N=6) sairaanhoitajalla oli opistoasteinen ja yhdellä AMK-pohjainen sairaanhoitaja-tutkinto. Kahdella tiedonantajalla oli perushoitajan ja kolmella lähihoitajan tutkinto. Yhdellä tiedonantajalla oli terveydenhoitajan tutkinto. Kaksi tutkimukseen osallistunutta toimi esimiestehtävissä. Kuusi tiedonantajaa oli aloittanut hoitoalalla työskentelyn apuhoitajan tehtävistä ja kouluttautunut vuosien myötä joko työpaikan kautta tai itsenäisesti opiskellen korkeammalle koulutusasteelle. Tutkimukseen osallistuneen hoitohenkilökunnan taustamuuttujat on kuvattu taulukossa 1.

Otantamenetelmänä käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa (*purposive sampling*). Tarkoituksenmukaisessa otannassa tutkija valitsee asiantuntijuuden perusteella tai käyttää ulkopuolisia asiantuntijoita tarkoituksenmukaisesti valitsemaan kohdejoukkoa, niin että tutkittava ilmiö on ymmärrettävissä ja aineistosta saadaan tietoa syvemmin. Tärkeää on saada tutkittavana olevien ihmisten ”ääni kuuluviin” tutkimustuloksissa. (Hirsjärvi ym. 2010, Eskola & Suoranta 2008, Patton 2002.) Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena olivat kokeneiden hoitajien hiljainen tieto ja heidän hiljaisen tiedon siirtämisen kuvaaminen (Polit & Beck 2012, Burns & Grove 2009, Tong ym. Craig 2007, Patton 2002). Tarkoituksenmukaisen otannan heikkoutena pidetään tutkijan tekemää päätöksen tarkkuutta osoittaa ne ominaisuudet, joita hän olettaa tutkimukseen osallistuvilla tiedonantajilla olevan (Burns & Grove 2009). Bennerin (1984) mukaan kliinisesti kokeneella hoitajalla on vähintään viiden vuoden käytännön kokemus hoitoalalta. Tutkimuksessa haluttiin varmistaa vahvan kliinisen hoitotyön kokemuksen omaavat tiedonantajat. Oletuksena oli, että kaikki pitkän kokemuksen omaavat tiedonantajat olisivat ehtineet kokea tutkittavan ilmiön (Polit & Beck 2012, Patton 2002).

Taulukko 3. Hoitohenkilökunnan taustamuuttujat

Taustamuuttujat	n	%	min	max	ka
Ikä (n=13)			40	64	53,5
40-49v	4	31			
50-59v	4	31			
≥60	5	38			
Sukupuoli (n=13)					
Nainen	13	100			
Mies	0	0			
Toimi/virka (n=13)					
Th	1	7			
Sh	7	54			
Lähihoitaja	3	23			
Perushoitaja	2	16			
Osastonhoitaja/ Apulaisosastonhoitaja	2				
Muu terveydenhuollon Asiantuntija	2				
Hoitoalan työkokemus (n=13)			12	43	27
10-20v	4	31			
21-30	4	31			
31-40	4	31			
≥41	1	7			

5.2 AINEISTONKERUUMENETELMÄ

Tutkimuksen aineisto kerättiin yksilöhaastatteluilla käyttämällä avointa kuuden kysymyksen teemahaastattelurunkoa (Melnik & Fineout-Overholt 2011, Marshall & Rossman 2006, Fossey ym. 2002). Teemat haastattelurunkoon saatiin perehtymällä aikaisempaan kirjallisuuteen tutkittavasta ilmiöstä. Teemahaastattelurungon suunnittelua ohjasivat etukäteistiedon lisäksi tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Teemahaastattelurungon kysymykset on kuvattu liitteessä 5.

Teemahaastattelurungon kysymykset esitettiin kahdella (2) erikoissairaanhoidon yksikössä työskentelevällä sairaanhoitajalla. Esitutkimukseen osallistuneet olivat tutkijalle entuudestaan tuttuja. Tarkoituksena oli testata haastattelijan haastattelukäytäntöjä, tutkimusvälineiden, kuten nauhurin käyttötaitoa, sekä puhuttelutyylä tutkimuksen aikana. Esitutkimukseen osallistuvien aikaisempi tuttuus mahdollisti puhumisen sujuvuuden harjoittelun sekä haastateltavien rehellisen mielipiteen antamisen haastattelijalle. (Eskola & Suoranta 2008.) Esitutkimukseen osallistuneet tiedonantajat täyttivät tutkimuksen sisäänottokriteerit. Heidän vastauksensa selvensivät tutkimuskysymyksiä ja tukivat teemahaastattelurungon kysymysten luotettavuutta. Tuloksia ei sisällytetty tutkimustuloksiin, koska erikoissairaanhoidon organisaatiolta ei tutkimuslupaa ollut haettu. Lisäksi tutkija harjoitteli haastattelutekniikkaa.

Yksilöhaastattelut perustuivat haastateltavina olevien tiedonantajien vapaaehtoisuuteen osallistua tutkimukseen sekä sisäänottokriteerien täyttymiseen. Aineisto saturoitui 13:sta yksilöhaastattelun jälkeen (Polit & Beck 2012). Yksilöhaastattelut mahdollistivat syvemmän ja keskusteleavamman otteen kerätä tietoja tutkimuksen tiedonantajilta (Marshall & Rossman 2006, Patton 2002). Joustavuus koettiin yhtenä haastattelemisen etuna, koska haastattelijalla oli mahdollisuus toistaa kysymykset ja tarvittaessa selventää sanamuotoja tai tarkentaa haastateltavan vastauksia tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2009, Marshall & Rossman 2006, Patton 2002).

Haastattelijan ja haastateltavan yhteistyö on olennaista tutkimuksen onnistumisen kannalta. Haastattelun heikkoutena pidetäänkin vuorovaikutusta, siksi tutkimukseen osallistuvien tiedonantajien on oltava vapaaehtoisia ja suostuvaisia jakamaan kokemuksiansa ja näkemyksiänsä haastattelijalle. Myös haastattelijalta edellytetään

ihmistuntemusta, vuorovaikutustaitoja ja kykyä kuunnella sekä myötäelää. (Marshall & Rossman 2006.)

5.3 TUTKIMUSAINEISTON KERUU

Aineistonkeruu aloitettiin maaliskuussa 2012 kohdeorganisaation myönnetyn tutkimusluvan jälkeen. Tutkimusaineiston keruu perustui haastatteluun osallistuvien terveydenhoitoalan ammattilaisten vapaaehtoisuuteen (Polit & Beck 2012, Ruusuvuori ym. 2010, Kylmä & Juvakka 2007), josta allekirjoitettiin tietoinen suostumuslomake. (liite 6). Yhdessä haastateltavien (N=12) kanssa käytiin läpi myös tiedote tutkimuksesta (liite 7), koska suurin osa tiedonantajista ei ollut saanut etukäteistietoa tutkimukseen osallistuessaan.

Haastattelujen aloitusvaiheissa tutkija pyrki luomaan luottamuksellisen ilmapiirin esittelemällä itsensä ja antamalla haastateltavalle tilaisuuden esitellä itsensä. Luontevan aloituksen jälkeen tutkija kertoi tutkimuksesta ja sen toteutuksesta sekä pyysi tutkittavaa kysymään tutkimukseen liittyviä asioita mikäli niihin haastattelun aikana ilmeni tarvetta. (Polit & Beck 2012, Kylmä & Juvakka 2007, Patton 2002.) Tutkija pyrki asettamaan syrjään omat tutkittavaa ilmiötä koskevat ennakkokäsityksensä. (Polit & Beck 2012, Ruusuvuori ym. 2010, Wojnar & Swanson 2007, Parahoo 2006)

Haastattelut aloitettiin kasvotusten asettamalla nauhuri haastattelijan ja tiedonantajan keskelle yhtä kauas kummastakin. Haastatteliija käytti tukena haastattelupäiväkirjaa, johon hän merkitsi ylös taustamuuttujat sekä haastattelumiljöön kuvauksen ja lisähuomiot, joita haastattelujen aikana ilmeni (Polit & Beck 2012, Burns & Grove 2009.) Muistiinpanot mahdollistivat litterointivaiheessa lisähuomioiden tekemisen. (Polit & Beck, 2010, Ruusuvuori ym. 2010.) Kaikki haastattelut suoritettiin saman kaavan mukaisesti: tiedonantajille esitettiin avoimen teemahaastattelurungon kuusi kysymystä kaikki samassa järjestyksessä 1.-6. (liite 5) (Patton 2002).

Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla aineiston litterointia ja analysointia varten. Haastattelujen kesto vaihteli 60–90 minuuttiin per haastateltava. Yhden haastattelun kesto oli poikkeavasti 2h 33min. Haastattelut suoritettiin kunkin tiedonantajan toimipaikassa tai hänen valitsemassaan paikassa organisaation tiloissa

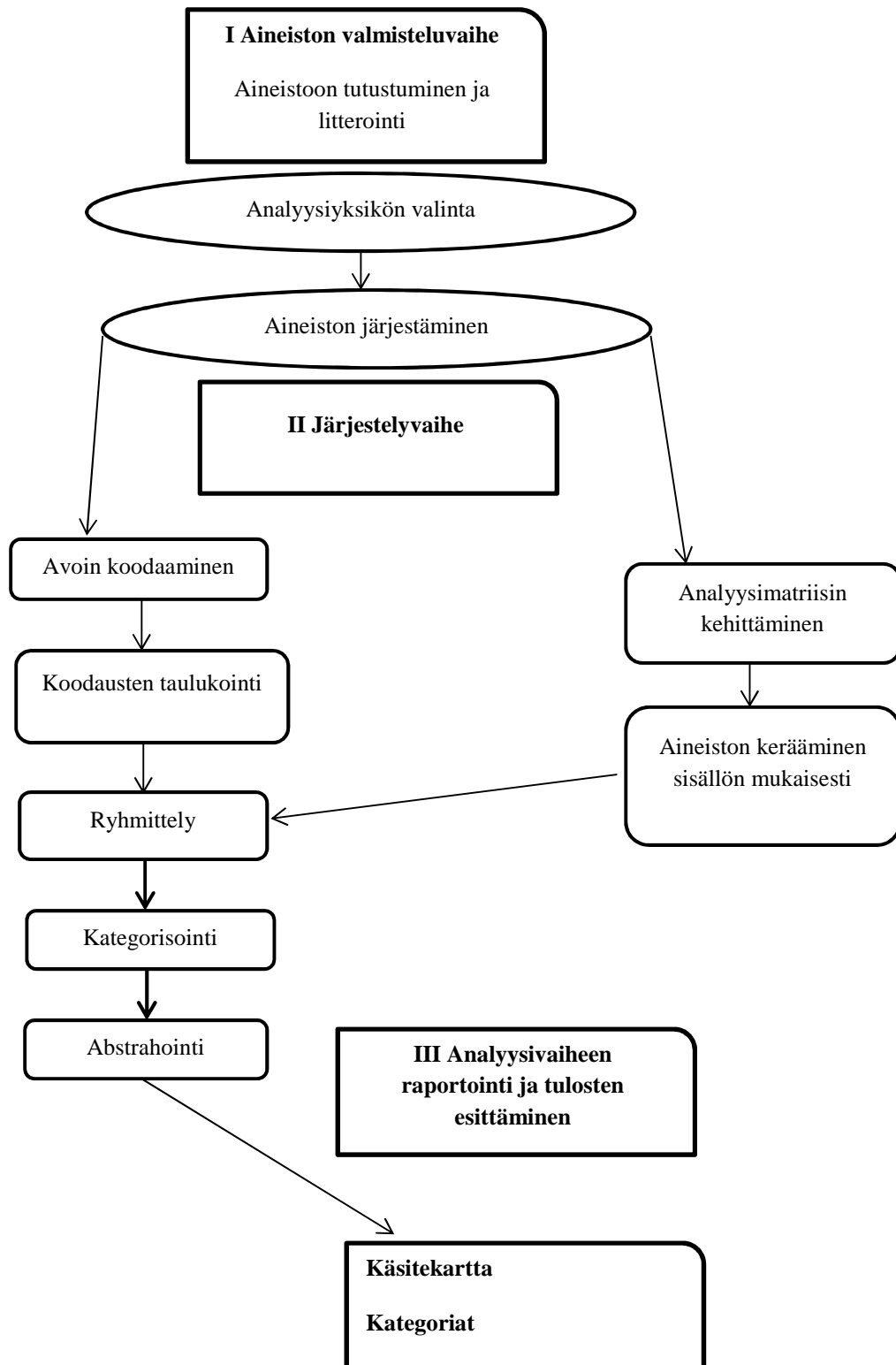
aina tiedonantajalle sopivana ajankohtana. Useimmiten haastattelut olivat ennen tai jälkeen tiedonantajan työvuoroa hänen omalla osastollaan erillisissä huoneissa, esimerkiksi, saattohuoneessa, osastonhoitajan toimistossa tai muussa vastaavassa tilassa. Haastatteluympäristö oli toisinaan rauhaton, melulle tai häiriöille altis. Neljän haastattelun aikana haastattelu keskeytyi hetkeksi ulkopuolisen henkilön tullessa haastattelutilaan. Haastattelut toteutettiin maaliskuusta syyskuuhun 2012, mikä mahdollisti riittävän ajan aineiston keräämiseen (Sandelowski & Barroso 2003).

Haastattelutilanteissa haastattelijä tarkensi ja pyrki selvittämään tiedonantajien kokemuksia ja vastauksia lisäkysymyksillä sitä mukaa kun niitä keskustelun edetessä esiintyi (Tuomi & Sarajärvi 2009, Tong, ym. 2007). Yksi tiedonantaja oletti antavansa tietoa hiljaisesta raportoinnista haastattelun ensimmäisen kysymyksen jälkeen. Esimerkki tutkijan tarkentavasta kysymyksestä tässä tilanteessa esitettiin seuraavasti: *Huomasin sullakin olevan opiskelijan, että mitä tietoa sinä välität sille opiskelijalle?* Haastattelujen pyrkimyksenä oli saada tietoa yksilön omasta eletystä ilmiön kokemuksesta ja sen merkityksestä (Wojnar & Swanson 2007).

5.4 TUTKIMUSAINEISTON ANALYSOINTI

Aineiston analysointi tehtiin kvalitatiivisella sisällönanalyysillä (Elo & Kyngäs 2007, Graneheim & Lundman 2004, Patton 2002, Malterud 2001). Analysoinnissa fokusoitiin löytämään ilmeinen ja julkituotu sisältö tutkittavasta ilmiöstä (Elo & Kyngäs 2007, Graneheim & Lundman 2004). Sisällönanalyysi soveltuu analysoimaan haastattelujen käsikirjoituksia. Analyysimetodina se mahdollistaa kommunikaation ymmärtämistä ja pyrkii identifioimaan tutkittavasta ilmiöstä olennaisimman (Patton 2002.) Sisällönanalyysi soveltuu analyysimenetelmäksi, kun tutkittavasta ilmiöstä on etukäteen vähän tai hajanaista tietoa. Hiljaisen tiedon siirtämistä hoitoalalla ei ole riittävästi tutkittu, ja siksi sisällönanalyysi päädyttiin suorittamaan induktiivisesti tässä tutkimuksessa. (Elo & Kyngäs 2008.) Sisällönanalyysin vaiheet on kuvattu Elon ja Kyngäksen (2008) Induktiivisen sisällönanalyysin valmistelu-, järjestely- ja tulosvaiheiden käsittelykuviota mukailien Kuviossa 2.

Induktiivinen lähestymistapa



Kuvio 2. Induktiivinen sisällönanalyysin valmistelu-, järjestely- ja tulosvaiheiden käsittelymalli (mukailtu Elo ja Kyngäs 2008)

Aineiston valmisteluvaiheessa, aineisto litteroitiin ja siihen tutustuttiin (Patton 2002, Graneheim & Lundman 2004, Elo & Kyngäs 2008). Litteroitua aineistoa saatiin yhteensä 202 sivua. Haastattelut nimettiin ja numeroitiin tulojärjestyksen mukaisesti siten, että haastateltavien anonymiteetti pyrittiin säilyttämään (seuraavasti: Litteroitu Haastattelu nro 1=LH1, LH2... LH13). Apuna käytettiin Microsoft Word -tekstinkäsittelyohjelmaa. Aineistoa pyrittiin lähestymään *emic*-näkökulmasta: keskusteluista etsittiin seikkoja, joita haastateltavat pitivät tutkimusilmiossä merkityksellisinä. (Ruusu vuori ym. 2010, Patton 2002.)

Tutkimuksen tarkoitus ohjasi analyysivaihetta (Patton 2002). Tässä tutkimuksessa tarkoitus oli kuvata kokeneiden hoitotyöntekijöiden käsityksiä hiljaisesta tiedosta ja sen siirtymisestä ikääntyneiden hoitotyössä.

Haastatteluiden analyysiyksiköiksi (*manifest content*) valikoitiin yksittäinen avainsana, lause, fraasi, lausuma tai ajatuskokonaisuus, joka sisälsi merkittävää tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Aineistolle esitettiin tutkimuskysymykset (Polit & Beck 2012, Elo & Kyngäs 2007, Graneheim & Lundman 2004.) Aineiston järjestämisen jälkeen analyysivaihetta ohjasi induktiivinen sisällön analysointi (Elo & Kyngäs 2008, Patton 2002) sekä teemahaastattelurungon kysymykset. Teemahaastattelurungon kolme ensimmäistä kysymystä tähtäsivät antamaan vastauksen tutkimuskysymykseen ”Mitä hiljainen tieto on hoitotyössä?” Vastaavasti teemarungon kolme jälkimmäistä kysymystä pyrkivät vastaamaan tutkimuskysymykseen ”Miten hiljaista tietoa siirretään hoitotyössä?”.

Aineiston valmisteluvaiheen aikana kaikki litteroitu aineisto luettiin useaan kertaan. Näin aineisto tuli tutuksi. Teemarungon kuuden kysymyksen vastauskohdat käytiin jokaiselta osallistujalta lukemalla läpi ja samansisältöiset vastaukset pyrittiin erottelemaan aineistosta ensin alleviivaamalla. Kaikkien informanttien vastauksia vertailtiin kysymys kysymykseltä keskenään ja lopuksi samankaltaiset sanonnat, sanat ja fraasit korostettiin erottelemalla ne samalla värillä.

