



PERUSHOIDON TOTEUTUMINEN VALVONTAOSASTOLLA

Tiina Mäihäniemi
Hanni-Maaret Sarvijärvi

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

MÄIHÄNIEMI TIINA & SARVIJÄRVI HANNI-MAARET:
Perushoidon toteutuminen valvontaosastolla

Opinnäytetyö 115 sivua, joista liitteitä 28 sivua
Maaliskuu 2014

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaan perushoitoa ja sen toteutumista Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eräällä valvontaosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena on kiinnittää sairaanhoitajien huomio perushoidon tärkeyteen osana potilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä ja motivoida sairaanhoitajia perushoidon toteuttamiseen. Tavoitteena on myös, että osaston hoitajat yhtenäistäisivät käytänteitä perushoidon osalta, jolloin hoidon laatu paranee. Lisäksi tavoitteena on kiinnittää huomiota perushoidon toteutumiseen ammattieettisestä näkökulmasta. Opinnäytetyön ongelmat ovat: mitä on hyvä perushoito, miten perushoito toteutuu valvontaosastolla, onko sairaanhoitajien toimintatavoissa eroavaisuuksia potilaan perushoidossa valvontaosastolla ja havaitaanko valvontaosastolla kehittämiskohtia potilaan perushoidossa.

Opinnäytetyön menetelmä oli kvantitatiivinen. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka sisälsi monivalinta-, avoimia- ja kyllä/ei – kysymyksiä. Kyselyyn vastasi 34 (N=65) sairaanhoitajaa eli 52 %. Aineisto analysoitiin e-lomakkeen omalla analyysimenetelmällä ja sisällönanalyysiä käyttäen. Tulokset esitetään numeraalisesti ja sanallisesti.

Tulosten mukaan perushoitoa pidetään erittäin tärkeänä (79 %). Lähes kaikkien (97 %) mielestä valvontaosastolla on mahdollista toteuttaa perushoitoa. Perushoidon koetaan eroavan verrattuna muihin osastoihin esimerkiksi siten, että potilaat ovat raskaampihoitoisia ja huonompi kuntoisempia sekä tarvitsevat valvontalaitteiden vuoksi enemmän apua. Myös sairaanhoitajien toimintatavoissa koetaan olevan eroavaisuuksia suurimman osan (88 %) mielestä. Yksilöllisyyttä ja potilaslähtöisyyttä korostettiin, vajaa puolet (41 %) sairaanhoitajista huomioi aina potilaan toiveet. Työntekoa on välillä priorisoitava niin, että akuuttihoito menee perushoidon edelle. Perushoidon toteuttamisella on suuri merkitys (76 %) potilaan toipumisessa ja se takaa hoidon parasta mahdollista laatua. Työssä tärkeimpänä pidetään kokonaisvaltaista potilaan hoitoa, hyvää kivunhoitoa ja perushoitoa.

Suurin osa sairaanhoitajista, jotka olivat saaneet koulutusta perushoidosta, koki sille tarvetta myös jatkossa, kun taas ne, jotka eivät olleet saaneet koulutusta, eivät kokeneet sitä niin tarpeelliseksi. Perushoidosta olisi hyvä keskustella jatkuvasti ja jokainen voisi miettiä omaa perushoidon toteuttamistaan, sekä sitä, onko se riittävää. Enemmän pitäisi kiinnittää huomiota potilaiden puhtauteen, suunhoitoon ja lähiympäristön siisteyteen. Potilaat pitäisi jakaa tasavertaisesti hoitajien kesken ja työn tekoon pitäisi olla riittävästi aikaa. Perushoidon toteuttaminen tulisi jakaa tasaisesti aamu- ja iltavuoroon, sillä erityisesti aamuvuoro koetaan kuormittavaksi. Kehitettävää olisi myös uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

Asiasanat: perushoito, valvonta, etiikka, kokonaisvaltaisuus, laatu

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Nursing

MÄIHÄNIEMI TIINA & SARVIJÄRVI HANNI-MAARET:
The Realization of basic care in a monitoring department

Bachelor's thesis 115 pages, appendices 28 pages
March 2014

The idea of the study is to examine a patient's basic care, in one the monitoring departments in Pirkanmaa hospital district. The objective of the study is to make nurses realise how important a part basic care is of a patient's comprehensive nursing, and to motivate nurses to carry out basic care. Another objective was to standardize the practices of basic care, which would result in the better quality of basic care. The additional aim is also to pay attention to the realization of basic care from the professional ethics' point of view. The problems of the thesis are what is good basic care, how basic care is realized in the monitoring department, if there are any differences in the nurses' practices of basic care in the monitoring department, and if possible means for improving a patient's basic care are noticed in the monitoring department.

The method of the thesis was quantitative. The data were collected with an electronic e-form which contained multiple choice questions, open questions, and yes/no questions. Answers to the straw pole were received from 34 (N=65) nurses. The data were analyzed using the e-form's own analyzing method and a content analyze. The results are presented numerally and verbally.

Nurses find basic care highly important (79%). Nearly everyone (97%) views realizing basic care in the monitoring department possible. Basic care is seen to be different in the monitoring department than in the other departments. For example, the patients require more intensive care, they are in poorer health, and they need more help because of monitoring devices. Also, 88% believe there are differences in nurses' methods. Individuality and care, which respects patients' needs, is emphasized. A total of 41% of nurses always take patients' wishes into account. Work sometimes has to be prioritized, so that acute care goes before basic care. Carrying out basic care plays a significant role (76%) in patients' recovery, and it assures the best quality of nursing. Patients' good care, good pain management, and basic care are seen as the most important part of the job.

Most of the nurses, who had attended training in basic care, found training useful also in the future, too, whereas those who had not attended training did not view it very useful. Talking about good basic care would be of great importance, and everyone could consider the ways they carry out basic care, and if they could possibly be improved. More attention should be paid to patients' good hygiene, oral health, and patients' clean environment. Patients should be equally shared with nurses, and there should be enough time for working. The practices involved in basic care should be equally divided between morning and evening shifts, as particularly morning shifts are considered wearing. In addition, there is still room for development in training new employees.

