



YKSILÖVASTUISEN HOITOTYÖN PERIAATTEIDEN TOTEUTUMINEN POTILaidEN ARVIOIMANA

Johanna Leino ja Mari Kähärä

**Opinnäytetyö
Lokakuu 2008**

Sosiaali- ja terveysala



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Tekijä(t) Johanna Leino ja Mari Kähärä	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 50 + 11	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi Yksilövastuuisen hoitotyön periaatteiden toteutuminen potilaiden arvioimana		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Lea Leiwo		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän kaupunki, Kyllön terveystieteiden keskus		
Tiivistelmä Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, miten yksilövastuuisen hoitotyön periaatteet (vastuullisuus, itsenäisyys, jatkuvuus ja koordinointi sekä kattavuus) toteutuivat terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla potilaiden arvioimana. Opinnäytetyö oli tilastollinen eli kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, jossa oli strukturoituja ja avoimia kysymyksiä, keväällä 2008. Aineiston analysoinnissa käytettiin SPSS 15.0- for Windows tilasto-ohjelmaa. Aineistoa tarkasteltiin frekvenssi- ja prosenttijakaumina sekä käyttämällä ristiintaulukointia. Avointen kysymysten tulokset raportoitiin suorina lainauksina. Kyselyyn vastasi 64 potilasta, joten vastausprosentti oli 40 %. Yksilövastuuisen hoitotyö ei toteutunut työjakomallina, sillä vain vajaa puolella vastaajista oli nimetty omahoitaja. Potilaiden mielestä yksilövastuuisen hoitotyön periaatteet kuitenkin toteutuivat melko hyvin. Vastuullisuuden periaatteessa puutteita koettiin hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa yhdessä hoitajan kanssa. Osa vastaajista koki, että eivät saaneet riittävästi aikaa hoitajilta. Itsenäisyyden ja jatkuvuuden sekä koordinoinnin periaate toteutuivat melko hyvin. Kattavuuden periaatteessa puutteita koettiin henkisen tuen saamisessa. Potilaat, joilla oli omahoitaja, olivat tyytyväisempiä hoitoon. Sairaalassa olo koettiin turvalliseksi vaikka potilaalla ei ollut omahoitajaa. Avoimissa vastauksissa tuli esille hoitajien kiire ja henkilökuntaa toivottiin lisää. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä yksilövastuuisesta hoitotyöstä potilaskeskisemmäksi.		
Avainsanat (asiasanat) yksilövastuuisen hoitotyö, vastuullisuus, itsenäisyys, jatkuvuus, koordinointi, kattavuus, omahoitaja		
Muut tiedot		

Author(s) Johanna Leino ja Mari Kähärä	Type of Publication Bachelor´s Thesis	
	Pages 50 +11	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title Realization of the principles of the primary nursing in health centre hospital evaluated by patients		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) Lea Leiwo		
Assigned by City of Jyväskylä, Kyllö's health centre hospital		
Abstract <p>The object of this thesis was to determine how the principles of primary nursing (responsibility, autonomy, continuance, coordination, coverage) realized in the wards of adults of health centre hospital evaluated by patients.</p> <p>This thesis was statistical. The data was collected using a questionnaire which had closed and open ended questions in Spring 2008. The data analysis was used SPSS 15.0 – for Windows programme. Percentage and frequency distribution and cross tabulation (a primary nurse) were used in the analysis of the data. The open questions were reported in the form of direct quotations. The response percentage of the inquiry was 40 %.</p> <p>Over half of the respondents had had no named primary nurse or had not been aware that they had been assigned a named primary nurse. The principles of primary nursing were anyway evaluated by patient to be implemented quite well. Responsibility realized partly because part of patients wasn't involved in planning of nursing or assessment of nursing together with a nurse. Part of answerers estimated that a nurse didn't give time them enough. Autonomy, coordination and continuance realized quite well. The principle of coverage was evaluated to realize partly because of lack of mental support. Those respondents who knew their named primary nurse estimated that the principles of the primary nursing had been implemented better. Respondents evaluated that they felt safe during their hospital stay even if they hadn't a named primary nurse. Patients noticed the hurry of the staff in open answers. To advance nursing patients proposed that there should be more nurses in wards.</p> <p>These results can be used to develop the primary nursing to satisfy patients' needs better.</p>		
Keywords primary nursing, responsibility, autonomy, continuance, coordination, coverage, a primary nurse		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ (PRIMARY NURSING).....	4
2.1 Hoitotyön kehittyminen kohti yksilövastuista hoitotyötä	4
2.2 Yksilövastuisen hoitotyön määrittelyä.....	5
2.1.1 Vastuullisuuden periaate.....	8
2.1.2 Itsenäisyyden periaate	10
2.1.3 Jatkuvuuden ja koordinoinnin periaate.....	11
2.1.4 Kattavuuden periaate.....	12
2.3 Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana aikaisempien tutkimusten valossa	13
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	18
3.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	18
3.2 Opinnäytetyön menetelmä	18
3.3 Opinnäytetyön aineiston keruu.....	20
3.4 Aineiston analysointi	20
4 TUTKIMUKSEN TULOKSET	21
4.1 Vastaajien taustatiedot	21
4.2 Vastuullisuuden periaatteen toteutuminen	23
4.3 Itsenäisyyden periaatteen toteutuminen.....	25
4.4 Jatkuvuuden ja koordinoinnin periaatteen toteutuminen	26
4.5 Kattavuuden periaatteen toteutuminen	27
4.6 Kehittämishaasteita, joita potilaat tuovat esille	31
5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	33
5.1 Opinnäytetyön luotettavuus.....	33
5.2 Opinnäytetyön eettisyys.....	36
5.3 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua.....	36
5.4 Yhteenveto tutkimustuloksista ja kehittämisehdotuksia	44
5.5 Oman oppimisen pohdinta	47
LÄHTEET	48

LIITTEET	51
Liite 1. Saatekirje vastaajalle	51
Liite 2. Saatekirje henkilökunnalle.....	52
Liite 3. Kyselylomake.....	53
Liite 4. Omahoitajan merkitys	59

1 JOHDANTO

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785, 5 §) säätelee potilaan oikeuden hyvään hoitoon ja kohteluun. Keskeisenä ajatuksena on potilaan itsemääräämisen kunnioittaminen ja siihen liittyen oikeus tiedonsaantiin ja -suojaan. Lain mukaan potilas on otettava yhdeksi päättäväksi osapuoleksi hoitoprosessissa. (L.17.8.1992/785.)

Yksilövastuista hoitotyötä on pidetty osoituksena hoitotyön kehittyneisyydestä ja pyrkimyksenä tehdä hoitotyötä entistä paremmin (Kalasniemi, Kuivalainen & Ryhänen 2002, 21). Yksilövastuinen hoitotyö mahdollistaa inhimillisen ja potilaskeskeisen hoitotyön toteuttamisen (Nyman 2006, 1-2; Kalasniemi ym. 2002, 14; Kylävalli 1995, 18; Karpov 1992, 67–69). Sen eduista ollaan samaa mieltä. Se lisää paitsi hoitohenkilöstön tyytyväisyyttä, myös potilaat ovat olleet tyytyväisempiä saamaansa hoitoon (Nyman 2006, 9; Voutilainen & Laaksonen 1994, 80–81). Pukurin (1997) tutkimuksessa 86 % hoitajista piti yksilövastuista hoitotyötä parhaana tapana hoitaa potilaita (Pukuri 2002, 67).

Yksilövastuisella hoitotyöllä koetaan parantuvan hoidon suunnittelu ja potilaiden yksilöllisyyden huomioiminen. Omahoitajuus on lähtökohta potilaan tahdon toteutumiseksi. Omahoitajan saaneet potilaat osallistuivat muita useammin hoidon suunnitteluun, hoidosta keskustelemiseen, jatkohoidon suunnitteluun sekä vaikuttivat hoitotoimenpiteiden ajankohtaan. He kokivat muista useammin saaneensa myös riittävää ohjausta ja neuvontaa. Omahoitajan saaneet potilaat kokivat omaistensa tulleen paremmin huomioituksi. (Nyman 2006, 14–16.)

Yksilövastuista hoitotyötä on tutkittu erityisesti 90-luvulla, enimmäkseen hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Potilaiden kokemuksia yksilövastuisesta hoitotyöstä on tutkittu vähemmän. Tästä syystä halusimme tutkia nimenomaan potilaan näkemystä hoitotyöstä. Potilas on loppujen lopuksi paras arvioimaan saamaansa hoidon laatua. Meitä kiinnosti tietää, miten yksilövastuinen hoitotyö toteutuu 2000-luvun muuttuvassa yhteiskunnassa. Hoitotyöhön ovat tuoneet haastetta kasvavat suuret ikäluokat, jotka ovat yhä iäkkäämpiä ja monisairastavampia, kuntien talouden heikkeneminen, hoitohenkilökunnan riittämättömyys tarpeisiin nähden ja supistuneet resurssit (ehkäisevän työn väheneminen, osastosulut, hoitotakuu). Sairaanhoidajakoulutuksemme aikana yksilövastuista hoitotyötä ei ole sellaisenaan käsitelty, vaikka koulutuksemme aikana olem-

mekin keskustelleet potilaslähtöisyydestä ja hoitotyön laadusta. Haluamme syventää näkemystämme yksilövastuisesta hoitotyöstä. Teoriaosuuden laatimisessa käytämme aikaa yksilövastuisen hoitotyön käsitteen avaamiselle ja ymmärtämiselle. Haluamme selvittää mitä yksilövastuinen hoitotyö on konkreettisesti.

Kyllön terveystieteiden keskuslaitoksessa on toteutettu ja kehitetty yksilövastuista hoitotyötä jo noin seitsemän vuoden ajan. Yksilövastuisen hoitotyön toteutumista on aikaisemmin tutkittu muun muassa henkilökunnan näkökulmasta. Omahoitajuuden rinnalle on noussut ajatus tiimityöskentelystä. Potilaan näkökulma yksilövastuisesta hoitotyöstä ei ole aikaisemmin tutkittu Kyllön terveystieteiden keskuslaitoksessa. Toki potilaiden tyytyväisyyttä saamiinsa palveluihin on selvitetty kerran vuodessa potilastyytyväisyyskyselyllä. Opinnäytetyössämme selvitämme potilaiden kokemuksia yksilövastuisen hoitotyön ja sen periaatteiden toteutumisesta Kyllön terveystieteiden keskuslaitoksen vuodeosastoilla 1, 2, 4 ja 5.

Muhonen (2008) on tutkinut yksilövastuisen hoitotyön ja tiimityön toteutumista Jyväskylän kaupungin terveystieteiden keskuslaitoksessa hoitajien arvioimana. Opinnäytetyömme tulokset täydentävät tätä tutkimusta ja antavat suuntaa yksilövastuisen hoitotyön toteutumisesta Kyllön vuodeosastoilla potilaiden näkökulmasta.

2 YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ (PRIMARY NURSING)

2.1 Hoitotyön kehittyminen kohti yksilövastuista hoitotyötä

Hoitotyötä voidaan organisoida monella tavalla. Näitä voivat olla tehtäväkeskeinen malli, ryhmätymalli, modulaarinen malli tai yksilövastuinen hoitotyön malli. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 69–71.) Näistä käymme lyhyesti läpi tehtäväkeskeisen, modulaarisen ja yksilövastuisen hoitotyön mallin.

Tehtäväkeskeisessä mallissa toimintaa ohjaavat tehtävä ja organisaation tarpeet. Sitä leimaavat rutiininomaisuus ja toimenpidekeskeisyys. (Karpov 1992, 67–69.) Tehtäväkeskeisessä mallissa hoitotyö on pilkottu tehtäviin, joista vastaavat eri hoitajat. Tällöin hoidon jatkuvuus ja potilaan huomioiminen kokonaisvaltaisesti on mahdotonta, koska potilaasta vastaavat kaikki hoitajat, mutta kenelläkään heistä ei ole kokonaiskuvaa

potilaasta ja hänen tilanteestaan. Osastonhoitaja jakaa tehtävät ja koordinoi potilaiden hoitoa. Vain hän tietää potilaiden kokonaistilanteen. (Kalasniemi ym. 2002, 12; Kylävalli 1995, 3; Voutilainen & Laaksonen 1994, 70–72.)

Modulaarista mallia pidetään yksilövastuisen hoitotyön yhtenä muotona. Käytännössä se tarkoittaa, että yksikkö jaetaan moduleihin, joissa työskentelee pysyvästi tietty hoitohenkilöstö. Hoitotyön jatkuvuus ja potilaskeskeisyys toteutuvat tässä mallissa paremmin kuin tehtäväkeskeisessä. Modulaarisessa mallissa vastuullisuus on kuitenkin määritelty kestämään kahdeksan tuntia vuorokaudessa, kun taas yksilövastuisessa se tarkoittaa koko hoitajakson ajan. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 74–75; Kylävalli 1995, 3.)

Yksilövastuinen hoitotyö on kehittynyt vastalauseena tehtäväkeskeiselle toimintatavalle. Sairaanhoitajat eivät enää tyytyneet hoitotyön pirstoutuneisuuteen, viestinnän monimutkaisuuteen ja potilaskontaktien vähäisyyteen. Suomeen yksilövastuinen hoitotyö alkoi levitä 1980-luvulla. Suomen sairaanhoitajaliitto asetti vuonna 1993 tavoitteen, jonka mukaan vuoteen 2000 mennessä Suomen sairaaloissa ja terveyskeskuksissa toimittaisiin yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden mukaisesti. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 76–81, 121; Kalasniemi ym. 2002, 13–14.)

2.2 Yksilövastuisen hoitotyön määrittelyä

1980-luvulla puhuttiin omahoitajamallista, -järjestelmästä, -käytännöstä tai vastaavasti vastuuhoidajamallista. 1990-luvulle tultaessa käsite näyttää vakiintuneen yksilövastuiseksi hoitotyöksi, koska halutaan korostaa sekä yksilöä että vastuuta. Myös yksilövastuisen hoitotyön toteuttajaa on kuvattu omahoitajaksi, omasairaanhoitajaksi, omavastuiseksi hoitajaksi, omavastuuhoidajaksi, vastuuhoidajaksi tai yksilövastuiseksi kokonahoidajaksi. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 111.) Lukander käyttää omassa tutkimuksessaan käsitettä vastuuhoidajamalli, koska se hänen mielestään kuvaa parhaiten mallin olennaista ominaisuutta eli yhden hoitajan kokonaisvastuuta potilaan hoitotyöstä koko sairaalassaoloajan (Lukander 1993, 9). Kielitoimisto on suositellut käytettäväksi sanaa omahoitaja (Murtola 1993, 5). Tässä omassa työssämme käytämme sanoja yksilövastuista hoitotyötä ja omahoitajaa.

Hegyvaryn (1987) mukaan yksilövastuinen hoitotyö on sekä hoitotyön filosofia että työnjakomalli. Organisointitapana yksilövastuinen hoitotyö merkitsee, että sama hoitaja vastaa potilaan koko hoidosta potilaan hoitajakson ajan. Hoitotyön filosofiana se on potilaskeskeinen käytäntö, joka ohjaa omahoitajan toimintaa. Hegyvaryn (1987) mukaan yksilövastuisen hoitotyön periaatteet ovat vastuullisuus, autonomia, koordinointi ja kattavuus. (Hegyvary 1987, 17–19). Anttikoski (1996) viittaa Perälään, jonka mukaan omahoitajalla on vastuu omien potilaiden hoitotyön jatkuvuudesta, yksilöllisyydestä, koordinoinnista ja kattavuudesta (Anttikoski, Holopainen, Kostiainen, Luostarinen & Väyrynen 1996, 5-6).

Toisaalta Kalasniemi (2002) tuo esille tutkimuksessaan Pontinin (1999), jonka mukaan yksilövastuinen hoitotyö ei ole sinänsä filosofia vaan se mahdollistaa hoitotyön perusfilosofian toteutumisen, johon kuuluvat potilaskeskeisyys, hoidon jatkuvuus, kattavuus ja koordinointi (Kalasniemi ym. 2002, 6, 14). Voutilaisen (1994) mielestä yksilövastuinen hoitotyö ei ole arvo sinänsä vaan se on yksi tapa toteuttaa potilaskeskeistä hoitotyötä (Voutilainen & Laaksonen 1994, 113).

Käsite yksilövastuinen hoitotyö tarkoittaa hoitotyötä, jossa yksilöllä tarkoitetaan sekä hoitajaa että potilasta (Nyman 2006, 3). Yksilövastuiseen hoitotyöhön liittyy hoitoon sitoutuminen, joka tarkoittaa sekä potilaan että omahoitajan sitoutumista hoitajaksoon ja sen toteuttamiseen (Jussila, Ruikka, Kangas, Junkkonen & Karjalainen 2001, 9). Jos yksilövastuista hoitotyötä ajatellaan vain työnjakomallina, voidaan hoitotyöhön orientoitua eri tavoin; asiantuntija-, potilas- tai yhteistyölähtöisesti. Yksilövastuinen hoitotyö voi olla siis teknisesti orientoitunutta, jossa toista ihmistä jopa esineellistetään. Yhteistyölähtöisesti tarkasteltuna potilas on vastuullinen ja yhdenvertainen yhteistyökumppani, ja hoitaja antaa oman asiantuntemuksensa potilaan käyttöön. (Virtanen 2002, 26–27.) Yksilövastuisen hoitotyönfilosofian ihmiskäsityksen mukaan potilas on aktiivinen ja kykenevä ottamaan osaa omaan hoitoonsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon (Kylävalli 1995, 6).

Potilaan ja omahoitajan yhteistyösuhde on yksilövastuisen hoitotyön ydin (Laitinen & Karhe 2000, 22). Jos potilas jätetään vuorovaikutussuhteen ulkopuolelle, hänet nähdään tällöin objektina. Potilaan poissulkemisesta tapahtuu esimerkiksi silloin kun useampi hoitaja huolehtii hänestä samanaikaisesti. (Sundeen, Stuart, Rankin & Cohen 1987, 127–128.) Munnukka (1993) on väitöskirjassaan syventänyt yksilövastuisen

hoitotyön sisältöä. Hän on laatinut potilaan kokemusten perusteella yhteistyösuhteen mallin, minkä vuoksi se on erityisen potilaslähtöinen. Hänen mukaansa ”yksilövastuinen hoitotyö on potilaan ja omahoitajan, kahden yhdenvertaisen yhteistyösuhde.” Tässä yhteistyösuhteessa molemmat työskentelevät potilaan terveyden edistämiseksi. Omahoitaja tuo potilaan käyttöön ammatillisuutensa potilaan sen hetkiseen ainutlaatuisen elämäntilanteeseen. Potilas voi kokea läheisyyttä, turvautua toiseen ihmiseen ja tulla oikeaan aikaan autetuksi. Yhteistyösuhde lisää potilaan tietoisuutta itsestään, auttaa näkemään mahdollisuuksia ja mahdollistaa potilaan oman elämän hallinnan. Yhteistyö edellyttää aikaa ja jatkuvuutta. (Munnukka 1993, 99.)

Yksilövastuiselle hoitotyölle ei ole muodostettu selkeää määritelmää. Jokainen organisaatio kuvaa sitä omista lähtökohdistaan käsin. (Pokki & Merasto 1997, 3; Nyman 2006, 3.) Voutilaisen (1994) mukaan tarvitaan yhteinen lauselmä sille, mitä yksilövastuinen hoitotyö tarkoittaa (Voutilainen & Laaksonen 1994, 111; Nyman 2006, 3). Yksilövastuisen hoitotyön vaikutuksia, soveltuvuutta ja edellytyksiä eri hoitotyön tilanteissa on tutkittu melko runsaasti. Vähemmälle huomiolle on jäänyt yksilövastuista hoitotyön toimintamallia kuvaavien periaatteiden kuten vastuullisuus, itsenäisyys tai kattavuus, sisällön kuvaus. Periaatteiden sisältö esitetään melko yleisellä tasolla. Pohdinta käsitteiden käytännöllisestä sisällöstä näyttää jäävän hyvin pitkälle yksittäisen sairaanhoitajan varaan. (Laaksonen 1996, 3-4.) Toimintamallin periaatteet kaipaavat käytännöllistä määrittelyä (Laaksonen 1996, 60), sillä yksilövastuista hoitotyötä käsittelevissä tutkimuksissa esiintyy käsitteellistä kirjavuutta. Useimpien tutkimusten näkökulma on henkilökunnan, ei potilaan. Käsitteistö ei ole vakiintunutta. (Kylävalli 1995, 18.)