Esimerkki: Teemarungon kysymys 1

Kuvaile ja kerro mitä ymmärrät hiljaisella tiedolla?/ Mitä hiljainen tieto mielestäsi on?
-ettei se olisi sellaista kirjatietao tai faktatietao (LH1),

-mitä minä olen itseeni, omaan tietokantaani kerännyt.. Mitä elämä on tuonut tullessaan ja mitä olen kollegoilta yhteisössä ja elämästä oppinut (LH2)

Aineiston järjestelyvaiheessa luotiin kategorisointimatriisi ensin pelkistämällä ja koodaamalla aineisto. (Polit & Beck 2012, Elo & Kyngäs 2007, Graneheim & Lundman 2004, Patton 2002). Aineiston pelkistämävaiheessa alkuperäiset analyysiyksiköt kirjoitettiin sellaisenaan taulukkomuotoon, jonka jälkeen samansisältöiset lausumat erotettiin ensin eri värikoodein ja ilmaisut pelkistettiin. Aineistosta poimittiin tutkimuskysymykseen vastaavat analyysiyksiköt. (Hsieh & Shannon 2005.)

Esimerkkejä pelkistämisestä tutkimuskysymykseen Mitä hiljainen tieto on?:

-ettei kirjoista, kansista ja oppiopuksista opi, vaan tekemällä oppii...aika pitkälle töissä opittua ja lisäksi omat kokemukset. Se mitä näet ympärillä..kaikki ne yhdessä (LH6)

→Pelkistys: ei kirjatieta, töissä opittua, kokemusta elämästä

-se on vuosien mittaan saatua tietoa kokemuksesta, se ei ole teoreettista, eikä sitä voi kirjoista lukea. Se on sekä ammatista ja elämäkokemus näyttelee siinä. (H12)

→Pelkistys: työ- ja elämäkokemus, ei teoreettista

-sitä miten mää voin tässä tilanteessa tämän ongelman kanssa käyttää vanhoja tietojani hyväksi. Vanhat tiedot on sanotaan nyt vaikka palvelutaitoja, asiakastyytyväisyystaitoja eri koetuista ammateista..kokemustietoja. (H13)

→Pelkistys: vanhat tiedot, kokemustiedot

Pelkistämävaiheen jälkeen aineisto ryhmiteltiin alakategorioihin aineiston sisällön samankaltaisuuden perusteella ja lopuksi muodostettiin yläkategoriat aineistosta. Analysointivaihe oli monitahoinen ja pitkäkestoinen, koska aineistoon palattiin useasti joko litteroituun tekstiin tai alkuperäisiin nauhoituksiin, jotta koodaamisvaihe olisi pysynyt mahdollisimman autenttisena. (Graneheim & Lundman 2004.) Aineiston visualisoinnin helpottamiseksi samansisältöiset sanonnat erottuivat selkeästi toisistaan, kun vastaukset kirjoitettiin kooltaan suuriin matriiseihin. Isokokoiset matriisialustat oli helppo levittää pöydälle tai kiinnittää seinään koodausta ja kategorisointia

visualisoimaan ja järjestämään. Matriisit myös helpottivat sisällönmukaista aineiston keräämistä ja ryhmittelyä. Ryhmittelyvaiheen jälkeen aineisto abstrahoitettiin (Elo & Kyngäs 2007, Graneheim & Lundman 2004). Ryhmittelyvaihe ja aineiston abstrahointi alakategorioihin hiljaisesta tiedosta on esitetty liitteessä 8. ja hiljaisen tiedon siirtymisestä liitteessä 9. Analyysivaiheen lopuksi aineisto jaoteltiin yläkategorioihin ks. Elo & Kyngäs 2008 (Graneheim & Lundman 2004.) Esimerkit kategorisointimatriiseista on esitetty taulukoissa 4. ja 5. Hiljaisen tiedon siirtymisestä rakentui erityyppinen matriisi, koska analysoidusta aineistosta tuli esille myös hiljaisen tiedon siirtymisen edistävät ja estävät tekijät.

Taulukko 4. Esimerkki hiljaisen tiedon kategorisointimatriisista

Tutkimuskysymys	Pelkistys	Alakategoria	Yläkategoria
Mitä hiljainen tieto on?	Talonpoikaisjärkeä, maalaisjärkeä, ei-kirjatietoa, tieto tulee tekemisen kautta, vaistonvaraisuus → koettua, elettyä	Työkokemusta, Elämäkokemusta	Kokemustekijät
	Rohkeutta, nöyryyttä, Erilaisia kykyjä ja taitoja → luonteenpiirteet, kyvyt	Henkilökohtaiset ominaisuudet	Persoonatekijät
	Vastuunkantaminen, ammatillisuuteen kasvu, ammattitaito, yhdessä luotu tieto, kollegiaalisuus → työmoraali, ammatitaito, yhteisö	Yhteisöllinen ammatillisuus	Professionaalitekijät
	potilaan oikea kohtaaminen, toisen asemaan asettuminen, toisen hyväksi tapahtuva toiminta → potilaan asianajajuus	Potilaan edunvalvonta	Humaaniset tekijät

Taulukko 5. Esimerkki hiljaisen tiedon siirtymisen kategorisointimatriisista

Tutkimus- kysymys	Pelkistys	Alakate- goria	Yläkategoria	Estävät ja edistävät tekijät
Miten hiljainen tieto siirtyy?	Perehdyttämällä, parityöllä, keskusteluilla, omalla persoonalla, mentori-kisälli-asettelulla, opettamalla→ mallioppiminen	→	Vuorovaikutus→ siirtynyt kun tiedon saajan asenne ja toiminta on muuttunut vastuulliseksi ja ammatilliseksi	→ Esimies, asenne, halu, arvostus

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 TULOSTEN RAPORTOINTI

Tulokset on saatu suoraan tiedonantajien kokemuksista ja näkemyksistä hiljaisesta tiedosta sekä sen siirtymisestä ikääntyneiden hoitotyössä. Tulosten ja aineiston välinen yhteys on pyritty osoittamaan tässä tutkimuksessa kuvaamalla tutkimuksen tuloksia esittämällä haastateltujen autenttisia ja suoria lainauksia tulosten havainnollistamisen helpottamiseksi. Lainauksia ei sen vuoksi ole muutettu tai korjailtu kirjakiellelle. (Kyngäs ym. 2011, Hsieh & Shannon 2005, Graneheim & Lundman 2004, Horsburgh 2003, Malterud 2001.)

6.1.1 HILJAINEN TIETO IKÄÄNTYNEIDEN HOITOTYÖSSÄ

Haastateltujen kokeneiden hoitajien hiljainen tieto ikääntyneiden hoitotyössä koostui neljästä yläkategoriasta (ks. Taulukko 4): 1) kokemukseen liittyvät tekijät, 2) persoonaan liittyvät tekijät, 3) professionaaliset tekijät sekä 4) humaniset tekijät.

Kokemukseen liittyvät tekijät

Kokeneet hoitotyöntekijät (n=12) mielsivät hiljaisen tiedon kehittyneen pääosin työvuosien aikana kerätyistä ja saaduista monipuolisista kokemuksista yhdessä elämäkokemuksen myötä. Yhden tiedonantajan mielestä hiljainen tieto kehittyi kirjojen, koulutuksen ja kokemuksen sekä Internetin käytön yhteissummasta. Monipuolinen ammatillinen kokemus sisälsi erilaisilta hoitotyön osastoilta tai ammanteista saatua työkokemusta, jota kaikilla tutkimukseen osallistuneilla tiedonantajilla oli. Monipuolista työkokemusta pidettiin myös tärkeänä tekijänä ammatillisessa hiljaisen tiedon kehittämisessä.

Elämäkokemuksessa korostuivat erilaiset inhimilliset kokemukset, kuten läheisten menetykset tai elämän vastoinkäymiset. Elämäkokemusta omaavat ihmiset osasivat informanttien mielestä samaistua toisen asemaan tai ymmärsivät helpommin potilaan

tarpeita, kipuja ja tunteja. Hiljainen tieto ymmärrettiin ei-kirja tai ei-tieteellisenä tietona, joka osittain näkyi erityisesti vaistojen, aistien tai intuition ohjaamina toimintoina hoitotyössä. Osa haastateltavista (n=4) piti hiljaista tietoa myös maalais-tai talonpoikaisjärjen käyttönä ja kokemuksen mukanaan tuomina oppeina, jonka myötä käytännön hoitotyötä tehtiin. Työ- ja elämäkokemus yhdessä auttoivat ja ohjasivat oman työn tekemisessä.

-ei välttämättä kirjoista enää saa eikä koulusta, vaan sen minkä mä oon oppinu tässä työvuosien saatossa ja minkä on hyväks havainnu ja on mulle niinkun miten mä teen sen työni. Kyllähän siihen monet asiat on tietysti vaikuttanut...omat kokemukset ja menetykset,... vuodet on tuonut mukanaan semmosta niinkun oppimista, on oppinut käsittelemään määrättyjä asioita ja työtänsä tekeen. (LH3)

-tietomäärä, minkä minä olen saavuttanut tämän pitkän urani aikana. Hiljainen tieto on saavutettu työtä tekemällä, se on sitä mitä olen oppinut kantapäähän kautta. Koulusta tuli kirjatiieto, mutta se tieto ei riitä. Sun pitää aistia ja tuntea aina sen vaatiman mukaan ja tämä on juuri sitä hiljaista tietoa. (LH10)

Persoonaan liittyvät tekijät

Hiljaisen tiedon ei ajateltu kehittyvän pelkästään ajan mukana tuomien kokemusten myötä, vaan tiedonantajat toivat selkeästi esille erilaisia luonteenpiirteitä tai tietotaitoja, jotka liittyivät kiinteästi hiljaista tietoa omaavaan yksilöön. Persoonaan liittyvät tekijät muodostuivat erilaisista tietyistä luonteen ominaisuuksista. Näistä luonteenpiirteistä useimmin mainittuja olivat: rauhallisuus, rohkeus, varmuus, nöyryys, luotettavuus ja luovuus.

Rauhallisuutta oli työilmapiirin rauhoittaminen ja toiminnan kiireettömänä pitämistä osaston toiminnassa. Kiire ei saanut näkyä ulospäin potilaille tai heidän omaisille. Kiire koettiin myös estävänä tekijänä hoitotyön sujumuudelle ja hoitajia stressaavana tai kuluttavana tekijänä. Yleisesti tiedonantajat kokivat, että kokeneen hoitajan pelkkä läsnäolo ja varmuus rauhoittivat osaston toimintaa. Luotettavuus omaan toimintaan oli tietoa omasta tekemisestä, joka näkyi ulospäin varmuutena muille. Kokeneeseen hoitotyöntekijään luottivat myös esimiehet ja yksikön vähemmän kokeneet hoitajat. Itseen luottaminen oli kykyä tehdä itsenäisesti päätöksiä erilaisissa hoitotilanteissa.

Luonteenpiirteenä rohkeus näkyi potilaiden ja heidän omaistensa kohtaamisessa. Rohkeutta ja uskallusta oli osaston epäkohtiin puuttuminen ja esille tuominen oman yksikön työyhteisön käsiteltäväksi. Suurin osa haastateltavista koki, että rohkeus oli kasvanut juuri ammattivuosien myötä.

Nöyryyttä oli oman avuntarpeensa myöntäminen ja tietoisuus omien taitojen tai tietojen rajallisuudesta. Usea tiedonantaja (n=10) koki olevansa hyvä hoitaja juuri sen vuoksi, että kykeni nöyrytymään ja ottamaan apua vastaan muilta, silloin kun omat tiedot tai taidot koettiin vajavaisiksi. Nöyryyttä koettiin myös potilaan kohtaamistilanteissa, joissa ikääntyneen potilaan neuvominen ja opettaminen saatettiin kokea ”vanhemman ja viisaamman ihmisen neuvomiseksi”.

Potilaiden avuntarpeiden tulkitseminen vaati luovuutta varsinkin niissä tilanteissa, joissa potilas ei pystynyt suusanallisesti kommunikoimaan. Näissä tilanteissa luovuutta olivat kaikkien aistien monipuolinen käyttö tai mielikuvituksen käyttäminen, että potilaan tarpeet ja avuntarve voitiin kartoittaa. Kyvyistä ja tietotaidoista merkittävimmät olivat kyky tehdä itsenäisiä ratkaisuja, kyky kuunnella ja aistia asioita, kyky rauhoittaa työilmapiiriä, kyky etsiä syitä ja seurauksia sekä taito löytää oikeaa ja ajan tasalla olevaa tietoa ja luoda vastaanottavaa rauhallista työilmapiiriä. Yksi tutkimuksen tiedonantaja koki, että asiallisesti tehdyt potilaskirjaamiset olivat merkittävä kyky oikean tiedon eteenpäin viemiseksi.

-sit sää rupeet luottaan ittees..teet niitä omia ratkaisujas.. (LH1)

-määrätynlainen rauhallisuus...oon itse muuttunut, olen tullut rohkeammaksi yleensä puhumaan ja ottamaan kantaa. Niissäkin tilanteissa, joissa katsoo, että on tullut vääryyttä tai, jos joku toimintatapa ei toimi, niin uskaltaa sanoa... ehkä luottaakin enemmän itteensä, tietää mitä tekee... Välttämättä se ikä ei ratkaise, vaikka ei tiedä, että ratkaiseeko se sitten, vai se ihmisen luonne tai joku sitten. Toiset on kuitenkin heti käytännöllisiä, pystyy heti siihen [työhön], että se on vaan se luonnekysymys. (LH4)

-on osittain hiljaista tietoa että uskaltaa sanoa, että kaikkea ei tiedä on nöyrä kaiken oman tiedon kanssa, mutta rohkea, että uskaltaa myöntää ettei tiedä kaikkea (LH6)

Professionaaliset tekijät

Hiljaisen tiedon kehittämisessä kolmas avaintekijä oli professionaaliset tekijät. Kaikilla tiedonantajilla oli monipuolista työkokemusta erilaisilta osastoilta tai eri ammateista (n=13), jotka koettiin ammattitaidon sekä elämän rikastuttajana ja yhtenä merkittävänä tekijänä henkilökohtaisen hiljaisen tiedon kehittämisessä. Professionaalisuuteen liitettiin tekijöitä kuten ammatin arvostaminen, työmoraalin ja oman ammatti-identiteetin kunnioittaminen. Nämä asiat olivat merkittäviä tekijöitä, jotka korostuivat tiedonantajien haastatteluissa yhtenä osana hiljaisen tiedon kehittämisessä. Ammatillisuutta sekä korkeaa työmoraalia kuvastivat työssä esiintyvien epäkohtien esille tuominen. Korkea ammatillisuus korostui varmuutena olla oikealla alalla, ammattitaitoisuutena ja panostuksena hoitotyön laatuun. Ammatillisuutta olivat tietoisuus omasta ammatin tuomasta asemasta, luottamus omaan ja kollegan ammattitaitoon sekä arvostus hoitotyön ammattiin. Ammatillinen hoitaja koki myös saavansa iloa hoitotyöstä.

Kyky organisoida hoitotyötä ja valjastaa oma kokemus muiden käyttöön tiedostettiin olevan korkeaa ammatillisuutta, joka hyödytti oman yksikön hoitotyön kehittymistä ja sen myötä koko organisaation kehittämistä. Esimiesasemassa olleet tiedonantajat (n=2) korostivat kokeneiden ja hiljaista tietoa omaavien hoitajien kykyä kokonaiskuvan kartoittamisessa juuri työn organisoinnissa. Oman kokemuksen käyttöön antaminen koettiin yhtenä merkittävänä tekijänä hiljaisen tiedon muodostumisessa omassa työyksikössä. Työn kokonaiskuvan kartoittaminen ja suunnitelmallisuus työn tekemisessä tulevaisuutta ajatellen koettiin olevan hiljaista tietoa parhaimmillaan. Lisäksi moni informantti toi esille huumorin tärkeänä osana edistämässä työyhteisön hyvinvointia kuin myös hiljaisen tiedon siirtämistä.

Vaikka kokeneet hoitotyöntekijät toivat esille omaa työ- ja elämäkokemustansa yhtenä merkittävänä tekijänä henkilökohtaisessa oman hiljaisen tiedon kehittämisessä, korostivat haastateltavat yksimielisesti hiljaisen tiedon työyhteisössä olevan yhdessä tehtyä ja luotua tietoa omaa yksikköä hyödyttämään ja palvelemaan. Uuden tiedon jatkuva vastaanottaminen koettiin edellytyksenä ammatillisuuden ja työyhteisön

kehittymiselle. Kyky vastaanottaa uutta tietoa koettiin kaikkein merkityksellisimmäksi hiljaisen tiedon kehittymiselle. Uutta tietoa ehdottomasti haluttiin ja sen katsottiin olevan merkittävä tekijä oman yksikön hiljaisen tiedon kehityksessä. Hiljainen tieto todettiin olevan työyhteisön omia hyväksi havaittuja työtapoja ja – tottumuksia, jotka olivat yhteisesti sovittuja, eikä niitä välttämättä ollut kirjattu ylös.

Hiljainen tieto työyhteisössä merkitsi ammatillista yhteenkuuluvuutta, jossa uusien tai vähemmän kokeneiden hoitotyöntekijöiden tieto ja kokemukset otettiin työyhteisössä mielellään vastaan. Työyhteisön hiljainen tieto oli sovellettavaa tietoa. Työyhteisössä, jossa koettiin olevan hiljaista tietoa, nähtiin työntekijällä olevan mahdollisuus kasvaa ihmisenä ja ammatillisena hoitajana. Hiljainen tieto mahdollisti tilan antamisen toiselle työntekijälle. Kollegiaalisuuden arvostaminen oli myös hiljaista tietoa.

-siellä on työntekijällä niinkuin mahdollisuus kasvaa ihmisenä. (LH1)

-Hiljainen tieto on hyväksi havaittua, yhdessä koettua ja tehtyä sekä päätettyä, eikä niitä ole edes välttämättä mihinkään kirjattu, taikka päätetty, että näin tehdään. ... Ei haluta heti sitä uutta tyrmätä [tietoa], mutta että meillä on tehty näin, ja jos sulla on joku parempi keino tän asian kanssa.. koskaan ei oo tän asian kanssa valmis, että aina oppii uutta.. (LH6)

-Heillä [kokeneilla hoitajilla] on organisointikyky ja semmoinen , että hommat sujuu, Heillä on semmoinen ”big picture”, käytännön hoitotyössä, että näin on parempi tehdä tai on potilaalle helpompaa, mitä ovat oppineet.