Key words: basic care, monitoring, ethics, comprehensiveness, quality

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE	8
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
3.1	Valvontaosasto yksikkönä	9
3.2	Hoitotyö valvontaosastolla	11
3.3	Eettiset lähtökohdat sairaanhoitajan työssä	13
3.3.1	Sairaanhoitajan toimintaa ohjaavat lait	13
3.3.2	Sairaanhoitajan eettiset ohjeistukset	14
3.3.3	Sairaanhoitajan ammattietiikka.....	16
3.3.4	Sairaanhoitajan eettiset periaatteet.....	21
3.3.5	Hoitotyön arvot	23
3.4	Kokonaisvaltainen ja yksilöllinen hoito	27
3.4.1	Ihmistyden huomioiminen.....	28
3.4.2	Yksilönä havaitseminen	29
3.4.3	Potilaslähtöisyys.....	30
3.4.4	Itsemääräämisoikeus	32
3.4.5	Omaisten huomioiminen	33
3.4.6	Omahoitajuus ja hoitotiimissä sekä yhteistyösuhteessa toimiminen	33
3.4.7	Ammattitaidolla hoitaminen ja ammatillinen suhtautuminen	36
3.4.8	Yksityisyys	37
3.4.9	Resurssit	39
3.4.10	Potilaan huomioiminen	41
3.4.11	Hoitoympäristö.....	42
3.5	Laadukas hoitotyö.....	43
3.5.1	Laatu hoitotyössä ja laadun arviointi	43
3.5.2	Hoidon laatua edistävät ja estävät tekijät.....	43
3.6	Hyvä perushoito ja sen merkitys hoitotyössä	45
3.6.1	Ihohoito	47
3.6.2	Silmien hoito	49
3.6.3	Suunhoito	50
3.6.4	Muu päivittäinen perushoito	51
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	52
4.1	Opinnäytetyön kohderyhmä.....	52
4.2	Opinnäytetyön menetelmä	52
4.3	Opinnäytetyön kyselylomake	53
4.4	Opinnäytetyön aineiston kerääminen.....	54

4.5	Opinnäytetyön aineiston analysointi.....	55
5	TULOKSET	57
5.1	Perushoidon toteutuminen	57
5.2	Perushoidon eettinen näkökulma	66
5.3	Potilaan perushoidon kehittäminen valvontaosastolla.....	68
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	70
6.1	Tuloksien tarkastelu	70
6.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	75
6.3	Kehittämissuhteet.....	81
6.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	82
6.5	Opinnäytetyön prosessin kuvaus	82
	LÄHTEET.....	86
	LIITTEET	89
	Liite 1. Tutkimustaulukko	89
	Liite 2. Kyselylomake sairaanhoitajille.....	99
	Liite 3. Ohjeet kyselylomakkeeseen vastaamisesta.....	102
	Liite 4. Sisällönanalyysi	103
	Liite 5. Saatekirje osastolle.....	116

1 JOHDANTO

Terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen on sairaanhoitajan päämäärä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 229/1994). Jokaisen potilaan tulisi saada riittävä ja ymmärrettävä selvitys omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Perushoito ei ole irrallinen hoitotoimenpide; sen yhteydessä suunnitellaan potilaan hoitoa, arvioidaan hoidon toteutumista, potilaan vointia ja sen muutoksia sekä kirjataan havainnot potilastietojärjestelmään. Hyvällä perushoidolla ehkäistään infektioita, ihorikkoja, painehaavoja ja virheasentoja. Nämä huonontavat potilaan toipumista ja selviytymistä, aiheuttavat kipua ja pitkittävät sairaalahoitajaksoa sekä lisäävät potilaan jatkohoitotarpeita ja hoitokustannuksia. (Anttila ym. 2007, 40; Kangas 2010, 436). Hoidon aikana kehittyvä infektio suurentaa myös kuoleman riskiä (Ylipalosaari, Ala-Kokko & Syrjälä 2011, 1449). Huomattava osa infektioiden riskitekijöistä on ulkoisia ja ne liittyvät muun muassa kajoaviin hoitoihin eli elimistön sisälle ulottuviin hoitoihin sekä valvontalaitteisiin (Terveyskirjasto 2014a; Ylipalosaari ym. 2011, 1449–1450).

Valvontaosastolla teknisten laitteiden osuus hoitotyössä on merkittävä ja niiden määrä lisääntyy koko ajan. Hoitotyön tavoitteena on potilaan hyvä hoito, jolloin potilas on toiminnan keskipisteenä. (Nieminen 2007, 27, 28.) (Ks. Liite 1) Kaikilla Suomessa asuvilla on oikeus ilman syrjintää terveydentilansa vaatimaan terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan hoito on järjestettävä ja kohtelun oltava ihmisarvoa loukkaamatonta sekä vaakaumusta ja yksityisyyttä tulee kunnioittaa. Myös potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon hänen hoidossaan ja kohtelussaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Potilasta hoitaessaan sairaanhoitajan tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituvat hyödyt ja sen mahdolliset haitat (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 229/1994). Kun potilaan hoitoon tarvitaan paljon teknisiä laitteita ja niiden avulla saadaan informaatiota potilaan tilasta, on vaarana, että potilas jää tekniikan varjoon (Nieminen 2007, 27).

Hoitotyön eettiset periaatteet ja Sairaanhoidajaliiton eettiset ohjeet määrittelevät, kuinka sairaanhoidajan tulisi toimia (Joel & Kelly 2001, 332; Sairaanhoidajaliitto 2014). Eettiin toimintaan sisältyy muun muassa se, että kaikkia potilaita hoidetaan tasa-arvoisesti (Joel & Kelly 2001, 333). Hoitotyössä tulee huomioida kokonaisvaltaisuus, jolla tarkoitetaan sitä, että potilaan tarpeet otetaan mahdollisimman hyvin huomioon. Oireiden ja niiden vaatiman hoidon lisäksi selvitetään millaisia vaikutuksia sairaudella tai vammalla on potilaan päivittäiseen elämään. (Anttila ym. 2007, 46.)

Opinnäytetyön työelämäyhteytenä oli eräs Pirkanmaan sairaanhoitopiirin valvontaosasto, josta opinnäytetyön aihe on lähtöisin. Työelämäyhteys toivoi opinnäytetyön käsittelevän perushoidon toteutumista valvontaosastolla, johon kuuluu myös ammattieettinen näkökulma. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaan perushoitoa ja sen toteutumista valvontaosastolla. Aihe on kiinnostava, koska perushoito on kaiken hoidon peruslähtökohta. Kiinnostavaa on myös se, miten perushoito toteutuu valvontaosastolla, jossa hoito on akuuttia. Opinnäytetyön menetelmä on kvantitatiivinen. Tietoa kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli myös avoimia kysymyksiä ja pyydettiin perusteluja kyllä/ei vastauksille. Kyselylomake oli suunnattu kaikille valvontaosaston sairaanhoidajille ja vastaaminen oli vapaaehtoista.