Yksilövastuisen hoitotyön toteuttaminen käytännössä on erilaista eri yksiköissä. Jokaisen yksikön on sovellettava itselleen paras tapa toimia, jotta lopputuloksena olisi yksilöllinen hoito potilaan kokemana. Ydinasia on, että potilaalla on omahoitaja, jonka nimen hän tietää. Potilaan tulisi myös kokea, että hänen toiveensa on kuultu, hän voi halutessaan osallistua hoitonsa suunnitteluun ja hän tietää kotiutuessa, miten hoitaa itseään kotona ja mihin ottaa yhteyttä, jos kotona ilmenee ongelmia. On myös tärkeää, että potilas kokee hoitajan suhtautuvan häneen tasa-arvoisesti ja kunnioittaen hänen mielipiteitään. (Ryhänen 2007, 89.) Hoitotyön periaatteilla tarkoitetaan yleisesti hyväksytyjä hoitamisperusteita, joihin päätöksenteko hoitotyössä perustuu (Janhonen, Kuokkanen, Kääriäinen & Matikka, 1993, 91).

2.1.1 Vastuullisuuden periaate

Vastuu tarkoittaa velvollisuudeksi vastata jostakin asiasta. Vastuullisuus tarkoittaa edellisen lisäksi, että ihminen on vastuukykyinen. Vastuussa oleminen tarkoittaa, että osoitettu vastuu hyväksytään, siihen sitoudutaan ja vastuussa oleminen osoitetaan näkyväksi. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 7, 47.) Vastuullisuutta voidaan arvioida ja kuvailla monesta näkökulmasta, esimerkiksi kenelle hoitotyössä ollaan vastuullisia, mistä hoitotyöstä ollaan vastuullisia ja miten vastuullisuus tulee osoittaa (Laaksonen 1996, 27–28).

Vastuullisuus tarkoittaa, että yksi hoitaja, omahoitaja, vastaa itsenäisesti potilaan hoitotyön tarpeen määrittämisestä, suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista yhdessä potilaan kanssa potilaan koko sairaalassa oloajan vuorokauden ympäri (Hegyvary 1987, 17; Lehtinen & Pantsar 1999). Anttikoski (1996) viittaa Perälään (1989), jonka mukaan omahoitaja on vastuullinen toiminnastaan ensisijaisesti potilaalle. Hän on vastuussa myös esimiehelle, työyhteisölle ja koko ammattikunnalle. Tämä edellyttää, että omahoitajalla on valtuudet itsenäiseen päätöksentekoon ja toimintaan omien potilaiden hoitotyössä. (Anttikoski ym. 1996, 5-6). Vastuullisuus ei tarkoita, että omahoitajan tulisi olla vapaa-aikanaan potilaiden tavoitettavissa. Omahoitaja ei voi olla ainoa hoidon antaja, sillä hän ei voi olla työpaikalla koko ajan. (Lukander 1993, 12.) Kun omahoitaja ei ole paikalla, potilaalle on nimetty korvaava hoitaja, joka noudattaa hoitosuunnitelmaa omahoitajan ollessa poissa (Voutilainen & Lukander 1994, 78). Omahoitajan keino varmistaa hoidon jatkuvuus on laatia yhdessä potilaan kanssa kirjallinen hoitosuunnitelma, joka ohjaa korvaavan hoitajan työtä omahoitajan poissa ollessa. Omahoitajan vastuulla on myös hoitosuunnitelman päivittäminen. (Pokki & Merasto 1997, 3.)

Laaksonen (1996) on haastatellut yksilövastuista hoitotyötä tekeviä sairaanhoitajia vastuullisuuden käsitteestä. Keskeiseksi teemaksi haastatteluaineistossa nousi hoitotyön päämäärään pyrkiminen, joka oli potilaan selviytymisen, hyvinvoinnin tai hyvän olon edistämistä. Tämä edellytti, että potilaan hoidolle asetettiin selkeä ja tietoinen tavoite, ja työskenneltiin sen tavoitteen saavuttamiseksi. Hoitajat pyrkivät tähän päämäärään olemalla hoitosuhteessa potilaan kanssa, huolehtimalla hoitotyön laadusta ja toimimalla työyhteisön jäsenenä. Ennen kaikkea sairaanhoitajat todettiin vastuulliseksi hoitotyön prosessin toteuttamisesta. (Laaksonen 1996, 7, 32.)

Laaksosen (1996) tutkimuksessa oleminen hoitosuhteessa potilaan kanssa tarkoittivat sekä sairaanhoitajan asennoitumista hoitosuhteeseen että siinä toimimista. Asennoitumisessa korostuivat potilaan oikeus itseään koskevaan tietoon ja potilaan oikeus omiin mielipiteisiin, sairaanhoitajan ja potilaan tasavertaisuus, yksilöllisyys ja vastavuoraisuus. Toimiminen hoitosuhteessa ilmeni potilaaseen tutustumisena ja hänen parhaaksensa toimimisena. Potilaaseen tutustuttiin valmistautumalla potilaan tuloon sairaalaan. Potilaan tullessa sairaalaan sairaanhoitajat pyrkivät luomaan välittömästi kontaktin potilaaseen esittelemällä itsensä ja tiedustelemalla potilaan vointia. Sairanhoitajat pyrkivät hahmottamaan potilaan kokonaistilanteen. He halusivat saada kuvan potilaan tiedoista, taidoista ja merkityksiä, joita potilaat olivat antaneet eri asioille esimerkiksi sairaudelle. Potilaan parhaaksi toimiminen tarkoitti, että potilas ja sairaanhoitaja asettivat tavoitteen hoitotyölle. (Laaksonen 1996, 32–40.)

Laaksosen (1996) tutkimuksessa toinen keskeinen elementti hoitosuhteessa toimimisessa oli potilaan turvallisuudesta huolehtiminen, joka sisälsi fyysisen turvallisuuden, tiedottamisen, saatavilla olon, todesta ottamisen ja luottamuksen, potilaan tunteiden vastaanottamisen ja suodattamisen. Saatavilla olo tarkoitti, että sairaanhoitaja oli potilaan tavoitettavissa silloin kun tämä tarvitsi häntä. Todesta ottaminen tarkoitti, että sairaanhoitaja suhtautui vakavasti potilaan esittämiin asioihin. Tunteiden vastaanottaminen merkitsi, että potilas sai purkaa pahaa oloaan ja sairaanhoitaja vastaanotti nämä tunteet. Suodattaminen tarkoitti, että sairaanhoitaja toimi esimerkiksi välikätenä lääkärin tai terveydenhuollon organisaation välillä. Vastuullisuuteen liittyi myös hoitosuhteen ja siinä työskentelemisen jatkuva arviointi. (Laaksonen 1996, 32–40.)

Nymanin (2006) mukaan vastuullisuus käytännössä tarkoittaa, että on määriteltävä kuka on vastuussa ja kenelle. Potilaalle tämä tarkoittaa sitä, että hän tietää kuka on hänen omahoitajansa ja mitä omahoitajan rooliin kuuluu. (Nyman 2006, 6-7.) Kylävallin mukaan myös potilaan perhe ja toiset työntekijät tietävät, kuka potilaan omahoitaja on (Kylävalli 1995, 7-8). Kuka tahansa ei voi toimia omahoitajana, sillä siihen tarvitaan riittävää ammattitaitoa, joka kehittyy kokemuksen, jatkuvan itsensä kehittämisen ja uuden tiedon hankkimisen myötä (Nyman 2006, 6-7). Omahoitajan vastuullisuus ilmenee hoitotyön koko prosessissa, hoitosuunnitelman tekemisestä aina sen arvioimiseen asti. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että potilaalle tehdään kirjallinen hoitosuunnitelma. Yksilövastuisen hoitotyön ihmiskäsityksen mukaan potilas on vastuullinen hoidostaan ja hänen annetaan ottaa tämä vastuu. Tällöin potilas osallistuu

voimavarojensa mukaan hoitosuunnitelman tekoon yhdessä omahoitajan kanssa. (Kylävalli 1995, 7-8.)

2.1.2 Itsenäisyyden periaate

Omahoitajan itsenäisyys ja valtuudet tarkoittaa Haapalan ym. (2001) tutkimuksessa sitä, että omahoitajalla on oikeus ja velvollisuus tehdä hoitotyötä koskevia päätöksiä ammattinsa asettamissa rajoissa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että omahoitaja ei noudata lääkärin määräyksiä tai ei ota huomioon muiden ammattiryhmien mielipiteitä. Itse asiassa itsenäinen omahoitaja toimii yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa. (Haapala & Hyvönen 2001, 9-10.) Päätöksenteko ei tarkoita osaston rutiinien noudattamista tai muiden tekemien päätösten toimeenpanoa (Nyman 2006, 8). Omahoitaja on yhteistyössä kaikkien potilaan hoitoon osallistuneiden kanssa hoitotyön asiantuntijana ja potilaan edustajana (Voutilainen & Laaksonen 1994, 79). Itsenäisyyden periaate ymmärretään sairaanhoitajan asiantuntemuksen käyttöä potilaan hyvän olon edistämiseksi (Laaksonen 1996, 6).

Itsenäisyys on riippumattomuutta ulkopuolisesta määräysvallasta ja oikeutta ja valtaa määrätä itsestään (Kerätär 2003, 9). Kylävallin (1995) mukaan hoitajan itsenäisyys toteutuu, kun potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan (Kylävalli 1995, 8-9; Haapala ym. 2001, 9-10). Yksilövastuisen hoitotyön filosofian mukaisesti potilas osallistuu hoitoaan koskevaan päätöksentekoon yhdessä omahoitajan kanssa. Tämä edellyttää, että omahoitaja hyväksyy potilaan juuri sellaisena kuin hän on ja kunnioittaa hänen tapojaan. Omahoitajan itsenäisyys näkyy myös siinä, miten hän sallii ja tukee potilaan osallistumista omaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Kylävalli 1995, 8-9.) Potilaan itsemäärääminen kohdistuu potilaan omaan ruumiiseen, persoonaan ja henkilökohtaiseen koskemattomuuteen. Hoitohenkilökunnan velvollisuus on kunnioittaa ja suojata potilaiden itsemääräämisoikeutta. (Kerätär 2003, 9.)

Kalasniemi (2002) viittaa Mäkisaloon (1999), jonka mukaan yksilövastuinen hoitotyö ei ole yksin tekemistä. Tiimityöskentely on noussut yksilövastuisen hoitotyön tueksi. Tämän näkemyksen mukaan omahoitaja vastaa potilaan hoidosta itsenäisesti, mutta omahoitajan vastuuseen kuuluu tarvittaessa konsultoida tiimin jäseniä. (Kalasniemi ym. 2002, 17.)

2.1.3 Jatkuvuuden ja koordinoinnin periaate

Hoidon jatkuvuus voidaan ymmärtää antajakohtaisena tai tiedon jatkuvuutena. Antajakohtaisella tarkoitetaan, että sama henkilö hoitaa potilaita ja näin hänellä on mahdollisuus seurata potilaan voinnissa tapahtuvaa muutosta ja kehitystä. Antajakohtaisella voidaan ymmärtää myös, että sama henkilö joutuu ottamaan kantaa, koordinoimaan ja hoitamaan potilaansa hyvinvointiin liittyviä asioita. Tiedon jatkuvuus taas tarkoittaa tiedon välittymistä muuttumattomana henkilöltä toiselle oikea-aikaisesti. (Janhonen ym. 1993, 127–129.) Koordinointi tarkoittaa, että omahoitaja suunnittelee potilaan hoidon niin, että se etenee systemaattisesti ja siten, että kaikilla potilasta hoitavilla on yhteiset tiedot, suunnitelma ja käsitys potilaan hoidosta. Kirjallinen hoitosuunnitelma toimii omahoitajan apuvälineenä ja tiedon välittäjänä hoidon etenemisestä. (Pukuri 2002, 63–64.)

Jatkuvuus potilaalle merkitsee tietoa, miten hänen hoitonsa etenee hoitojakson aikana, miten hänen jatkohoitopaikkansa on suunniteltu ja miten hänen tulee hoitaa itseään kotona. Potilas tietää jatkuvasti mitä hänelle kulloinkin tapahtuu. Omahoitaja antaa potilaalle riittävät suulliset ja kirjalliset ohjeet ja sen lisäksi tarvittavat yhteystiedot, jos potilaalle tulee kysyttävää hoitoonsa liittyen potilaan kotiutuessa. Jatkuvuus ilmenee myös siten, että potilaan ei tarvitse toistaa samoja asioita eri hoitajille, vaan riittää, että hän on kerran maininnut asiasta omahoitajalle. Jatkuvuus voidaan ymmärtää potilaan kokonaisprosessin etenemisenä suunnitelman mukaisesti. (Kylävalli 1995, 11–12.) Hoitojakson päättyessä jatkuvuus merkitsee kotiutumisen tai toiseen hoitopaikkaan siirtymisen huolellista valmistelua ja koordinointia. Omahoitajan tulee tehdä myös hoitojaksosta arviointia ja yhteenvetoa, jota voidaan hyödyntää seuraavassa hoitopaikassa ja seuraavalla hoitokerralla. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 80; Kerätär 2003, 14–15.)

Potilaan hoito on koordinoitua silloin kun hän voi havaita häntä koskevien, toimintaan vaikuttavien asioiden olevan kaikkien hoitoon osallistuvien tiedossa. Tällöin kaikki hänen hoitoonsa osallistuvat tietävät suunnitelmista ja hoitosopimuksista. Potilaan omat toiveet on myös otettu huomioon. Potilaalla tulisi myös olla riittävät tiedot osaston päiväohjelmasta ja omien hoitojensa ja tutkimustensa ajankohdista. (Kylävalli 1995, 9.) Koordinointi tarkoittaa käytännössä myös sitä, että omahoitaja suunnittelee vuorokautisen hoitotyön, lääketieteelliset tutkimukset ja hoidon sekä sosiaalityön,

fysioterapian, psykologin ja sairaalasielunhoidon palvelut sujuvasti kokonaisuudeksi. Koordinointi tapahtuu potilaan näkökulmasta, kun hän huomaa hoitonsa toteutuvan suunnitellusti, joustavasti ja aikatauluja noudattaen. (Kerätär 2003, 14- 15.)

2.1.4 Kattavuuden periaate

Kattavuuden periaate tarkoittaa, että hoitaja ottaa huomioon potilaan fyysiset, emotionaaliset, hengelliset, taloudelliset tarpeet ja vastaa myös potilaan tiedon- ja ohjaustarpeisiin. (Laakso & Routasalo 1998, 4.) Jotta kattavuuden periaate toteutuisi käytännössä, edellyttää se yksilöllistä hoitotyön suunnittelua jokaiselle potilaalle (Voutilainen & Laaksonen 1994, 80). Potilaskeskeisyys tarkoittaa, että hoitaminen perustuu potilaan ja hänen perheensä tarpeisiin ja lähtökohtiin (Puolakka 2002, 20–22).

Suhonen, Katajisto ja Välimäki (1999) jakavat yksilöllisen hoidon kahteen osaan; potilaan yksilöllisyyden huomioonottamiseen ja itsemääräämisen mahdollistamiseen. Potilaan yksilöllisyyden huomioonottaminen tarkoittaa potilaan sairaalahoidosta aiheutuvan tilanteen ja potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioimista. Potilaan sairaalahoidosta aiheutuvan tilanteen selvittäminen tarkoittaa potilaan tarpeiden, tunteiden, voinnin, reagoititapojen, kykyjen ja sairauden merkityksen selvittämistä. Potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen selvittäminen tarkoittaa yleisiä potilasta koskevia asioita kuten potilaan elämänolosuhteita, aikaisempia sairaalakokemuksia, tapoja ja tottumuksia, kulttuuria ja perhetilannetta. Tähän liittyy myös potilaan intimitetin ja yksityisyyden turvaaminen. Itsemääräämisen mahdollistaminen tarkoittaa, että potilaan tiedon saanti turvataan, potilaan ehdotukset ja toiveet huomioidaan ja niiden mukaan toimitaan sekä potilaan valinnan ja päätöksenteon mahdollistamista. (Suhonen, Katajisto & Välimäki 1999, 283–284.)

Hoitotyö perustuu potilaan tarpeisiin, jolloin hoitajan on kiinnitettävä huomiota potilaan subjektiivisiin tarpeisiin, joita potilas itse ilmaisee ja joiden asiantuntija hän on. Kokonaishoito on toimintaa, jossa potilaan on mahdollista saada tyydytetyksi riittävän suuri osa hoidon kannalta tärkeitä tarpeita ja jossa ne otetaan huomioon. (Janhonen ym. 1993, 109–113.) Omahoitaja huolehtii kaikista potilaan tarpeista ja hoitotoimista työvuoronsa ajan. Tällöin potilas saa kaiken tarvitsemansa hoidon eikä ainoastaan sitä mitä on ollut tapana antaa. (Nyman 2006, 8.) Potilaat ovatkin kokeneet saaneensa yksilöllistä hoitoa kun hoitaja on osoittanut kiinnostusta potilaan tunteita ja kokemuksia

kohtaan tai on tunnistanut sairauden merkityksen potilaan kohdalla. Yksilövastuisen hoitomallin mukaan toimivat hoitajat antavat potilaille valinnan mahdollisuuksia ja selvittävät hoitojen sisältöjä. Yksilöllinen hoito lisää potilaan itsenäisyyttä ja toimintakykyä. (Suhonen, Katajisto & Välimäki 1999, 283–284.)

Potilaan näkökulmasta kattavuus tarkoittaa sitä, että potilas on kokenut tulleen kohdatuksi kokonaisvaltaisesti, yksilöllisesti ja tasavertaisesti. Hänen kaikki tarpeensa, fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset, on otettu huomioon. Potilaan omaisten osallistuminen potilaan hoitoon tulee mahdollistaa. Kattavuuden periaatteeseen sisältyy myös potilaan riittävä ohjaaminen ja neuvonta, jotta potilaan selviytyminen varmistettaisiin. (Kylävalli 1995, 11.) Kattavuus toteutuu, kun potilas kokee tulleen hoitojakson aikana tarpeidensa pohjalta ajallaan autetuksi (Kerätär 2003, 17).

2.3 Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana aikaisempien tutkimusten valossa

Nyman (2006) tutki yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden (vastuullisuuden, potilaskeskeisyyden, koordinoinnin, jatkuvuuden, itsenäisyyden ja kokonaisvaltaisuuden) toteutumista potilaiden (n=146) arvioimana yhden yliopistosairaalan neljällä osastolla, joissa hoidetaan pitkäaikaisesti sairaita potilaita. Heistä monet joutuvat käymään useita kertoja sairaalassa saamassa hoitoja. Tutkimustulosten perusteella kolme neljäsoalle vastaajista ei ollut nimetty omahoitajaa tai he eivät olleet tietoisia omahoitajasta. Vastaajista kuitenkin 2/3 olivat tietoisia siitä, mitä omahoitaja tarkoittaa. Tutkimuksen perusteella yksilövastuisen hoitotyön periaatteet toteutuivat tässä tutkimuksessa hyvin tai kiitettävästi. Kokonaisvaltaisuuden potilaat kokivat toteutuneen heikoimmin. Parhaiten toteutui itsenäisyyden periaate. Puutteita koettiin elämäntilanteen huomioimisessa ja hoidon suunnittelussa yhdessä hoitajan kanssa. Yli 40 % potilaista koki, että hoidon suunnittelu yhdessä hoitajan kanssa toteutui heikosti. Hoidon perustuminen kirjalliseen hoitosuunnitelmaan toteutui 40 % mielestä heikosti. Melkein joka kolmas (28 %) koki, että jatkohoidon suunnittelu yhdessä omahoitajan kanssa sujui myös puutteellisesti. Tämä kertoo, että hoitosuunnitelmia ei tehdä yhdessä potilaan kanssa, kuten pitäisi. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että omahoitajan yhteistyö omaisten kanssa sujui heikosti. Potilaat, joilla oli omahoitaja, pitivät tämän merkitystä tärkeämpänä kuin potilaat, joilla sitä ei ollut. Omahoitajan nimeäminen koettiin lisäävän poti-

laiden turvallisuuden tunnetta hoidossa sekä helpottavan asioiden esille tuomista. (Nyman 2006, 18, 21, 40–45.)