Hiljainen tieto on myös sitä, että osaa ottaa uutta tietoa vastaan....eli hyvä välillä tuulettaa ja kyseenalaistaa työtä. (LH8)

-Työyhteisö luo yhdessä ne hyväksi havaitut omat käytänteet osastolle. Yhdessä luotiin osastolle hyvät käytänteet ja osaston oma hiljainen tieto, niin työyhteisö tekee sen (LH11)

-Totuuden täytyy pysyä totuutena hoitotyössä eli putosiko pilleri lattialle tai menikö iv-nesteet tai onko potilaalla syöpä. Tää on ammattitaitoa. Töistään pitäminen tekee vahvaksi. Rakasta työtäsi ja työ rakastaa sinua. Arvosta työtäsi ja arvostat itseäsi. Arvosta itseäsi, niin arvostat työtoveriasi. (LH13)

Humaaniset tekijät

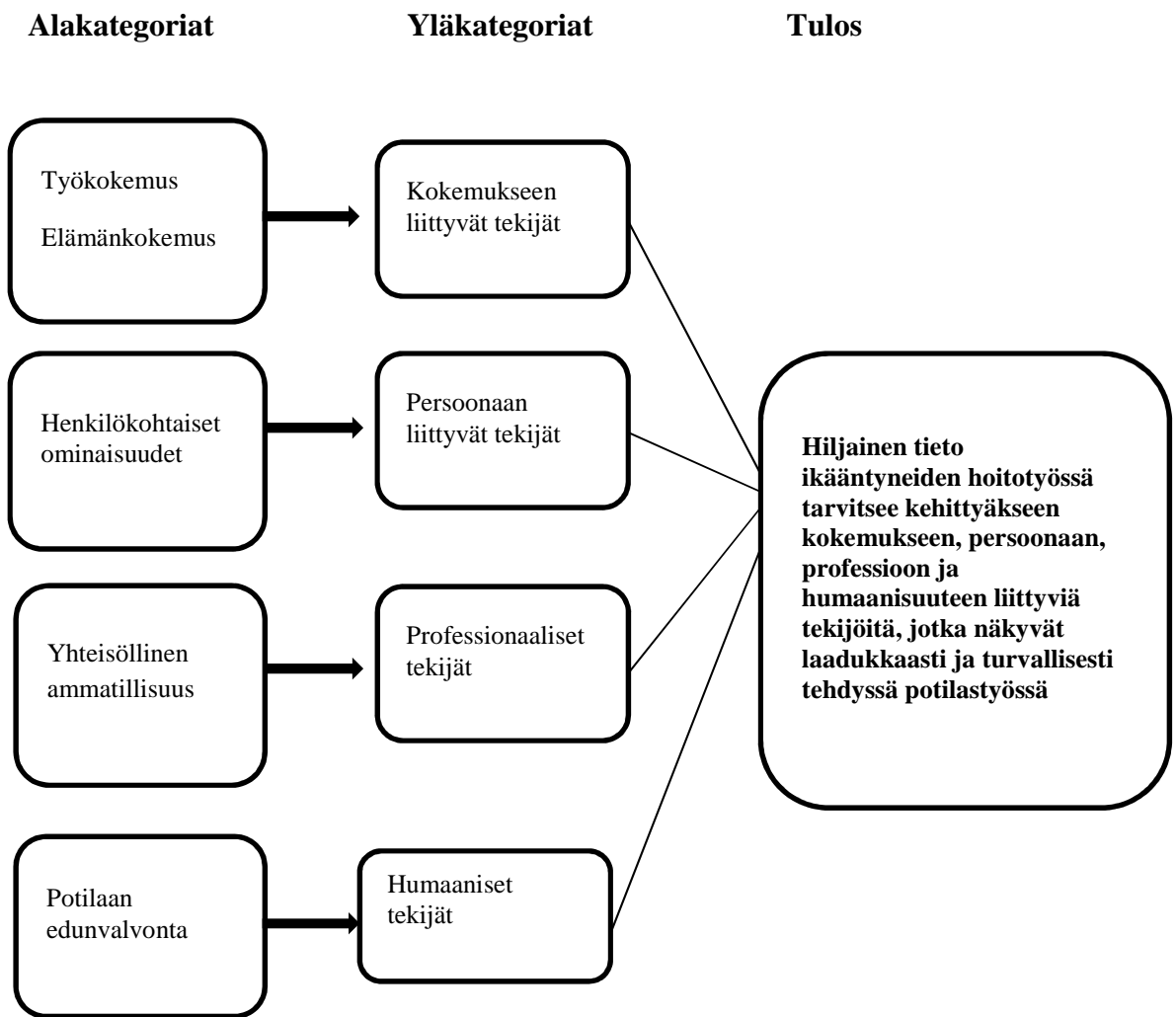
Tiedonantajien omat toiminnat ja teot kuvasivat potilaan kohtaamista hoitotyössä ja hänen kohteluaan. Haastateltavat (n=13) olivat yksimielisiä, että hiljainen tieto ja sen käyttö näkyi ja tapahtui ennen kaikkea ikääntyneen potilaan arvostavassa ja kunnioittavassa kohtaamisessa. Ihmisyyttä ja inhimillisyyttä korostettiin. Hiljainen tieto huipentui kykyyn asettua toisen asemaan. Hiljaisen tiedon eksplikoituminen, näkyväksi tuleminen, tapahtui juuri hoitajan tavassa kohdata ja kohdella potilasta ja tämän omaisia. Tiedonantajilla korostuivat työssään lähimmäisenrakkaus, taito ajaa potilaan asioita sekä potilaan että hänen omaistensa edunvalvonta. Hiljainen tieto hoitotyössä korostui omistautumisessa potilaalle ja hänen tarpeilleen sekä hänen hyväksi tehtyyn työhön. Tämä koettiin ikääntyneiden hoitotyössä hoitamisen ydinasiaksi.

-Kun menen ihmisen luo, sinne ei tule vähän, eikä työtakki. Sinne tulen minä. Kun menen potilasvuoteen äärelle, niin mä ajattelen, mun potilas, mun vastuulle annettu, mun hoitoon annettu. Ammattini vaatii, mitä tiedän, otan kantaa, luen ihmisen olemusta, liikettä, hengitystä, elämää ja kohtaamista. Antaudun siihen. (LH13)

-Kun lähestyn potilasta, että mulla on joku aisti täällä [näyttää päätään] joka mulle sanoo; ”Hei katso, tässä on jotain hämminkiä. Miksi tuo potilas on tuon näköinen?” Sun pitää aistia ja tuntea ja tämä on juuri sitä hiljaista tietoa. (LH10)

-Kokeneet hoitajat tekevät työtä sydämellään potilaan parhaaksi.. se on oikeaa hoitamista, eli potilas on pääasia ja täällä ollaan heidän vuoksi ja heidän eteensä tehdään päivän työ. Eräs konkari sanoi, että hän ajattelee sen niin, että jos hän itse olisi siinä – ja se on se lähtökohta... ihmisyyys ja kunnioitus näitä ihmisiä [potilaita] kohtaan ja yksilöllisyys ja siksi täällä ollaan. (LH8)

Hiljainen tieto ikääntyneiden hoitotyössä tarvitsee kehittyäkseen kokemukseen, persoonaan, profession ja humanisuuteen liittyviä tekijöitä, jotka näkyvät laadukkaasti ja turvallisesti tehdyssä potilastyössä. Ikääntyneiden hoitotyössä työskentelevien kokeneiden hoitajien kuvaus hiljaisesta tiedosta on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. Tulos: Kuvaus hiljaisesta tiedosta ikääntyneiden hoitotyössä työskentelevien kokeneiden hoitajien kokemana

6.1.2 HILJAISEN TIEDON SIIRTYMINEN IKÄÄNTYNEIDEN HOITOTYÖSSÄ

Hiljaista tietoa siirrettiin käytännössä malliopettamalla, parityön kautta, perehdyttämällä ja kisälli-mentori periaatteella. Yhden tiedonantajan mielestä hiljaisen tiedon siirtäminen ei ollut perehdyttämistä, vaan kehittämistehtävä, jossa hiljaisen tiedon antaja velvoittaa tiedon vastaanottajan kehittävän tehtävää edelleen. Tiedonantajat (n=13) korostivat, että hiljaisen tiedon siirtäminen ei ollut tempujen tai taitojen opettamista. Tärkeintä oli siirtää omalla esimerkillä hoitamisen asennetta ja työssä käyttäytymisen mallia sekä ammatillista toimimista. Tiedonantajat siirsivät hiljaista tietoa opiskelijoille ja vähemmän kokemusta omaaville kollegoille vuorovaikuttamalla.

Hiljainen tieto oli tiedonantajien (n=13) mielestä siirtynyt, kun tiedon saajan asenne ja toiminta oli muuttunut vastuulliseksi ja ammatilliseksi. Vastuullisuus ja ammatillisuus tiedon vastaanottajan toiminnassa näkyivät juuri potilaan kohtaamisessa ja häntä arvostavassa käyttäytymisessä. Lisäksi tiedon antaja pystyi luottamaan tiedon vastaanottajan toimintaan, päätöksentekokykyyn ja itsenäiseen työskentelyyn.

-On jotakin semmoisen asenteen tai ..semmosen siirtämistä. Perehdyttäminen on tietysti yks semmoinen että se on aika konkreettista. (LH1)

-Just näin kun mä oon kertonu, että puhumalla ja opettamalla, ja omalla esimerkilläni (LH3)

-Perehdytysjakso on periaatteessa opiskelijalle mallioppimista, jossa konkarihoitajan hiljainen tieto toivon mukaan välittyy. Eli se on sitä miten konkari itse toimii, käyttäytyy ja miten puhuu potilaille (LH5)

-Hoitajana toimimista - olemisen esimerkin avulla... miten ollaan ja käyttäytyään. On sitä mitä mä teen, minkälainen olen ja mitä puhun. (LH8)

-On paljon kiinni siitä minkälainen se ihminen on joka sitä siirtää, että se vaatii persoonallisuudeltakin joitain ominaisuuksia, että pystyy jakamaan [tietoa]. (LH11)

-Hiljaisen tiedon tehtävä kun on se kehittämistehtävä, niin se hiljaisen tiedon antaja samalla velvoittaa sen tiedon vastaanottajan kehittävän sitä edelleen. Usein hiljainen tieto annetaankin, silloin kun tulee hyvä mestari-kisälli-asetelma. (LH13)

6.2 HILJAISEN TIEDON SIIRTYMISEEN LIITTYVÄT EDISTÄVÄT JA ESTÄVÄT TEKIJÄT

Hiljaisen tiedon siirtymisessä löytyi selkeästi sekä edistäviä että estäviä tekijöitä. Yhteinen ja tärkein tekijä kummassakin ryhmässä oli esimies. Muita edistäviä tekijöitä olivat halu antaa tietoa sekä saada ja vastaanottaa tietoa. Riittävä henkilöstömitoitus koettiin myös tärkeänä hiljaisen tiedon siirtymisen edistävänä tekijänä. Hoitotyön laadun tarkkailulla oli edistävää vaikutus hiljaisen tiedon siirtymisessä. Kokeneiden hoitajien huomioiminen ja mukaan ottaminen yksikön kehittämistyöhön koettiin selkeästi edistävänä tekijänä, samoin halu ja kannustus ammatilliseen kehittymiseen. Hiljaisen tiedon siirtäminen haluttiin nähdä yksikössä omana arvona.

Tiedon saamista pelkästään kokeneilta hoitajilta ei koettu riittävänä. Ammatillisuuden kehittäminen edellytti osallistumista myös ammatillisiin koulutuksiin. Esimiehen asema korostui vaativana ja tärkeänä osana, jotta hiljainen tieto osastoilla siirtyi eteenpäin. Esimiehen tärkeimpiin ominaisuuksiin luettiin eri-ikäisten ihmisten ymmärtäminen, omien työntekijöidensä vahvuuksien tukeminen ja työhyvinvoinnin ylläpitäminen. Esimieheltä odotettiin myös siviilielämän kokemusta. Kaiken kaikkiaan hiljaisen tiedon siirtyminen nähtiin hyödyttävän koko työyhteisöä ja organisaatiota silloin kun kokeneita hoitajia otettiin mukaan myös oman työyksikön käytännön työn kehittämiseen.

-Siä työyhteisössä olis tavoitteena se semmoinen oppiminen ja tiedon jakaminen ja tiedon siirtäminen, että se vois olla siellä jonain arvona. (LH7)

-Kehitystyöllä ja suunnittelulla tuotiin konkareiden oma tietämys ja kokemus esiin. (LH8)

-Esimies on avainasemassa, jotta kokeneiden hoitajien käytännön tiedot ja taidot osataan ottaa hyötykäyttöön. (LH13)

-Siihen vaaditaan vahva esimies, joka uskaltaa käyttää konkareita, uskaltaa olla vahva esimies ja joka myös uskaltaa panna muutostavastarinnan kuriin. (LH10)

-Esimiehen asema on erittäin tärkeä ja selkeä johtaja, jonka asemaa ei kyseenalaisteta. Hyvä esimies on läsnä ja tietää mitä hänen johtamassa yksikössä tehdään. Ei tarvii miellyttää kaikkia, mutta vuorovaikutustaidot pitää olla. Hyvä esimies osaa käyttää

konkareita ja heidän kokemustaan, hänellä on valtavan hyvä ihmistuntemus ja hän tietää, miten hän voi hyödyntää näitä konkareita, silloin myös kokemustieto ja hiljainen tieto siirtyy eteenpäin. (LH11)

Edistävät tekijät olivat vastakohtaisesti ilmentyessään myös estäviä tekijöitä. Haluttomuus vastaanottaa tietoa tai antaa sitä juontui pitkälti tiedon vastaanottajan arvostavasta asenteesta. Mikäli tiedon antaja koki tiedon vastaanottajan välinpitämättömäksi, kohteli tiedon antajaa kunnioittamattomasti tai oli ylimielinen, hiljainen tieto ei siirtynyt. Myös tiedonantajan haluttomuus siirtää tietoa koettiin estävänä tekijänä. Huono asenne esti tietoa siirtymästä. Esimiehen rooli hiljaisen tiedon estävänä tekijänä kuin myös edistävänä tekijänä työyhteisössä koettiin merkittävimmäksi. Nuoren johtajan ajateltiin toisaalta jopa estävän kokeneen työntekijän uralla etenemistä, koska kokemusta saatettiin pitää myös pelottavana asiana.

-Se on kahdensuuntainen kauppa, että se joka siirtää pitää olla tietynlainen, mutta se joka vastaanottaakin täytyy olla valmis vastaanottamaan. Että esimerkiksi, jos ollaan kovinkin jyrkästi, että mä oon niinkun AMK- opiskelija ja sillai, että mä tiedän kuinka nämä asiat tehdään, niin kyllä se on aika hedelmätön maaperä. (LH11)

-Se on se kaksinpuolin, sitä pitää arvostaa sitä antamista, sillä ei kukaan väkisin ketään perehdytä, neuvo tai ohjaa. Ja se mestari-kisälli onnistuu, jos sitä vanhaa ja kokenutta tarpeeksi arvostavasti kohdellaan. (LH13)

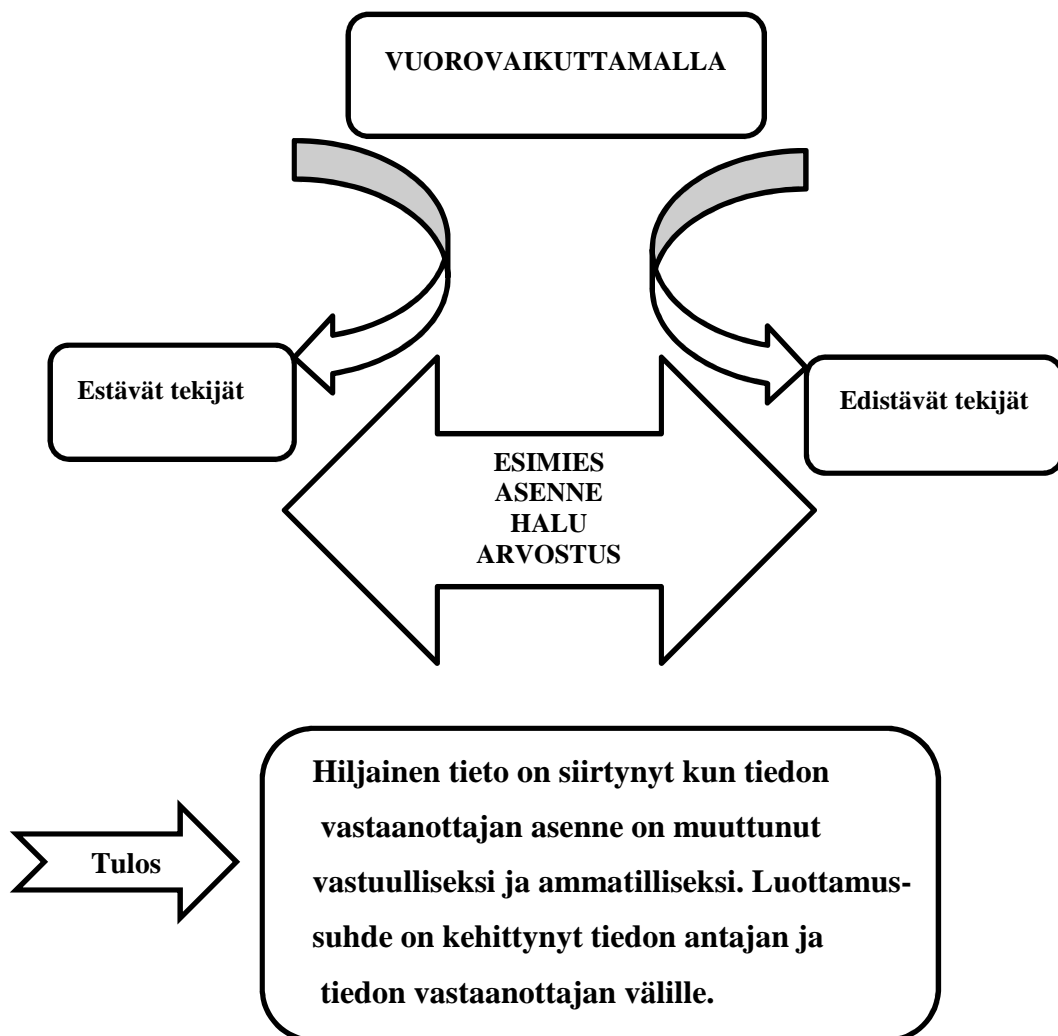
Hiljainen tieto koettiin siirtyneen kun tiedon vastaanottajan asenne ja toiminta oli muuttunut vastuulliseksi ja ammatilliseksi. Tiedon antajalla ja tiedon vastaanottajalla koettiin tällöin syntyneen yhteinen näkemys asioista ja tiedon antaja saattoi jatkossa luottaa vastaanottajan ammatillisuuteen ja vastuunkantamiseen sekä potilaita arvostavaan ja kunnioittavaan työskentelyyn. Hiljaisen tiedon siirtyminen on kuvattu kuviossa 4.