2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaan perushoitoa ja sen toteutumista valvontaosastolla.

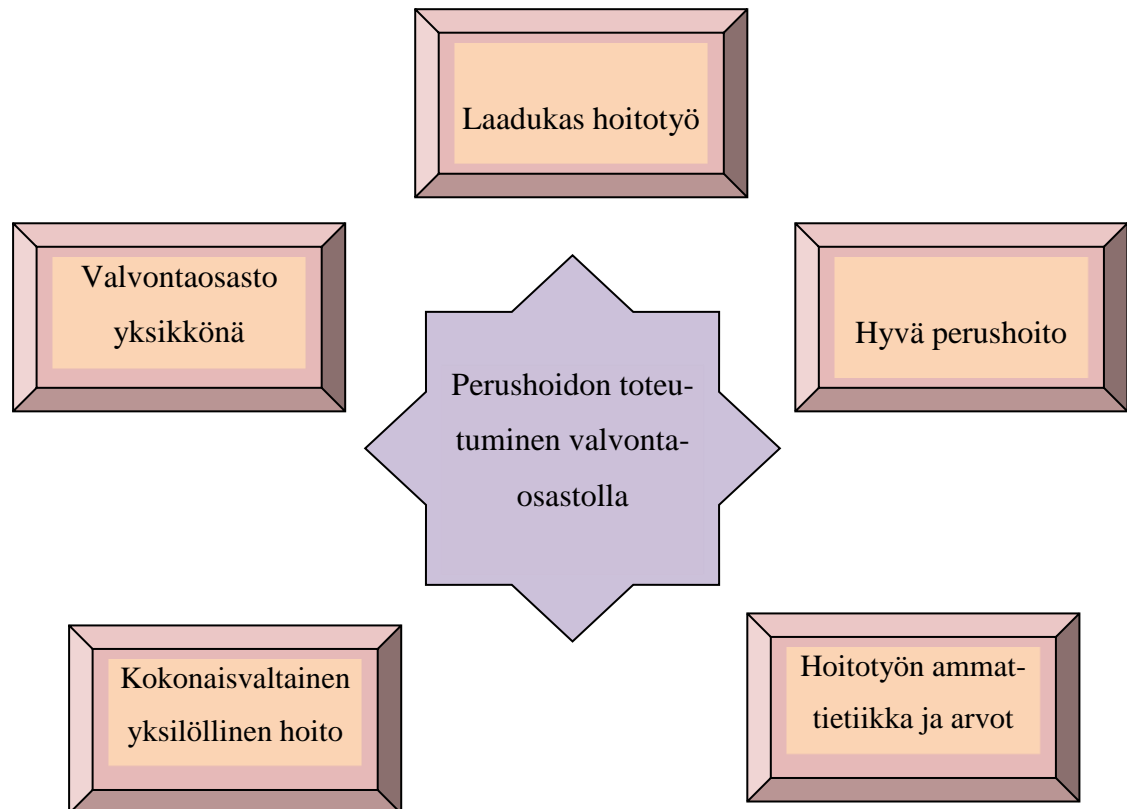
Opinnäytetyön ongelmat:

- 1) Mitä on hyvä perushoito?
- 2) Miten perushoito toteutuu valvontaosastolla?
- 3) Onko sairaanhoitajien toimintatavoissa eroavaisuuksia potilaan perushoidossa valvontaosastolla?
- 4) Havaitaanko valvontaosastolla kehittämiskohtia potilaan perushoidossa?

Opinnäytetyön tavoitteena on kiinnittää sairaanhoitajien huomio perushoidon tärkeyteen osana potilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä ja motivoida sairaanhoitajia perushoidon toteuttamiseen. Tavoitteena on myös, että osaston hoitajat yhtenäistäisivät käytänteitä perushoidon osalta, jolloin hoidon laatu paranee. Lisäksi tavoitteena on kiinnittää huomiota perushoidon toteutumiseen ammattieettisestä näkökulmasta.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyö käsittelee potilaiden perushoidon toteutumista valvontaosastolla ja hoitotyön ammattieettistä näkökulmaa. Teoreettisen lähtökohdan muodostavat keskeiset käsitteet: hyvä perushoito, valvontaosasto yksikkönä, laadukas hoitotyö, kokonaisvaltainen yksilöllinen hoito ja hoitotyön ammattietiikka sekä arvot. Nämä käsitteet nousivat esille työelämäyhteyden toiveista. (Kuvio 1).



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

3.1 Valvontaosasto yksikkönä

Valvontaosasto on yleensä yhtenäinen tila, jossa potilaspaikat erotetaan väliverhoilla tai kevyillä seinillä toisistaan. Hoito ja seuranta suunnitellaan sairauden mukaisesti ja potilasta tarkkaillaan jatkuvasti. (Pohjola-Sintonen 2011.) Oleellinen ero teho- ja valvontaosaston välillä on se, että teho-osastolla potilas on usein sedatoituna, kun taas valvontaosastolla jatkuva sedatoivien lääkkeiden käyttö ei ole niin järjestelmällistä (Nieminen 2007, 44).

Vaikeasti sairaan potilaan hoidossa vitaalielintoimintojen turvaaminen korostuu. Valvontaosastolla hoitotyön oleellinen osa on potilaan jatkuva tarkkailu, sillä potilaiden tila saattaa muuttua äkillisesti ja tämän vuoksi tarvitaan jatkuvasti tietoa potilaan voinnista. Kyky potilaan tarkkailuun edellyttää tietoa siitä, mitä tarkkaillaan ja miksi. Sairaanhoidajan tulee osata tulkita mittaustuloksia, jotta tarkkailu olisi laadukasta. Pelkästään jo näkemällä ja havainnoimalla sairaanhoitaja saa arvokasta tietoa potilaan tilasta ja pystyy näiden tietojen pohjalta arvioimaan potilaan hoidon tarvetta. (Nieminen 2007, 26–27, 30.)