Kerätär (2003) on tutkinut yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden (itsenäisyyden, vastuullisuuden, koordinoinnin ja kattavuuden) toteutumista Lapin keskussairaalassa potilaiden (n=225) arvioimana. Tutkimustulosten perusteella vastuullisuuden periaate toteutui vain osittain, sillä vain muutamalla vastaajalla (6 %) oli ollut omahoitaja. Vastajaa viidennes ei edes tiennyt oliko heillä omahoitajaa vai ei. Kuitenkin puolet vastaajista oli sitä mieltä, että ei edes tarvinnut omahoitajaa sillä hoitojaksolla. Tosin tämä voi selittyä sillä, että käsite omahoitaja on potilaille vieras. Myös kattavuuden periaate toteutui vain osittain, sillä potilaat kokivat, että hoitajien ajan puute, kiire ja vähäisyys estivät heitä vastaamasta potilaan psyykkisiin tarpeisiin. Koordinoinnin ja jatkuvuuden periaate toteutui hyvin, sillä potilaat kokivat saavansa riittävän opetuksen ja ohjauksen selvittääkseen itsehoidosta sairaalassa ja kotioloissa. (Kerätär 2003, 34–47, 56–57.)

Kalasniemi ym. (2002) on tutkinut Pohjois-Karjalan keskussairaalassa yksilövastuisen hoitotyön toteutumista potilaiden ja hoitajien arvioimana. Potilaista yli puolet (51 %) kertoi, että heillä oli ollut omahoitaja. Kuitenkin osalle potilaista ei kerrottu riittävästi, mitä omahoitaja tekee. Sekä hoitajat että potilaat kokivat omahoitajuuden hyväksi asiaksi ja potilaiden mukaan omahoitajat olivat ammattitaitoisia ja vastuullisia. Potilaat, joilla oli omahoitaja, kokivat voivansa osallistua enemmän hoitonsa suunnitteluun kuin potilaat, joilla ei ollut omahoitajaa. He kokivat myös, että heidän toivomuksensa otettiin paremmin huomioon. Kun potilaalla oli omahoitaja, hän myös halusi ottaa enemmän vastuuta hoitoaan koskevissa asioissa. Yli puolet (60 %) vastaajista oli myös arvioinut hoitoaan yhdessä omahoitajan kanssa aina tai melkein aina. Omahoitaja lisäsi potilaiden mielestä turvallisuuden tunnetta, edisti hoidon jatkuvuutta, lisäsi luottamusta hoitoon ja tiedon antamista. Potilaat kokivat, että resurssit olivat riittämättömät ja henkilökuntaa liian vähän. Tyytymättömyyttä koettiin myös liian vähäisenä ajan antamisena potilaalle. Enemmistö piti kuitenkin hoidon laatua hyvänä. (Kalasniemi, Kuivalainen & Ryhänen 2002, 35, 61–75, 77–87.)

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa selvitettiin yksilövastuisen hoitotyön kehittämisprojektin vaikutuksia potilaiden hoitoon potilaiden (n=397) arvioimana. Vastajista 22 % eivät olleet osallistuneet hoitonsa suunnitteluun. Myös noin 30 % koki, että

etteivät osallistuneet jatkohoitonsa suunnitteluun. Potilaat, joilla oli omahoitaja, kokivat voivansa osallistua hoitonsa suunnitteluun ja hoitoonsa paremmin kuin potilaat, joilla omahoitajaa ei ollut. Yli puolet koki omahoitajan tarpeellisena riippumatta siitä oliko omahoitajaa vai ei. Toiminta mahdollisti muun muassa potilaan yksilöllisen huomioimisen ja riittävän ohjauksen. Se edisti myös potilaiden omaisten huomioimista ja potilaan tietojen välittymisen hoitoon osallistuvien välillä. Omahoitajan tuki vähensi potilaan pelkoja, auttoi ongelmista puhumista ja kannusti itsehoitoon. Potilaat kokivat, että omahoitaja valvoi heidän etujaan. Potilaiden, joilla oli omahoitaja, omaiset tuli paremmin huomioiduksi. (Kaukkila, Lauri, Järvi, Kärkkäinen & Suominen 1999, 12, 30–31, 34–37, 40–41.)

Laakson ja Routasalon (1998) tutkimuksessa selvitettiin vanhusten ja omaisten kokemuksia siirryttäessä yksilövastuiseen hoitotyöhön vanhainkodissa laadullisena tutkimuksena. Vanhukset eivät olleet juuri kokeneet merkittäviä muutoksia siirryttäessä uuteen toimintamalliin. Omaisten mukaan hoitajien kiinnostus vanhuksiin oli kuitenkin lisääntynyt. Omaiset kokivat myös vanhainkodin tunnelman muuttuneen myönteisemmäksi. Tutkimustuloksiin voi vaikuttaa se, että muutosprosessi, siirtyminen yksilövastuiseen hoitotyöhön, oli kestänyt vasta noin vuoden verran. (Laakso & Routasalo 1998, 14–15, 30–57.)

Anttikosken (1996) ym. tutkimuksessa tarkasteltiin potilaiden (n=153) kokemuksia yksilövastuiseen hoitotyön toteuttamisesta Kuopion yliopistollisen keskussairaalan kirurgian kahdeksalla vuodeosastolla ja kirurgian poliklinikalla. Tulosten perusteella vain vajaalla puolella (42 %) oli omahoitaja. Osa potilaista ei tiennyt, onko heillä omahoitajaa vai ei. Kukaan potilaista, joilla oli ollut omahoitaja, ei pitänyt häntä tarpeettomana. Potilaista 20 % koki, että osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun oli puutteellista. Myös hoidon arviointi oli vähäistä 30 % mielestä. Suurin osa potilaista koki saaneensa riittävästi tietoa hoitoonsa liittyvissä asioissa. Noin 15 % toivoi saavansa enemmän ohjausta ja neuvontaa jatkohoidosta. Kaikki potilaat kokivat olonsa sairaalassa turvalliseksi. Potilaiden vastauksissa nousivat esille hoitajien kiireisyys ja he toivoivatkin enemmän henkilökuntaa. (Anttikoski, Holopainen, Kostiainen, Luostarinen & Väyrynen 1996, 17, 20–23, 29, 31–35.)

Kylävalli (1995) on tutkinut yksilövastuiseen hoitotyön periaatteiden (vastuullisuuden, itsenäisyyden, hoidon koordinoinnin ja kattavuuden sekä yksilöllisyyden) toteutumista

Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueen sairaaloiden ja terveystieteiden aikuisten vuodeosastoilla, jotka olivat mukana yksilövastuun hoitotyön projektissa, potilaiden (n=260) arvioimana. Tulosten mukaan yksilövastuun hoitotyö ei toteutunut työnjakomallina, sillä vain muutamalle potilaalle (6 %) oli nimetty omahoitaja. Lisäksi potilaat arvioivat, että työvuoron aikana heitä keskimäärin hoiti 4 hoitajaa. Tutkija arveli, että omahoitaja-käsite oli potilaille vieras. Hoitajien vastuullisuus ei toteutunut kirjallisen hoitosuunnitelman osalta. Sitä ei ollut tehty tai potilaat eivät tienneet hoitosuunnitelmasta. Yli puolet vastaajista oli osallistunut liian vähän tai ei ollenkaan hoitonsa suunnitteluun, kuitenkin 74 % vastaajista piti tärkeänä osallistumisestaan hoitonsa suunnitteluun. (Kylävalli 1995, 26–46, 54–57.)

Kylävallin (1995) tutkimuksessa potilaat olivat kokeneet henkilökunnan ammattitaitoiseksi. Koordinoinnin periaate potilaiden kokemana toteutui hyvin tässä tutkimuksessa, sillä tiedonkulussa ei ollut katkoksia ja potilaat olivat saaneet yhteyden erityistyöntekijöihin. Myös kokonaisvaltaisuuden periaate toteutui. Tosin omaisten ottaminen hoidon suunnitteluun ei toteutunut jokaisen kohdalla. Omaisten vähäisen osallistumisen syytä ei kuitenkaan selvitetty tässä tutkimuksessa. Potilaat kokivat, että heidän yksilölliset tarpeensa oli huomioitu hyvin. Jatkuvuus toteutui melko hyvin. Tosin kaikki halukkaat eivät olleet voineet valita jatkohoitopaikkaansa. Itsenäisyyden periaate toteutui osittain, sillä vain noin vajaa puolet potilaista koki osallistumisensa ja vaikuttamisensa omaan hoitoonsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon riittäväksi. Tutkija arveli, että tutkimusyksiköissä hoitotyö on modulaarisen hoitotyön tasoa. Yksilövastuun hoitotyön keskeiset periaatteet toteutuivat, mutta potilaat eivät tunnista neet omahoitajaa. (Kylävalli 1995, 26–46, 54–57.)

Munnukan (1993) vertailututkimuksen mukaan koeosastoilla, joissa toteutettiin yksilövastuun hoitotyön periaatteita, potilaat kokivat hoitonsa yksilöllisemmäksi ja kokonaisvaltaisemmaksi kuin kontrolliosastolla olevat potilaat. Koeosaston potilaat kokivat myös, että he pystyivät paremmin vaikuttamaan hoitoonsa työskentelemällä yhdessä omahoitajan kanssa. Koeosaston potilaat myös luottivat hoitotyöntekijöihin kontrolliosastolla hoidettavia potilaita enemmän. (Munnukka 1993, 60–70.)

Murtola (1993) on selvittänyt potilaiden (n=200) kokemuksia yksilövastuun hoitotyön periaatteiden toteutumista vuodeosastoilla Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten yksilövastuun hoitotyön käsitteet,

vastuullisuus, autonomia, kattavuus ja koordinointi toteutuivat vuodeosastoilla ja kokivatko potilaat tarvitsevansa omahoitajaa. Tulosten perusteella potilaat olivat tyytyväisiä nykyiseen hoitoonsa. Potilaat kokivat, että omahoitajuus vähensi turhaa selittelyä, lisäsi potilaiden parempaa tuntemusta ja turvallisuuden tunnetta. Potilaat kokivat, että hoitosuunnitelman laadinta yhdessä hoitajan kanssa oli tärkeää ja he halusivat osallistua enemmän hoitonsa suunnitteluun ja arviointiin, sillä vain vajaa kolmannes oli osallistunut hoitonsa suunnitteluun. (Murtola 1993, 19, 30–43, 63–65.)

Yhteenvetona edellisistä tutkimuksista voidaan sanoa, että potilailla oli ilmennyt useissa tutkimuksissa epätietoisuutta siitä, kuka hänen omahoitajansa on ja mitä omahoitaja tekee. Ne, joilla oli ollut omahoitaja, kokivat sen kuitenkin tarpeellisena asiana. Osa tutkimustuloksista oli ristiriitaisia, mikä voi johtua siitä, että yksilövastuuseen hoitotyöhön siirtyminen oli vasta alussa tai potilaat eivät ymmärtäneet, mitä käsite omahoitaja tarkoittaa. Pääosin potilaat olivat kuitenkin tyytyväisiä hoitoonsa. Potilaat kokivat yksilövastuuseen hoitotyön myönteisenä asiana. Se lisäsi heidän turvallisuuden tunnettaan ja mahdollisti heidän paremman osallistumisensa hoitonsa suunnitteluun ja arviointiin, vaikka puutteita edelleen on potilaiden ottamisena mukaan koko hoitoprosessiin. Näyttää kuitenkin siltä, että yksilövastuuseen hoitotyö mahdollistaa potilaiden osallistumisen paremmin hoitoonsa. Toistuvasti tutkimuksissa tuli esille hoitajien kiire. Potilaat toivoivat lisää henkilökuntaa.

Kun halutaan mitata yksilövastuuseen hoitotyön toteutumista, tulisi yksilövastuuseen hoitotyön keskeisten periaatteiden, yksilöllisyys, jatkuvuus, kattavuus, vastuullisuus, koordinointi ja itsenäisyys näkyä hoitajan toiminnassa. Potilaan pitäisi voida tuntea tulleensa hoidetuksi yksilönä, kohdatuksi tasavertaisena ja kokea saaneensa osallistua hoitoonsa koskeviin päätöksiin. Potilaat tulisi myös kokea, että hoito on ollut joustavaa ja oikea-aikaista. Hänen pitäisi tietää kuka vastaa hänen hoidostaan. Potilaat pitävätkin näitä edellä mainittuja tekijöitä hyvän hoidon laadun kuvaajina. (Kalasniemi, Kuivalainen, & Ryhänen 2002, 34.)

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

3.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää potilaiden kokemuksia yksilövastuisen hoitotyön ja sen periaatteiden toteutumisesta Kyllön terveystieteiden keskus sairaalan vuodeosastoilla 1, 2, 4 ja 5.

Tutkimuksen keskeiset kysymykset siis ovat:

1. Miten vastuullisuuden periaate toteutuu Kyllön terveystieteiden keskus sairaalan vuodeosastoilla potilaiden kokemana?
2. Miten itsenäisyyden periaate toteutuu Kyllön terveystieteiden keskus sairaalan vuodeosastoilla potilaiden kokemana?
3. Miten koordinoinnin ja jatkuvuuden periaate toteutuu Kyllön terveystieteiden keskus sairaalan vuodeosastoilla potilaiden kokemana?
4. Miten kattavuuden periaate toteutuu Kyllön terveystieteiden keskus sairaalan vuodeosastoilla potilaiden kokemana?
5. Minkälaisia kehittämissuhteita potilaat tuovat esille?

3.2 Opinnäytetyön menetelmä

Tämä opinnäytetyö oli kvantitatiivinen eli tilastollinen tutkimus. Tavoitteena oli saada numeraalista tietoa, jota on helppo vertailla keskenään. Aineisto kerättiin Kyllön terveystieteiden keskus sairaalan vuodeosastoilla 1, 2, 4 ja 5. Aineiston keräysmenetelmänä käytettiin kyselylomaketta (ks. liite 3), jossa oli strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Muo-
dostimme kyselylomakkeen kirjallisuudessa esiintyvän teorian pohjalta. Aineisto analysoitiin SPSS for Windows 15.0- tilasto-ohjelmalla. Avoimet vastaukset jaettiin myönteisiin ja kielteisiin lausumiin, jotka raportoitiin sellaisina. Osa vastauksista raportoitiin suorina lainauksina.

Määrittelimme yksilövastuisen hoitotyön keskeisten periaatteiden (vastuullisuuden, itsenäisyyden, jatkuvuuden ja koordinoinnin sekä kattavuuden) sisältöä kirjallisuus-

katsauksemme pohjalta. Keskustelimme työelämän ohjaajien kanssa sisällöstä ja heidän mukaansa kirjallisuuskatsauksemme toi esille yksilövastuisen hoitotyön keskeiset ja yleiset periaatteet, jotka ovat myös Kyllön vuodeosastojen toimintaperiaatteita. Keskustelussa tuli esille myös työyhteisöä kiinnostavia erityiskysymyksiä ja nämä toiveet (esim. tulotilanne, tulohaastattelu, lääkärinkierto, korvaava hoitaja) huomioitiin kyselylomakkeen laatimisessa.

Yksilövastuisen hoitotyön keskeisten periaatteiden sisältö eriteltiin yksinkertaisiksi kysymyksiksi, väittämiksi tai lauseiksi, joihin potilaat vastasivat luokittelu- tai järjestyssasteikon mukaan. Kysymysten ja väittämien laatimisessa hyödynsimme muiden yksilövastuista hoitotyötä mittaavien tutkimusten kyselylomakkeita. Pyrimme selkeisiin, yksinkertaisiin ja arkisiin kysymyksiin ja väittämiin, jotka mittasivat vastuullisuuden, itsenäisyyden, jatkuvuuden, koordinoinnin ja kattavuuden periaatteita.

Pyysimme ohjaavalta opettajaltamme ja työelämän ohjaajilta palautetta kyselylomakkeen ulkoasusta, kysymysten ymmärrettävyydestä ja tarpeellisuudesta. Työelämän edustajat ohjasivat meitä selkeyttämään joidenkin kysymysten rakennetta ja vastausvaihtoehtoja (esim. potilaan taustatiedot). Ohjaava opettajamme antoi rakentavia ehdotuksia muutamien kysymysten tarpeellisuudesta. Näiden palautteiden perusteella muokkasimme kyselylomakettamme lyhyemmäksi ja yksinkertaisemmaksi perustellusti.

Esitestasimme kyselylomakkeen muutamilla ($n=3$) iäkkäillä potilailla. Näitä vastauksia ei otettu mukaan tulosten analysointiin. Pyysimme heitä arvioimaan kysymysten ymmärrettävyyttä, käytetyn arviointiasteikon hyödyllisyyttä/helppoutta ja kyselylomakkeen ulkoasua ja pituutta. Esitestauksemme jälkeen lisäsimme käytännön esimerkkejä väittämiin, jotta vastaajat ymmärtäisivät kysymyksen tarkoituksen. Liitimme kyselyyn myös selkeämmät vastausohjeet. Jos vastaajalla ei ollut omahoitajaa, tai hän ei tiennyt, kuka hänen omahoitajansa oli, pyysimme kyselylomakkeessa potilasta miettimään häntä eniten hoitanutta hoitajaa ja vastaamaan sen mukaisesti.

3.3 Opinnäytetyön aineiston keruu

Tavoitteena oli jakaa kyselylomakkeita (160 kpl) Kyllön vuodeosastolla hoidossa oleville, kotiutuville potilaille yhden kuukauden aikana ajanjaksolla 10.3–11.4. 2008. Sovimme, että ylihoitaja markkinoi kyselylomakkeemme osastoille ja hoitohenkilökunta jakaa kyselylomakkeen hyvissä ajoin ennen potilaan kotiutumista (jopa 2-3 päivää ennen), jotta potilas ehtii siihen vastaamaan. Vastajien tuli olla fyysisesti ja psyykkisesti hyväkuntoisia, että pystyivät itsenäisesti tai omaisen kanssa siihen asiallisesti vastaamaan. Kyselylomakkeen saatekirjeissä (ks. liite 1 ja 2) painotimme vastaamisen vapaaehtoisuutta. Kyselyyn vastattiin nimettömänä ja lomake palautettiin kirjekuoressa sovittuun paikkaan tai suoraan hoitajalle.

Alhaisen vastausprosentin takia jatkoimme aineiston keruuvaihetta vielä kahdella viikolla, mikä ei kuitenkaan lisännyt vastausprosenttia merkittävästi. Tästä syystä kävimme sovitusti itse osastoilla haastattelemassa kotiutuvia potilaita neljän päivän ajan, mikä lisäsi vastausten määrää selkeästi. Kyselyyn (n= 64) vastasi 38 potilasta itsenäisesti ja me haastattelimme 21 potilasta, mikä kertoo, että haastattelumme oli merkityksellinen ja hyödyllinen ponnistelu.

3.4 Aineiston analysointi

Kaikkia kyselylomakkeen muuttujia tarkasteltiin suorina jakaumina ja prosentteina, joista teimme taulukot. Taustamuuttujista ikä luokiteltiin suurempiin ja mielekkäämpiin luokkiin. Työelämän ohjaajamme toivoivat, että selvitämme, oliko omahoitajan saamisella yhteyttä väittämien paremmalle toteutumiselle. Olemme verranneet, miten potilaat arvioivat väittämiä, silloin kun heillä on omahoitaja ja silloin kun heillä ei ole omahoitajaa tai he eivät sitä tienneet. Eroja on tutkittu laskemalla keskiarvot väittämillä ja vertaamalla näitä keskiarvoja toisiinsa. (Ks. liite 4.) Kysymyslomakkeen vastausvaihtoehdot ovat koodattu uudella tavalla. Keskiarvot on laskettu siis muutetun arviointiasteikon mukaan. (Ks. liite 4.) Avoimet vastaukset olemme luokitelleet myönteisiin ja kielteisiin lausumiin. Osa vastauksista raportoidaan suorina lainauksina. Taulukko 1. selventää, mitä olemme halunneet selvittää milläkin kysymyksellä. (Ks. taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Summamuuttujien kysymykset.