-Että tulee se tunne että sen voi hyvillä mielin pistää mihin tehtävään vaan ja luottaa, että se pärjää ja ei niinkun tavallaan esimerkiksi murena sitä, jos oot itte tehny jo

jonkun pohjatyön niin luostat siihen, että se jatkaa ja kyllä osaa sen ja hoitaa sen ja on hyvä siinä hommassa. (LH1)

-Siitä miten se tekee oman työnsä sitten kun se ei oo mun kanssa, oma jälki puhuttaa. (LH8)

-Toimintatavan tai ajatusmaailman muutoksesta, esimerkiksi vanhuksen kohtaaminen on muuttunut. (LH11)



Kuvio 4. Hiljaisen tiedon siirtyminen ikääntyneiden hoitotyössä

7 POHDINTA

7.1 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tässä tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan käytetyn tutkimusmenetelmän, aineistonkeruun ja analysoinnin luotettavuuden näkökulmasta (Sandelowski & Barroso 2007). Lisäksi arvioidaan tutkimuksen tuloksien luotettavuutta, uskottavuutta, vahvistettavuutta ja siirrettävyyttä (Graneheim & Lundman 2004, Guba & Lincoln 1989) sekä refleksiivisyyttä (Malterud 2001).

Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista kuvailevaa tutkimusasetelmaa (Melnik & Fineout-Overholt 2011, Sandelowski & Barroso 2007). Tavallinen (*conventional*) kvalitatiivinen kuvaileva tutkimusasetelma (Hsieh & Shannon 2005) pyrkii kuvailemaan tutkittavan ilmiön siten kuin tiedonantajat ovat sen kokeneet. Asetelma on tyypillinen kun ilmiötä käsittelevää kirjallisuutta on niukasti (Elo & Kyngäs 2008, Hsieh & Shannon 2005) tai kun olemassa olevaa teoriaa ei ole (Hsieh & Shannon 2005).

Kansainvälistä kirjallisuutta hiljaisesta tiedosta hoitotyössä löytyy jonkun verran, sen sijaan hiljaisen tiedon siirtymisestä niukasti tai ei juuri ollenkaan. Lisäksi kirjallisuudesta saaduilla käsitteillä on päällekkäisiä tai epäselviä merkityksiä. Tämä on huomioitu tutkimusasetelman suunnitteluvaiheessa. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on saada selville tai selittää tutkittavan ilmiön sisältöä. (Melnik & Fineout-Overholt 2011, Fossey ym. 2002.) Edistää ymmärtämistä ja oikaista inhimillisten kokemusten synnyttämiä väärinkäsityksiä. (Melnik & Fineout-Overholt 2011.)

Tutkimuksen aineisto koostui haastatteluista ja tutkijan tekemistä muistiinpanoista haastattelujen aikana. Haastatteluja varten tehtiin avoin kuuden kysymyksen teemahaastattelurunko (Melnik & Fineout-Overholt 2011, Marshall & Rossman 2006, Fossey ym. 2002), jonka tiedot pohjautuivat aikaisemman kirjallisuuden tutkimisesta tutkittavasta ilmiöstä. Teemahaastattelurungon suunnittelua ohjasivat etukäteistiedon lisäksi tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset Teemahaastattelurungon luotettavuutta pyrittiin lisäämään tekemällä esitutkimus. Esitutkimukseen osallistuneiden (n=2) vastaukset selvensivät tutkimuskysymyksiä ja tukivat

teemahaastattelurungon kysymysten luotettavuutta. Tiedonantajien vastaukset olivat samansisältöisiä varsinaiseen tutkimukseen osallistuneiden informanttien kanssa, mikä lisäsi teemahaastattelurungon luotettavuutta. Tutkija pyrki olemaan avoin ja valmis kuuntelemaan tutkittavana olevien omakohtaisia kokemuksia ilmiöstä tulkinnallisella lähestymistavalla. Tutkija antoi tiedonantajien merkityksille sanallisen kuvauksen. Saaduista kuvauksista poimittiin olennaiset tutkittavaa ilmiötä kuvaavat merkitykset ja niiden väliset suhteet (Tong ym. 2007, Kleiman 2004.)

Tutkimuksen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Tässä tutkimuksessa vahvuutena voidaan pitää sitä, että sisällönanalyysiä on käytetty tarkoituksenmukaisella tavalla ja se on valittu tutkimukseen, johon se sopii (Kyngäs ym. 2011). Sisällönanalyysi on soveltuva menetelmä analysoimaan haastatteluja. Analyysimetodina se mahdollistaa kommunikaation ymmärtämistä ja pyrkii tunnistamaan tutkittavasta ilmiöstä olennaisimman (Patton 2002.) Sisällönanalyysin prosessin kuvaamiseen pyrittiin kiinnittämään huomiota (Kyngäs ym. 2011). Yhteys aineistoon osoitettiin suorien lainausten systemaattisella ja täsmällisellä käytöllä. Tällä pyrittiin myös parantamaan tuloksien uskottavuutta. (Kyngäs ym. 2011, Hsieh & Shannon 2005, Graneheim & Lundman 2004, Horsburgh 2003, Malterud 2001.) Tutkimuksen vahvistettavuuden luotettavuutta pyrittiin lisäämään kuvaamalla, kuinka analyysivaiheessa päädyttiin eri kategorioihin (Sandelowski & Barroso 2007, Graneheim & Lundman 2004). Kategoriat muodostettiin käsitteellisesti ja empiirisesti aineistosta (Elo & Kyngäs 2008).

Tutkimuksen luotettavuutta aineiston analysoinnin ja raportoinnin vaiheissa on arvioitu uskottavuuden, vahvistettavuuden ja siirrettävyyden kautta (Graneheim & Lundman 2004, Guba & Lincoln 1989). Uskottavuudella arvioidaan, vastaako aineisto ja sen analyysi tarkoitettua fokusta (Polit & Beck 2010, Graneheim & Lundman 2004). Tässä tutkimuksessa otantamenetelmänä käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa (*purposive sampling*). Tarkoituksenmukaisen otannan heikkoutena pidetään tutkijan tekemää päätöksen tarkkuutta osoittaa ne ominaisuudet, joita hän olettaa tutkimukseen osallistuvilla tiedonantajilla olevan (Burns & Grove 2009). Tutkimuksen uskottavuutta pyrittiin vahvistamaan käyttämällä ensin ulkopuolisia asiantuntijoita, tässä tapauksessa yksiköiden esimiehiä, tarkoituksenmukaisesti valitsemaan kohdejoukkoa (Hirsjärvi ym. 2010, Eskola & Suoranta 2008, Patton 2002), koska tutkimuksessa haluttiin varmistaa vahvan kliinisen hoitotyön kokemuksen omaavat tiedonantajat. Oletuksena oli, että kaikki pitkän kokemuksen omaavat tiedonantajat olisivat ehtineet kokea tutkittavan

ilmiön (Polit & Beck 2012, Patton 2002). Tämän vuoksi sisäänottokriteerien vaatimuksena oli vähintään kymmenen (10) vuoden kliininen kokemus hoitoalalta. Tämä vaatimus perustui lähdetietoihin, jonka mukaan kliinisesti kokeneella hoitajalla on vähintään viiden vuoden käytännön kokemus hoitoalalta (Benner 1984). Tiedonantajien keskimääräinen kliininen työkokemus hoitoalalta oli 27 vuotta.

Tarkoituksenmukaisen otannan avulla saatiin vain yksi vapaaehtoinen tutkimukseen osallistuja, jonka vuoksi tiedonantajia etsittiin lisää myös verkosto-otannan (network sampling) avulla. Verkosto-otanta strategiana on tehokas tapa löytää tiedonantajia, jotka pystyvät tarjoamaan samankaltaisen ja parhaan mahdollisen informaation tutkittavana olevasta ilmiöstä (Burns & Grove 2009, Tong ym. 2007, Patton 2002). Tutkimustulosten uskottavuutta lisää se, että tutkimukseen osallistuneet vapaaehtoiset tiedonantajat saatiin eri osastoilta kahdentyyppisistä laitoshoidon palveluiden yksiköistä: sairaala- ja vanhainkotipalveluista.

Samantuloksen saaminen usealla mittauskerralla arvioi tutkimuksen vahvistettavuuden luotettavuutta (Graneheim & Lundman 2004). Tutkimustulosten siirrettävyydessä arvioidaan tulosten luotettavuutta jossakin toisessa kontekstissa. Tutkimuksen tulokset antavat kuvailevaa tietoa yhden kaupungin laitoshoidon alueelta ja eivät sen vuoksi ole laajalti siirrettävissä. Tämä on selkeästi tutkimuksen heikkous. Tulosten vahvistettavuutta ja siirrettävyyttä on pyritty sen vuoksi lisäämään tiedonantajien monipuolisella ja tarkalla kuvauksella. Lisäksi valintakriteereitä, aineiston keräämistä ja analysointivaihetta ja niihin johtaneita syitä on tutkimuksessa pyritty perustelemaan. (Graneheim & Lundman 2004, Malterud 2001).

Tutkijan omaa vaikutusta tutkimusprosessiin arvioitiin reflektiivisyyden osalta (Malterud 2001). Tutkija pyrki koko tutkimuksen ajan työskentelemään puolueettomasti ja neutraalisti, jotta tutkijan aseman tai taustan mahdollinen vaikutus tutkimusprosessiin olisi eliminoitunut. (ks. Malterud 2001.) Tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltiin käyttämällä apuna Tong ym. (2007) kehittämää COREQ tarkistuslistaa. Tarkistuslista on kehitetty yksilö- ja fokusryhmähaastattelujen tueksi.

7.2 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Tutkimuksessa noudatettiin koko tutkimusprosessin ajan hyvää tieteellistä käytäntöä ja tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja (TENK 2012, WMA 2008), joita ovat huolellisuus, rehellisyys sekä tarkkuus. Muiden tutkijoiden töille ja saavutuksille annettiin niille kuuluva arvo ja merkitys merkitsemällä huolellisesti käytetyt viittaukset ja lähdetiedot. Ennen tutkimuksen aloittamista hankittiin tarvittavat tutkimusluvut (Lupa myönnetty 23.2.2012) kohdeorganisaatiolta. (TENK 2012.) Tutkimuslupaun selvitettiin tutkimuksen kulku, tiedonantajien osallistumisen vapaaehtoisuus ja heidän anonymiteetti.

Ihmisarvon ja ihmisen kunnioittaminen ovat sosiaali- ja terveysalan toiminnan perusta. Tutkimustoiminnan perustana tulisi sisältyä ihmisen perusoikeudet, kuten tiedonantajien valinnanvapaus osallistua tutkimukseen sekä riittävän tiedon saaminen tutkimuksesta. (ETENE 2011, Polit & Beck 2010.) Tutkimuksen keskeisenä periaatteena toimi ihmisarvon loukkaamattomuus, jota tulee kunnioittaa kaikessa tutkimustoiminnassa (ETENE 2001). Tässä tutkimuksessa ei kerätty potilastietoja tai muuta arkaluonteista materiaalia (TENK 2012, WMA 2008). Tutkimukseen osallistuneille tiedonantajille tiedotettiin tutkimuksesta kirjallisella tiedotteella (liite 7), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, vapaaehtoisesta osallistumisesta sekä haastattelutietojen luottamuksellisesta käsittelystä ja anonymiteetin suojaamisesta (WMA 2008, European Commission 2007, Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999). Kirjallinen tiedote sisälsi myös tutkijan ja vastuuhenkilöiden yhteystiedot.

Tiedonantajat (n=13) osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja kirjoittivat tutkimukseen osallistumisen yhteydessä tietoisesti suostumuksen (liite 6). Tiedonantajilla oli mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta (WMA 2008). Tutkimukseen osallistuneiden yhteystiedot ovat vain tutkijan tiedossa (TENK 2012) ja vain hän kykenee linkittämään tutkittavat aineistoon (Polit & Beck 2010). Tutkimusaineistoa säilytettiin salasanalla suojatulla tietokoneen ulkoisella kovalevyllä lukollisessa tilassa, jonne vain tutkijalla on pääsy (WMA 2008). Lisäksi paperiset tietoisesti suostumuslomakkeet säilytettiin lukitussa kaapissa. Aineistoa tullaan säilyttämään 10 vuotta, jonka jälkeen tutkija huolehtii aineiston asianmukaisesta tuhoamisesta (TENK 2012, WMA 2008). Tutkimuksen

tulokset on raportoitu niin, ettei yksittäisiä vastaajia tai tutkimusorganisaation yksiköistä ole siitä tunnistettavissa.

7.3 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU

Tässä tutkimuksessa tarkoituksena oli kuvata kokeneiden hoitotyöntekijöiden näkemyksiä ja kokemuksia hiljaisesta tiedosta ikääntyneiden hoitotyössä sekä hiljaisen tiedon siirtymisessä käytetyistä menetelmistä ja käyttötarkoituksesta vähemmän kokeneelle hoitohenkilökunnalle. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitohenkilökunnan hiljaisen tiedon käyttötarkoituksesta sekä hiljaisen tiedon siirtymisessä käytettävistä menetelmistä ja tiedon siirtämisessä ilmenevistä edistävistä ja estävistä tekijöistä.

Tutkimusasetelmana käytettiin kuvailevaa kvalitatiivista tutkimusta (Polit & Beck 2012, Burns & Grove 2009), jonka tarkoituksena oli saada tietoa tutkittavasta ilmiöstä sellaisesta lähteestä, joka todennäköisemmin olisi ilmiön kokenut. (Polit & Beck 2012, Patton 2002). Aineisto koostui yhden suomalaisen kaupungin alueen hoitohenkilökunnasta, joka työskenteli ikääntyneille potilaille ympärivuorokautista laitoshoidon tarjoavan organisaation eri yksiköissä (n=13). Yksiköt edustivat kahden tyyppistä laitostyötä: sairaalaa ja vanhainkotiä.

Tutkimuksen tiedonantajien keski-ikä oli 53.5 vuotta, joista nuorin oli haastatteluhetkellä 40 vuotta ja vanhin 63 vuotta. Haastateltavan hoitohenkilökunnan työkokemus oli keskimääräisesti 27 vuotta. Lyhimmillään 12 vuotta ja pisimmillään 43 vuotta. Nykyisessä työyksikössä oli työskennellyt vähimmistään vuoden ja enimmistään 35 vuotta. Tutkimukseen osallistuneet tiedonantajat olivat työskennelleet samassa yksikössä keskimääräisesti 14.5 vuotta. Hoitoalan työkokemus ei ollut kronologisesti sidoksissa informantin ikävuosiin, sillä yksi tiedonantajista oli opiskellut hoitoalalle myöhemmällä iällä. Haastatelluista tiedonantajista seitsemän oli päivittänyt hoitoalan tietojaan perushoitajasta sairaanhoitajaksi tai perushoitajasta lähihoitajaksi, tai jatkanut hoitoalan erikoistumisopinnoilla ja kaksi toimi esimiestehtävissä. Kaikilla tiedonantajilla oli työkokemusta joko erilaisilta hoitoalan osastoilta tai muilta ammattialoilta. Tutkimuksen tiedonantajista seitsemän oli sairaanhoitajia, yksi terveydenhoitaja ja loput viisi perus- tai lähihoitajia.

7.3.1 KOKEMUKSEEN LIITTYVÄT TEKIJÄT

Kansallisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa kokemus yhdistetään lähes aina hiljaiseen tietoon (Toom & Onnismaa 2008, Airila ym. 2007, Friedman & Bernell 2006, Yoshioka-Maeda 2005, Carlsson ym. 2002, Herbig ym. 2001, Welsh & Lyons 2001, Carlsson ym. 2000, Nurminen 2000). Kaikki tutkimukseen osallistuneet tiedonantajat tunnistivat hiljaisen tiedon olevan läsnä omassa työskentelyssä. Hiljainen tieto miellettiin lähinnä elämän- ja työkokemuksen myötä saavutetuiksi tiedoiksi tai näiden myötä kehittyneiksi taidoiksi. Monipuolista työkokemusta pidettiin myös tärkeänä tekijänä ammatillisessa hiljaisen tiedon kehittämisessä.

Tiedonantajien mielestä elämäkokemusta omaavat ihmiset osasivat samaistua hoitotyössä toisen asemaan ja kykenivät siten ymmärtämään helpommin niin kollegoiden kuin potilaiden ja heidän omaistensa tarpeita ja tunteja. Erilaiset inhimilliset kokemukset, kuten läheisten menetykset tai elämän vastoinkäymiset toivat elämäkokemukseen syvyyttä.

Airilan ym. (2007) tutkimuksessa hiljainen tieto hoitoalalla painottuu selkeämmin ikääntyneille, toisin sanoen, kokeneille työntekijöille. Tässä tutkimuksessa tiedonantajien enemmistö oli sitä mieltä, että iältään kronologisesti nuoremmallakin hoitotyöntekijällä saattoi olla hiljaista tietoa. Heillä oli saattanut olla omia inhimillisiä kokemuksia tai elämän vastoinkäymisiä, jotka koettiin kypsyttävän persoonaa henkisesti hiljaiselle tiedolle otolliseksi. Kokemus ei välttämättä johtanut asiantuntijuuteen (Carlsson ym. 2002).

7.3.2 PERSOONAAN LIITTYVÄT TEKIJÄT

Tutkimuksessa tiedonantajat korostivat, että kronologinen työssä kerääntynyt kokemus saati ikä eivät automaattisesti kasvattaneet tai kehittäneet hiljaisen tiedon pääomaa (Moilanen 2008). Kaikki tiedonantajat olivat yksimielisiä siitä, että hiljaisen tiedon kehittyminen vaati myös tiettyjä luonteenpiirteitä jalostuakseen. Tärkeimmiksi luonteenpiirteiksi korostuivat nöyryys, rauhallisuus ja rohkeus. Lisäksi tiedonantajat mainitsivat luovuuden ja luotettavuuden.

Carlssonin ym. (2002) tutkimuksessa aggressiivisen ja väkivaltaisen potilaan rauhallinen kohtaaminen oli hiljaisen tiedon käyttämistä, jossa hoitajan kehollinen ymmärtäminen toimi tilanteen vaatiman mukaisesti. Hoitaja ei tietoisesti päättä käyttäytyvänsä rauhallisesti ja tyyntävästi, vaan tieto kuinka toimia tilanteessa on juuri hiljaiselle tiedolle luonteenomaista. Myös Kontoksen ja Naglien (2009) tutkimuksissa päädyttiin samankaltaisiin tuloksiin. Heidän mielestään hoitaminen ja hiljainen tieto ovat kehollisesti tietoisuuteen sidoksissa ja hiljainen tieto ilmenee hoitajan minuuden kautta.

Tässä tutkimuksessa ikääntyneiden hoitotyössä työskentelevät tiedonantajat esittivät kiireettömyyden ja rauhallisen työotteen olevan olennaisesti hiljaista tietoa. Kokenut hoitaja loi jo pelkällä läsnäolollaan rauhallisuutta yksikön toimintaan tai potilaskohtauksiin. Tutkimuksen esimiesasemassa ja yli 30 vuotta hoitoalalla työskennelleet hoitajat korostivat muun yksikön hoitohenkilökunnan arvostavan kokenutta hoitajaa, jolla oli hiljaista tietoa, sillä hänen työotteestaan huokui ympäristöön rauhallisuus ja luotettavuus (Welsh & Lyons 2001).