Potilasta pitää tarkkailla kokonaisvaltaisesti, johon pelkät numeeriset mittaustulokset eivät kuitenkaan riitä. Valvontaosastolla teknisten laitteiden osuus hoitotyössä on merkittävä ja niiden määrä lisääntyy koko ajan. (Nieminen 2007, 27–28.) Potilas on usein yhdistetty moniin valvontalaitteisiin, joista sairaanhoitaja seuraa potilaan vitaalielintoimintoja (Nieminen 2007, 27; Pohjola-Sintonen 2011). Tällaisia valvontalaitteita on esimerkiksi sydämen sähköistä toimintaa seuraava monitori, olkavarteen kiinnitettävä automaattinen verenpainemittari tai joskus myös rannevaltimeen laitettu kanyyli. (Pohjola-Sintonen 2011.) Yleisiä ovat myös infuusiolaitteet, imulaitteet, dreenit ja katetrit (Nieminen 2007, 28). Potilaan hengityksestä huolehtiminen on tärkeää kudosten hapensaannin riittävyyden vuoksi (Nieminen 2007, 31; Pohjola-Sintonen 2011). Sitä seurataan sormen ympärille laitettavalla happimittarilla eli pulssioksimetrilla. Monille potilaille annetaan lisähapetta hapetuksen parantamiseksi. (Pohjola-Sintonen 2011.)

Hoitotyö valvontaosastolla edellyttää siis teknisten laitteiden käytön hallintaa, jolle edellytys on jatkuva taitojen, etenkin kädentaitojen, ylläpitäminen. Nopeasti muuttuvat tilanteet edellyttävät jatkuvaa toimintavalmiutta. Tämän vuoksi laitteiden kokoaminen ja toimintavalmiudesta huolehtiminen on tärkeää osata. Epäkunnossa olevat laitteet vaikeuttavat työntekoa ja vievät resursseja. Akuuteissa tilanteissa on voitava luottaa siihen, että laitteet toimivat. (Nieminen 2007, 29.)

Hoitotyön tavoitteena on potilaan hyvä hoito, jolloin potilas on toiminnan keskipisteenä (Nieminen 2007, 27). Kun potilas on kytketty valvontalaitteisiin, joiden avulla saadaan informaatiota, on vaarana se, että potilas jää tekniikan varjoon (Nieminen 2007, 27; Paakkinen-Tiainen 2007, 59) (Ks. Liite 1). Hoitajan on tällöin muistettava, että kaikkien koneiden ja laitteiden sekä johtojen keskellä on ihminen, jota hoidetaan (Paakkinen-

Tiainen 2007, 44). Huomioitava on myös potilaan perushoito, johon kuuluu muun muassa syöttäminen ja ihon hoidosta huolehtiminen. Potilaan kuunteleminen ja hänen toiveidensa huomioiminen on tärkeää aina, kun se vain on mahdollista. Se, että on aikaa potilaille, mahdollistaa toimivan hoitaja-potilas suhteen. (Nieminen 2007, 27, 31.)

3.2 Hoitotyö valvontaosastolla

Valvontaosastolla työ kriittisesti sairaiden potilaiden parissa on vaativaa ja hektistä. Töiden päällekkäisyys vaatii sairaanhoitajalta kykyä hallita useita työtehtäviä samanaikaisesti. Erityisesti aamuvuoroissa lääkärinkierto ja potilaille tehtävät hoitotoimenpiteet saattavat kohdistua samaan ajankohtaan. Myös nopeasti muuttuvat tilanteet vaativat kykyä sietää samanaikaisia tehtäviä. Tärkeää on oman jaksamisen rajojen tunnistaminen ja tarve mahdolliseen väliaikaiseen työympäristön vaihtamiseen. Myös hyvä työilmapiiri tukee jaksamista ja vastuu siitä on kaikilla työntekijöillä. On tärkeää puhaltaa yhteen hiileen, auttaa muita ja kunnioittaa toisten ammattitaitoa, jotta työyhteisö olisi toimiva. (Nieminen 2007, 38, 40.)

Valvontaosaston sairaanhoitajan erityisosaaminen voidaan luokitella seuraavasti: taito turvata potilaan elintärkeä hoito, taito käyttää henkilökohtaisia kykyjä, taito huomioida potilas osana perhettä ja laaja-alainen osaaminen sekä sen kehittäminen. Elintärkeän hoidon turvaamiseen kuuluu taito tarkkailla ja tulkita, dokumentaatiotaito, tekninen osaaminen, taito turvata potilaan peruselintoiminnot sekä taito toimia intuitiivisesti. Työ tuo mukanaan jatkuvan uuden tiedon tarpeen. Kokeneillekin sairaanhoitajille tulee eteen uusia tilanteita. (Nieminen 2007, 25, 45.)

Sairanhoitajan työ edellyttää kykyä tehdä johtopäätöksiä. Tätä helpottaa aikaisempiin kokemuksiin perustuva tieto, sillä kokemus opettaa näkemään asioita laajemmin. Sairanhoitajan on osattava tehdä nopeita johtopäätöksiä mahdollisesta potilaan hoidon tarpeesta saamansa informaation perusteella. On kyettävä arvioimaan nopeasti mitkä toimenpiteet on tehtävä ensimmäisenä eli on osattava priorisoida työtehtävät. (Nieminen 2007, 31–32.)

Valvontaosastolla hoidossa olevat potilaat ovat usein monisairaita, mikä aiheuttaa haastetta hoitotyöhön ja kokonaisuuden hahmottamisen tärkeys korostuu. Sairanhoitaja on

lähellä potilasta ja hänen on helpompi hahmottaa kokonaisuuteen vaikuttavat tekijät. Kokonaisuuden hahmottamisessa tärkeässä osassa on potilaan hoitosuunnitelma ja sen käyttö valvontaosastolla on oleellinen osa hoitoa. Sen käyttö korostuu vaikeasti sairaiden potilaiden kohdalla, sillä potilailla on samanaikaisesti useita ongelmia hoitoon liittyen, ja hoidossa on huomioitava monia eri tekijöitä. Hoidon dokumentoiminen tekee annetun hoidon näkyväksi ja sen avulla voidaan varmistaa, että potilas on saanut tarvitsemansa hoidon. (Nieminen 2007, 28, 44.)