SUMMAMUUTTUJAT	KYSYMYSLOMAKKEEN NUMEROT
taustatiedot	kysymysnumerot 1-7
omahoitaja	8-10
vastuullisuuden periaate	11-19, 28
itsenäisyyden periaate	20-23
jatkuvuuden ja koordinoinnin periaate	24-31
kattavuuden periaate	32-45
kehitysehdotuksia	46

4 TUTKIMUKSEN TULOKSET

4.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeita jaettiin kaikille neljälle osastolle yhteensä 160 kappaletta, joista palautettiin 64 kpl. Vastausprosentiksi muodostui 40 %. Kyselyyn itse vastasi yli puolet (59,4 %) potilaista, haastatteleamalla vastasi joka kolmas vastaajista (32,8 %) ja omaisen kanssa vastasi vain kolme potilasta. Kahdessa lomakkeessa ei vastaajaa ollut määritelty. Enemmistö vastaajista oli naisia (62,5 %), miehiä oli 37,5 %. (Ks. taulukko 2.)

Nuorin vastaajista oli 31- vuotias ja vanhin 93- vuotias, keski-ikä oli 72,8 vuotta. Enemmistö vastaajista (39,1 %) kuului yli 80-vuotiaiden ikäluokkaan. Alle 60- vuotiaiden ikäluokkaan kuului 20,3 %, 60–70- vuotiaiden ikäluokkaan 18,8 % ja 71–80- vuotiaiden ikäluokkaan 21,9 %. (Ks. taulukko 2.)

Yli puolet vastaajista (56,3 %) tuli kotoa tai päivystysvastaanoton kautta osastolle. Toisesta sairaalasta jatkohoitoon tuli 34,4 % vastaajista. Hoiva- tai palvelukodista osastolle tuli vajaa kymmenes (9,4 %) vastaajista. Osastolla 1, jossa hoidetaan pääasiassa ortopedisten leikkausten jälkeen jatkohoitoon tulleita potilaita, oli hoidossa 18 vastaajaa (28,1 %). Osastolla 2, joka on profiloitunut hoitamaan aivoverenkiertohäiriöistä toipuvia potilaita, hoidossa oli vastaajista 21 potilasta (32,8 %). Osasto 4 on infektio-osasto, josta saimme vastauksia 14 kpl (21,9 %). Osasto 5 on erikoistunut

hoitamaan syöpätauteja sairastavia potilaita ja vastauksia saimme sieltä 11 kpl (17,2 %). (Ks. taulukko 2.)

Enemmistö vastaajista (74,6 %) oli hoidossa alle 2 viikkoa, 2-4 viikkoa oli vastaajista 14,3 %, 1-2 kk hoidossa oli 6,3 % ja 3-5 kk hoidossa oli vain kaksi vastaajaa (3,2 %). Yli puoli vuotta hoidossa oli ollut vain yksi vastaaja. Yksi vastaajista ei ollut merkinnyt sairaalassaoloaikaansa. Yli puolet vastaajista koki vointinsa kohtalaiseksi (64,1 %). Hyväksi vointinsa koki yli neljäsosa (28,1 %). Vastaajista viisi (7,8 %) koki vointinsa huonoksi. (Ks. taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Vastaajien taustatiedot (n= 64).

Taustatiedot		n	%
Ikä	alle 60	13	20,3
	60–70	12	18,8
	71–80	14	21,9
	yli 80	25	39,1
Sukupuoli	mies	24	37,5
	nainen	40	62,5
Kyselyyn vastaaminen	potilas itse	38	59,4
	omaisen kanssa	3	4,7
	hoitajan kanssa	21	32,8
Hoitoaika	alle 2 viikko	47	74,6
	2-4 viikkoa	9	14,3
	1-2 kuukautta	4	6,3
	3-5 kuukautta	2	3,2
	yli puoli vuotta	1	1,6
Mistä tuli osastolle	kotoa/päivystyksestä	36	56,3
	toisesta sairaalasta	22	34,4
	hoiva/palvelukodista	6	9,4
Potilaan vointi	hyvä	18	28,1
	kohtalainen	41	64,1
	huono	5	7,8
Osasto jolla hoidettavana	osasto 1	18	28,1
	osasto 2	21	32,8
	osasto 4	14	21,9
	osasto 5	11	17,2

4.2 Vastuullisuuden periaatteen toteutuminen

Vastuullisuuden periaatteessa selvitimme, oliko potilaalla ollut omahoitaja, oliko hän selvittänyt potilaalle vastuualueensa, ja tiesikö potilas korvaavan hoitajansa. (Ks. taulukko 3.) Tutkimme myös potilaan mahdollisuutta osallistua hoitoonsa (hoidon suunnittelu ja arviointi) sekä hoitajan ja potilaan vuorovaikutussuhteen sisältöä ja laatua. (Ks. taulukko 4.)

Vastaajista vajaa puolet (43,8 %) tiesi kuka heidän omahoitajansa oli. Yli puolet vastaajista (54,7 %) ei tiennyt tai heillä ei ollut omahoitajaa. Kysymysvaihtoehtoon en halunnut omahoitajaa, ei vastannut kukaan. Hoitaja oli kertonut vastuualueensa kyseilyn mukaan vajaalle puolelle (40,6 %:lle) vastaajista. Noin joka kolmannelle (31,3 %) vastaajalle hoitaja ei ollut kertonut vastuualueitaan. Kolme neljäsosa vastaajista (75 %) oli sitä mieltä, että he eivät tieneet kuka oli heidän korvaava hoitajansa.

TAULUKKO 3. Omahoitaja

VASTUULLISUUS	Kyllä	Ei	En tiedä/en osaa sanoa	Ei vastattu
8. Oliko teillä nimetty omahoitaja	n=28, 43,8 %	n=15, 23,4 %	n=20, 31,3 %	n=1, 1,6 %
9. Kertoiko omahoitaja vastuualueensa	n=26, 40,6 %	n=20, 31,3 %	n=17, 26,6 %	n=1, 1,6 %
VASTUULLISUUS	Kyllä	En tiennyt	Toisinaan	Ei vastattu
10. Tiesittekö kuka oli korvaava hoitajanne	n=9, 14,1 %	n=48, 75,0 %	n=4, 6,3 %	n=3, 4,7 %

Vajaa puolet vastaajista (42,2 %) oli samaa tai lähes samaa mieltä kaikkien vastuullisuuden periaatteiden väittämien kanssa. Suurin osa vastaajista (85,9 %) koki olonsa turvalliseksi sairaalassa. Vastaajista yli puolet (65,6 %) oli samaa tai lähes samaa mieltä, että hoitaja oli esittänyt osaston, kertonut osaston päiväjärjestyksestä ja neuvonut soittokellon toiminnan. Tulohaastattelua ei ollut tehty yli 30 %: lle vastaajista. Yli puolet vastaajista (53,1 %) oli sitä mieltä, että tulohaastattelussa oli tullut heille tärkeitä asioita esille riittävästi tai jonkin verran.

Vastaajista yli puolet (60,9 %) oli sitä mieltä että hoitaja oli perehtynyt potilaan asioihin riittävästi, potilaat uskalsivat kertoa mielipiteensä hoidosta, ja että hoitaja oli suhtautunut vakavasti potilaan esittämiin asioihin. Vähiten toteutui hoidon suunnittelu ja arviointi yhdessä hoitajan kanssa sekä riittävän ajan saaminen hoitajalta. Vastaajista 15 % ei osannut sanoa tai olivat jättäneet vastaamatta, olivatko osallistuneet hoitonsa suunnitteluun yhdessä hoitajan kanssa. Selkeästi eri mieltä hoidon suunnittelusta oli viidesosa (21,9 %) potilaista. Heikosti toteutui myös hoidon arviointi yhdessä hoitajan kanssa. Vajaa puolet (42,2 %) vastaajista ei osannut sanoa tai oli jättänyt vastaamatta, olivatko arvioineet hoitoaan yhdessä hoitajan kanssa. Tämän lisäksi vastaajista 15,6 % oli selkeästi lähes tai täysin eri mieltä, että eivät olleet arvioineet hoitoansa hoitajan kanssa. Myös ajan riittävydestä eri mieltä oli vajaa puolet (45,3 %) vastaajista tai he eivät osanneet arvioida asiaa.

TAULUKKO 4. Vastuullisuuden periaatteen toteutuminen potilaiden arvioimana

VASTUULLISUUS	Täysin tai lähes samaa mieltä	En osaa sanoa	Täysin tai lähes eri mieltä	Ei vastattu
12. Omahoitaja esitteli osastoa, kertoi osaston päiväjärjestyksestä, neuvoi soittokellon toiminnan	n=42, 65,6 %	n=10, 15,6 %	n=10, 15,6 %	n=2, 3,1 %
13. Suunnittelin hoitoni tavoitteet yhdessä omahoitajan kanssa	n=34, 53,1 %	n=11, 17,2 %	n=14, 21,9 %	n=5, 7,8 %
28. Arvioin yhdessä omahoitajani kanssa hoitoni onnistumista	n=27, 42,2 %	n=18, 28,1 %	n=10, 15,6 %	n=9, 14,1 %
14. Tunsin oloni turvalliseksi hoitajakson aikana	n=55, 85,9 %	n=5, 7,8 %	n=2, 3,1 %	n=2, 3,1 %
15. Omahoitaja perehtyi riittävästi asioihini ja ongelmiini	n=39, 60,9 %	n=11, 17,2 %	n=6, 9,4 %	n=8, 12,5 %
16. Omahoitaja kyseili toiveitani ja vointiani päivittäin	n=38, 59,4 %	n=8, 12,5 %	n=9, 14,1 %	n=9, 14,1 %
17. Uskalsin kertoa mielipiteeni hoidosta	n=41, 64,1 %	n=6, 9,4 %	n= 8, 12,5 %	n=9, 14,1 %
18. Omahoitaja suhtautui vakavasti esittämiini asioihini	n=43, 67,2 %	n=9, 14,1 %	n=4, 6,3 %	n= 8, 12,5 %
19. Omahoitajalla oli aikaa minulle riittävästi	n=35, 54,7 %	n=8, 12,5 %	n=14, 21,9 %	n=7, 10,9 %

Taulukko jatkuu

Taulukko jatkuu

VASTUULLI-SUUS	Kyllä	Ei	Jonkin ver- ran	Minulle ei tehty tulohaastattelua	Ei vastattu
12. Tuliko tulohaas- tattelussa teille tärkeät asiat esille	n=23, 35,9 %	n=10, 15,6 %	n=11, 17,2 %	n=20, 31,3 %	n=0

Potilaat, joilla ei ollut omahoitajaa tai eivät tienneet kuka oli heidän omahoitaja, antoivat kaikissa väittämissä ja kysymyksissä huonommat keskiarvot, kuin potilaat joilla oli nimetty omahoitaja. Vastuullisuuden periaatteessa suurin ero vertailtaessa keskiarvoja keskenään näiden kahden ryhmän välillä oli tulotilanteessa, hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa, hoitajan perehtyneisyydessä potilaan asioihin, voinnin ja toiveiden kyselemisessä päivittäin ja ajan antamisessa. Potilaat tunsivat olonsa yhtä turvalliseksi huolimatta oliko heillä omahoitajaa tai ei. Potilaat, joilla oli omahoitaja, arvioivat, että tulohaastattelussa tuli heille tärkeitä ja tarpeellisia asioita esille paremmin, kuin potilaat, joilla ei nimettyä omahoitajaa ollut. Toisin sanoen potilaat, joilla ei ollut omahoitajaa, kokivat hoidon arvioinnin ja suunnittelun puutteellisemmaksi kuin potilaat, joilla oli omahoitaja. Myös vuorovaikutussuhde hoitajan kanssa toteutui heikommin silloin kun potilaalla ei ollut omahoitajaa tai hän ei tiennyt siitä. (Ks. liite 4.)

4.3 Itsenäisyyden periaatteen toteutuminen

Itsenäisyyden periaatteessa selvitimme potilaan itsemääräämisoikeutta, joka ilmeni siten, että hoitaja ajoi hänen asioitaan, häntä kuunneltiin lääkärintierrolla, hän pystyi vaikuttamaan päivittäiseen ohjelmaansa ja hänen kanssaan keskusteltiin ymmärrettävästi. (Ks. taulukko 5.)

Yli puolet vastaajista (60,9 %) oli samaa mieltä kaikkien itsenäisyyden periaatteiden väittämien kanssa. Noin kolme neljäsosa vastaajista koki, että pystyi vaikuttamaan päivittäiseen ohjelmaansa, ja että heidän kanssaan keskusteltiin siten, että he ymmärsivät mistä oli kyse. Vähiten toteutui väittäminen, jossa kysyttiin tulivatko lääkärintierrolla potilaalle kaikki tärkeät asiat esille. Eri mieltä olivat, eivät osanneet sanoa tai vastaamatta oli jättänyt 32,9 % vastaajista. Vastaajista 34,3 % ei osannut sanoa tai oli jättänyt vastaamatta, oliko hoitaja ajanut hänen asioitaan eteenpäin.

TAULUKKO 5. Itsenäisyyden periaatteen toteutuminen potilaiden arvioimana.

ITSENÄISYYS	Täysin tai lähes samaa mieltä	En osaa sanoa	Täysin tai lähes eri mieltä	Ei vastattu
20. Omahoitaja ajoi minun asioitani ja etujani työssään	n=39, 60,9 %	n=15, 23,4 %	n=3, 4,7 %	n=7, 10,9 %
21. Lääkärinkierrolla tuli minulle kaikki tärkeät asiat	n=43, 67,2 %	n=9, 14,1 %	n=9, 14,1 %	n=3, 4,7 %
22. Pystyin vaikuttamaan päivittäiseen ohjelmaani	n=49, 76,6 %	n=5, 7,8 %	n=9, 14,1 %	n=1, 1,6 %
23. Kanssani keskusteltiin siten, että ymmärsin mistä on kyse	n=47, 73,4 %	n=4, 6,3 %	n=8, 12,5 %	n=5, 7,8 %

Itsenäisyyden periaatteessa potilaat, joilla oli omahoitaja, kokivat, että pystyivät vaikuttamaan paremmin päivittäiseen ohjelmaansa, hoitajat ajoivat potilaan asioita enemmän ja lääkärintierrolla potilaan asiat tulivat paremmin huomioiduksi. Potilaat kokivat, että heidän kanssaan keskusteltiin siten, että he ymmärsivät vaikka heillä ei ollut omahoitajaa. (Ks. liite 4.)

4.4 Jatkuvuuden ja koordinoinnin periaatteen toteutuminen

Jatkuvuuden ja koordinoinnin periaatteessa selvitimme potilaan mahdollisuutta osallistua jatkohoitonsa suunnitteluun, hoidon jatkuvuutta kotiutustilanteessa (hoito-ohjeet ja ongelmatilanteet), ja hoidon etenemistä joustavasti ja potilaan tarpeita vastaavasti (tiedon välittyminen eteenpäin muille ammattiryhmille ja myös potilaalle itselleen). (Ks. taulukko 6.)

Vajaa puolet vastaajista (45,3 %) oli samaa tai lähes samaa mieltä kaikkien jatkuvuuden ja koordinoinnin väittämien kanssa. Noin kolme neljäsosa potilaista (76,6 %) tiesi miten toimia tai mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa kotiutumisen jälkeen. Samoin kolme neljäsosa potilaista (76,6 %) koki, että heidän hoitoaan koskeva tieto välittyi eteenpäin. Yli puolet vastaajista oli täysin tai lähes samaa mieltä, että saivat riittävät kotihoito-ohjeet, hoito eteni joustavasti sairaalassa ja tiesivät koko ajan miten oma hoito etenee. Toisaalta reilu kymmenesosa vastaajista (12,9 %) ei tiennyt, miten heidän hoitonsa sairaalassa etenee. Yli puolet (59,4 %) sai suunnitella jatkohoitonsa, mutta kysymykseen ei osannut vastata tai oli jättänyt vastaamatta joka kolmas (31,2

%). Vajaa puolet (45,3 %) ei osannut sanoa tai oli jättänyt vastaamatta kysymykseen, oliko hoitaja ottanut yhteyttä eri ammatti-ihmisiin heidän puolestaan.

TAULUKKO 6. Jatkuvuuden ja koordinoinnin periaatteen toteutuminen potilaiden arvioimana.

JATKUVUUS JA KOORDINOINTI	Täysin tai lähes samaa mieltä	En osaa sanoa	Täysin tai lähes eri mieltä	Ei vastattu
24. Sain suunnitella jatko-hoitooni/kotiutumiseeni liittyviä asioita yhdessä omahoitajan kanssa	n=38, 59,4 %	n=13, 20,3 %	n=6, 9,4 %	n=7, 10,9 %
25. Sain ymmärrettävät ja riittävät kotihoito-ohjeet	n=39, 60,9 %	n=14, 21,9 %	n=2, 3,1 %	n=9, 14,1 %
26. Tiedän, miten toimia/mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa kotiutumisen jälkeen	n=49, 76,6 %	n=6, 9,4 %	n=3, 4,7 %	n=6, 9,4 %
27. Tunsin hoitoani koskevan tiedon välittyvän eteenpäin hoitajien kesken	n=49, 76,6 %	n=8, 12,5 %	n=3, 4,7 %	n=4, 6,3 %
29. Hoitoni eteni joustavasti vuodeosastolla	n=44, 68,8 %	n=10, 15,6 %	n=5, 7,8 %	n=5, 7,8 %
30. Hoitajat ottivat puolestani/pyynnöstäni yhteyttä eri ammatti-ihmisiin	n=29, 45,3 %	n=16, 25 %	n=6, 9,4 %	n=13, 20,3 %
31. Tiesin koko ajan miten hoitoni etenee	n=44, 68,8 %	n=5, 7,8 %	n=8, 12,5 %	n=7, 10,9 %

Potilaat, joilla oli omahoitaja ja joilla ei ollut omahoitajaa arvioivat samansuuntaisesti, että saivat riittävät kotihoito-ohjeet ja tiesivät, mihin ottaa ongelmatilanteissa yhteyttä kotiutumisen jälkeen. Potilaat kokivat, että tieto välittyi eteenpäin hoitajien kesken ja tiesivät miten heidän hoitonsa etenee riippumatta siitä oliko heillä omahoitajaa tai ei. Suurimmat erot keskiarvoissa olivat jatkohoidon suunnittelussa ja yhteydenotossa eri ammatti-ihmisiin. (Ks. liite 4.)

4.5 Kattavuuden periaatteen toteutuminen

Kattavuuden periaatteessa selvitimme potilaan elämäntilanteen, fyysisten, hengellisten, taloudellisten ja henkisten (suru, ahdistus, masennus) tarpeiden sekä omaisten huomioimista. Halusimme selvittää myös kivunhoitoa ja potilaan tiedon saantia. (Ks. taulukot 7, 8 ja 9.)

Parhaiten toteutui avun saaminen hoitajalta tarpeiden ja pyyntöjen mukaan, mitä kolme neljäsosa vastaajista (75 %) koki saaneensa. Potilaiden elämäntilanne huomioitiin hoidossa runsaan puolen (65,6 %) kohdalla, mutta toisaalta reilu neljäsosa (28,1 %) vastaajista ei osannut sanoa tai oli jättänyt vastaamatta elämäntilanteen huomioon ottamista koskevaan kysymykseen. Vähän yli puolet vastaajista (51,6 %) sai tehdä asioita, joihin itse pystyivät tai joita itse halusivat tehdä. Noin viidesosa (21,9 %) koki kuitenkin, että heidän puolestaan tehtiin asioita, mihin olisivat itse kyenneet. Kysymykseen oli jättänyt vastaamatta yli 20 % vastaajista.