Kaikki tiedonantajat kokivat myös työnteon sujuvan paremmin, kun osaston samassa vuorossa oli edes yksi kokenut hiljaista tietoa omaava hoitaja. Rohkeutta sitä vastoin oli epäkohtiin puuttuminen tai yleensä potilaan ja tämän omaisten kohtaaminen. Nöyryys korostui omien tietojen esille tuomisessa. Tiedonantajat kokivat, että elämäkokemuksen tuoma tieto teki nöyräksi. Nöyryyttä oli avuntarpeen myöntäminen ja tietoisuus omien taitojen tai tietojen rajallisuudesta. Tiedonantajat kokivat olevansa hyviä hoitajia ottamalla apua vastaan, silloin kun omat tiedot tai taidot koettiin riittämättömiksi.

7.3.3 PROFESSIONAALISET TEKIJÄT

Tutkimuksen tiedonantajat toivat esille korkean ammatillisuuden, joka korostui varmuutena oikealla alalla olemisesta, ammattitaitoisuutena ja panostuksena hoitotyön laatuun. Hiljaista tietoa omaava hoitaja haluaa tehdä hyvää työtä, mutta ennen kaikkea ammatillisuutta oli tietoisuus oman ammatin tuomasta asemasta, luottamus omaan ja kollegan ammattitaitoon sekä arvostus yleensä hoitotyön ammattiin. Ammatillinen hoitaja koki myös saavansa iloa hoitotyöstä. Kaikki tutkimukseen osallistuneet

tiedonantajat kokivat olevansa oikealla alalla ja saavansa iloa ammatista ja työskentelystä ikääntyneiden hoitotyössä. Tiedonantajien työtyytyväisyys ammatillisuuteen ovat yhteneväiset Suhosen ym. (2012) tutkimusten kanssa. Airilan ym. (2007) ja Pyöriän ym. (2013) tutkimustulokset eriävät tämän tutkimuksen tuloksissa: hoitajien työtyytyväisyys oli jossakin määrin huonompi, kun vertailukohteena olivat opettajat ja pelastushenkilökunta.

Hoitotyön organisointikyky ja oman kokemuksen valjastaminen muiden käyttöön oli tiedonantajien mielestä korkeaa ammatillisuutta. Toiminta hyödytti oman yksikön hoitotyön kehittymistä ja sen myötä koko organisaation kehittämistä. Oman kokemuksen käyttöön antaminen koettiin yhtenä merkittävänä tekijänä hiljaisen tiedon muodostumisessa omassa työyksikössä. Esimiesasemassa olleet tiedonantajat korostivat kokeneiden ja hiljaista tietoa omaavien hoitajien kykyä kokonaiskuvan kartoittamisessa juuri työn organisoinnissa. Työn kokonaiskuvan kartoittaminen ja suunnitelmallisuus työn tekemisessä tulevaisuutta ajatellen, koettiin olevan hiljaista tietoa parhaimmillaan.

Tiedonantajien enemmistö koki, että nuorilla ja vähemmän kokemattomilla hoitotyöntekijöillä oli sellaista osaamista, jota kokeneilla ja ikääntyvillä hoitajilla ei ollut (Airila ym. 2007). Tiedonantajat korostivat yksimielisesti hiljaisen tiedon työyhteisössä olevan yhdessä tehtyä ja luotua tietoa omaa yksikköä hyödyttämään ja palvelemaan (Kinchin ym. 2008). Uuden tiedon jatkuva vastaanottaminen koettiin edellytyksenä ammatillisuuden ja työyhteisön sekä yksikön oman hiljaisen tiedon kehittymiselle. Hiljainen tieto todettiin olevan työyhteisön omia hyväksi havaittuja työtapoja ja – tottumuksia, jotka olivat yhteisesti sovittuja, eikä niitä välttämättä ollut kirjattu ylös.

Hiljainen tieto työyhteisössä merkitsi ammatillista kollegiaalisuutta, jossa uusien tai vähemmän kokeneiden hoitotyöntekijöiden tieto ja kokemukset otettiin työyhteisössä mielellään vastaan. Työyhteisön hiljainen tieto oli sovellettavaa tietoa. Työyhteisössä, jossa koettiin olevan hiljaista tietoa, nähtiin myös työntekijällä olevan mahdollisuus kasvaa ihmisenä ja ammatillisena hoitajana. Hiljainen tieto mahdollisti tilan antamisen toiselle työntekijälle. Kollegiaalisuuden arvostaminen oli myös hiljaista tietoa. Hiljaisen tiedon koettiin olevan arvokasta ja ikääntyneiden, kokeneiden hoitotyöntekijöiden

kokemukset haluttiin saada nykyistä paremmin käyttöön omissa yksiköissä (Airila ym. 2007)

7.3.4 HUMAANISET TEKIJÄT

Useassa tutkimuksessa osoitetaan hiljaisen tiedon olevan yleensä kontekstiin tai tilanteeseen sidottua tietoa (Haggerty & Grace 2005, Herbig ym. 2001, Carlsson ym. 2002, Polanyi 1966). Hoitajan kokemustekijät ohjaavat tunnistamaan potilaan ja tämän omaisten tarpeita hoidon aikana (Haggerty & Grace 2005). Tässä tutkimuksessa tiedonantajat olivat yksimielisiä hiljaisen tiedon käytön näkymisestä juuri potilastyössä, potilaan arvostavassa ja kunnioittavassa kohtaamisessa. Ihmisyys ja inhimillisyys korostuivat hoitotyön olennaisena ytimenä. Hiljainen tieto kulminoitui juuri kykyyn asettautua toisen asemaan. Tiedonantajat korostivat työssään lähimmäisenrakkautta ja taitoa ajaa potilaan asioita. Hiljainen tieto hoitotyössä korostui omistautumisessa potilaille ja hänen tarpeilleen sekä hänen hyväksi tehtyyn työhön. Tämä koettiin ikääntyneiden hoitotyössä hoitamisen ydinasiaksi, ja oli juuri hiljaista tietoa parhaimmillaan.

7.3.5 HILJAISEN TIEDON SIIRTYMINEN IKÄÄNTYNEIDEN HOITOTYÖSSÄ

Tässä tutkimuksessa hiljainen tieto koettiin siirtyvän pääasiallisesti perehdyttämisen, malliopettamisen, parityöskentelyn ja oman esimerkin kautta, toisin sanoen, vuorovaikuttamisen ja reflektion keinoin. Airilan ym. (2007) tutkimustuloksissa ikäystävällinen työyhteisö kykenee hyödyntämään kokeneita työntekijöitään opetus- ja perehdytystehtävissä. Tämä osaltaan myös edistää työyhteisön hyvinvointia ja yhteenkuuluvuutta.

Hiljaisen tiedon koettiin siirtyneen kun tiedon vastaanottajan asenne ja toiminta oli muuttunut vastuulliseksi ja ammatilliseksi. Vastuullisuus ja ammatillisuus tiedon vastaanottajan toiminnassa näkyivät nimenomaan potilaan kohtaamisessa ja häntä arvostavassa käyttäytymisessä. Tiedon antajalla ja tiedon vastaanottajalla koettiin tällöin syntyneen yhteinen näkemys asioista ja tiedon antaja saattoi jatkossa luottaa vastaanottajan ammatillisuuteen ja vastuunkantamisen kykyyn sekä potilasta arvostavaan ja kunnioittavaan työskentelyyn. Suurin osa tiedonantajista koki, että

kokeneiden, hiljaista tietoa omaavien työntekijöiden kokemukset tulisi saada nykyistä paremmin käyttöön työyksiköissä (Airila ym. 2007). Lisäksi tiedonantajat kokivat, että oppiminen ja tiedon siirtäminen voitaisiin nähdä työyhteisössä arvona. Hiljainen tieto oli siirtynyt kun tiedon antaja pystyi luottamaan tiedon vastaanottajan toimintaan, päätöksentekokykyyn ja itsenäiseen työskentelyyn.

7.3.6 ESTÄVÄT JA EDISTÄVÄT TEKIJÄT HILJAISEN TIEDON SIIRTYMISESSÄ

Tutkimuksen edistävät ja estävät tekijät olivat samoja. Tutkimuksen tiedonantajat olivat yksimielisiä yksikön esimiehen olevan ratkaisevassa avainasemassa, jotta hiljainen tieto siirtyisi työyksikössä hyödyttämään kaikkia. Esimiehen tärkeimmät ominaisuudet edistämään hiljaisen tiedon siirtymistä työyksikössä olivat: 1) eri-ikäisten ihmisten tarpeiden ja luonteenpiirteiden ymmärtäminen, 2) omien työntekijöiden vahvuuksien tukeminen ja niiden myötä 3) työhyvinvoinnin ylläpitäminen. Esimieheltä odotettiin myös siviilielämän kokemusta. Kaiken kaikkiaan hiljaisen tiedon siirtyminen nähtiin hyödyttävän koko työyhteisöä ja organisaatiota silloin kun kokeneita hoitajia otettiin mukaan myös oman työyksikön käytännön työn kehittämiseen.

Organisaatiokulttuurien piirteiden tulkinta muodostuu sen mukaisesti tulkitseeko sitä työntekijät vai organisaation johto. Tiukka asioiden johtamiseen pitäytyminen sekä mitattavien tulosten kontrollointi on näyttänyt kehittävän kulttuurin, jossa aloitteellisuus on tukahtunut helposti. Siksi esimiesten olisi hyvä myös kuunnella mitä työntekijät työstään kertovat. (Onnismaa 2008.) Työnantajan tuki kehittää hoitajan jatkuvaa työssä kehittymistä, jota voidaan pitää sijoituksena jatkuvaan ammatilliseen tietojen ja taitojen kehittämiseen erilaisten aktiviteettien myötä (Covell & Sidani 2013, Covell 2008).

Muita estäviä ja edistäviä tekijöitä olivat halu vastaanottaa tai antaa tietoa, asenteellisuus ja arvostaminen. Tiedonantajat kokivat, että usein kokemukseen perustuvan tiedon siirtymisen esteenä oli arvostuksen puute. Tiedonantajat eivät halunneet jakaa tietoa, joka saattoi sisältää huonoja toimintatapoja tai negatiivisia asenteita työyhteisössä. (Paloniemi 2008.) Hiljaisen tiedon siirtymisen esteenä koettiin myös arvostuksen puuttuminen tiedon antajaa kohtaan

7.4 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunnan hiljainen tieto ikääntyneiden hoitotyössä muodostui kokemus- ja persoonallisuustekijöistä sekä professionaalista ja humaanisista tekijöistä. Nämä neljä hiljaisen tiedon kehittymiseen tarvittavat tekijät näkyvät laadukkaasti ja turvallisesti tehdyssä potilastyössä. Paljon työ- sekä elämäkokemusta omaava hoitohenkilökunta ikääntyneiden hoitotyössä ei aina kykene tunnistamaan omaa hiljaista tietoaan, sillä vuosien myötä hiljaisen tiedon käyttäminen työskentelyssä on muuttunut itsestään selvyydeksi. Hiljainen tieto muuttuessaan näkyväksi, muuttuu myös tiedostettavaksi työyhteisössä, jolloin siihen voidaan paremmin kiinnittää huomiota. Kokeneet ja vähemmän kokeneet työntekijät sekä esimiehet kykenevät silloin tunnistamaan ja siirtämään hiljaista tietoa, kun se ilmaistaan osallistujalähtöisesti tai omaan työhön perustuen. (Moilanen 2008.)

Hiljainen tieto työyhteisössä koetaan olevan yksikön yhteistä voimavaraa ja yhdessä luotuja hyviä käytänteitä työntekoa organisoimaan ja työnteon sujuvuutta lisäämään. Hiljaista tietoa arvostetaan ikääntyneiden hoitotyössä ja sitä ollaan valmiita jakamaan kollegiaalisesti eteenpäin. Tämän tutkimuksen yksi merkittävin löydös oli, että hiljaisen tiedon koettiin kehittyvän työyhteisössä juuri vastaanottamalla ja omaksumalla uutta tietoa. Uusi tieto tulee ammatillisten kurssien ja opintojen kautta, mutta myös hyväksymällä uusien työntekijöiden tuomaa tietoa. Hiljainen tieto luodaan yhdessä, kollegiaalisesti omassa työyksikössä ja tämä tieto on juuri oman työyksikön olennaista tietoa, jota tarvitaan laadukkaassa hoitotyössä.

Hiljaista tietoa siirretään ikääntyneiden hoitotyössä pääosin oman esimerkin, vuorovaikuttamisen ja oman työn refleктоimisen kautta vähemmän kokeneelle hoitohenkilökunnalle. Tiedon siirtymisessä esimiehellä on avainasema omassa työyksikössään. Vahva esimies tulkitsee ja osaa hyödyntää työntekijöidensä vahvuuksia oman yksikkönsä työn kehittämisessä ja organisoimisessa. Hiljaisen tiedon siirtymisessä tärkeintä ei ole taitojen tai tapojen opettaminen, vaan hoitamisen oikean asenteen siirtyminen ja laadukkaan sekä potilasta kunnioittavan kohtaamisen toteutuminen.

Hiljainen tieto on siirtynyt kun tiedon vastaanottajan asenne ja toiminta työssä on muuttunut vastuulliseksi ja ammatilliseksi. Tiedon antajalla ja tiedon vastaanottajalla on tällöin syntynyt yhteinen näkemys asioista ja tiedonantaja kykenee jatkossa luottamaan

vastaanottajan ammatillisuuteen, vastuunkantamiseen sekä potilaita arvostavaan ja kunnioittavaan työskentelyyn. Tämän tutkimuksen löydökset hiljaisen tiedon siirtymisessä eivät välttämättä ole riittäviä. Tulevaisuudessa olisikin hyvä pohtia kuinka kehittää tavoitteellisia menetelmiä hiljaisen tiedon siirtämiseen hoitotyön yksiköissä.

Tämän tutkimuksen löydökset hiljaisesta tiedosta ovat samankaltaisia aikaisempien tutkimusten kanssa. Merkittävin ero on uuden tiedon vastaanottamisen tärkeys ja sen merkitys osana oman ja työyhteisön hiljaisen tiedon kehittymisen prosessissa. Samalla korostui kollegiaalisuuden ja yhteisöllisyyden painottaminen hiljaisen tiedon kehittämisessä ja sen siirtymisessä. Lisäksi esimiehen rooli on avainasemassa, jotta hiljainen tieto siirtyy omassa yksikössä tai organisaatiossa.

Kansallisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa hiljaisen tiedon tärkeyden merkitys hoitotyössä on tänä päivänä tunnustettua. Yritysmaailmassa ja liiketaloudessa hiljaisen tiedon merkitys organisaatiokulttuurissa ja yrityksen menestymisen edistäjänä on ollut tunnustettua jo 1990-luvulta lähtien (Nonaka & Takeuchi 1995). Tutkimuksista puuttuu tietoa, miten hiljaista tietoa on konkreettisesti käytännössä valjastettu hyödyttämään muuta työyhteisöä.

Teollistumisen aikakaudesta siirtyminen tietoyhteiskunnan aikaan on muuttanut pääoman taloudellisen arvon merkitystä siten, että organisaatioiden vaurautta on alettu arvostamaan niiden kyvyillä luoda, varastoida ja hyödyntää tietoa. Yritysten välisen kilpailun kiristyessä työvoimalta odotetaan nykyään myös taitoa, kehittää, säilyttää ja käyttää tietopääomaa. Tietopääoma ei rajoitu vain tietäviin työntekijöihin tai johtajiin, vaan muuntuu työntekijöiden eduksi silloin kun sitä käytetään, jaetaan ja ilmaistaan työpaikoilla. Organisaatiot voivat omaksua oppivan organisaation lähestymistavan ja lisätä siten työntekijöidensä taitoja, tietoja, osaamista sekä sitoutumista työhönsä. (Weston, Estrada & Carrington 2007.) Sähköisen kirjaamisen on, muun muassa, koettu estävän työn reflektoinnin mahdollisuuteen ja tiedon diffuusioon työyhteisössä. Hiljaisen tiedon tuominen tietoisuuteen ei ole pelkästään tärkeää vaan se mahdollistaa myös työn rakenteiden ja prosessien kehittymistä, jotka antavat mahdollisuuden reflektoida kokemusta niin yksilö- kuin organisaatiotasolla. (Herbig ym. 2001.)

Hiljaista tietoa voidaan pitää hoitamisen inhimillisenä pääomana (*nursing human capital*), koska se on kokeneiden ja taitavien hoitajien tietoa (McGillis Hall 2003) sekä hoitamisen tietoa hoitohenkilökunnassa. Hoitamisen inhimillinen pääoma ohjaa

teoreettista ja käytännöllistä tietoa, jota tarvitaan hoitamisessa. Lisäksi tietoa saadaan erilaisista opinnoista, ammatillisista koulutuksista ja harjoitteluista sekä jalostamalla kokemustietoa käytännön hoitotyössä. (Covell & Sidani 2013.) Hiljaisen tiedon siirtymisen myötä voidaan välttää huonosti koettuja toimintakäytäntöjä, turvata työn jatkuvuutta ja turvata potilaiden asema. Monet kirjoittamattomat sopimukset työyksiköissä auttavat varsinaisen työn tekemisessä. Kaikkea tietoa ei välttämättä koeta olevan tarpeellista siirtää. (Suhonen 2009.) Vastuu hiljaisen tiedon siirtymisessä on työyhteisössä yhteinen.

7.5 JATKOTUTKIMUS- JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Tämä tutkimus tuotti kuvailevaa tietoa ikääntyneiden parissa työskentelevän hoitohenkilökunnan kokemuksista ja näkemyksistä hiljaisesta tiedosta sekä sen siirtymisessä käytetyistä menetelmistä ja käyttötarkoituksesta vähemmän kokeneelle hoitohenkilökunnalle. Tutkimustuloksia voidaan pitää suuntaa antavina. Tuloksia voidaan hyödyntää terveydenhuollon hallinnon alueella ja työyksiköiden työn kehittämisessä sekä uudelleen organisoinnissa. Tutkimustulokset ovat yhdenmukaiset muiden tutkimusten kanssa ja osoittavat hiljaisen tiedon mahdollistavan ihmisläheisen toiminnan, jossa potilaille mahdollistetaan heidän elämäntilanteeseen räätälöityä hoitotyötä (Nurminen 2000).