Valvontaosastolla lääkehoito on oleellinen osa potilaan hoitoa (Pohjola-Sintonen 2011; Nieminen 2007, 30). Suonensisäisiä lääkkeitä varten potilaalla on perifeerinen lääkkeenantokanyyli tai keskuslaskimokatetri, joissain tapauksissa molemmat. Usein potilaat ovat niin huonossa kunnossa, että ravitsemuksen turvaamiseksi tarvitaan suonensisäisiä infuusioita tai ravitsemusta nenämahaletkun kautta. Joskus potilaalla voi olla PEG-letku, eli vatsanpeitteiden läpi asennettu letku, jonka kautta ravitsemusliuos annetaan. (Nieminen 2007, 30.) Tarpeen mukaan potilaalle menee nesteinfuusioita (Pohjola-Sintonen 2011).

Sairaanhoitajien lähimmät yhteistyökumppanit osastolla ovat kollegat, joiden apu ja tuki koetaan erittäin tärkeänä. Heiltä voi kysyä neuvoja ja hakea tukea vaikeissa tilanteissa. Myös kollegan apu fyysisessä työssä on tärkeää, sillä vaikeahoitoisten potilaiden hoitaminen ei aina onnistu yksin. Valvontaosastolla potilaiden hoidon haastavuus edellyttää moniammatillista hoitotyötä. Sairaanhoitaja on koko ajan potilaan lähellä, joten hän on avainasemassa huomaamaan muun asiantuntijan tietämyksen tarpeen potilaan hoidossa. Oman yksikön ulkopuolellakin työskenteleviä sairaanhoitajia konsultoidaan erityisesti erityisosaamista vaativissa tilanteissa. (Nieminen 2007, 36–37.)

Lääkäri kiertää valvontaosastolla ainakin kerran päivässä ja tarvittaessa hänet saadaan paikalle nopeasti (Pohjola-Sintonen 2011). Hän voi myös konsultoida erikoislääkäreitä potilaan hoidosta. Fysioterapeutti on merkittävässä asemassa potilaan hoidossa. Myös sosiaalityöntekijät ja ravitsemusterapeutit ovat usein mukana potilaan hoidossa. Yhteistyötä tehdään myös röntgenosaston ja laboratorion kanssa. Muita mahdollisia yhteistyökumppaneita ovat puheterapeutti, toimintaterapeutti sekä sairaalapastori. Myös muut toimintayksiköt ovat merkittäviä yhteistyötahoja, kun potilas on siirtymässä jatkohoitoon. (Nieminen 2007, 36.)

Potilas tarvitsee myös emotionaalista tukea hoitajalta, sillä potilas voi olla ahdistunut tilanteestaan. Sairaanhoidajan tulee saada potilas yhteistyökykyiseksi ja ymmärtämään hoidon tarkoitus. Tässä on avuksi asiallinen tieto hoidosta ja tehtävistä hoitotoimenpiteistä. Potilaan turvallisuuden tunnetta lisää se, että hän saa sairaanhoitajalta avun ajallaan. Tärkeää on jättää soittokello potilaan lähettyville, jotta avun pyytäminen mahdollistuu. Lupausten pitäminen ja kiireettömän ilmapiirin luominen on tärkeää, koska se viestittää sairaanhoidajan luotettavuudesta ja saa potilaan olon turvalliseksi ja luottavaksi. (Nieminen 2007, 33–34.)

Omaisten informointi sekä tukeminen ovat tärkeä osa valvontaosastolla annettavaa hoitoa ja niihin onkin kiinnitetty huomiota hoitohenkilöstön koulutuksessa (Pohjola-Siitonen 2011). Toisinaan sairaanhoidajan täytyy rohkaista omaisia, sillä he voivat kokea hoitoympäristön pelottavana, kun potilas on kytkettynä erilaisiin seurantalaitteisiin ja kokevat olevansa häiriöksi. Aina kuitenkin omaisten kohtaaminen ei ole helppoa, varsinkaan kun potilaan tila on kriittinen ja hän on vakavasti sairas. Tämä tilanne voi tulla omaisille täytenä yllätyksenä ja heillä voi olla huoli läheisestään, minkä vuoksi korostuukin omaisten tiedon saamisen tärkeys. (Nieminen 2007, 36, 42–43.)

3.3 Eettiset lähtökohdat sairaanhoidajan työssä

3.3.1 Sairaanhoidajan toimintaa ohjaavat lait

Jokaisen potilaan tulisi saada riittävä ja ymmärrettävä selvitys omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamistaan. Potilasta hoidettaessa ja hänen kohtelussaan on otettava mahdollisuuksien mukaan huomioon potilaan kulttuuri, äidinkieli ja yksilölliset tarpeet. Mikäli potilaan tulkitseminen eri kielen tai aisti- tai puheviaan vuoksi on puutteellista, voidaan avuksi ottaa tulkki. Potilasta on kuunneltava koko hoidon ajan. Mikäli hän kieltäytyy hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, pitää hänelle tarjota muuta vastaavanlaista lääketieteellistä hoitoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen on sairaanhoitajan päämäärä. Hänen on sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Sairaanhoitaja on velvollinen kehittämään ja ylläpitämään ammattitaitoaan sekä hänen tulee perehtyä ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Työnantajan tulee luoda mahdollisuus sille, että terveydenhuollon ammattihenkilö voi osallistua ammatilliseen täydennyskoulutukseen. Hoitaessaan sairaanhoitajan tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 229/1994.)

Sairaanhoitajalla on velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksiin kuuluu ja hänen tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua. Sairaanhoitaja ei saa luvatta ilmaista sivulliselle potilaan tai perheen asioita, josta hän on saanut tiedon asemansa tai tehtävänsä perusteella. Salassapitovelvollisuus säilyy myös ammatinharjoittamisen päättymisen jälkeen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 229/1994.)

3.3.2 Sairaanhoitajan eettiset ohjeistukset

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet ilmaisevat sairaanhoitajan periaatteellisen vastuun ihmisyydestä sekä sen ihmiskäsityksen ja eettisen perustan, jolle ammatti nojautuu (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 147). Eettiset ohjeet ovat ammattikunnan itse laatimia ja jäseniltä odotetaan niihin sitoutumista (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 83–84). Eettiset ohjeet ovat sairaanhoitajalle ohjenuora, jonka mukaan tulee toimia yhteiskunnallisten arvostusten ja tarpeiden mukaisesti (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 147).