Heikoimmin toteutui henkisen tuen saaminen hoitajalta. Sitä koki saaneensa vain vajaa puolet (42,2 %) potilaista ja lähes viidesosa (18,8 %) oli asiasta lähes tai täysin eri mieltä. Kysymykseen ei osannut vastata tai oli jättänyt vastaamatta melkein 40 % potilaista. Lievitystä kipuihin sai aina tai lähes aina kolme neljäsosa (76,9 %) potilaista. Vain pieni osa, vastaajista kaksi, oli sitä mieltä, että saivat kivunhoitoa vain joskus.

TAULUKKO 7. Kattavuuden periaatteen toteutuminen potilaiden arvioimana.

KATTAVUUS	Täysin tai lähes samaa mieltä	En osaa sanoa	Täysin tai lähes eri mieltä	Ei vastattu
32. Elämäntilanteeni huomioitiin hoidossani	n=42, 65,6 %	n=11, 17,2 %	n=4, 6,3 %	n=7, 10,9 %
33. Puolestani tehtiin asioita, joita olisin halunnut tai pystynyt tekemään itse	n=14, 21,9 %	n=4, 6,3 %	n=33, 51,6 %	n=13, 20,3 %
34. Sain apua omahoitajalta tarpeideni ja pyyntöjeni mukaan	n=48, 75 %	n=2, 3,1 %	n=6, 9,4 %	n=8, 12,5 %
35. Sain henkistä tukea omahoitajalta	n=27, 42,2 %	n=11, 17,2 %	n=12, 18,8 %	n=14, 21,9 %

KATTAVUUS	Aina	Lähes aina	Joskus	En koskaan	Ei ollut tarvetta	Ei vastattu
38. Saitteko lievitystä kipuihinne	n=37, 57,8 %	n=12, 18,8 %	n=2, 3,1 %	n=0	n=8, 12,5 %	n=5, 7,8 %

Yli puolet vastaajista (56,3 %) koki, että heillä ei ollut tarvetta keskustella hengellisistä tai taloudellisista asioista. Potilaista viidesosa (20,3 %) koki, että heillä oli mahdol-

lisuus keskustella hengellisistä asioista, toisaalta kymmenesosa vastaajista (10,9 %) ei ollut kokenut tätä mahdollisuutta. Taloudellisista asioista oli mahdollisuus keskustella vastaajista 9,4 % mielestä. Melkein saman verran potilaita (12,5 %) oli sitä mieltä, että heillä ei ollut mahdollisuutta keskustella taloudellisista asioistaan. Noin kolme neljäsosa (76,6 %) potilaista oli sitä mieltä, että heillä ei ollut tarvetta omaistensa huomioimiseen tai omaiset oli huomioitu riittävästi tai jonkin verran. Vastaajista vajaa 10 % oli sitä mieltä, että heidän omaisiaan ei huomioitu.

TAULUKKO 8. Kattavuuden periaatteen toteutuminen potilaiden arvioimana.

KATTAVUUS	Kyllä	Ei	Jonkin verran	Ei ollut tarvetta/en halunnut	Ei vastattu
36. Minulla oli mahdollisuus keskustella hengellisiin asioihin liittyvistä kysymyksistä	n=10, 15,6 %	n=7, 10,9 %	n=3, 4,7 %	n=36, 56,3 %	n=8, 12,5 %
37. Minulla oli mahdollisuus keskustella taloudellisista asioistani	n=6, 9,4 %	n=8, 12,5 %	n=2, 3,1 %	n=41, 64,1 %	n=7, 10,9 %
39. Omahoitaja huomioi omaiseni	n=24, 37,5 %	n=6, 9,4 %	n=3, 4,7 %	n=22, 34,4 %	n=9, 14,1 %

Yli puolet vastaajista (61,0 %) koki, että olivat saaneet riittävästi tietoa sairaudestaan, hoidostaan, tutkimuksistaan, lääkityksestään ja jatkohoidostaan, tai heillä ei ollut tarvetta siihen. Yksi viidesosa vastaajista oli sitä mieltä että ei ollut saaneet riittävästi tietoa sairaudestaan ja jatkohoidostaan. Samoin viidesosa (20,3 %) oli myös jättänyt vastaamatta kysymyksiin, joissa selvitettiin tiedonsaantia tutkimuksista ja jatkohoidosta.

TAULUKKO 9. Tiedon saanti.

TIEDON SAANTI	Kyllä	Ei	Ei ollut tarvetta	Ei vastattu
40. Kertoiko omahoitaja riittävästi sairaudestanne	n=27, 42,2 %	n=13, 20,3 %	n=16, 25 %	n=8, 12,5 %

Taulukko jatkuu

Taulukko jatkuu

41. Kertoiko omahoitaja riittävästi hoidostanne	n=34, 53,1 %	n=10, 15,6 %	n=10, 15,6 %	n=10, 15,6 %
42. Kertoiko omahoitaja riittävästi tutkimuksista	n=31, 48,4 %	n=9, 14,1 %	n=11, 17,2 %	n=13, 20,3 %
43. Kertoiko omahoitaja riittävästi lääkityksestä	n=34, 53,1 %	n=9, 14,1 %	n=9, 14,1 %	n=12, 18,8 %
44. Kertoiko omahoitaja riittävästi jatkohoidostanne	n=30, 46,9 %	n=12, 18,8 %	n=9, 14,1 %	n=13, 20,3 %

Avoimissa kysymyksissä selvitimme, mistä potilaat olisivat halunneet saada enemmän tietoa sairauden, hoidon, tutkimusten, lääkityksen ja jatkohoidon lisäksi. Neljä potilasta oli vastannut, että eivät osaa sanoa. Vastaajista kymmenen oli sitä mieltä, että eivät tarvitse tietoa mistään muusta asiasta. Osa vastaajista olisi halunnut tietoa enemmän omahoitajasta (n=2), hoidon jatkuvuudesta ja jatkohoidosta (n=4) ja tutkimusten tarkoituksesta ja tarpeellisuudesta (n=2). Kaksi potilas halusi tietoa kaikesta. Toinen heistä ei ollut sairaalassa koskaan aikaisemmin.

”Olin halunnut tietoa omahoitajasta.”

”Omahoitajan rooli minun kohdallani jäi vähän epäselväksi.”

”Kotihoitolääkitys, mies ei antanut lääkkeitä kotona.”

”Kotihoito ei tiennyt eikä ottanut kantaa.”

”Hoidon pituudesta. Luottamus omaisiin, että hoitavat asioita eteenpäin.”

”Mielessä on ollut, esim. miksi jotain asiaa on selvitetty tarkkaan.”

”Kysyttäessä saanut riittävästi tietoa hoidosta ja tutkimuksista”

”...edellä mainituista asioista ja muista sairauteeni liittyvistä kysymyksistä.”

Kattavuuden periaatteessa suuri ero keskiarvoissa vertailtaessa potilaita joilla oli omahoitaja ja joilla ei ollut, oli elämäntilanteen huomioimisessa. Potilaat saivat yhtäläises-

ti henkistä tukea, apua tarpeidensa ja pyyntöjensä mukaan riippumatta oliko potilaalla omahoitaja tai ei. Potilaat kokivat, että heillä oli paremmat mahdollisuudet keskustella uskontoon, hengellisiin ja taloudellisiin liittyvistä asioista, kun heillä oli nimetty omahoitaja. Kyselyn mukaan potilaan omaiset huomioitiin myös paremmin, kun nimetty omahoitaja oli tiedossa. Potilaat, joilla ei ollut omahoitajaa, antoivat pienemmät arvosanat kaikille kysymyksille, joissa selvitettiin, saivatko potilaat riittävästi tietoa sairaudestaan, hoidostaan, tutkimuksistaan, lääkityksistään ja jatkohoidostaan. (Ks. liite 4.)

4.6 Kehittämishaasteita, joita potilaat tuovat esille

Avoimissa kysymyksissä tutkimme, mitä hyvää tai huonoa oli potilaan hoidossa ja mitä hän toivoi parannettavan. Vastaajista kaksi oli vastannut, että eivät osaa sanoa. Vastaajista kahdeksan olivat yksiselitteisen tyytyväisiä. Heidän mielestään kaikki oli hyvää. He eivät löytäneet parannettavaa. Näiden lisäksi kymmenen vastaajaa olivat hoitoon tyytyväisiä ja perustelivat tämän lisäksi mielipiteensä tarkemmin. Osa heistä koki muun muassa, että sai tarpeellisen hoidon, heidän tarpeensa tuli täytetyiksi ja sai oikeaa apua tarvittaessa. Hoitoa kuvattiin myös hyväksi ja huolehtivaksi.

”Tunsin saavani tarpeellisen hoidon, ei mitään valittamista.”

”Hoito on ollut hyvää. Tarpeeni täytetty ja apua annettu tarvittaessa.”

”Ei mulla oikein mitään paha sanottavaa. Riittävästi ollut ruokaa ja lepoa.”

”Pelkkää hyvää sanomista, hyvin huomioitu, olen kiitollinen.”

”...apua on tullut, oikea apu, hoito parantunut vuosien varrella, ollaan jo niin pitkällä, että ymmärretään ja hoito oikeata.”

”Olen saanut hyvää perushoitoa. En rutise turhista.”

Kuusi vastaajaa antoi hyvää palautetta hoitajista. Hoitajia kuvattiin positiivisiksi, ystävällisiksi, miellyttäviksi ja ammattitaitoisiksi (tietävät mitä tekevät). Hyvää palautetta annettiin myös tiedonsaannista (n=1) ja omahoitajasta (n=1).

”...hoitajien positiivisuus, hyvä yhteishenki, erittäin lämmin osasto. Hy-my pelastaa päivän. Heti aamulla kun hoitaja tulee huoneeseen, saa hy-myn.”

”Ystävällinen henkilökunta...”

”...kaikki on kohdallaan, tietävät, mitä tekevät.”

”Hoito ja suhtautuminen oli hyvää ja asiallista.”

”Sanonu tulokset, veriarvot, mitään salattavaa hoitajilla ei ole ollut. Ei mitään pahaa sanottavaa.”

”Omahoitajasysteemi on hyvä. Kiitos hyvästä hoidosta.”

Kysyttäessä mitä huonoa tai parannettavaa hoitajakson aikana olisi ollut, vastauksissa ilmeni hoitajien kiire (n=3) ja henkilökuntaa toivottiin lisää (n=3). Myös yksi vastaaja oli antanut palautetta lääkärin kiireestä.

”Enemmän henkilökuntaa hoitamaan, sillä vanhukset ovat hitaita ja sairaita. Hoitajat tekevät arvokasta työtä. Hyviä hoitajia tarvitaan enemmän.”

”Hoitajilla on hirvee kiire. Parhaansa yrittää, ei kerkii paljoo tekee ylimääräistä.”

”Täällä hoitajat tekevät parhaansa. Ahtaalla ovat.”

”...niillä kamalasti töitä. Lisää hoitajia.”

Kehitystarpeita nostettiin henkilökunnan vuorovaikutustaidoista (n=5). Potilaat toivoivat yksilöllisempää ja ystävällisempää kohtelua. Myös enemmän keskustelua kائیvattiin. Yksi vastaajista oli kokenut, että hänen yksityisyyttään oli riistetty, mutta ei ollut sitä sen enempää selittänyt. Yksi potilas myös toivoi kannustusta omatoimisuuteen fysioterapeuttien tapaan. Avoimissa vastauksissa eräs potilas koki, että kipulääkitys oli ollut yön aikana riittämätön.

”Panostettava yksilöllisyyteen”

”Ystävällisempää kohtelua. Tervehtiminen huoneeseen tullessa, mikä on hoitajan nimike. Yksi sairaanhoitaja esitteli nimensä ja kätteli.”

”Keskeytetty asiat, ei etene mikään. Riistetään yksityisyys. Suoria to-tuuksia, en moiti.”

Myös tilat (n=2) saivat osakseen parannusehdotuksia. Vastauksissa toivottiin omaa huonetta tai vähemmän potilaita yhteen huoneeseen. Tilan koettiin vaikuttavan yksityisyyden kokemiseen.

”Tilat ihan hyvät, mutta vähemmän potilaita huonetta kohti olisi ihan hieno. Suihku ja wc voisi olla erillään. Ikävä käydä vessassa, kun toinen potilas syö 1 m:n päässä ja kuulee.”

Avoimissa vastauksissa tuli esille sekä myönteistä että kielteistä palautetta. Vastauksissa ilmeni molemmat ääripäät. Toisaalta hoitoon ja henkilökuntaan oltiin hyvin tyytyväisiä, toisaalta osa vastaajista koki puutteita hoidon ja henkilökunnan suhteen. Osa vastaajista toivoi yksilöllisempää hoitoa ja kannustusta omatoimisuuteen. Lisäksi toivottiin, että hoitaja tervehtisi ja esittelisi itsensä potilaalle. Kuten vastauksissakin tuli ilmi, hoitajien kiire ja vähäisyys voivat vaikuttaa siihen, että osa vastaajista koki henkilökunnan epäystävälliseksi. Kehittämissuositukseksi nousi siis kiireen vähentäminen ja henkilökunnan lisääminen. Vuorovaikutustaitoihin voisi myös kiinnittää enemmän huomiota, esimerkiksi itsensä esittelemisen ja tervehtimisen potilashuoneeseen tullessa ja uuden potilaan kohdalla. Kehittämissuositukset koskivat myös tiloja. Karkeasti päätellen osa vastaajista toivoi isompaa ja selkeämpää omaa reviiriä potilashuoneessa.

5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

5.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuus riippuu mittarin luotettavuudesta, tutkimustulosten käsittelystä ja otoksesta. Validiteetti tarkoittaa mittarin kykyä mitata ominaisuuksia, joita sen on tarkoitus mitata. Validiuskysymys liittyy erityisesti operationalisoinnin vaikeuteen. Realibiliteetilla tarkoitetaan mittauskohteen pysyvyyttä ja ei-sattumanvaraisuutta. Esimerkiksi mittari tulisi laatia siten, että kaikki vastaajat tulkitsevat kysymyksen samalla tavalla. (Metsämuuronen 2003, 42–43.)

Yksilövastuun hoitotyön periaatteiden (vastuullisuus, itsenäisyys, jatkuvuus ja koordinaatio sekä kattavuus) määrittelemisen oli vaikeaa, koska nämä käsitteet ovat laajoja ja monimuotoisia. Periaatteet olivat osittain päällekkäisiä tai sidoksissa toisiinsa. Esimerkiksi itsenäisyyden periaatteessa potilaan itsemäärääminen ei toteudu, jos hän ei

saa riittävää ja oikeaa tietoa sairaudestaan ja hoidostaan. Tiedonsaanti ei kuitenkaan pelkästään liity itsenäisyyden periaatteeseen vaan se on myös osa hoidon jatkuvuutta ja potilaan kokonaisvaltaista huomioimista (kattavuus). Operationalisointi oli näistä syistä vaikeaa. Muodostimme kyselylomakkeen aikaisempien yksilövastuista hoitotyötä mittaavien tutkimusten perusteella ja hyödynsimme aikaisempien tutkimusten kyselylomakkeita oman kyselymme laatimisessa. Tätä voidaan pitää kyselylomakkeemme vahvuutena. Osa käytetyistä lähteistä oli 90-luvulta, mutta halusimme ottaa ne mukaan, koska niissä painoi asiantuntijuus.

Periaatteiden avaamisessa pyrimme konkreettisuuteen, joten käytimme kyselylomakkeen väittämien ja kysymyksen selventämisessä esimerkkejä. Pyysimme parannusehdotuksia ohjaavalta opettajaltamme ja työelämän ohjaajilta kyselylomakkeestamme ennen aineistonkeruuta. Sen lisäksi esitetasimme kyselylomakkeemme muutaman potilaan kohdalla. Saamamme palautteen perusteella muokkasimme kyselylomakettamme lyhyemmäksi, yksinkertaisemmaksi ja ymmärrettävämmäksi. Tämä lisää kyselylomakkeemme luotettavuutta. Toisaalta kun haastattelimme potilaita, huomasimme edelleen joitakin päällekkäisyyksiä, toistoja ja vaikeaselkoisuutta kyselylomakkeesamme muutamien kysymysten kohdalla. Olisimme voineet vielä käyttää aikaa kyselylomakkeen muokkaamiseen ja parantamiseen.

Pohdimme, onko periaatteet kysytty mahdollisimman kattavasti ja laajasti. Nyt jälkikäteen tarkastellessamme kyselylomakettamme toivomme, että olisimme vieläkin kattavammin ja selkeämmin kysyneet periaatteiden toteutumisesta. Itsenäisyyden periaatteessa arvioitavat väittämät ja kysymykset olivat mielestämme ehkä kaikkein superpeimmat. Olisimme voineet selvittää enemmän/paremmin, miten potilaan itsemäärääminen toteutui, esimerkiksi päätöksenteossa. Saivatko potilaat keskustella erilaisista hoitovaihtoehdoista? Parhaiten onnistui jatkuvuutta, koordinoitua ja kattavuutta selvittävät kysymykset, sillä nämä kysymykset olivat monipuolisia ja kattavia. Kyselylomake ei ole aivan huonokaan, sillä saimme samansuuntaisia vastauksia kuin aikaisemmissakin tutkimuksissa.

Vastausprosentti oli 40 %. Kyselylomakkeista vajaa kymmenen oli puutteellisesti täytetty, erityisesti väittämien kohdalla. Otimme nämä silti mukaan tulosten analysointiin. Kyselylomake saattoi olla liian pitkä ja väsyttävä vastattavaksi. Kysymykset ja vastausvaihtoehdot saattoivat olla osalle potilaille vaikeaselkoisia esimerkeistämme

huolimatta. Vastajat saattoivat myös kokea, että kysymykset eivät koskettaneet heitä, vaikka kysymykset olivat mielestämme selkeitä ja yksinkertaisia. Vastajat ovat voineet olla huonokuntoisia ja siksi jättäneet osaan kysymyksiin vastaamatta. Huomasimme vieraillessamme osastoilla, että kyselylomake annettiin potilaalle toisinaan lähtötilanteessa, jolloin hän ei ollut enää motivoitunut vastaamaan odottaessaan kotiin pääsyä tai ei ehtinyt vastaamaan tai vastaaminen jäi kesken. Nämä seikat voivat heikentää tulosten luotettavuutta.

Kun potilas täytti itsenäisesti kyselylomakkeen, puuttuvia vastauksia oli enemmän kuin meidän haastatteluissamme. Potilaat vastasivat kaikkiin kysymyksiin, kun haastattelimme heitä, paitsi kaikkiin avoimiin kysymyksiin. Haastattelutilanne antoi mahdollisuuden selventää ja konkretisoida kysymyksiämme potilaille, mitä mahdollisuutta ei ollut kun potilas itsenäisesti täytti lomakkeen. Potilaat ovat voineet siis vastata kriittisemmin kysymyksiin silloin kun kävimme heitä haastattelemassa. Toisaalta meidän läsnäolomme on voinut vaikuttaa potilaiden vastauksiin. Pyrimme kuitenkin pysymään kyselylomakkeen kysymyksissä. Lisäksi haastattelun aikana saimme laadullisesti enemmän tietoa esim. avointen kysymysten kohdalla.

Olemme kuvanneet tutkimuksen toteutuksen ja tulosten analysoinnin tarkkaan ja avoimesti, jolloin lukija voi saada selville, miten johtopäätöksiin on tultu. Taulukot havainnollistavat vielä tuloksia. Tulosten analysoinnissa olemme koko ajan reflektoineet, onko analysointimenetelmämme riittävän luotettavia ja tarvittaessa olemme luopuneet ratkaisuisista, jotka eivät ole olleet riittävän varmoja ja luotettavia. Olemme hakenneet ahkerasti ohjausta ja varmistusta erityisesti tulosten analysointivaiheessa. Olemme yhdessä syöttäneet aineiston tilasto-ohjelmaan, laskeneet tulokset ja analysoineet aineiston, joten virheiden huomaaminen on ollut helpompaa kuin jos kaiken olisi tehnyt yksin. Omahoitajan merkitystä olemme analysoineet laskemalla keskiarvoja. Emme ole laskeneet tilastollista merkittävyyttä ryhmien välillä (potilaiden, joilla on omahoitaja ja joilla ei omahoitajaa ole tai ei tiennyt siitä), joten johtopäätöksiä omahoitajan merkityksestä (ristiintaulukointi) voidaan pitää vain suuntaa antavana. Yleisesti ottaen tämän opinnäytetyön tulokset eivät ole yleistettävissä jo pienen otokseen vuoksi.