Hiljaisella tiedolla on tunnustettu ja merkittävä rooli niin hoitotyön kuin muiden toimialojen organisaatioissa. Siksi on tärkeää pystyä tunnistamaan ja tiedostamaan eri työyksiköiden asiantuntijat hiljaisen tiedon määrittelemiseksi. Hiljainen tieto ja sen siirtyminen on olennainen tekijä hoitotyössä.

Väestön ikääntyminen tulee koskettamaan yksilöitä, työyhteisöjä ja yhteiskuntaa kokonaisuudessaan. Kyseessä on globaali ilmiö, jonka myötä käytettävissä oleva työvoima tulee olemaan entistä ikääntyneempää. Hiljaisella tiedolla ja sen siirtymisellä tulee olemaan siis merkittävä osa tulevaisuuden hoitotyössä.

Jatkossa on pohdittava keinoja, joilla tuetaan ikääntyneiden työntekijöiden toimintakykyä ja työssä jaksamista sekä vastaavasti sitoutetaan nuoria työntekijöitä terveydenhuollon organisaatioihin. Yhtenä nykypäivän ongelmana on kasvava nuorien

kato hoitoalan työpaikoilta. Väestön ikämuutokset pakottavat myös työpaikkojen kehittävän eri-ikäisten välistä vuoropuhelua. Hiljaisen tiedon siirtymisellä saattaa olla vaikutusta ja merkitystä kuromassa eri sukupolvien välisiä eroja. On myös eettinen ja yhteiskunnallinen ongelma miettiä kuinka kauan ikääntyvä työväestö jaksaa hoitaa ikääntyvää väestöä jatkuvan työvoimapulan uhan alla. Eri tieteenalojen välinen yhteistyö saattaisi tuottaa monipuolisia tuloksia hiljaisen tiedon käyttöönottamisessa organisaatioiden hyötytarkoitukseen. Tutkimustiedon perusteella jatkossa voisi kehittää hoitotyön esimiehille instrumentin tai erilaisia metodeja, jolla hiljaista tietoa voitaisiin siirtää.

LÄHTEET

Airila A. 2007. *Ikään liittyvät mielikuvat, ikäpuhe ja argumentointi hoito-, opetus- ja pelastusalalla*. Teoksessa: Kauppinen K & Evans J. Tasa-arvo monimuotoisissa työyhteisöissä. (toim.) MONIKKO. Saatavilla www.monikko.net. 1.7.2014.

Airila A, Kauppinen K & Eskola K. 2007. *Ikäystävällisyys ja iän merkitys työssä – tutkimus, hoito-, opetus- ja pelastusalalla*. Frenckellin kirjapaino Oy: Espoo.

Bakker D, Butler L, Fitch M, Green E, Olson K & Cummings G. 2010. Canadian cancer nurses' views on recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*. 18, 205—214.

Benner P. 1984. *From Novice to Expert, Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley. suom. Kristiina Toivanen (Aloittelijasta asiantuntijaksi)/Meditrans Oy. Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Burns N & Grove S K. 2005. *The Practice of Nursing Research; Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 6th Edition. Philadelphia: Elsevier Saunders.

Carlsson G, Dahlberg K & Drew N. 2000. Encountering violence and aggression in mental health nursing: a phenomenological study of tacit caring knowledge. *Issues in Mental Health Nursing*. 21, 533—545.

Carlsson G, Drew N, Dahlberg K & Lützen K. 2002. Uncovering tacit knowledge. *Nursing Philosophy*. 3, 144—151.

Carroll. 1988. The role of tacit knowledge in problem solving in the clinical setting. *Nurse Education Today*. 8, 140—147.

Commission of the European Communities. 2006. *Commission Communication. The demographic future of Europe – from challenge to opportunity*. Saatavilla <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52006DC0571&from=EN>. 30.6.2014.

Commission of the European Communities. 2005. *Green Paper “Confronting demographic change: a new solidarity between the generations”*. Saatavilla <http://eurlex.europa.eu/legalcontent/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52005DC0094&from=EN>. 2.7.2014.

Covell CL & Sidani S. 2013. Nursing intellectual capital theory: operationalization and empirical validation of concepts. *Journal of Advanced Nursing*. 69(8), 1785—1796.

Covell CL. 2008. The middle-range theory of nursing intellectual capital. *Journal of Advanced Nursing*. 63, 94—103.

- Elo S & Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 62, 107—115.
- Eskola J & Suoranta J. 2008. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Gummerus Kirjapaino OY: Jyväskylä.
- ETENE= Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. 2012. *Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla*. ETENE-julkaisuja 35. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- ETENE= Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. 2011. *Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta*. ETENE- julkaisuja 32. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- ETENE= Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. 2001. *Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet*. ETENE-julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- European Commission. 2007. *Ethics for Researchers. Facilitating Research Excellence in FP7*. Saatavilla. http://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/fp7/89888/ethics-for-researchers_en.pdf. 24.6.2014
- Fossey E, Harvey C, McDermott F & Davidson L. 2002. Understanding and evaluating qualitative research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 36, 717—732.
- Friedman LH & Bernell SL. 2006. The Importance of Team Level Tacit Knowledge and Related Characteristics of High-Performing Health Care Teams. *Health Care Management Review*. 31, 223—230.
- Garavelli AC, Gorgoglione M & Scozzi B. 2002. Managing knowledge transfer by knowledge technologies. *Technovation*. 22, 269—279.
- Gatley EP. 1992. From novice to expert: the use of intuitive knowledge as a basis for district nurse education. *Nurse Education Today*. 12, 21—87.
- Graneheim UH & Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24, 105—112.
- Guba EG & Lincoln YS. 1989. *Fourth Generation Evaluation*. London: Sage Publications.
- Gustafsson C & Fagerberg I. 2004. Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing*. 13, 271—280.
- Haggerty LA & Grace P. 2008. Clinical wisdom: The essential foundation of “good” nursing care. *Journal of Professional Nursing*. 24, 235—240.
- Halmeenmäki T. 2010. *Kunta-alan eläkepoistuman haasteet ja ratkaisumallit*. Kuntien Eläkevakuutus. Helsinki. Saatavilla

http://www.keva.fi/fi/julkaisut/Sivut/tilastojulkaisut.aspx?fileName=Kunta-alan_elakepoistuman_haasteet_yhteen veto_2010.pdf. 23.5.2013.

Herbig B, Büssing A & Ewert T. 2001 The role of tacit knowledge in the work context of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 34, 687–695.

Higginbottom GMA. 2004. Sampling issues in qualitative research. *Nurse Researcher*. 12(1), 7–12.

Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2010. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Horsburgh D. 2003. Evaluation of qualitative research. *Journal of Clinical Nursing*. 12, 307–312.

Hsieh H-F & Shannon SE. 2005. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 15, 1277–1288.

Järvinen J & Leveälahti S. 2009. *Poistuma työvoimasta 2007–2025. Alue- ja toimialatarkastelu*. Alueiden kehittäminen n:o 62. Työ- ja elinkeinoministeriö: Helsinki.

Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. WSOYPro Oy: Helsinki.

Kinchin IM, Cabot LB & Hay DB. 2008. Using concept mapping to locate the tacit dimension of clinical expertise: towards a theoretical framework to support critical reflection on teaching. *Learning in Health and Social Care*. 7, 93–104.

Kinsella EA. 2009. Professional knowledge and the epistemology of reflective practice. *Nursing Philosophy*. 11, 3–14.

Kleiman S. 2004. Phenomenology: to wonder and search for meanings. *Nurse researcher*. 11, 286–296.

Koivunen H. 1997. *Hiljainen tieto*. Kustannusosakeyhtiö Otava: Helsinki.

Kontos PC & Naglie G. 2009. Tacit knowledge and embodied selfhood. *Sociology of Health & Illness*. 31, 688–704.

Krishnaveni R & Sujatha R. 2012. Communities of Practice: An Influencing Factor for Effective Knowledge Transfer in Organizations. *The IUP Journal of Knowledge Management*. 10, 26–40.

Kurtti J. 2012. *Hiljainen tieto ja työssä oppiminen*. Väitöskirja. Tampere. Kasvatustieteet. Tampereen Yliopistopaino Oy. Juvenes Print: Tampere.

Kylmä J & Juvakka T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Edita Prima Oy: Helsinki.

Kyngäs H, Elo S, Pölkki T, Kääriäinen M & Kanste O. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede*. 23, 138–148.

Lake S, Moss C & Duke J. 2009. Nursing prioritization of the patient need for care: A tacit knowledge embedded in the clinical decision making literature. *International Journal of Nursing Practice*. 15, 376—388.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488. Saatavilla <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>. 30.6.2014.

Malterud K. 2001. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*. 358, 483—488.

Marshall C & Rossman GB. 2006. *Designing Qualitative Research*. 4th Edition. Sage Publications. London. New Delhi.

McGillis Hall L. 2003. Nursing Intellectual Capital: a theoretical approach for analysing nursing productivity. *Nursing Economics*. 21, 14—19.

Meerebeau L. 1992. Tacit knowledge: an untapped resource or a methodological headache? *Journal of Advanced Nursing*. 17, 108—112.

Melnyk BM & Fineout-Overholt E. 2011. *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare. A Guide to Best Practice*. 2nd edition. Wolters Kluwer|Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.

Moilanen R. 2008. *Ikääntyvien asiantuntijoiden hiljaisen tiedon tunnistaminen*. Teoksessa: Hiljainen tieto: tietämistä, toimimista, taitavuutta. (toim.) Kajanto A. Toom A & Onnismaa. Jyväskylä. Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen tutkimusseura, 235—254.

MOT Kielitoimiston sanakirja. 2014. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus. Saatavilla <http://mot.kielikone.fi.ezproxy.utu.fi:2048/mot/turkuyo/netmot.exe>. 20.4.2104

Neary M. 2001. *Teaching, Assessing and Evaluation for Clinical Competence. A Practical Guide for Practitioners and Teachers*. Cheltenham UK: Stanley Thornes Ltd.

Nikkilä J & Paasivaara L. 2008. *Arjen johtajuus – rutiinijohtamisesta tulkintataitoon*. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Nonaka I & Takeuchi H. 1995. *The knowledge-creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation*. New York: Oxford University Press.

Nurminen R. 2000. *Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä*. Väitöskirja. Kuopio. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 80.

Onnismaa J. 2008. *Hiljainen tieto organisaatioiden rakenteissa. Vauhtisokeutta, muistikatkoja ja uudelleen muistamista*. Teoksessa: Hiljainen tieto: tietämistä, toimimista, taitavuutta. (toim.) Kajanto A. Toom A & Onnismaa. Jyväskylä. Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen tutkimusseura, 119—132.

Paloniemi S. 2008. *Hiljaisen tiedon jakaminen työyhteisössä –työssä oppimisen rajapinnalla*. Teoksessa: Hiljainen tieto: tietämistä, toimimista, taitavuutta. (toim.)

- Kajanto A, Toom A & Onnismaa. Jyväskylä. Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen tutkimusseura, 255—274.
- Parahoo K. 2006. *Nursing Research Principles, process and issues*. 2nd Edition. Palgrave MacMillian, New York.
- Patton MQ. 2002. *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd edition. Sage Publications: California.
- Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. 1997. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Werner Söderström Osakeyhtiö: Juva.
- Polit DF & Beck CT. 2012. *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer|Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.
- Pope C, Smith A, Goodwin D & Mort M. 2003. Passing on tacit knowledge in anaesthesia: a qualitative study. *Medical Education*. 37, 650—655.
- Pyöriä P, Saari T, Ojala S & Siponen K. 2013. Onko Y-sukupolvi toista maata? Nuorten työorientaatio 1980, 1990- ja 2000-luvuilla. *Hallinnon tutkimus*. 32, 197—212.
- Reimer-Kirkham S, Varcoe C, Browne AJ, Lynam MJ, Khan KB & McDonald H. 2009. Critical inquiry and knowledge translation: exploring compatibilities and tensions. *Nursing Philosophy*. 10, 152—166.
- Ruusuvuori J, Nikander P & Hyvärinen M.(toim.) 2010. *Haastattelun analyysi*. Osuuskunta Vastapaino: Tampere.
- Sandelowski M & Barroso J. 2003. Writing the proposal for a qualitative methodology project. *Qualitative Health Research*. 13, 781—820.
- Sandelowski M & Barroso J. 2007. *Handbook of synthesizing qualitative research*. Springer publishing company, USA.
- Santos CM, Pimenta CA & Nobre MR. 2007. The Pico strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 15, 508—511.
- Schön D. 1983. *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. Biddles Ltd, Guildford and King's Lynn. Great Britain.
- Stenberg RJ & Hedlund J. Practical intelligence, g, and work psychology. *Human Performance*. 15, 143—160.
- Suhonen R, Stolt M, Gustafsson M-L, Katajisto J & Puro M. 2012. Ikäntyneiden ihmisten hoitotyössä työskentelevien hoitajien työtyytyväisyys. *Hoitotiede*. 24(1), 27—37.
- Suhonen K. 2009. *Mitä hiljainen tieto on hengellisessä työssä? Kokemuksellinen näkökulma hiljaisen tiedon ilmenemiseen, siirrettävyyteen ja siirrettävyyden*

merkitykseen ikääntyneiden diakoniatyöntekijöiden ja pappien työssä. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä studies in education, psychology and social research [358].

TENK= Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje (2012)*. Saatavilla http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. 23.6.2014.

Tolvanen K. 1993. *Aloittelijasta asiantuntijaksi*. Kolmas painos (suomennos alkuperäisteoksesta) Benner P. 1984. *From Novice to Expert, Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison Wesley Publishing Company Inc. WSOY: Juva.

Tong A, Sainsbury P & Craig J. 2007. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 19, 349—357.

Toom A & Onnismäa J. 2008. *Hiljainen tieto: tietämistä, toimimista, taitavuutta*. (toim.) Kajanto A. Jyväskylä. Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen tutkimusseura.

Tuomi J & Sarajärvi A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Verhoeven F, Stehouder MF, Hendrix RMG & van Gemert-Pijnen JEW. 2009. How nurses seek and evaluate clinical guidelines on the Internet. *Journal of Advanced Nursing*. 66, 114—127.

Welsh I & Lyons CM. 2001. Evidence-based care and the case of intuition and tacit knowledge in clinical assessment and decision making in mental health nursing practice: an empirical contribution to the debate. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 8, 299—305.

Weston MJ, Estrada NA & Carrington J. 2007. Reaping Benefits from Intellectual Capital. *Nursing Administration Quarterly*, 31(1), 6—12.

Wickström G, Laine M, Pentti J, Elovainio M & Lindström K. 2000. *Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – muutokset 1990-luvulla*. Työterveyslaitos: Helsinki.

WMA = World Medication Association. 2008. *Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects*. Saatavilla <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566407/pdf/11357217.pdf>. 29.6.2014.

Wojnar DM & Swanson KM. 2007. Phenomenology — an exploration. *Journal of Holistic Nursing*. 25, 172—180.

Wu C-H, Kao S-H & Shih L-H. 2010. Assessing the suitability of process and information technology in supporting tacit knowledge transfer. *Behaviour & Information Technology*. 29, 513—525.

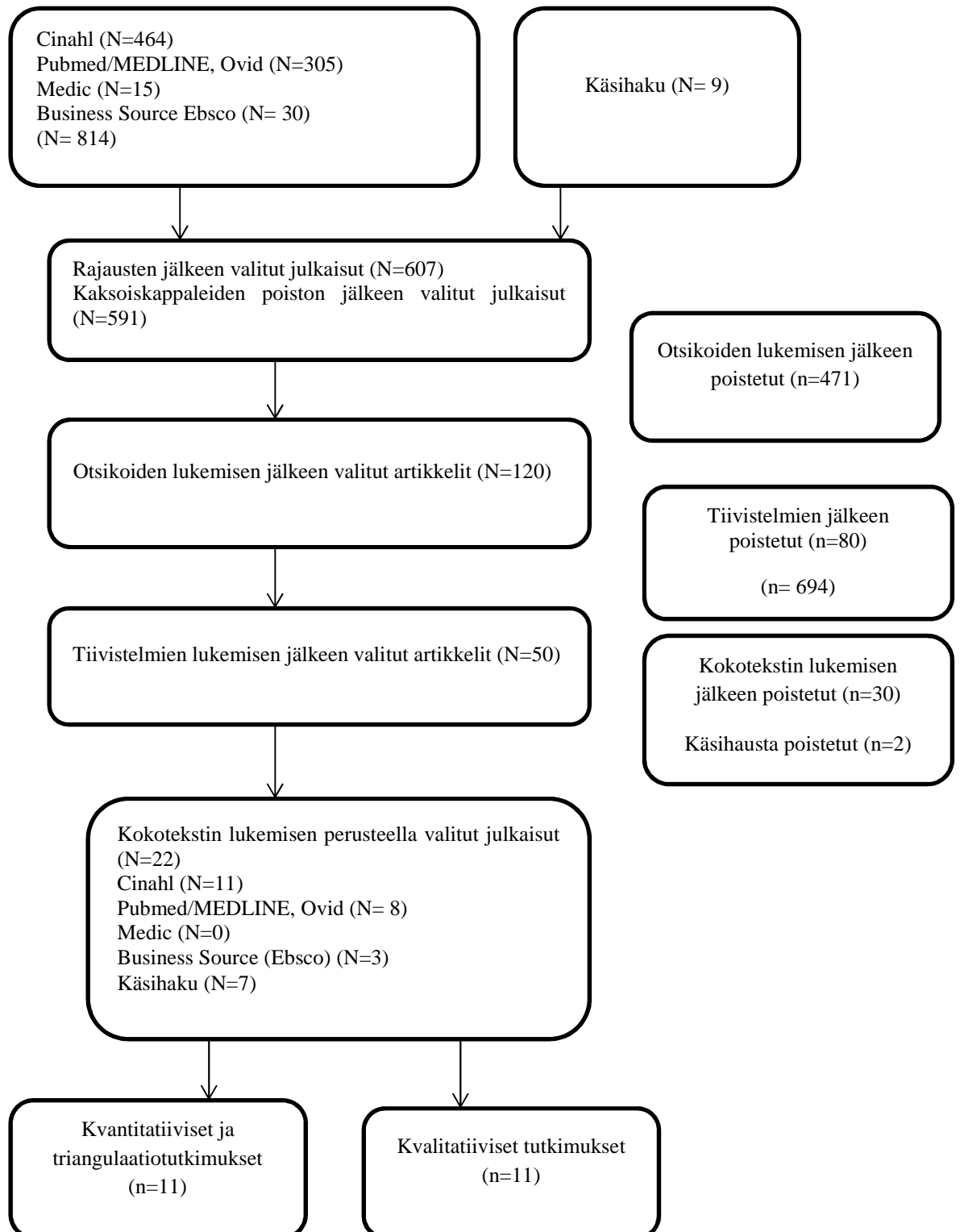
Yoshioka-Maeda K, Murashima S & Asahara K. 2006. Tacit knowledge of public health nurses in identifying community health problems and need for new services: A case study. *International Journal of Nursing Studies*. 43, 819—826.