Sana etiikka on peräisin kreikan kielen sanasta ethos, joka tarkoittaa tapaa tai tottumusta. Etiikka liittyy toimintatavan valintaan tilanteessa, jossa pitää valita usean mahdollisen toimintatavan välillä. Nykyisin etiikalla tarkoitetaan tavallisesti moraalisen käyttäytymisen systemaattista pohdintaa ja sen voi määritellä moraalien teoriaksi. Etiikan sisällä on erilaisia suuntauksia kuten velvollisuusetiikka, kristillinen etiikka ja hoitoetiikka. Nämä kuvaavat erilaisia toimintatavan valinnan suuntaviivoja ja perusteita. Moraalilla tarkoitetaan konkreettisiin tekoihin liittyviä käsityksiä oikeasta ja väärästä. (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 147.)

Ammattieettiset ohjeet ovat hoitotyön laatuvaatimuksia tai standardeja, joista vallitsee yhteisymmärrys ammattikunnan sisällä (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 147). Ne ovat kuitenkin yleisluontoisia ja voivat toimia ohjeina sairaanhoitajan toiminnalle konkreettisisissa tilanteissa, mutta eivät kuitenkaan ratkaise jokaista yksittäistä eettistä ongelmaa, vaan ammattikunnan jäsenet joutuvat tekemään valintoja hoitotyössä (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 147; Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 84). Tämän vuoksi on tärkeää, että hoitotyöntekijöillä on tietoinen ja harkittu suhde ammattieettisiin ohjeisiin, jotta niitä voi hyödyntää omaan työhönsä. Konkreettisisessa tilanteessa valittu toimintatapa perustuu tarkoin harkittuun arvioon. Jotta tämä valinta vastaisi ammatillisia ja ammatin harjoittamiseen liittyviä eettisiä normeja, täytyy liittää ammattieettisten ohjeiden taustalla olevat arvot omien arvojen kokonaisuuteen. (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 147.)

Sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Ihmisiä hoitaessaan sairaanhoitaja pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänlaatuaan. Sairaanhoitaja vastaa henkilökohtaisesti tekemästään hoitotyöstä sekä suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Sairaanhoitajan tulee kohdata potilas arvokkaana ihmisenä ja luoda hoitokulttuuri, jossa huomioidaan yksilön arvot, vakaumus ja tavat. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Sairaanhoitaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää tälle mahdollisuuden osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Hän pitää salassa potilaan luottamuksellisesti antamat tiedot ja harkitsee, milloin keskustelee niistä muiden potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa. Sairaanhoitaja kohtelee toista ihmistä lähimmäisenä ja kuuntelee potilasta eläytyen tämän tilanteeseen. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Sairaanhoitaja toimii työssään oikeudenmukaisesti. Hän hoitaa jokaista potilasta tasarvoisesti yhtä hyvin jokaisen yksilöllisen hoitotarpeen mukaan sekä arvioi omaa ja muiden pätevyyttä ottaessaan vastaan työtehtäviä sekä jakaessaan niitä muille. Sairaanhoitajat vastaavat oman alansa asiantuntijuudesta ja huolehtivat ammattinsa sisällön syventämisestä, koulutuksen kehittämisestä sekä tieteellisyyden edistämisestä. Sairaanhoitajien asiantuntijuuden kasvun tulisi näkyä väestön hyvän olon edistymisenä. Työyh-

teisön sairaanhoitajat vastaavat yhdessä hoitotyön laadusta ja siitä, että sitä parannetaan jatkuvasti. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Sairaanhoitajat tukevat toisiaan potilaan hoitoon liittyvässä päätöksenteossa, työssä jakamisessa ja ammatillisessa kehittämisessä. He kunnioittavat oman ja muiden ammattiryhmien edustajien asiantuntemusta ja pyrkivät hyvään yhteistyöhön muiden potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien kanssa. Sairaanhoitaja valvoo, ettei kukaan potilaan hoitoon osallistuvista kohtele potilasta epäeettisesti. Sairaanhoitajat osallistuvat ihmisten terveyttä, elämän laatua ja hyvinvointia koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon, myös kansainvälisellä tasolla. Sairaanhoitajien kansainväliseen työhön kuuluu ammattiin liittyvän tiedon ja taidon vastavuoroinen välittäminen sekä osallistuminen kansainvälisten järjestöjen toimintaan. Sairaanhoitajat kantavat vastuuta terveydellisten ja sosiaalisten elinolojen kehittämisestä maailmanlaajuisesti sekä edistävät samanarvoisuutta, suvaitsevaisuutta ja yhteisvastuullisuutta. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Sairaanhoitaja toimii yhteistyössä potilaiden läheisten kanssa ja vahvistaa heidän osallistumistaan hoitoon. Hän antaa väestölle terveyttä koskevaa tietoa ja lisää ihmisten kykyä hoitaa itseään. Sairaanhoitaja toimii yhteistyössä vapaaehtois-, vammais- ja potilasjärjestöjen kanssa. Sairaanhoitajien ammattikunta tukee jäsentensä moraalista ja eettistä kehitystä. Sairaanhoitajat myös vastaavat ammattikuntana jäsentensä hyvinvoinnista ja heidän ammattijärjestönsä toimii aktiivisesti varmistamaan oikeudenmukaiset sosiaaliset ja taloudelliset työolot. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

3.3.3 Sairaanhoitajan ammattietiikka

Ammattietiikalla tarkoitetaan käytännön etiikkaa, jolla on ammatillinen tietoperusta ja oma itsenäinen tehtävä vaalia alan palveluihanteita. Hyvän hoidon lähtökohtana on hoitohenkilökunnan kutsumus ammattiin ja lähimmäisenrakkaus. Tärkein tavoite hoitotyössä on asiakkaan hyvä elämä. (Halme 2012, 101–103.) Yleisesti ammattietiikka määrittelee, millainen toiminta ammatinharjoittamisessa on eettisesti suositeltavaa ja hyväksyttävää. Eettisyys merkitsee ammatillisella tasolla kykyä pohtia ja samalla jatkuvasti kyseenalaistaa omaa ammatillista toimintaa, päätöksentekoa ja sen perusteita. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 18.) Eettisyys on hoitajan taitoa synnyttää luottamusta, toimia vastuullisesti ja inhimillisesti sekä kohdata potilas ystävällisesti ja avoimesti erilaisuutta ym-

märtäen. Eettisyys on tärkeää etenkin silloin kun huomaa ristiriidan omien ja potilaan arvojen välillä. (Paakkinen-Tiainen 2007, 42–43.)