5.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön tekemiseen saimme luvan Kyllön terveystieteiden sairaalan johdolta. Liitimme kyselylomakkeeseemme saatekirjeet (Ks. liite 1 ja 2) hoitohenkilökunnalle ja potilaille. Saatekirjeissä painotimme vastaamisen vapaaehtoisuutta. Henkilökunnalle osoitetussa saatekirjeessä pyysimme hoitajia kyselyitä jakaessaan kertomaan potilaille opinnäytetyön tarkoituksesta ja vastaamisen vapaaehtoisuudesta. Kyselyyn vastattiin nimettöminä, jolloin vastaajan henkilöllisyyden tunnistaminen oli vaikeaa. Säilytimme lomakkeet suojatussa paikassa, jolloin ulkopuoliset eivät päässeet niitä käsittelemään.

Haastattelutilanteessa luimme kysymykset ja vastausvaihtoehdot, joihin potilas vastasi suullisesti ja me kirjasimme potilaan vastaukset ylös kyselylomakkeeseen. Ennen haastatteluja kerroimme potilaalle tutkimuksen tarkoituksesta, korostimme vastaamisen vapaaehtoisuutta ja tarjosimme myös mahdollisuutta vastata muualla kuin potilashuoneessa yksityisyyden suojaamiseksi.

Tulosten analysoinnissa emme ole tehneet osastokohtaisia vertailuja, koska vastaajien määrä oli kohtalaisen pieni. Osastokohtaisten vertailujen tekeminen olisi voinut aiheuttaa epäeettistä keskustelua. Vastauslomakkeet hävitettiin asianmukaisesti.

5.3 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua

Potilaiden kokemana yksilövastuinen hoitotyö ei toteutunut työnjakomallina, sillä yli puolet vastaajista ei tiennyt tai, heillä ei ollut omahoitajaa. Sen lisäksi kolme neljäsosa vastaajista ei tiennyt, kuka oli hänen korvaava hoitajansa. Yksilövastuisen hoitotyön idea on, että potilas tietää kuka on hänen omahoitajansa ja heidän välilleen muodostuu toimiva hoitosuhde (Nyman 2006 41).

Kyselylomakkeemme alkuun laitoimme ohjeen potilaille, että jos he eivät tiedä kuka on heidän omahoitajansa, he miettisivät heitä eniten hoitanutta hoitajaa arvioidessaan väittämiä. Tästä syystä tulokset kuvaavat kaikkien hoitajien toimintaa, koska enemmistöllä ei ollut nimettyä omahoitajaa tai potilaat eivät tienneet siitä. Yksilövastuisen

hoitotyön periaatteet toteutuivat kuitenkin kohtalaisen hyvin, sillä enemmistö vastaajista oli samaa tai lähes samaa mieltä kaikkien väittämien kanssa. Myös Nymanin (2006), Kerättären (2003) ja Kylävallin (1995) tutkimuksissa yksilövastuisen hoitotyön periaatteet ovat toteutuneet osittain, hyvin tai kiitettävästi, vaikka potilailla ei ole ollut omahoitajaa (Nyman 2006, 40–43; Kerätär 2003, 48–49; Kylävalli 1995, 54–57).

Voidaan olettaa, että yksilövastuisen hoitotyön periaatteet ovat samoja kuin hoitotyön yleiset periaatteet. Voutilainen (1994) onkin sitä mieltä että yksilövastuinen hoitotyö ei ole arvo sinänsä vaan tapa toteuttaa potilaskeskeistä hoitotyötä. Sitä voidaan toteuttaa hyvin tai huonosti, kuten kaikkia muitakin hoitotyön toimintatapoja. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 113.) Yksilövastuisen hoitotyön toteuttamisessa onkin monenlaisia versioita. Käytännössä yksilövastuista hoitotyötä ei ole voitu toteuttaa kirjallisuudessa kuvatulla tavalla, koska henkilöstörakenne ja määrä eivät ole olleet sopiva. Tällaisia omasairaanhoidajakäytännön muutoksia ovat muun muassa modulaarinen hoitotyö, omaryhmä ja parityöskentely sekä tiimihoitaminen. Esimerkiksi omaryhmässä työskentelee sairaanhoitaja ja perushoitaja huolehtien 6-8 potilaan hoitotyöstä yhdessä. Suomessa kokemukset omahoitajakäytännöstä ovat olleet pääasiassa omahoitajakäytännön ja ryhmätyökäytännön sekamuotoja. Kunkin osaston on suunniteltava omahoitajakäytäntö itselle sopivaksi. (Kalasniemi 2002, 15–16.)

Muhosen (2008) on tutkinut, miten yksilövastuinen hoitotyö toteutui Jyväskylän kaupungin terveystieteidenkeskuksessa hoitajien arvioimana. Suurin osa hoitajista koki tekevänsä yksilövastuista hoitotyötä. Vastaajista 92 % ilmoitti, että potilailla oli omahoitaja. Lisäksi vastaajista suurin osa kertoi esittelevänsä itsensä omahoitajana omaisille aina tai lähes aina. Suurin osa ei kuitenkaan ollut täysin tyytyväisiä tekemäänsä hoitotyöhön, sillä työtehtävät olivat lisääntyneet ja potilaita hoidettiin paljon ylipaikoilla. Yli puolet vastaajista arvioi, että heillä ei ollut riittävästi aikaa potilaille. Potilaita ei ehditty aina hoitamaan niin laadukkaasti kuin hoitajat halusivat. Kiireen vuoksi hoitajat eivät pystyneet keskittymään omiin potilaisiin riittävästi ja kokonaisvaltaisesti. Suurin osa vastaajista kuitenkin koki, että yksilövastuinen hoitotyö sopi osastoille hyvin ja sitä haluttiin tehdä yhä tiiviimmin. (Muhonen 2008, 27–31.)

Yksilövastuisen hoitotyön perusidea on, että yksi hoitaja on vastuussa potilaan hoitotyön prosessista koko potilaan hoitajakson ajan. Hoitajat voivat kokea tämän vastuun liian suurena ja haasteellisena, ja tästä syystä potilaille ei nimetä omahoitajaa tai poti-

laalle ei kerrota, että hänellä on omahoitaja. Näin hoitaja pysyy kasvottomana ja voidaan kokea, että vastuu on kaikilla, jotka sillä hetkellä ovat työvuorossa. Vastuuseen ei uskalleta sitoutua, koska hoitaja voi kokea ammattitaitonsa ja kokemuksensa riittämättömäksi. Sen lisäksi osastoja kuormittavat henkilökunnan vähäisyys ja kiire sekä organisaation rakenteelliset seikat. Hoitajien voi olla helpompi sitoutua työvuorokoh- taiseen vastuuseen. 24 tunnin vastuullisuus onkin koettu vaikeana hyväksyä (Kalas- niemi 2002, 14–15). Lisäksi lyhytaikaisten sijaisten voi olla vaikea sitoutua omahoi- tajuuteen, koska työyhteisön toimintatavat voivat olla sijaiselle vieraat ja perehdytys on riittämätöntä. Omahoitajuudesta luovutaan ensimmäisenä silloin, kun osastoilla on kiire ja resurssit vähäiset (Kerätär 2003, 48).

Muhosen (2008) tutkimuksessa vastaajista 86 % koki saavansa riittävästi tukea oma- hoitajana toimimiseen. Toisaalta työtahdin koettiin kiristyneen ja suurin osa vastaajis- ta koki, ettei työyhteisössä ole riittävästi henkilökuntaa toteuttamaan yksilövastuista hoitotyötä. Tutkimuksessa tuli esille, että yksilövastuista hoitotyötä haluttiin edelleen kehittää ja toiveena oli myös, että selkiytettäisiin, mitä yksilövastuinen hoitotyö tar- koittaa tässä työyhteisössä ja mitä hoitajat haluaisivat sen olevan. (Muhonen 2008, 48–50.)

Miten sitouttaa hoitajat omahoitajiksi siten, että tieto omahoitajasta menee potilaalle asti? Potilaillahan voi olla omahoitaja, mutta sitä ei ole tehty potilaalle selväksi. Työ- yhteisössä tulisi yhdessä keskustella toimintatavoista ja periaatteista sekä sopia, mitä arvot ja periaatteet käytännössä tarkoittavat. Näin kaikilla on yhteinen käsitys tavoit- teista, jolloin omahoitajuuteen on helpompi sitoutua. Uusien työntekijöiden perehdyt- tämiseen pitäisi sitoutua järjestelmällisesti. Se on aikaa vievää, mutta palkitsee ennen pitkään työn sujuvuudella. Arviointia tulisi tehdä myös jatkuvasti ja järjestelmällisesti työyhteisön toimintatavoista. Myönteisen palautteen saaminen motivoi myös hoitajaa sitoutumaan omahoitajuuteen. Vertaisarviointi, jatkuva itsearviointi, kehityskeskuste- lut ja koulutus ovat tässä tukena.

Vastuullisuuden periaatteessa parhaiten toteutui turvallisuus huolimatta siitä oliko potilaalla omahoitaja tai ei. Hoidon suunnittelu ja arviointi yhdessä potilaan kanssa toteutuivat heikoiten. Potilaat kokivat myös, että hoitaja ei ollut antanut riittävästi ai- kaa heille. Kyselymme avoimissa vastauksissa tuotiin esille myös hoitajien kiire ja henkilökuntaa toivottiin lisää. Muuten noin 60 % vastaajista piti vuorovaikutussuhdet-

ta hoitajan kanssa melko hyvänä, sillä he kokivat, että hoitaja oli perehtynyt riittävästi potilaan asioihin, ja hoitaja oli suhtautunut vakavasti potilaan esittämiin asioihin. Potilaat kokivat, että uskalsivat kertoa mielipiteensä hoidosta ja hoitaja oli kysynyt potilaan toiveita ja vointia päivittäin. Avoimissa vastauksissa hoitajia kuvattiin positiivisiksi, ystävällisiksi, miellyttäviksi ja ammattitaitoisiksi. Toisaalta avoimissa vastauksissa henkilökunnalta toivottiin myös yksilöllisempää ja ystävällisempää kohtelua. Myös enemmän keskustelua toivottiin. Kerättären (2003), Kalasniemen (2002) ja Anttikosken (1996) tutkimuksissa potilaat ovat tuoneet myös esille hoitajien kiireen, vähäisyyden ja ajan antamisen riittämättömyyden (Kerätär 2003, 50; Kalasniemi 2002, 77–87; Anttikoski 1996, 29).

Hoidon suunnittelussa potilaan kanssa oli puutteita myös Nymanin (2006), Kaukkilan (1999), Anttikosken (1996), Kylävallin (1995) ja Murtolan (1993) tutkimuksissa (Nyman 2006, 42; Kaukkila 1999, 12–14; Anttikoski 1996, 23; Kylävalli 1995, 54; Murtola 1993, 36). Kyselylomakkeemme kysymys hoidon suunnittelusta voi olla epätarkasti muotoiltu. Potilaat eivät välttämättä tiedä, mitä hoidon suunnitteleminen tarkoittaa. Syynä voi olla myös, että potilaat eivät tiedosta hoidon suunnitteluvaihetta, vaikka hoitaja olisikin suunnitellut potilaan kanssa hänen hoitoaan. Potilas ei välttämättä miellä esimerkiksi haastattelutilannetta osaksi hoidon suunnittelua. Kolmanneksi hoitaja on voinut aloittaa hoidon suunnittelun yhdessä potilaan kanssa, mutta sitten jatkanut tai päivittänyt hoitosuunnitelmaa itsenäisesti huomioimatta potilaan näkemystä (Nyman 2006, 42). Kirjallisen hoitotyön suunnitelman tekeminen voidaan kokea myös vaikeaksi ja aikaa vieväksi ja tästä syystä se voidaan jättää tekemättä tai se tehdään puutteellisesti. Vuoteenvierusraportointi ja kirjaaminen potilaan vuoteen vieressä voisivat lisätä potilaan mukaan ottamista hoitonsa suunnitteluun. Hoitosuunnitelman tekemistä yhdessä potilaan kanssa voidaan parantaa koulutuksella ja sen merkitys hoidon jatkavuuden kannalta tulisi tiedostaa syvemmin.

Anttikosken (1996) tutkimuksessa hoidon arviointi oli 30 % mielestä vähäistä (Anttikoski 1996, 31–35). Tulostemme mukaan osa potilaista koki, että hoidon arviointi oli puutteellista. Potilaat eivät välttämättä ymmärtäneet, mitä hoidon arvioinnilla tarkoitettiin kuten hoidon suunnittelua koskevan kysymyksen kohdalla. Tämä saattaa olla yksi syy, miksi tuloksissamme hoidon arviointi toteutui heikosti. Syynä voi olla se, että potilaat eivät miellä, että kyse on hoidon arvioinnista, kun hoitaja kysyy, miten kipulääke auttoi. Hoidon arviointi tapahtuu koko ajan, työn ja tekemisen lomassa.

Hoidon arviointi ei ole erillinen tapahtuma muusta hoitotyöstä. Toisaalta hoitaja voi tehdä hoidon arviointia itsenäisesti kirjaamisen yhteydessä eikä selvitä potilaan näkemyksiä jatkuvasti.

Enemmistö vastaajista koki, että heille oli esitelty osasto, kerrottu osaston päiväjärjestyksestä ja neuvottu soittokellon toiminta. Joka kolmas vastaajista koki tämän puutteelliseksi tai ei osannut arvioida asiaa. Tulohaastattelu oli potilaiden mielestä jätetty tekemättä joka kolmannelle vastaajalle. Suurin osa heistä, joille oli tehty tulohaastattelu, kokivat, että siinä oli tullut riittävästi tai jonkin verran potilaalle tärkeitä asioita esille. Yli kymmenesosa potilaista koki, että tulohaastattelussa he eivät saaneet tärkeitään asioitaan esille. Enemmistön kohdalla tulotilanne oli sujunut kuitenkin hyvin. Tulohaastattelu ei ole itse tarkoitus, mutta toisaalta se kannattaisi nähdä hyvänä mahdollisuutena hoitosuhteen ja hoidon suunnittelun aloittamiseen. Se antaa myös tilaisuuden selvittää potilaan näkemyksiä ja toiveita hoidosta. Tulohaastattelu voidaan kokea rutiininomaisena toimena, joka on nyt vain tehtävä ja jossa selvitetään pelkästään lähiomaisen yhteystiedot ja allergiat. Työyhteisön kannattaa yhdessä keskustella tulohaastattelun merkityksestä ja sopia selkeästi, mitä asioita haastattelutilanteessa on tarpeellista kartoittaa.

Muhosen (2008) tutkimuksessa tuli ilmi, että lähes kaikki hoitajat pitivät tulohaastattelua tärkeänä. Siitä saatuja tietoja hyödynnettiin potilaan hoitoprosessin aikana. Vastaajista yli puolet (59 %) ilmoitti ottavansa potilaan mukaan hoidon suunnitteluun. Hoidon suunnittelua tehtiin kirjallisessa hoitotyön suunnitelmassa ja suullisella raportilla hoitajalta toiselle. (Muhonen 2008, 33–34.)

Itsenäisyyden periaatteessa enemmistö potilaista koki, että oli pystynyt vaikuttamaan päivittäiseen ohjelmaansa ja heidän kanssaan keskusteltiin siten, että he ymmärsivät mistä oli kyse. Lääkärinkierrolla joka kolmas potilas koki, että hänelle kaikki tärkeät asiat eivät olleet tulleet esille tai eivät kyenneet arvioimaan asiaa. Avoimissa vastauksissa yksi potilas toikin esille, että lääkäri oli ollut kiireinen. Huonokuntoiset ja arat potilaat eivät välttämättä pysty tai uskalla ilmaista tarpeitaan ja ongelmiaan suoraan lääkärille. Hoitaja, joka ei tunne potilasta tai ei ole perehtynyt riittävästi potilaan asioihin, ei tällaisessa tilanteessa pysty välttämättä tukemaan potilasta asioiden esiintuomisessa. Hoitaja, joka tuntee potilaan (omahoitaja), pystyy paremmin toimimaan potilaan asianajajana.

Jatkuvuuden ja koordinoinnin periaatteessa enemmistö vastaajista koki, että heillä oli ollut mahdollisuus osallistua jatkohoitonsa suunnitteluun. He saivat riittävät kotihoito-ohjeet ja tiesivät mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. Suurin osa potilaista tunsivat hoitoaan koskevan tiedon välittyvän eteenpäin ja hoidon edenneen joustavasti. Noin kymmenesosa koki, että eivät olleet saaneet suunnitella jatkohoitonsa. Sen lisäksi noin kymmenesosa koki, että hoito ei ollut edennyt joustavasti ja he eivät tieneet miten heidän hoitonsa etenee esimerkiksi mitä tutkimuksia tehdään ja milloin. Heikosti toteutui myös yhteydenottaminen eri ammatti-ihmisiin, toisaalta melkein puolet vastaajista ei osannut arvioida tätä väittämää. Kerättären (2003), Anttikosken (1996) ja Kylävallin (1995) tutkimuksissa suurin osa potilaista oli tyytyväisiä ohjaukseen ja tiedon saantiin (Kerätär 2003, 51; Anttikoski 1996, 22; Kylävalli 1995, 57). Lisäksi Nyman (2006), Kaukkila (1999) ja Kylävalli (1995) ovat saaneet samansuuntaisia tuloksia jatkohoidon suunnittelusta yhdessä potilaiden kanssa. Osa potilaista on ollut tyytymättömiä mahdollisuuksiinsa osallistua jatkohoitonsa. (Nyman 2006, 42; Kaukkila 1999, 12–14; Kylävalli 1995, 57).

Kaikkia potilaita ei otettu mukaan jatkohoitonsa suunnitteluun, esim. heidän toiveitaan jatkohoitopaikasta, kotiutuspäivästä tai kotiapujen tarpeesta ei huomioitu. Aina ei ole mahdollista järjestää toiveiden mukaista jatkohoitopaikkaa. Potilas voi olla fyysisesti hyväkuntoinen, mutta kokea turvattomuutta kotona. Tämä ei ole kuitenkaan peruste esimerkiksi palveluasumiselle tai osastohoidon pidentämiselle vaan yleinen käytäntö on, että potilaan selviytyminen kotona turvataan ensisijaisesti avopalvelujen turvin. Jos avopalveluista huolimatta potilas ei pärjää kotona, tällöin jatkohoitopaikan järjestäminen on perusteltua. Potilaan näkemys omasta terveydentilastaan ja toimintakyvystään voivat olla epärealistiset. Ne voivat poiketa hoitajan ja lääkärin näkemyksestä. Tästä syystä ei aina uskalleta kotiuttaa potilasta hänen toiveidensa mukaan vaan halutaan vielä varmistaa potilaan riittävä kuntoutuminen. Joskus potilas on osastolla, vaikka ei ole enää mitään lääketieteellistä hoidettavaa, koska ennen siirtymistä kotiin on kotona selviytyminen turvattava kotihoidon ja/tai omaisten turvin ja näiden palvelujen käynnistäminen vie aina oman aikansa. Osastoilla käydessämme selvitimme ensin hoitajilta, ketkä potilaat kotiutuisivat parin päivän sisällä. Huomasimme, että hoitajien oli välillä vaikea arvioida potilaiden kotiutumisaikankohtaa. Jäimme miettimään, oliko kotiutumisaikankohdan arvioiminen vaikeaa, koska potilaiden vointi vaihteli vai koska potilaiden kotiutumista ei järjestelmällisesti suunniteltu, esimerkiksi hoidon suunnittelun ja tavoitteiden asettamisen yhteydessä.