LIITTEET

LIITE 1. TIEDONHAUN HAKULAUSEKKEET JA TULOKSET

Tietokanta	Hakulauseke	Tulokset
Cinahl (Ebsco)	"taci N3 know*" "practica* N1 know*" "practica* N3 wisdom" "propositiona*N3 know" AND "nursing" "nurse" AND "intuition"	464
Pubmed/MEDLINE, Ovid	tacit know* AND practical know* AND practical wisdom AND OR intuition (MESH) AND "nursing" (MESH) AND OR "nurses" (MESH) AND OR nurses OR nursing OR nurse	305
Medic	"tacit knowledge" "practical knowledge" "practical wisdom" "propositional knowledge" "hiljainen tieto" "intuition" "tyst kunskap" AND hoit* nurs* sjukskö* vårdvet*,	15
Business Source (Ebsco)	"intellectual capital" "social capital" "knowledge transfer" "theory of knowledge" "tacit knowledge" Thesaurus term: intellectual capital, human capital, knowledge workers, full text, 1990-2013, Academic Journals	30
Käsihaku		9

LIITE 2. TIEDONVALINTAPROSESSI



LIITE 3. TAULUKKO VALITUISTA TUTKIMUKSISTA

Tutkimuksen tekijät, Tutkimuspaikka ja-vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Kohdejoukko ja aineistonkeruu	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Carroll Australia 1988	Selvittää hiljaisen tiedon merkitys ja sen käyttö ja vaikutus ongelmanratkaisussa ja päätöksenteossa tavoiteltaessa tarkoituksenmukaista hoitoa.	Viisi terveystieteistä Sydneyn alueella, joissa tutkittiin painehaavojen esiintyvyys sisätautikirurgisilta osastoilta. N= 610 potilasta, joista N=13 dokumentoitiin painehaavapotilaaksi. Kysely	Viiden muuttujan Norton Score Painehaava-tarkistuslistan käyttö vertailuna hoitajien vastauksiin kyselyssä tunnistettaessa potilaiden painehaavoja. Ongelmanratkaisun Paradigman (The Paradigm of Problem Solving 1986, Pridham, Hansen & Conrad) soveltaminen tulkittaessa hiljaisen tiedon käyttöä päätöksenteossa.	Norton Score Painehaava-tarkistuslista ei ennusta tarkasti potilaan painehaavan kehittymistä. Hiljaisen tiedon käyttäminen päätöksenteossa on välttämätöntä takaamaan tehokkaampaa hoitamista.
Meerabeau Iso-Britannia	Tarkastella Bennerin (1984) ja Schönin (1987) käsitteitä	Eri filosofien ja teoreetikoiden	Kriittinen vertailu	Hiljainen tieto on metodologinen päänsärky.

1992	teoriasta ja käytännöstä tarkoituksena kirkastaa asiantuntijatiedon (expert knowledge) merkitystä hoitamisen opetuksessa ja tutkia sen metodologista ongelmaa.	käsitykset ja näkemykset kokemus- asiantuntijatiedosta ja niiden vertailu		
Carlsson, Dahlberg & Drew Ruotsi & Yhdysvallat 2000	Tutkia hiljaisen tiedon käyttöä kohdattaessa aggressiivisia ja väkivaltaisia psykiatrian potilaita. Hoitotyöntekijöiden kokemuksia.	Akuuttipsykiatrian osaston hoitajat N=5 Kirjallinen kertomuskuvaus aggressiivisen psykiatrian potilaan kanssa kohtaamisesta, jossa positiivinen lopputulema asiakkaan ja hoitotyöntekijän kannalta. Kirjallinen kertomuskuvaus ja draaman käyttö haastattelutekniikkana	Fenomenologinen kuvailu Giorgin analysointimenetelmä	Väkivaltaisten potilaiden kohtaamisen oppimista ei voi opetella vain teoreettisesti. Reflektio ja keskustelu ovat tärkeässä keskiössä kehitettäessä praktista/käytännön tietoa. Hiljaista tietoa tutkittaessa ja artikuloitaessa, tapahtumat nähdään usein uudella tavalla: tietoisuus laajenee ja tämä kasvattaa ammattitaidon kokemusta. Ammatillinen kompetenssi syntyy yhdistämällä hiljainen tieto ja reflektio.
Welsh & Lyons Iso-Britannia 2001	Tutkia kokeneiden hoitajien kognitiivista prosessia kliinisessä päätöksenteossa käytännön hoitotyössä. Kuinka hoitaja käyttää formaalista ja muita tiedon	Psykiatrian arviointiosaston ja lyhytkestoisen psykiatrian jakson hoitohenkilökunta N=8	Kuvaileva ja selittävä lähestyminen Case study, kokeellinen tutkimus	Hoitajien hiljainen tieto perustuu formaaliseen tietoon, joka muodostaa intuition. Mallin kehittäminen, joka osoittaa ammatinharjoittajan intuition derivaation hoitotyössä. Hoitajat tekevät valideja kliinisiä arviointeja ja päätöksiä

	muotoja.	Haastattelu, nauhoitus	Sisällönanalyysi	perustuen hiljaiseen tietoon ja intuitioon, kun akateeminen koulutuksen taso on kohentunut.
Herbig, Büssing & Ewert Saksa 2001	Selvittää hiljaisen tiedon osuus kokemuksessa hoitamisen alalla ja kehittää metodi hiljaisen tiedon tulkitsemiseen.	N= 16 hoitajaa Laboratoriotutkimus, jossa hoitajat joutuivat kriittisiin hoitotilanteisiin. Nämä hoitotilanteet kehitettiin yhdessä asiantuntijahoitajien kanssa.	Kriittiset hoitotilanteet kehitettiin käyttämällä Delphi-metodia ja 10 asiantuntijaa (hoitoalan opettajia ja esimiehiä) Puolistrukturoitu haastattelu ja videokuvausten arviointi simulaatiohoitotilanteista. Tilastollinen analysointi	Menestyvät hoitajat eroavat hiljaisessa tiedossaan vähemmän menestyvistä hyödyntämällä tunteitaan toimintaan sidottuna tietona. Vähemmän menestyvät hoitajat kokevat tunteensa työssään kiusallisena ja ärsyttävänä. Mahdollisuus reflektointiin työssä kokemaansa on tärkeää. Opiskelijoille on tärkeää antaa harjoittelujaksoilla ohjattua aikaa hiljaisen tiedon reflektointiin. On tärkeää tuoda hiljainen tieto ihmisten tietoisuuteen kun suunnitellaan hoitotyön rakennetta ja prosesseja. Tämä mahdollistaa kokemusten reflektoinnin yksilön ja organisaation tasolla.
Garavelli, Gorgoglione & Scozzi Italia 2002	Kuvata tekniikkaa, jolla tuetaan tiedolla johtamista sekä tutkia tiedon siirtämistä.	Tiedon johtamisen tieteellisen taustan ja sen keskeisimpien tutkimusten selvittely.	Tiedon siirtoa analysoidaan keskittymällä kahteen kognitiiviseen prosessiin: koodaamiseen ja tulkitsemiseen.	Tiedon siirtämisessä tarkastellaan vuorovaikutuksessa olevien tiedon siirtäjän ja tiedon vastaanottajan kognitiivisia menetelmiä. Tämä mahdollistaa tiedon siirtämisen ymmärtämistä. Tärkeimmät tiedon siirtämisessä käytettävät kognitiiviset prosessit ovat tiedon kohteiden koodaaminen ja niiden tulkitseminen.
Carlsson, Drew,	Esitellä re-enactment-	Carlsson ym. 2000	Psykodraama, re-	Re-enactment-haastattelutekniikka

Dahlberg & Lützen Ruotsi, Yhdysvallat 2002	haastattelutekniikka (tekniikka, jonka avulla tuodaan kehon piilottamat alitajunnassa olevat muistikuvat esiin), jonka avulla hiljainen tieto voidaan osoittaa näkyväksi.	tutkimuksen akuuttipsykiatrian hoitajat N=5, jotka draaman keinoin eläytyvät väkivaltaisten potilaiden kohtaamiseen ja omaan käyttäytymiseensä näissä tilanteissa.	enactment-haastattelutekniikka, joka käsittää kolme vaihetta: 1) lämmittelyn, jossa haastateltava kertoo tutkittavasta tilanteesta, 2) näyttämön rakentamisen, jossa koettu ja eletty tilanne rekonstruoidaan yksityiskohtaisesti, 3) haastateltava näyttelee ja elää koetun tilanteen.	soveltuu paljastamaan kehon implisiittisiä tiedonlähteitä, jotka ovat ominaisia hiljaiselle tiedolle. Hiljainen tieto ohjaa hoitotyöntekijöiden käyttäytymistä. Käyttäytyminen näkyy rauhoittavina kehollisina viesteinä potilaille vaaratilanteissa. Luottamalla hiljaiseen tietoonsa hoitotyöntekijät pystyvät vastaamaan intensiivisesti tunteella ja olemalla täysin läsnä sekä luomaan tukea ja turvallisuutta epävakaille ja uhkaaville psykiatrisille potilaille.
Pope, Smith, Goodwin & Mort Iso-Britannia 2003	Tutkia ja kerätä anestesiahoidon käytännön tietoa kvalitatiivisin menetelmin.	Kahden englantilaisen aluesairaalan anestesiaosaston lääkärit ja kandidaatit N= 25 ja N= 39 Observointi ja haastattelu	Etnografinen tutkimus	Hiljaisen tiedon siirtäminen epävirallisoin keinoin vahvistaa samalla toisen tiedon, formaalisen tiedon, tarpeellisuutta.
Gustafsson & Fagerberg 2003 Ruotsi	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla ja ymmärtää kuinka hoitajat kokevat reflektion käytön hoitotilanteissa.	N=4 hoitajaa Haastattelu	Fenomenografinen metodi Harkinnanvarainen otanta	Noviisi ja kokenut hoitoalan ammattilainen reflektoivat kliinisissä tilanteissa eri tavalla. Reflektiota tulisi voida harjoitella käytännössä, jotta hiljainen tieto saataisiin näkyväksi. Tutkimuksessa kehitetty Ammatillisen kehittymisen malli antaa kehiksen tarkastella hiljaisen tiedon ilmenemistä.

<p>Yoshioka-Maeda, Murashima & Asahara 2005 Japani</p>	<p>Tutkia terveydenhoitajien hiljaista tietoa ja sen käyttämistä yhteisön terveysongelmien identifioimisessa sekä uusien terveysprojektien kehittämisessä.</p>	<p>N=9 Terveydenhoitajaa Haastattelu x 3 ja N= 5 Terveydenhoitajaa observoitiin</p>	<p>Teoreettinen otanta, Yin's Case Study Method ja Community assessment method</p>	<p>Terveydenhoitajat käyttävät hiljaista tietoa kehittäessään yhteisöön tarvesuuntautuneita palveluja. Hiljaisen tiedon käyttö tukee palvelujen toteuttamista kitkattomasti.</p>
<p>Friedman & Bernell 2006 Yhdysvallat</p>	<p>Tutkia ja arvioida hiljaista tietoa ryhmätyöskentelyn aikana. Mitkä ominaisuudet vaikuttavat tiimityöskentelyssä sydän-ja keuhkoleikkausosaston ryhmien jäsenissä.</p>	<p>N=3 leikkausryhmää kolmesta eri sairaalasta, Jotka nimettiin seuraavasti: Ryhmä 1 -1 sydän-keuhko leikkaus Ryhmä 2 -2 sydän- ja keuhkoleikkausta Ryhmä 3 -3 sydän-ja keuhkoleikkausta</p> <p>Ryhmään kuului 1-2 leikkaavaa sydänkirurgia, hoitajia, nukutuslääkäreitä, anestesiahoitajia ja välinehoitajia. Opetussairaaloissa mukana oli myös erikoistuvia lääkäreitä (Ryhmä 2)</p>	<p>Leikkausryhmät valikoituivat potilasmateriaalin mukaan: Sydänpotilaat, joiden ainoa hoitovaihtoehto oli leikkaus</p>	<p>Hiljainen tieto, ryhmän ohjaaminen, kommunikaatio ja luottamus ovat avainasemassa menestyksekkäässä ryhmätyöskentelyssä. Ryhmän ohjaaminen ja kommunikaatio voidaan aikaansaada myös eksplisiittisin keinoin, mutta hiljainen tieto edellyttää jokaisen ryhmän jäsenen olevan tilanteen tasalla ja tietoinen muiden ryhmän jäsenien toiminnasta jokaisena hetkenä.</p>

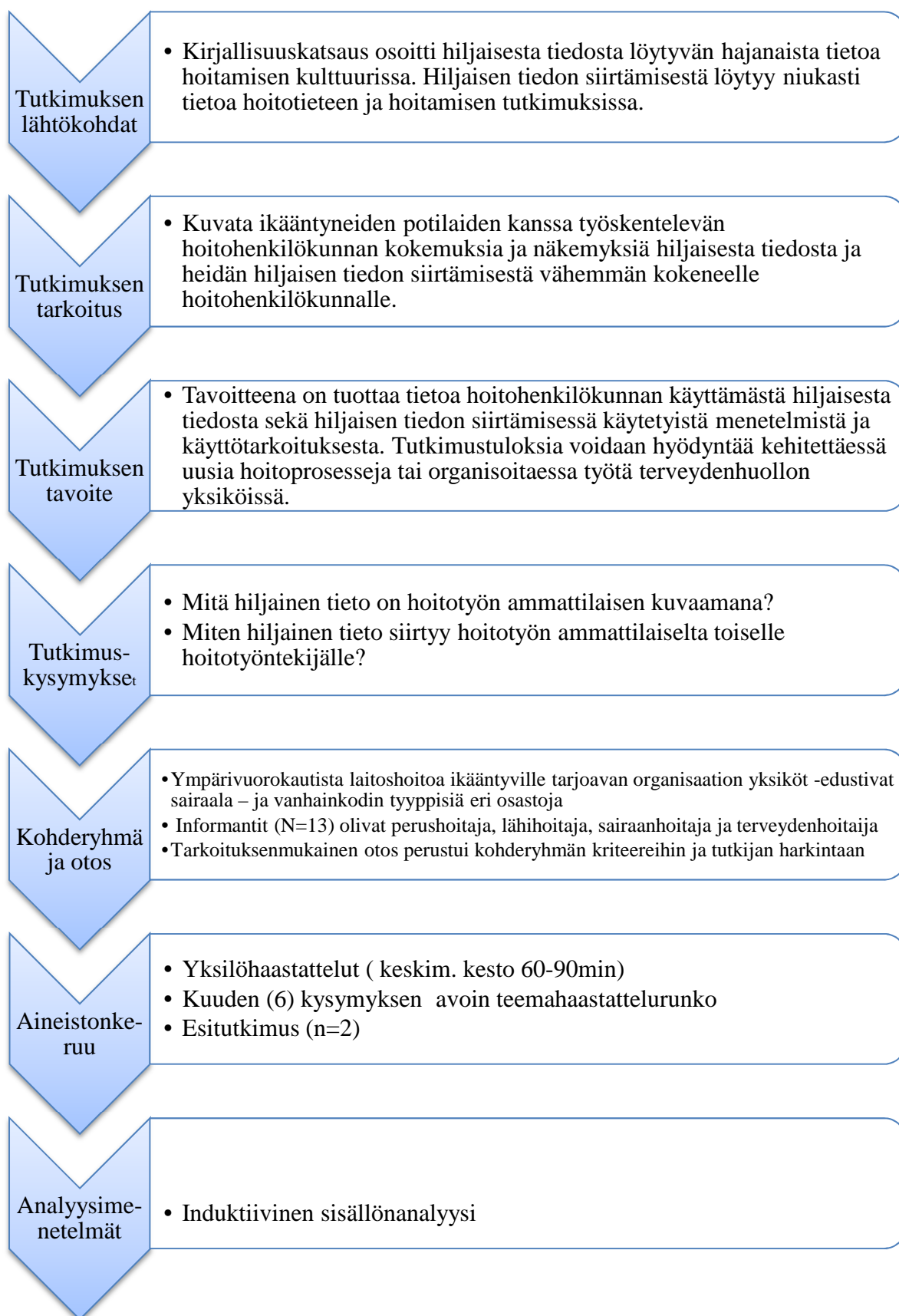
		<p>Puolistrukturoitu haastattelu ja observointi leikkaustilanteissa</p> <p>Kysymysten kehittämisessä käytettiin apuna kahta tunnettua sydänkirurgia</p>		
<p>Kinchin, Lyndon & Hay 2008 Iso-Britannia</p>	<p>Hiljaisen ulottuvuuden käsitteiden kartoittaminen kliinisessä asiantuntijuudessa ja korkeakouluasteen opetuksen mallin kehittäminen</p>	<p>Kirjoittajien aikaisempi tutkimusmateriaalin käyttö (Kinchin & Hay 2007) tutkimuksen pohjana →</p> <p>Strukturoidut opetustilanteet + haastattelut korkeimmissa opetusasteissa</p>	<p>Käsittekartan luominen</p>	<p>Olettamukset, että on vaikeaa paljastaa tai tuoda näkyviin hiljaisen asiantuntijuuden elementtejä, ilmenevät tilanteissa, joissa klinikot eivät ole tottuneita reflektoimaan työtänsä tai ovat kykenemättömiä selittämään tekojansa tai päätöksiänsä. Hoitotyön asiantuntijat (kokeneet hoitajat) tarvitsevat aikaa pystyäkseen verbaalisesti sanoittamaan toimintaansa yksityiskohtaisesti ja eksplisiittisesti.</p>
<p>Haggerty & Grace 2008 Yhdysvallat</p>	<p>Kliinisen viisauden käsitteiden kirkastaminen</p>	<p>Filosofisen ja psykologisen kirjallisuuden tarkastelu tutkitusta ilmiöstä</p>		<p>Kliininen viisaus ei käsitä ainoastaan propositionaalista tietoa. Kliininen viisaus on riippuvainen myös hoitajan sitoutumisesta tilanteisiin, jotka voivat johtaa tunne- tai herkkyyalueille. Tämätasoinen herkkyyys johtaa tilannesidonnaisista johtuvien toimintojen</p>

				ymmärtämiseen, joilla saavutetaan paras mahdollinen potilaan hoito. Hiljainen tieto on läsnä jokaisessa tietämisessä myös kliinisessä viisaudessa.
Kinsella 2009 Kanada	Reflektiivisen käytännön käsitteiden selvittäminen.	Tutkimus perustuu suurimpien filosofien (Donald Schön, John Dewey, Nelson Goodman, Michael Polanyi ja Gilbert Ryle) tutkimuksiin reflektiivisestä käytännöstä	Tutkimus valaisee Schönin reflektiivisen käytännön keskeiset epistemologiset teemat: 1) tekninen rationaalisuus, 2) ammatillinen käytännön tieto (taito), 3) teorian konstruktivistiset päätelmät, 4) hiljaisen tiedon merkittävyys ammatilliselle käytännön tiedolle ja 5) dualismin, kehon ja mielen ymmärtäminen yksilön toiminnan ja tekojen selittäjänä	Reflektiivisen käytännön teorian käsitteiden valaisemisella on merkittävää hyötyä kehitettäessä hoitotyön opetussuunnitelmia ja reflektiivisen käytännön soveltamiseen hoito-, terveys- ja sosiaalialan ammateissa. Reflektiivinen käytäntö lisää hoitotyöntekijän ammatillisuutta, joka tähtää potilaan parempaan hoitoon.
Kontos & Naglie 2009 Kanada	Tutkia hiljaisen tiedon käyttämistä hoitotyön kliinisissä päätöksentekotilanteissa sekä alkuperäisen oman itsen kehollista sosiokulttuurista merkitystä hiljaisen tiedon kehittämisessä.	N= 43, joista N= 16 Hoitajaa, N= 10 toimintaterapeutteja, N= 2 henkilökohtaista avustajaa, N= 8 fysioterapeutteja, N= 7 vapaa-ajan terapeutteja	6 Fokusryhmää 6-8 hengen ryhmiä+ Draama Harkinnanvarainen otanta	Hoitoalan ammattilaiset käyttävät omaa sosio-kulttuurista ja kehollista viestintäänsä vuorovaikutustilanteissa potilaiden kanssa.