Hoitoyhteisön tulee tiedostaa toiminnallinen rakenteensa ja tuntee riittävän hyvin oma ammatillinen roolinsa ja sen suhde terveydenhuollon yleisiin arvopäämääriin. Hoitoyhteisössä on eri asemassa, tehtävissä ja rooleissa olevia henkilöitä kuten lääkäreitä, sairaanhoitajia, muuta hoitohenkilökuntaa, potilaita ja potilaan omaisia. Näistä ryhmistä yleensä kaikki on mukana jollain tavoin hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Jokaisella eri ammatissa toimivalla henkilöllä on oma rajattu vastuualueensa, johon liittyy moraalisia oikeuksia ja velvollisuuksia. Ammattieettiset ohjeet ohjaavat, mihin ammattilaisilla on oikeus puuttua, ja mihin he ovat moraalisesti velvollisia sitoutumaan. (Louhiala & Launis 2009, 56–57.)

Terveydenhuollon ammattietiikan keskeinen velvoite on salassapitovelvollisuus. Sivulislille ei terveydenhuollon ammattihenkilö saa antaa luvatta tietoja, joita on saanut ammatissaan potilaasta tai hänen terveydentilastaan. Lainsäädännön edellyttämänä voidaan joskus antaa potilastietoja muille viranomaisille ja hoitotahoille. Tällöin tulee varmistua siitä, että luovutettavat tiedot ovat välttämättömiä siihen, mitä varten niitä vaaditaan. (Louhiala & Launis 2009, 65.)

Eettisyys valvontaosastolla

Potilas on fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti riippuvainen hoitajasta, hoitolaitteista ja -ympäristöstä valvontaosastolla. Hän ei välttämättä pysty ilmaisemaan itseään tai hänen päätöksentekokykynsä voi olla heikentynyt sairauden tai hoitojen vuoksi. Riippuvuus mahdollistaa holhoavan, paternalistisen, hoitokäytännön ja potilaan oikeuksien väheksymisen tai loukkaamisen. Tehostetussa hoidossa vaaditaan erityistä eettistä herkkyyttä ja ammatillista pätevyyttä heikossa asemassa olevan ihmisen tukemiseksi. Fyysiseen rajoittuneisuuteen kuuluu potilaan kyvyttömyys päivittäisiin toimintoihin, esimerkiksi henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen, jotka on usein korvattu hoitajien työpanoksella. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 240- 241.)

Hoitajalla on suuri mahdollisuus vaikuttaa potilaan hyvään oloon. Hoitajan on kyettävä näkemään potilaan oikeudet ja tuettava hänen itsemääräämisoikeuttaan sekä toiveitaan, myös silloin kun siihen on vähän mahdollisuuksia. Potilaan tajuttomuus tai mahdotto-

muus kontrolloida ympäristöä ei anna hoitajille oikeutta kohdella häntä väheksyvästi tai välinpitämättömästi. Hoitajan on kyettävä tekemään päätöksiä potilaan puolesta, jos potilaan tila sitä vaatii. Oleellista on se, että potilasta kohdellaan aina kunnioittavasti ja ainutlaatuisena yksilönä ja että hänen osallistumistaan päätöksentekoon lisätään terveydentilan salliessa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 243.) Tehostetussa hoidossa ei aina kunnioiteta potilaan toiveita, vaikka nämä saattaisivat olla tiedossa, potilaan mielipidettä ei aina kysytä, vaikka se olisi mahdollista ja potilaan ei anneta aina vaikuttaa häntä koskeviin päätöksiin. Joskus saatetaan toimia myös tietoisesti vastoin potilaan toivetta tai saatetaan ylipuhua potilas muuttamaan mielensä, vaikka hän olisi jo ilmaissut tahtonsa selvästi. (Romppanen 2008, 42.)

Eettiset ongelmat ihmisarvon loukkauksessa aiheutuvat siten, että potilas voi huonosti tehohoidettaessa ja hoidosta voi puuttua inhimillisyyttä. Potilaalle tutkimukset ja hoidot ovat raskaita ja kivuliaita, eikä hän aina saa riittävästi kipulääkkeitä. Potilas voi kokea myös olonsa turvattomaksi. Aina ei kuitenkaan voida helpottaa potilaan vointia vaikka haluttaisiinkin. Joskus potilaat saattavat esineellistyä niin, ettei heille kerrota tai puhuta tapahtumista eikä heitä kohdata tuntevana ihmisenä, milloin myös yksilöllisyys kärsii. (Romppanen 2008, 43–44.)

Jos potilaan hoitamisesta tulee sairaanhoitajalle rutiinia, on aika valpastua. Tilanne voi olla potilaalle ensimmäinen laatuaan ja potilas voi kokea, että häntä ei kohdata huolehtivasti ja kunnioittavasti, ja hän ei tule nähdyksi, kuulluksi ja uskotuksi. (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 158.) Eettiseen laatuun kuuluu se, miten potilaan arvoperustaa huomioidaan, miten ihmisarvoista hoito ja kohtelu ovat sekä miten oikeudenmukaisesti hoito on saavutettavissa (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 85).

Eettiset ongelmat hoitotyössä

Hoitotyössä joudutaan ratkaisemaan monenlaisia eettisiä ongelmia. Eettisen ongelman peruskysymyksenä on, mikä on hyvää tai pahaa, oikein tai väärin tietyssä tilanteessa tai toiminnassa. Eettinen ongelma muodostuu ristiriidasta arvojen välillä. Eettiseen ongelmaan ei ole useinkaan yhtä oikeaa ratkaisua, vaan useita ratkaisuvaihtoehtoja. Kaikki ratkaisut ovat epätäydellisiä, sillä ne eivät poista kokonaan kyseistä ongelmaa. Eettinen ongelma kestää usein pitkään, ja sillä on kauaskantoiset seuraukset. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 61.) Potilaalle aiheutuu eettisestä ongelmatilanteesta mahdollisesti vakavaa

haittaa ja tehdyillä päätöksillä on potilaalle merkittäviä ja pitkäaikaisia, jopa lopullisia vaikutuksia (Romppanen 2008, 34). (Ks. Liite 1)