Vastaajista yli puolet koki, että he olivat saaneet riittävästi tietoa sairaudestaan, hoidostaan, tutkimuksistaan, lääkityksestään ja jatkohoidostaan, tai heillä ei ollut tarvetta siihen. Noin viidesosan mielestä he eivät saaneet riittävästi tietoa sairaudestaan ja jatkohoidostaan. Avoimissa vastauksissa potilaat olisivat halunneet enemmän tietoa omahoitajasta, ja hoidon jatkuvuudesta ja jatkohoidosta sekä tutkimusten tarkoitukselta. Jatkohoidon suhteen haluttiin tietoa kotilääkityksestä ja kotihoitoon liittyvistä asioista. Kaksi potilasta halusi tietää kaikesta; sairaudestaan, hoidostaan, tutkimuksista, lääkityksestä ja jatkohoidosta. Tiedon saannissa koettiin molemmat ääripäät: tiedon saantiin oltiin tyytyväisiä, toisaalta haluttiin tietää kaikesta enemmän. Lisäksi yli kymmenesosa potilaista oli sitä mieltä, että hänen kanssaan ei keskusteltu siten, että hän ymmärsi mistä oli kyse.

Enhkä tietoa ei annettu potilaan tarpeita vastaavasti ja hänen kielellään. Haastattelutilanteissa huomasimme, että joidenkin potilaiden kohdalla oli vielä liian aikaista kysyä jatkohoidosta. Potilaan hoito oli vielä siinä vaiheessa, että jatkohoitoon liittyviä asioita ei ollut vielä ehditty käymään läpi. Muutama vastaaja haastattelutilanteessa toikin esille, että ne selviävät kyllä ajallaan.

Kattavuuden periaatteessa potilaan fyysiset tarpeet olivat huomioitu hyvin, sillä he kokivat, että saivat apua tarpeidensa ja pyyntöjensä mukaan, esim. hoitaja avusti peseytymisessä ja ruokailussa. Enemmistö potilaista sai tehdä asioita, mihin itse kykenivät. Viides osa potilaista koki, että heidän puolestaan oli tehty asioita joihin itse kykenisivät, esim. hoitaja puki potilaan, vaikka olisi itse siihen kyennyt. Avoimissa vastauksissa toivottiin, että hoitaja kannustaisi potilasta omatoimisuuteen fysioterapeuttien tapaan.

Hoitajan voi olla helpompi tehdä potilaan puolesta kuin antaa aikaa potilaalle tehdä omatoimisesti, sillä hoitajalla voi olla kiire. Hoitaja ei välttämättä ole tietoinen hoidon tavoitteista. Esimerkiksi hoitosuunnitelmaan on asetettu tavoite, että potilas sen sijaan että käy vuoteen vieressä portatiivilla, alkaakin käydä rollaattorin kanssa kävellen vessassa hoitajan turvin. Tämä tavoite tulisi olla kaikkien potilasta hoitavien tiedossa. Jos se ei ole, potilasta avustetaan hyvin kirjavasti. Toinen hoitaja vie potilaan suihkutuolilla vessaan ja toinen hoitaja taas käyttää potilasta edelleen portatiivilla. Tällöin potilaan kuntoutuminen hidastuu. Avoimissa vastauksissa potilaat kuitenkin kokivat, että hoito oli hyvää ja huolehtivaa, ja että tarpeet tulivat täytetyiksi. Enemmistö poti-

laista koki, että oli saanut kipulääkitystä aina tai lähes aina. Avoimissa vastauksissa yksi potilas kirjoitti, että kipulääkitys oli ollut yön aikana riittämätön.

Kattavuuden periaatteessa henkisen tuen saaminen toteutui kaikkein heikoimmin. Lähes viidesosa potilaista koki, että eivät olleet saaneet henkistä tukea, jolla tarkoitimme lohduttamista, ymmärryksen osoittamista, koskettamista ja keskustelua mieltä askarttavista asioista esim. peloista. Vajaa puolet ei osannut vastata tai oli jättänyt vastaamatta, saivatko henkistä tukea. Enemmistö potilaista koki, että elämäntilanne oli huomioitu riittävästi heidän kohdallaan. Suurin osa potilaista koki, että ei ollut tarvetta keskustella hengellisistä tai taloudellisista asioista. Samoin kolme neljäsosa vastaajista oli sitä mieltä, että heillä ei ollut tarvetta omaistensa huomioimiseen tai omaiset oli huomioitu riittävästi. Kymmenesosa potilaista koki, että heillä ei ollut mahdollisuutta keskustella hengellisistä ja taloudellisista asioistaan sekä heidän omaisiaan ei huomioitu riittävästi. Henkisen tuen puute on yhtenäinen Nymanin (2006) ja Kerättären (2003) tutkimustulosten kanssa, sillä hoitajien kiire ja vähäisyys estivät hoitajia vastaamasta potilaan henkisiin tarpeisiin (Nyman 2006, 42; Kerätär 2003, 51).

Mielestämme kysymys henkisen tuen saamisesta oli aika selvä, koska kysymyksen yhteyteen olimme vielä laittaneet käytännön esimerkkejä. Henkisen tuen puute kertoo, että ehkä hoitajat keskittyvät sairauden ja potilaan fyysisten tarpeiden täyttämiseen. Potilaan voi olla lisäksi vaikea ilmaista tunteitaan hoitajalle ja hoitajan vaikea antaa henkistä tukea (lohduttaminen, koskettaminen ym.). Fyysisiin tarpeisiin on helpompi vastata. Hoitajat eivät välttämättä osaa tai huomaa edes tarjota potilaalle mahdollisuutta keskustella huolistaan. Toisaalta vajaa 40 % ei osannut arvioida, että saivatko henkistä tukea. Syynä tähän voi olla, että potilaat eivät osanneet ajatella, että henkisen tuen saaminen on osa potilaan hoitoa. Kysymykseen oliko potilailla mahdollisuus keskustella hengellisistä ja taloudellisista asioistaan, oli pari vastaajaa vastannut sivun reunaan, että ”kuuluuko se sairaalaan”. Potilaat ehkä ajattelevat, että sairaala on enemmän fyysisen terveyden ja sairauden hoitamista ja psyykkiset, hengelliset ja taloudelliset ongelmat ratkaistaan muualla. Potilaat voivat saada myös henkistä tukea läheisiltään ja perheiltään tai huonetovereiltaan.

Kyselylomakkeessamme oli vain yksi kysymys, joka koski omaisia. Omaisten merkitys on usein suuri pitkäaikaisesti ja vaikeasti sairaiden potilaiden kohdalla. Suurin osa vastaajistamme oli alle kaksi viikkoa sairaalassa ja oletettavasti hyväkuntoisia. Olisi

hyödyllistä selvittää, miten pitkäaikaisesti sairaiden omaiset arvioivat yksilövastuisen hoitotyön toteutumisen ja mitä odotuksia heillä on omahoitajalta.

Potilaat, joilla ei ollut omahoitajaa tai eivät tienneet kuka oli omahoitaja, antoivat kaikissa väittämässä ja kysymyksissä huonommat keskiarvot, kuin potilaat, joilla oli nimetty omahoitaja. Suurimmat erot vertailtaessa keskiarvoja oli tulotilanteessa, hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa, vaikuttamisessa päivittäiseen ohjelmaansa ja vuorovaiikutussuhteen laadussa hoitajan kanssa. Potilaat, joilla oli omahoitaja, saivat aikaa enemmän hoitajalta, heidän asioihinsa perehdyttiin paremmin ja heidän toiveita kyseltiin päivittäin. Potilaat kokivat olonsa yhtä turvalliseksi riippumatta oliko omahoitajaa vai ei. Jatkuvuuden ja koordinoinnin periaatteen toteutumisessa eroja oli jatkohoidon suunnittelussa ja yhteydenottamisessa muihin ammattiryhmiin. Muuten jatkuvuuden ja kattavuuden väittämät saivat samansuuntaisia keskiarvoja kummankin ryhmän taholta. Kattavuuden periaatteessa suurin ero oli elämäntilanteen huomioimisessa. Toisaalta vaikka potilaalla ei ollut omahoitajaa, hän sai henkistä tukea ja apua tarpeidensa mukaan yhtäläisesti. Näiden tulosten perusteella voidaan olettaa, että nimetyllä omahoitajalla on merkitystä periaatteiden paremmalle toteutumiselle.

Myös Muhosen (2008) tutkimuksessa yksilövastuisen hoitotyön myötä potilaan hoito oli kokonaisvaltaisempaa ja potilaslähtoisempää hoitajien arvioimana. Myös hoitosuhde potilaaseen ja potilaan omaisiin syventyi. Enemmistö vastaajista koki yksilövastuisen hoitotyön hyväksi ja toimivaksi tavaksi tehdä työtä. (Muhonen 2008, 39–40.)

5.4 Yhteenveto tutkimustuloksista ja kehittämis ehdotuksia

Yksilövastuinen hoitotyö ei toteutunut työjakomallina, sillä vajaa puolella potilaista oli omahoitaja. Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet kuitenkin toteutuivat melko hyvin. Vastuullisuuden periaatteessa eniten puutteita koettiin hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa yhdessä potilaan kanssa. Tulohaastattelu oli jätetty tekemättä joka kolmannelle. Osa vastaajista koki myös hoitajan antavan aikaa hänelle riittämättömästi. Potilaat arvioivat hoitosuhteen olevan kuitenkin toimiva ja potilaat kokivat olonsa turvalliseksi sairaalassa.

Itsenäisyyden periaate toteutui tässä opinnäytetyössä hyvin, sillä potilaat kokivat, että olivat pystyneet vaikuttamaan päivittäiseen ohjelmaansa ja heidän kanssaan keskusteltiin siten, että he ymmärsivät mistä on kyse. Lääkärinkierrolla joka kolmas ei ollut saanut tärkeitä asioitaan esille. Syitä tähän ei selvitetty. Myös potilaan päätöksen tekoa olisi voinut selvittää kattavammin.

Koordinoinnin ja jatkuvuuden periaate toteutui melko hyvin. Suurin osa oli saanut mahdollisuuden osallistua jatkohoitonsa suunnitteluun, saanut riittävät kotihoito-ohjeet ja tiesivät miten toimia ongelmatilanteissa kotiutumisen jälkeen. Enemmistö vastaajista koki myös, että hoito oli edennyt joustavasti ja potilas oli tiennyt, miten hänen hoitonsa etenee. Kymmenesosa potilaista koki, että eivät saaneet osallistua riittävästi jatkohoitonsa suunnitteluun, he eivät tieneet, miten heidän hoitonsa etenee ja hoito ei edennyt joustavasti. Osa vastaajista koki puutteita myös yhteydenottamisessa eri ammattiryhmiin.

Kattavuuden periaate toteutui osittain, sillä eniten puutteita koettiin henkisen tuen saamisessa. Muuten potilaiden elämäntilanne oli huomioitu enemmistön kohdalla ja potilaat saivat apua tarpeidensa ja pyyntöjensä mukaan. Suurin osa vastaajista koki, että olivat saaneet tehdä asioita, joihin itse kykenivät. Toisaalta viides osa potilaista oli sitä mieltä, että heidän puolestaan tehtiin asioita, joihin olisivat itse kyenneet. Kivun hoito toteutui aina tai lähes aina.

Suurin osa potilaista koki, että ei ollut tarvetta keskustella hengellisistä tai taloudellisista asioistaan tai ei ollut tarvetta omaistensa huomioimiseen. Kymmenesosa koki tämän riittämättömäksi. Tiedon saantiin sairaudesta, hoidosta, tutkimuksista, lääkityksestä ja jatkohoidosta oli enemmistö tyytyväisiä. Noin viidesosa oli sitä mieltä että hoitaja ei ollut kertonut riittävästi sairaudesta ja jatkohoidosta. Avoimissa vastauksissa vastaajat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä tiedonsaantiin. Osa vastaajista olisi halunnut tietää enemmän jatkohoitoon ja tutkimuksiin liittyvistä asioista. Vastaajista kaksi halusi tietää kaikesta.

Potilaat, joilla oli omahoitaja, arvioivat väittämien toteutuvan paremmin kuin potilaat, joilla ei ollut omahoitajaa tai eivät sitä tieneet. Potilaat, joilla ei ollut omahoitajaa, kokivat selkeästi puutteita hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa, vaikuttamisessa päi-

vittäiseen ohjelmaan ja vuorovaikutussuhteen laadussa. Potilaat, joilla ei ollut omahoitajaa, kokivat olonsa sairaalassa yhtä turvalliseksi kuin potilaat, joilla oli omahoitaja. Avoimissa vastauksissa vastaajat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä hoitoon ja henkilökuntaan. Hoito koettiin hyväksi ja huolehtivaksi, potilaan tarpeita vastaavaksi. Toisaalta vastauksissa tuli esille myös toinen ääripää. Kielteistä palautetta annettiin hoidosta, henkilökunnan käyttäytymisestä ja potilastiloista. Potilaat toivoivat yksilöllisempää ja omatoimisuuteen kannustavaa suhtautumista. Henkilökunnalta toivottiin ystävällisempää kohtelua ja itsensä esittelemistä. Potilaat toivoivat myös potilashuoneissa isompaa reviiriä.

Muhosen (2008) tutkimuksessa suurin osa hoitajista koki tekevänsä yksilövastuista hoitotyötä. Vastaajista 92 % kertoi, että potilailla oli omahoitaja. (Muhonen 2008, 27–31.) Tämä tulos poikkeaa meidän tuloksistamme, sillä kyselyn mukaan vain vajaa puolet tiesi omahoitajansa. Voi olla, että potilaalla on omahoitaja, mutta sitä ei ole tehty potilaalle näkyväksi tai potilas ei ymmärrä omahoitajan käsitettä. Yksilövastuisten hoitotyön periaatteet kuitenkin toteutuivat melko hyvin ja enemmistö potilaista oli tyytyväisiä hoitoonsa. Suurin osa Muhosen (2008) tutkimukseen osallistuneista hoitajista ei ollut tyytyväisiä tekemäänsä hoitotyöhön. Työtehtävät olivat lisääntyneet, potilaita hoidettiin ylipaikoilla ja kiireen vuoksi potilaita ei ehditty hoitamaan riittävän kokonaisvaltaisesti. (Muhonen 2008, 27–31.) Tämä tulos on yhtenäinen meidän tuloksemme kanssa, sillä osa vastaajista koki, että hoitajilla ei ollut heille aikaa riittävästi eivätkä saaneet henkistä tukea tarpeeksi. Myös avoimissa vastauksissa huomattiin hoitajien kiire ja henkilökuntaa toivottiin lisää.

Kehittämissuhteita:

- Enemmän henkilökuntaa osastoille, jolloin hoitajilla on enemmän aikaa potilaille, aikaa myös vastata potilaan henkisiin tarpeisiin.
- Omahoitajuuden näkyväksi tekeminen potilaalle. Hoitosuhteen aloittaminen siten, että hoitaja kertoo potilaalle olevansa hänen omahoitajansa, edes työvuorokohtaisesti.
- Tulohaastattelun hyödyntäminen entistä tehokkaammin hoidon suunnittelussa ja potilaan mielipiteen kartoittamisessa. Kirjaaminen potilaan vuoteen vieressä ja vuoteenvierusraportointi voi lisätä potilaan mukaan ottamista hoitonsa suunnitteluun ja arviointiin.

- Potilaat toivat esille: yksilöllisempää suhtautumista, vuorovaikutustaitojen kehittämistä ja potilastilojen käyttöä väljemmin.

5.5 Oman oppimisen pohdinta

Yksilövastuinen hoitotyö on laaja käsite. Opinnäytetyömme aikana käsite on avautunut konkreettisemmaksi ja syvemmäksi. Olemme molemmat työelämässä ja saimme välineitä arvioida omaa työskentelyämme yksilövastuisen hoitotyön periaatteisiin. Itsearviointin avulla voimme kehittää omaa työtämme entistä potilaskeskeisemmäksi.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut oppimisprosessi. Olemme oppineet käsittelemään tietoa paremmin. Käsitteiden merkitys ja yhteys käytäntöön on syventynyt. Käsitteet ovat ajattelun apuvälineitä. Itse tutkimuksen tekeminen on ollut meille uutta, joten kyselylomakkeen laatiminen, aineiston keruu ja sen analysointi ovat olleet meille uusia oppimistilanteita. Jos nyt alkaisimme tehdä opinnäytetyötä, olisimme viisaampia ja pystyisimme välttämään joitakin virheitä, esimerkiksi ajankäytön ja SPSS-ohjelman hallinnan suhteen. Aineiston analysointi ja raportin kirjoittaminen on tehty tiukassa aikataulussa. Olemme kuitenkin suhtautuneet opinnäytetyön tekemiseen kunnianhimoisesti ja sitoutuneesti sen puutteista huolimatta.

LÄHTEET

Anttikoski, A., Holopainen, T., Kostiainen, S., Luostarinen, A. & Väyrynen, L. 1996. Yksilövastuinen hoitotyö Kuopion yliopistollisen sairaalan kirurgian klinikassa 1995. Kuopion yliopistollinen sairaala: Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja. No 34/1996.

Haapala, T. & Hyvönen, K. 2001. Omahoitajan toiminnan itsearviointikriteerien laatiminen ja niiden arviointi. Opinnäytetyötutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Hegyvary, S.T. 1987. Yksilövastuinen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä.

Janhonen, S., Kuokkanen, R., Kääriäinen, S. & Matikka, S-L. 1993. Kehittyvä hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Jussila, A-L., Ruikka, P., Kangas, J., Junkkonen, T. & Karjalainen, S. 2001. Yksilövastuinen hoitotyö Oulun yliopistollisen sairaalan sädehoito-osastolla. Sädehoitoa saavan polikliinisen rintasyöpäpotilaan näkökulma. Oulun yliopistollinen sairaala: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja.

Kalasniemi, M., Kuivalainen, L. & Ryhänen, A. 2002. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä. Mittarin kehittäminen ja testaaminen. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja 32.

Karpov, I. 1992. Yksilövastuisen hoitotyön perusteista. Teoksessa Johdonmukainen terveen- ja sairaanhoito. Toim. T. Parvinainen. Helsinki: Kirjayhtymä, 59–99.

Kaukkila, H., Lauri, S., Järvi, L., Kärkkäinen, K. & Suominen, L. 1999. Potilaslähtöinen hoitotyö. Potilaan kokemuksia vuodeosastolla toteutuneesta hoidosta. Turun yliopistollinen keskussairaala: hoitotyön julkaisusarjoja.