		akuuttihoidon, laitoshoidon ja kuntoutuslaitokset, jotka olivat erikoistuneet dementia- ja alzheimerpotilaisiin Keskustelu fokusryhmissä 90min + draamaesitys 30 min		
Lake, Moss & Duke 2009, Uusi Seelanti	Tutkia hiljaisen tiedon käyttämistä hoidon priorisoinnissa ja päätöksenteossa.	Kirjallisuuden tarkastelu tutkitusta ilmiöstä	Tutkimuksen kehyksenä ovat kriittinen realismi, realistinen ontologia ja relativistinen epistemologia Teema-analyysi	Hoitajat käyttävät harkinnanvaraista päättelyä ja jatkuvaa arvioimistansa priorisoidakseen potilaiden tarpeita. Luottamuksen kasvu omaan päättelykykyyn on yksi tuntomerkki asiantuntijuuden kehittämisessä. Tämä opitaan parhaiten kokemuksen kautta. Lisää tutkimuksia tarvitaan, jotta hoitamisen priorisointia ei yhdistettäisi hiljaiseen tietoon tai kliiniseen päätöksentekoon.
Verhoeven, Steehouder, Hendrix & Gemert-Pijnen 2009, Alankomaat	Arvioida hoitajien tiedonetsimistaitoja ja tutkia mitä ongelmia tiedonhaussa esiintyy sekä mitä kriteereitä käytetään kun etsitään kliinisiä hoitosuosituksia internetistä.	N= 20 hoitajaa, joilla oli kokemusta internetin käytöstä Tiedon etsiminen internetistä ja ääneen ajattelu	Skenaario (ennuste) testaus -tekniikka, jossa osallistuja käyttää simuloitua ennustetta, jonka perustana on selkeästi määritellyt tehtävät. Testi, jota käytetään kliinisessä	Hoitajat luottivat omaan hiljaiseen tietoonsa tai tietoon, joka sopi yhteen aikaisemman kokemuksen kanssa. Tämä vaarantaa uuden tiedon käyttöön ottamisen ja vaarantaa oikean tiedon käyttöön ottamista. Tiedonhaun navigointimenetelmiä tulisi sovittaa yhteen hoitajien hiljaisen tiedon kanssa.

			päätöksenteossa. N= 30 ennustetta muodostettiin	
Bakker, Butler, Fitch, Green, Olson & Cummings 2009 Kanada	Selvittää onkologian osastoilla työskentelevien sairaanhoitajien käsityksiä rekrytoinnista ja työn jatkamisesta sekä säilyttämisestä.	N= 91 hoitajaa ympäri Kanadaa Fokusryhmähaastattelut	N= 12 Fokusryhmää Haastattelututkimus (Survey design) Teema-analyysi	Yksi tuloksien neljästä teemasta koski hiljaista tietoa. Perinteisesti rekrytoitiin niitä hoitajia, joilla oli muutaman vuoden kliininen kokemus syöpähoidoissa. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat toivoivat, että tämä vaatimus jätettäisiin rekrytointitilanteista pois. Hoitajat pitivät arvokkaana kokemuksena myös muilta erikoisaloilta hankittua hoitotyön kokemusta ja näkivät sen hoitotyötä rikastuttavana tekijänä.
Wu, Kao & Shih 2010 Taiwan	Arvioida prosesseja ja informaatioteknologiaa tukemassa hiljaisen tiedon siirtämistä organisaatioissa.	Tutkimus perustuu Garavelli ym. 2002 tiedon siirtämisen prosessin tutkimukseen	Garavelli ym. 2002 tiedon siirtämisen 5 vaihetta: 1)Tiedon antajan kognitiivinen valmius, 2) ulkoistaminen, 3) tiedon objekti, 4) tulkinta ja 5) tiedon vastaanottajan kognitiivinen valmius IT-välineet: portaalit, cookiet, tukipalvelut ja multimedia	Tiedon siirtäminen on moniulotteinen tehtävä, joka käsittää inhimillisen käyttäytymisen, teknologian, systeemitieteen ja kognitiivisen tieteen. Tietoa jakavat esimiehet ovat avainasemassa etsimässä jatkuvasti uusia yhteyksiä, joilla voidaan hyödyntää tiedon siirtämistä.

<p>Krishnaveni & Sujatha 2012 Intia</p>	<p>Tutkia tiedon siirtämisessä käytettyjä pääelementtejä ja metodeja. Esitellä CoP-käsite (Concept of Communities of Practice) tiedon siirtämisessä, eli kuinka organisaatioiden asiantuntijoiden hiljainen tieto voitaisiin hyödyntää ja siirtää muiden käyttöön.</p>	<p>Tarkastella tutkimuksia CoP-käsitteestä ja tiedon johtamisesta. Kirjallisuuskatsaus.</p>	<p>Delphi study</p>	<p>CoP-käsite edistää hiljaisen tiedon ja koodatun tiedon oppimista. Yleisen tiedon olemassaolo yhdessä yhteisten arvojen kanssa helpottavat hiljaisen tiedon jakamista CoP:ssä. Yhteisön jäsenet oivaltavat toistensa implisiittisiä olettamuksia ja arvoja, jotka ovat sidottuja yksilön tietoon.</p>
---	--	--	---------------------	---



LIITE 5. TEEMAHAASTATTELURUNKO

Hoitohenkilökunnan kokemukset ja näkemykset Hiljaisesta tiedosta ja sen siirtymisestä ikääntyneiden hoitotyössä

1. Kuvaile ja kerro mitä ymmärrät hiljaisella tiedolla?/ Mitä hiljainen tieto mielestäsi on?
2. Mitä hiljainen tieto voisi olla hoitotyössä?
3. Miten käytät hiljaista tietoa työssäsi/ käytätkö?
4. Miten hiljainen tieto siirtyy tai voitaisiin siirtää hoitotyöntekijältä toiselle?
5. Kerro esimerkki hoitotyön tilanteesta, jossa olet käyttänyt hiljaista tietoa.
6. Kerro esimerkki, missä hiljaista tietoa siirrettiin/siirtyi toiselle työntekijälle ja mistä tiesit, että hiljainen tieto siirtyi toiselle hoitotyöntekijälle?

© Irmeli Paimensalo-Karell

LIITE 6. TIETOINEN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

HILJAISEN TIEDON SIIRTYMINEN

Suostun haastateltavaksi tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kerätä informaatiota hiljaisesta tiedosta hoitotyössä sekä hiljaisen tiedon siirtymisestä hoitotyöntekijältä toiselle.

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt tutkimuksesta kertovan tiedotteen (Liite 1). Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta (*Hiljaisen tiedon siirtyminen hoitotyöntekijältä toiselle*) ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Tiedot antoi:

___ / ___ / 20 ___. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Annan luvan itseäni koskevien, tutkimuksen kannalta tarpeellisten tietojen keräämisen tutkija Irmeli Paimensalo-Karellin tutkimusrekisteriin.

Kaikki minusta tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina. Tutkimuksessa kerätyt tiedot käsitellään siten, ettei henkilöllisyyden selvittäminen ole myöhemmin mahdollista. Haastattelumateriaali: äänitteet ja kirjalliset tuotokset arkistoidaan hyvää tutkimusetiikkaa ja salassapitolakia noudattaen.

Osallistumiseni tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Minulla on oikeus milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkittavaksi.

Allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys

Syntymäaika

Haastattelijan allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus sekä kopio tutkittavan tiedotteesta jäävät tutkijan arkistoon. Tutkittavan tiedote ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkittavalle.

LIITE 7. TIEDOTE TUTKITTAVALLE

Hiljainen tieto ja sen siirtyminen hoitotyössä työntekijältä toiselle

Pyydämme Teitä ystävällisesti osallistumaan haastateltavaksi tähän tutkimukseen, jonka tarkoituksena on selvittää hoitotyöntekijöiden käsityksiä hiljaisesta tiedosta ja sen siirtymisestä hoitotyössä työntekijältä toiselle. Tutkimuksen tavoitteena on parantaa hoitotyön laatua ja tuottaa uutta tietoa hoitotyössä käytettävästä tiedosta. Tutkimukseen osallistuu hoitohenkilökuntaa perusterveydenhuollosta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueelta. Sisäänottokriteerit ovat: 1) vähintään kymmenen (10) vuotta yhtäjaksoista työkokemusta kohdeorganisaatiossa ja 2) terveydenhuoltoalan ammatillinen koulutus. Tutkimukseen on saatu asianmukaiset luvat kohdeorganisaatioilta.

Aineisto kerätään teemahaastattelulla. Teemat perustuvat aiemmista tutkimuksista ja kirjallisuudesta sekä teoriasta havaittuihin tietoihin hiljaisesta tiedosta hoitotyössä. Haastattelut nauhoitetaan myöhempää analysointia varten. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja perustuu tietoisien suostumusten antamiseen. Teillä on mahdollisuus keskeyttää haastattelu halutessanne. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, yksityisyyttä suojaten ja hyvää tutkimusetiikkaa noudattaen. Nauhoitettu materiaali hävitetään tutkimuseettisin tavoin tutkimuksen valmistuttua ja raportoinnin jälkeen. Tulokset raportoidaan keväällä 2013 pro gradu -tutkielmana ja mahdollisena artikkelina ammatillisena tai tieteellisenä julkaisuna. Haastatteluajankohta ja -paikka voidaan sopia yhdessä.

Tutkimusta koskevia kysymyksiä voitte esittää tarvittaessa joko puhelimitse tai sähköpostitse allekirjoittaneille.

Yhteistyöstänne kiittäen

Irmeli Paimensalo-Karell
TtM-opiskelija
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos
20014 Turun yliopisto
040-756 3828
iopaka@utu.fi

Riitta Suhonen
Professori, TtT, dos.
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos
20014 Turun yliopisto
(02) 333 8417
riisuh@utu.fi

Maija Hupli
THT, lehtori
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos
20014 Turun yliopisto
(02) 333 8402
maiya.hupli@utu.fi

LIITE 8. AINEISTON RYHMITTELYVAIHE JA ABSTRAHOINTI ALAKATEGORIOIHIN - HILJAINEN TIETO

Esimerkkejä ryhmittelystä tutkimuskysymykseen Mitä hiljainen tieto on?

Ryhmä 1

EI KIRJA-TAI TIETEELLISTÄ TIETOA (n=11)
 ON TYÖKOKEMUSTA (n=13)
 ON ELÄMÄNKOKEMUSTA (n=12)
 VAISTOJEN, AISTIEN, INTUITION KÄYTTÖÄ (n=10)
 TIETO TULEE KIRJOISTA, KOULUTUKSESTA,
 KOKEMUKSESTA JA NETISTÄ (n=1)
 TIETO TULEE TEKEMISEN JA TEORIAN POHJALTA (n=1)

Alakategoria 1

TYÖ JA ELÄMÄNKOKEMUS

Ryhmä 2

ROHKEUTTA, USKALLUSTA (n=10)
 NÖYRYYTTÄ (n=11)
 KYKYÄ RAUHOITTAÄ TYÖILMAPIIRI (n=13)
 TIETOTALTOA
 LUONNE, LUONTEENPIIRTEET
 KUUNTELUTAIDOT
 VASTAANOTTOTAIDOT
 KYKY TEHDÄ ITSENÄISIÄ RATKAISUJA
 TAITOJA TULLA ERILAISTEN IHMISTEN
 KANSSA TOIMEEN
 USKO ITSEEN
 TAITO PYYTÄÄ APUA
 MIELIKUVITUKSEN KÄYTTÖÄ
 SINNIKKYYTTÄ JA LEMPEÄÄ YRITTÄMISTÄ
 KAOOTTISTEN TILANTEIDEN HALLINTAA
 TIETOA KUINKA TOIMIA
 JÄRKÄHTÄMÄTTÖMYYTTÄ
 MONIPUOLISTEN ROOLIEN KÄYTTÖÄ
 VUOROVAIKUTUSTAITOJA
 POSITIIVISUUTTA
 OMAN PERSONAN LIKOOON LAITTAMISTA
 KYKY HERKKYYTEEN
 VIRHEISTÄ OPPIMISTA
 DIPLOMATIAA

Alakategoria 2

HENKILÖKOHTAISET

OMINAISUUDET

Ryhmä 3

SYIDEN JA SEURAUSTEN ETSIMISTÄ
 TOTUUDENMUKAISUUTTA
 VASTUUNKANTOA
 EI RUTIININOMAISTA TYÖSKENTELYÄ
 TYÖN TEKEMISTÄ SYDÄMELLÄ
 AMMATILLISUUTEEN JA AMMATTIIN KASVAMISTA
 USKALLUSTA KYSEENALAISTAA TYÖTÄÄN
 TYÖN TEKEMISTÄ TUNNOLLISESTI
 KORKEAA TYÖMORAALIA
 PERUSTELUA OMALLE TOIMINNALLE
 TARKOITUKSELLISTA HOITAMISTA
 AMMATIN ARVOSTAMISTA
 MONIPUOLISTA TYÖHISTORIAA
 TYYTYVÄISYYTTÄ AMMATTITAITOISTA
 TIETOISUUTTA OMASTA ASEMASTA
 OMAAN AMMATILLISUUTEEN LIITTYVÄN
 RAJALLISUUDEN TUNNISTAMISTA
 ESTEETTISTÄ TYÖN JÄLKEÄ
 VARMUUTTA OIKEALLA ALALLA OLEMISESTA
 AMMATILLISTA YHTEENKUULUVUUTTA
 KOLLEGIAALISUUTTA
 KOLLEGAN ERILAISUUDEN ARVOSTAMISTA
 ORGANISOINTIKYKYÄ JA TYÖN SUUNNITELMALLISUUTTA
 TYÖN KOKONAISUUKSIEN HALLINTAA
 TULEVAISUUTEEN TÄHTÄÄVÄÄ TYÖSKENTELYÄ
 VASTUUNKANTOA TYÖN SUJUVUUDESTA
 TYÖYHTEISÖSSÄ TILAA KAIKKIEN KASVAA IHMISENÄ
 JA TYÖNTEKIJÄNÄ
 YHDESSÄ VUOROVAIKUTTAMALLA
 YHDESSÄ TEHTYÄ JA LUOTUA
 TYÖ ORGANISOITU HYÖDYTTÄMÄÄN KAIKKIA
 UUDEN TIEDON VASTAANOTTAMISTA JA SEN
 MUOKKAAMISTA DIPLOMATIAA
 TYÖYHTEISÖÖN SOPIVAKSI
 HUUMORIA YLLÄPITÄMÄÄN TYÖKYKYÄ JA
 JAKSAMISTA SEKÄ DIPLOMATIAA
 → YHDISTÄÄ
 TYÖYHTEISÖN JÄSENIÄ

Alakategoria 3

**YHTEISÖLLINEN
 AMMATILLISUUS**

Ryhmä 4

POTILAAN KOHTAAMISESSA VAADITUT TAIDOT
POTILAAN ASEMAAN ASETTAUTUMINEN
POTILAAN ARVOKAS KOHTAAMINEN
HALU OTTAA SELVÄÄ POTILAAN
KUNNOSTA JA VOINNISTA
POTILAAN IHMISARVOINEN KOHTELU
AIDOT POTILASKOHTAAMISET
POTILAAN OIKEA LÄHESTYMINEN
POTILAAN KUNNIOITUS
POTILAAN KOKONAISVALTAINEN HUOMIOINTI
POTILAAN RAUHALLINEN KÄSITTELY
OMAISTEN ASIALLINEN KOHTELU
ENSISIJAJAISESTI POTILASTA VARTEN
POTILAAN EHDOILLA JA HÄNEN HYVÄKSEEN
TAPAHTUVAA TOIMINTAA
LUPA KOSKETTAA
OMISTAUTUMISTA POTILAAN PARHAALLE
TAITO LUKEA POTILAASTA PIILOISIA JA
NÄKYVIÄ VIESTEJÄ

Alakategoria 4

**POTILAAN
EDUNVALVONTA**

LIITE 9. AINEISTON RYHMITTELYVAIHE JA ABSTRAHOINTI –HILJAISEN
TIEDON SIIRTYMINEN

Hiljaista tietoa siirretään:

PEREHDYTTÄMÄLLÄ
 PARITYÖLLÄ
 KOULUTTAMALLA
 LUOMALLA AVOIN ILMAPIIRI
 SÄÄNNÖLLISILLÄ KOKOONTUMISILLA
 AVOIMELLA TYÖYMPÄRISTÖLLÄ
 TURVALLISELLA TYÖYMPÄRISTÖLLÄ
 TYÖPAIKKAKOKOUKSILLA
 HYVILLÄ KESKUSTELUILLA
 OMALLA PERSONALLA
 SIIRTÄMÄLLÄ ASENNETTA
 OMALLA ESIMERKILLÄ
 OPETTAMALLA
 NEUVOMALLA
 PARITYÖLLÄ
 KISÄLLI-MENTORI-PERIAATTEELLA
 SUUSANALLISESTI
 SIIRTÄMÄLLÄ TAPOJA
 SIIRTÄMÄLLÄ ASENNETTA
 VASTUULLISUUDELLA
 HALULLA

Yläkategoria

VUOROVAIKUTTAMALLA