Kerätär, M. 2003. Yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutuminen Lapin keskussairaalassa potilaiden arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Kylävalli, A. 1995. Potilaiden kokemuksia yksilövastuisen hoitotyön keskeisten periaatteiden toteutumisesta Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueella yksilövastuisen hoitotyön projektiin osallistuneilla vuodeosastoilla. Tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

L. 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 23.9.2008. Valtion säädöstietopankki Finlex. www.finlex.fi, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

Laakso, S. & Routasalo, P. 1998. Yksilövastuiseen hoitotyöhön siirtyminen- vanhainkodissa asuvien vanhusten, heidän omaistensa ja hoitohenkilökunnan kokemuksia. Tutkimuksia ja raportteja. A:20/1998. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Laaksonen, K. 1996. Hoitotyön päämäärään pyrkiminen. Vastuullisuuden käsitteen sisältö yksilövastuisessa hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

- Laitinen, H. & Karhe, L. 2000. Hyvän hoitotyön kirja. Helsinki: Tammi.
- Lehtinen, T. & Pantsar, T. 1999. Omahoitajuuden toteutuminen psykiatrisessa hoitotyössä. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisu.
- Lukander, E. 1993. Vastuuhoitajamallin toteutumisen arviointi. Helsingin yliopistollinen keskussairaala. Tutkimusjulkaisuja 4/93.
- Nyman, A. 2006. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteessä. Jyväskylä: Gummerus.
- Muhonen, M. 2008. Yksilövastuisen hoitotyön ja tiimityön toteutuminen kaupungin terveyskeskussairaalassa -kyselytutkimus hoitotyöntekijöille. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Murtola, E. 1993. Potilaiden kokemuksia yksilövastuisen hoitoyön periaatteiden toteutumisesta vuodeosastoilla. Turun yliopisto.
- Pokki, H. & Merasto, M. 1997. Selvitys yksilövastuisesta hoitotyöstä. Sarja D: Selvityksiä 6/1997.
- Pukuri, T. 2002. Yksilövastuinen hoitotyö ja sen mittaaminen. Teoksessa Minun hoitajani -näkökulmia omahoitajuuteen. Toim. T. Munnukka & P. Aalto. Vantaa: Tammi, 63 – 64, 67.
- Puolakka, K. 2002. Omahoitajatyöskentelystä yksilövastuiseen hoitotyöhön. Hoitotyön kehityksestä Harjavallan sairaalassa vuosina 1971–2001. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Ryhänen, A. 2007. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoito ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä -seurantatutkimus. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja. No2/2007. Viitattu 23.1.2008.
[Http://www.pkssk.fi/tieteellinen_kirjasto/julkaisutoiminta_julkaisuluettelo.html](http://www.pkssk.fi/tieteellinen_kirjasto/julkaisutoiminta_julkaisuluettelo.html)
- Suhonen, R., Katajisto, J. & Välimäki, M. 1999. Yksilöllinen hoito potilaiden kokema. Hoitotiede 11, 5, 283–290.
- Sundeen, S., Stuart, G., Rankin, E. & Cohen, S. 1987. Vuorovaikutus -avain hoitotyöhön. Juva: WSOY.
- Virtanen, M. 2002. Yksilövastuisen hoitotyön ihmiskäsitys. Teoksessa Minun hoitajani -näkökulmia omahoitajuuteen. Toim. T. Munnukka, & P. Aalto. Vantaa: Tammi, 26–27.

Voutilainen, P. & Laaksonen, K. 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö. Askel eteenpäin. Jyväskylä: Gummerus.

LIIKTEET

Liite 1. Saatekirje vastaajalle

ARVOISA VASTAAJA,

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun sairaanhoidon opiskelijoita. Pyydämme teitä osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on selvittää yksilövastuisen hoitotyön sekä omahoitajuuden toteutumista Kyllön terveyskeskussairaalan vuodeosastoilla.

Tutkimus suoritetaan kyselylomakkeella, jonka toivomme teidän täyttävän ennen kotiutumistanne sairaalasta. Jos ette itse ole kykeneväinen vastaamaan, voitte pyytää omaistanne avuksenne. Tärkeää on, että vastaaminen on teidän mielipiteidenne ja arvionne mukaan. Kyselylomakkeen voitte palauttaa suljetussa kirjekuoressa osastolla olevaan palautuslaatikkoon tai antaa suljetussa kirjekuoressa henkilökunnalle, joka toimittaa sen meille.

Kyselyyn ja tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen ei vaikuta teidän saamaanne hoitoon. Vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksella, eikä henkilöllisyytenne tule esille missään vaiheessa.

Mielipiteenne on tärkeä, jotta potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta saadaan selvitettyä. Hoidon kehittämiseksi olisi tärkeää ja toivottavaa, että osallistuisitte tutkimukseen. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 10-15 minuuttia.

Jos teillä on tutkimusta koskevia kysymyksiä, ottakaa yhteyttä osastonhoitajaan, joka välittää tiedon eteenpäin meille.

Sairaanhoidon opiskelijat
Johanna Leino, Mari Kähärä

Liite 2. Saatekirje henkilökunnalle

ARVOISA HENKILÖKUNTA,

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun sairaanhoidon opiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä yksilövastuisen hoitotyön/omahoitajuuden toteutumisesta potilaiden arvioimana. Työn ohjaajina ovat opettajamme Lea Leiwo, työyhteisön edustajana Paula Pyhälä-Liljeström ja Mari Muhonen.

Kyselylomakkeita jaetaan Kyllön vuodeosastoilla, yhteensä 160 kpl. Potilaiden tulisi saada kyselylomake hyvissä ajoin ennen kotiutumista (mahdollisesti jo 2-3 päivää ennen kotiutumista), jotta ehtisivät vastata siihen ja palauttaa sen. Potilas voi palauttaa kyselylomakkeen suljetussa kirjekuoressa osastollanne olevaan palautuslaatikkoon tai suoraan teille. Tarkoitus on, että potilas itse tai potilas omaisen kanssa vastaa kyselyyn.

Jakaessanne kyselylomakkeita, toivomme teidän kiinnittävän huomiota seuraaviin asioihin:

1. Potilaan tulisi olla fyysisesti ja henkisesti sellaisessa kunnossa, että pystyy siihen itsenäisesti ja adekvaatisti vastaamaan tai kertomaan mielipiteensä omaiselle, joka täyttää kyselylomakkeen.
2. Lisäksi toivomme, että korostatte tutkimuksen tarkoitusta ja vapaaehtoisuutta, esim. käymällä saatekirje potilaan kanssa yhdessä läpi.

Aineisto kerätään _____ aikana.

Annamme mielellämme tutkimuksesta lisätietoa.

Johanna Leino C5671@jamk.fi

Mari Kähärä C5624@jamk.fi

Liite 3. Kyselylomake

KYSELYLOMAKE

Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin vastauksiin varatulle viivalle tai ympyröimällä mielipidettänne vastaava vastausvaihtoehto.

1. KYSELYYN VASTAAJA ON?

1. itse
2. omaisen kanssa

2. OLETTEKO?

1. nainen
2. mies

3. IKÄNNE _____ VUOTTA

4. MISTÄ TULITTE VUODEOSASTOLLE?

1. Kotoa/päivystysvastaanotolta
2. Hoiva- tai palvelukodista
3. Toisesta sairaalasta jatkohoitoon

5. MILLÄ KYLLÖN VUODEOSASTOLLA OLITTE HOIDOSSA?

1. Osasto 1
2. Osasto 2
3. Osasto 4
4. Osasto 5

6. KUINKA KAUAN OLITTE KYLLÖN VUODEOSASTOLLA HOIDOSSA?

1. alle kaksi viikkoa
2. kahdesta neljään viikkoon
3. 1-2 kuukautta
4. 3-5 kuukautta
5. 6-12 kuukautta
6. yli vuoden

7. MILLAISEKSI TUNNETTE VOINTINNE TÄLLÄ HETKELLÄ?

1. Hyväksi
2. Kohtalaiseksi
3. Huonoksi

8. OLIKO TEILLÄ NIMETTY OMAHOITAJA TÄMÄN HOITOJAKSON AIKANA?

1. Kyllä
2. Ei
3. En tiedä/En osaa sanoa
4. En halunnut

9. KERTOIKO OMAHOITAJANNE MISTÄ HÄN OLI VASTUUSSA HOIDOSTANNE? (esim. hän suunnittelee kansanne hoitoanne, hän neuvoo ja ohjaa teitä, auttaa päivittäisissä toimissa ym.)

1. Kyllä
2. Ei
3. En tiedä/En osaa sanoa

10. TIESITTEKÖ, KUKA OLI HOITAJANNE SILLOIN, KUN OMAHOITAJA EI OLLUT TYÖSSÄ?

1. Kyllä
2. En tiennyt
3. Toisinaan

11. JOS TEILLE TEHTIIN TULOHAASTATTELU, TULIKO HAASTATTELUSSA TEILLE TÄRKEITÄ JA TARPEELLISIA ASIOITA ESILLE?

1. Kyllä
2. Ei
3. Jonkin verran
4. Minulle ei tehty tulohaastattelua

Seuraavaksi esitämme Teille väittämiä. Ympyröikää vain yksi vaihtoehto/numero, joka on lähinnä Teidän mielipidettänne. Jos Teillä ei ollut omahoitajaa, miettikää Teitä eniten hoitanutta hoitajaa ja vastatkaa sen mukaisesti.

5 = Täysin samaa mieltä

4 = Lähes samaa mieltä

3 = En osaa sanoa

2 = Lähes eri mieltä

1 = Täysin eri mieltä

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En osaa sanoa	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
12. Omahoitaja esitteli minulle osastoa, kertoi osaston päiväjärjestyksestä ja neuvoi soittokellon toiminnan	5	4	3	2	1
13. Suunnittelin hoitoni tavoitteet yhdessä omahoitajan kanssa, toisin sanoen tiesin, mihin hoidollani pyritään	5	4	3	2	1
14. Tunsin oloni turvalliseksi hoitojakson aikana	5	4	3	2	1
15. Omahoitaja perehtyi riittävästi asioihini ja ongelmiini	5	4	3	2	1
16. Omahoitaja kyseli toiveitani ja vointiani päivittäin	5	4	3	2	1
17. Uskalsin kertoa mielipiteeni hoidosta ym.	5	4	3	2	1
18. Omahoitaja suhtautui vakavasti esittämiini asioihini	5	4	3	2	1
19. Omahoitajalla oli minulle aikaa riittävästi	5	4	3	2	1
20. Omahoitaja ajoi minun asioitani ja etujani työssään (esim. vei asioitani eteenpäin lääkärille)	5	4	3	2	1
21. Lääkärinkierrolla tuli esille minulle kaikki tärkeät asiat. (Koin, että olin tullut kuulluksi ja ymmärretyksi)	5	4	3	2	1
22. Pystyin vaikuttamaan päivittäiseen ohjelmaani (esim. aamupesujen tai hoitotoimenpiteiden ajankohdasta)	5	4	3	2	1

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En osaa sanoa	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
23. Kanssani keskusteltiin siten, että ymmärsin, mistä on kyse (esim. tutkimuksista ja tutkimustuloksista)	5	4	3	2	1
24. Sain suunnitella jatkohoitooni/kotiutumiseeni liittyviä asioita yhdessä omahoitajan kanssa (esim. toiveeni jatkohoitopaikasta, kotiutuspäivästä, kotiavusta huomioitiin)	5	4	3	2	1
25. Sain ymmärrettävät ja riittävät kotihoito-ohjeet (esim.lääkityksestä, haavanhoidosta)	5	4	3	2	1
26. Tiedän, miten toimia/mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa kotiutumisen jälkeen	5	4	3	2	1
27. Tunsin hoitoani koskevan tiedon välittyvän eteenpäin hoitajien kesken (esim. en joutunut toistamaan samoja asioita useille eri hoitajille, hoitajat työskentelivät yhdenmukaisesti hoitoni toteuttamisessa)	5	4	3	2	1
28. Arvioin yhdessä hoitajani kanssa hoitoni onnistumista, (esim. omahoitaja kyseli mielipidettäni hoitoni onnistumisesta)	5	4	3	2	1
29. Hoitoni eteni joustavasti vuodeosastolla (esim.ei turhaa odottamista, ei ylimääräisiä hoitopäiviä)	5	4	3	2	1
30. Hoitajat ottivat puolestani/pyynnöstäni yhteyttä eri ammatti-ihmisiin (esim.sos.työntekijä, fysioterapeutti, pappi)	5	4	3	2	1
31. Tiesin koko ajan, miten hoitoni etenee (esim. mitä tutkimuksia minulle tehdään ja milloin)	5	4	3	2	1
32. Elämäntilanteeni huomioitiin hoidossani.	5	4	3	2	1

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En osaa sanoa	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
33. Puolestani tehtiin asioita joita olisin halunnut tai pystynyt tekemään itse (esim. omahoitaja puki minut vaikka olisin itse siihen kyennyt)	5	4	3	2	1
34. Sain apua omahoitajalta tarpeideni ja pyyntöjeni mukaan (esim. omahoitaja avusti minua peseytymisessä tai ruokailussa)	5	4	3	2	1
35. Sain henkistä tukea omahoitajalta (esim. lohduttaminen, ymmärtäminen, koskettaminen, keskustelu mieltä askarruttavista asioistanne, esim. peloistanne ym.)	5	4	3	2	1

Ympyröikää mielipidettänne lähinnä oleva vastausvaihtoehto

36. Minulla oli mahdollisuus keskustella uskontoon/hengellisiin asioihin liittyvistä kysymyksistä.

1. Kyllä
2. Ei
3. Jonkin verran
4. Ei ollut tarvetta/En halunnut

37. Minulla oli mahdollisuus keskustella taloudellisista asioistani/ raha-asioistani.

1. Kyllä
2. Ei
3. Jonkin verran
4. Ei ollut tarvetta/En halunnut

38. Jos Teillä oli kipuja, saitteko mielestänne lievitystä kipuihinne (esim. kipulääkitys, asentohoidot)?

1. Aina
2. Lähes aina
3. Joskus
4. En koskaan
5. Ei ollut tarvetta

39. Huomioiko omahoitaja omaisianne hoitojakson aikana?

1. Kyllä
2. Ei
3. Jonkin verran
4. Ei ollut tarvetta/En halunnut

Ympyröikää yksi vaihtoehto, joka on lähinnä Teidän mielipidettänne.

Kertoiko omahoitaja riittävästi

- | | | | |
|----------------------|----------|-------|----------------------|
| 40. sairaudestanne | a. Kyllä | b. Ei | c. Ei ollut tarvetta |
| 41. hoidostanne | a. Kyllä | b. Ei | c. Ei ollut tarvetta |
| 42. tutkimuksistanne | a. Kyllä | b. Ei | c. Ei ollut tarvetta |
| 43. lääkityksestänne | a. Kyllä | b. Ei | c. Ei ollut tarvetta |
| 44. jatkohoidosta | a. Kyllä | b. Ei | c. Ei ollut tarvetta |

45. Olisitteko halunnut tietoa jostakin muusta? Mistä? _____

46. Mitä hyvää tai huonoa oli Teidän hoidossanne? Mitä toivoisitte parannettavan?

KIITOS AJASTANNE JA VASTAUKSISTANNE!

Liite 4. Omahoitajan merkitys

Kyselylomakkeessa oleva arviointiasteikko 1-5 on muutettu siten, että nro 3=en osaa sanoa on koodattu puuttuvaksi ja täysin eri mieltä=1, lähes eri mieltä=2, lähes samaa mieltä=3 ja täysin samaa mieltä=4. Tämän perusteella on laskettu keskiarvot väittä-
mille nro 12-35. Eroja on tarkasteltu potilaiden kohdalla, joilla oli omahoitaja ja poti-
laiden kohdalla, joilla ei ollut omahoitajaa tai eivät tienneet kuka oli heidän omahoita-
jansa. Potilaat, jotka eivät tienneet, kuka oli heidän omahoitajansa, on koodattu sa-
maan ryhmään potilaiden kanssa, joilla ei ollut omahoitajaa. (Ks. taulukko 10.)

TAULUKKO 10. Keskiarvot väittämissä 12-35.

VÄITTÄMÄT	Potilaalla oli omahoitaja, (n), ka	Potilaalla ei ollut omahoita- jaa, tai hän ei tiennyt omahoitajasta, (n), ka
12. Omahoitaja esitteli minulle osastoa, kertoi osaston päiväjär- jestyksestä ja neuvoi soittokellon toiminnan	(24), 3,4	(27), 2,7
13. Suunnittelin hoitoni tavoit- teet omahoitajani kanssa	(22), 3,3	(25), 2,6
14. Tunsin oloni turvalliseksi hoitojakson aikana	(28), 3,7	(29), 3,6
15. Omahoitaja perehtyi riittä- västi asioihini ja ongelmiini	(19), 3,7	(26), 3,0
16. Omahoitaja kyseli toiveitani ja vointiani päivittäin	(19), 3,6	(28), 2,9
17. Uskalsin kertoa mielipiteeni hoidosta ym.	(20), 3,7	(29), 3,3
18. Omahoitaja suhtautui vaka- vasti esittämiini asioihin	(22), 3,7	(25), 3,1
19. Omahoitajalla oli minulle aikaa riittävästi	(23), 3,4	(26), 2,7
20. Omahoitaja ajoi minun asioitani ja etujani työssään	(22), 3,8	(19), 3,3
21. Lääkärin kierrolla tuli esille minulle kaikki tärkeät asiat	(23), 3,6	(28), 3,2
22. Pystyin vaikuttamaan päivit- täiseen ohjelmaani	(27), 4,0	(30), 3,1
23. Kanssani keskusteltiin siten, että ymmärsin mistä on kyse	(23), 3,4	(32), 3,3
24. Sain suunnitella jatkohoitoa- ni/kotiutumiseeni liittyviä asioita yhdessä omahoitajan kanssa	(22), 3,6	(22), 3,1

Taulukko jatkuu

Taulukko jatkuu

25. Sain ymmärrettävät ja riittävät kotihoito-ohjeet	(21), 3,7	(20), 3,6
26. Tiedän miten toimia ja mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa kotiutumisen jälkeen	(22), 3,6	(30), 3,5
27. Tunsin hoitoani koskevan tiedon välittyvän eteenpäin hoitajien kesken	(24), 3,7	(28), 3,6
28. Arvioin yhdessä hoitajani kanssa hoitoni onnistumista	(17), 3,5	(19), 2,7
29. Hoitoni eteni joustavasti vuodeosastolla	(23), 3,8	(26), 3,4
30. Hoitajat ottivat puolestani/pyynnöstäni yhteyttä eri ammatti-ihmisiin	(18), 3,7	(16), 3,1
31. Tiesin koko ajan, miten hoitoni etenee	(24), 3,5	(27), 3,4
32. Elämäntilanteeni huomioitiin hoidossani	(20), 3,7	(25), 3,3
33. Puolestani tehtiin asioita, joita olisin halunnut/kyennyt tekemään itse	(22), 1,8	(25), 2,0
34. Sain apua omahoitajaltani tarpeideni ja pyyntöjeni mukaan	(27), 3,5	(26), 3,4
35. Sain henkistä tukea omahoitajalta	(20), 3,2	(18), 3,0

Kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot on muutettu siten, että kyllä=3, jonkin verran=2, ei=1, ei tarvetta=puuttuva. Tämän arviointiasteikon mukaan on laskettu keskiarvot kysymyksille 11, 36-39. Potilaat, jotka eivät tiedneet, kuka oli heidän omahoitajansa, on koodattu samaan ryhmään potilaiden kanssa, joilla ei ollut omahoitajaa. (Ks. taulukko 11.)

TAULUKKO 11. Keskiarvot kysymyksissä 11, 36-37, 39.

KYSYMYKSET	Potilaalla oli omahoitaja (n), ka	Potilaalla ei ollut omahoitajaa tai ei tiennyt kuka on hänen omahoitajansa (n), ka
11. Jos teille tehtiin tulohaastattelu, tuliko haastattelussa teille tärkeitä ja tarpeellisia asioita esille	(23), 2,6	(20), 2,1
36. Minulla oli mahdollisuus keskustella uskontoon/hengellisiin asioihin liittyvistä kysymyksistä	(9), 2,4	(10), 2,0

Taulukko jatkuu

Taulukko jatkuu

37. Minulla oli mahdollisuus keskustella taloudellisista asioistani	(8), 2,1	(7), 1,7
39. Huomioiko omahoitaja omaisiane hoitojakson aikana?	(17), 2,8	(16), 2,3

Kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot on muutettu siten, että kyllä=2, ei=1 ja ei tarvetta=puuttuva. Tämän perusteella laskettu keskiarvot kysymyksille 40-44. Potilaat, jotka eivät tieneet, kuka oli heidän omahoitajansa, on koodattu samaan ryhmään potilaiden kanssa, joilla ei ollut omahoitajaa. (Ks. taulukko 12.)

TAULUKKO 12. Keskiarvot kysymyksissä 40-44.

KYSYMYKSET	Potilaalla oli omahoitaja (n), ka	Potilaalla ei ollut omahoitajaa tai hän ei tiennyt kuka on hänen omahoitajansa (n), ka
40. Kertoiko omahoitaja riittävästi sairaudestanne?	(20), 1,9	(19), 1,5
41. Kertoiko omahoitaja riittävästi hoidostanne?	(21), 1,9	(22), 1,7
42. Kertoiko omahoitaja riittävästi tutkimuksistanne?	(18), 1,9	(21), 1,7
43. Kertoiko omahoitaja riittävästi lääkityksestänne?	(18), 1,9	(25), 1,7
44. Kertoiko omahoitaja riittävästi jatkohoidostanne?	(17), 1,8	(24), 1,7