Hoitajien välillä voi muodostua eettisiä ongelmia (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 86). Henkilökunnan välisessä yhteistyössä ongelmia olivat huono käyttäytyminen toisia kohtaan, joka näkyi töiden valikoimisena (Romppanen 2008, 39). Hoitaja voi huomata, että kollega toimii eettisesti arveluttavalla tavalla potilasta kohtaan. Hän voi laiminlyödä velvollisuuksiaan, tehdä virheitä ja salailla niitä. Lisäksi hän saattaa suhtautua epäkunnioittavasti tai ammattietiikan vastaisesti potilaaseen, salailla tietoa tai kertoa vain osittaista tietoa. Nämä asiat ovat vaikeita ottaa esille ja kollega voi loukkaantua. Pahimmillaan syntyy voimakas ristiriita, joka heikentää hoitoyhteisön toimintaa ja vaarantaa potilaiden hoidon laatua. Eettisten ongelmien syntyä voidaan pyrkiä ehkäisemään kirjoittamalla hoitoyksikön toimintaohjeet ja tarkistamalla niitä jatkuvasti. Tämä tukee yksittäistä hoitotyöntekijää arvioimaan omaa arvoperustaansa ja sen suhdetta ammattikunnan arvoperustaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 86–87, 89.)

Kuokkasen, Leino-Kilven ja Katajiston (2010, 30) (Ks. Liite 1) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajista vajaa puolet (47 %) koki eettisiä ongelmia työssään. Näkemuseroja muodostui muiden ammattiryhmien ja hoitajien välillä, sekä usein myös hoitajan ja potilaan välillä. Ajanpuute osoittautui suurimmaksi syyksi siihen, ettei hoitaja pysty toteuttamaan eettisesti oikeana pitämäänsä hoitoa (45 %). Muita ongelmia, joita tuotiin esille, oli avoimuuden/keskustelun puute, hoitajien erilaiset tietotasot eettisissä asioissa, omaisten vaatimukset ja vahvat hoitajapersoonat, joilla on oma näkemyksensä eettisistä asioista. (Kuokkanen ym. 2010, 30.)

Eettisiä ongelmia koettiin henkilökunnan toiminnassa, tasa-arvoisuudessa ja itsemääräämisoikeuden toteutumattomuudessa. Myös ihmisarvon loukkauksiin, rajallisiin resursseihin, itse aiheutettujen sairauksien hoitamiseen sekä elämän ja kuoleman välisissä kysymyksissä koettiin eettisiä ongelmia. Sairaanhoitajien ja lääkäreiden välisessä yhteistyössä ongelmana oli, etteivät sairaanhoitajat uskalla ottaa kantaa tai kyseenalaistaa lääkäreiden tekemisiä, vaikka heillä olisi erilainen käsitys potilaan tilasta ja hoidosta. Tällaisia tilanteita olivat yleiset hoitolinjat, hoidon mielekkyys, kipulääkkeen tarpeellisuus ja potilaan tahdon kunnioittaminen. (Romppanen 2008, 36, 39.) Potilaan hoidon rajaaminen ei sairaanhoitajien (61 %) mielestä perustu lääketieteen ja hoitotyön yhtei-

seen näkemykseen potilaan tilasta (Lyytikäinen, Turunen & Uusaro 2005, 30). (Ks. Liite 1)

Tehohoidossa hoidetaan paljon potilaita, joilla on itse aiheutettu sairaus, joka johtuu esimerkiksi ylipainosta tai päihteiden käytöstä. Itse aiheutettujen sairauksien hoitamisessa ei vastaajien mukaan painoteta riittävästi yksilön omaa vastuuta, jolloin saatava hyöty näiden sairauksien hoitamisessa on usein kyseenalaista, sillä potilaat ovat usein hoidossa samasta syystä uudelleen. Potilaat myös ovat harvoin motivoituneita ottamaan vastuuta terveydestään tai muuttamaan elintapojaan sairaudesta huolimatta. Itse aiheutettujen sairauksien hoitamisessa pitäisi käyttää enemmän harkintaa, eikä niitä pitäisi hoitaa liian aktiivisesti. (Romppanen 2008, 47.) Puolet sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että toivottomasti sairaita potilaita hoidetaan liian aktiivisesti ja heidän kärsimystä pidennetään liian aktiivisella hoidolla (Lyytikäinen ym. 2005, 30). Hoitajat kokevat hoito-toimenpiteiden pitkittämisen, kun vaste niille on epätodennäköinen, epäinhimillisenä ja potilasta esineellistävänä (Paakkinen-Tiainen 2007, 65).

Eettisiä ongelmia kokivat harvoin tai ei koskaan hoitajat, jotka olivat työhönsä ja työpaikkaansa tyytyväisiä, ja joiden työpaikalla eettiset ohjeet oli ilmaistu selkeästi. He ilmoittivat myös kokevansa vain harvoin työhön liittyvää stressiä ja pitivät työtään yhteiskunnallisesti arvostettuna. Myös se, että työpaikalla keskusteltiin eettisistä ongelmista, ja oli aikaa toteuttaa eettisesti oikeana pitämäänsä hoitoa, vähensi eettisten ongelmien kokemista. (Kuokkanen ym. 2010, 30–31.)

Tehohoidossa henkilökunnan epäeettiseen toimintaan liittyvät eettiset ongelmat ilmenevät huonona käyttäytymisenä potilasta tai hänen omaisiaan kohtaan tai siinä, etteivät henkilökunnan edellytykset tehdä työtä ole kunnossa ja henkilökunnan välisen yhteistyön ongelmina. Hoitajan huonoa käyttäytymistä potilasta kohtaan on asenteellinen suhtautuminen, alentava, epäasiallinen, epäkunnioittava ja kovakourainen kohtelu, kipujen ja ongelmien vähättely sekä intimizeettisuojusta huolehtimattomuus. Henkilökunta saattaa käyttää potilaita kohtaan liikaa valtaa, osoittaa potilaalle mieltään ja hermostua tai kohdella häntä huonosti omaa laiskuuttaan. He saattavat käyttäytyä huonosti myös omaisia kohtaan, mikä ilmenee yleisenä huonona kohteluna, epäasiallisena tiedon antamisena ja vierailuaikojen tarpeettomana rajoittamisena. (Romppanen 2008, 37.)

Henkilökunnan edellytykset tehdä hoitotyötä eivät ole aina kunnossa, vaan he saattavat toimia vastoin annettuja ohjeita ja aseptisia periaatteita sekä rikkoa tietosuojaa, jolloin potilas saatetaan alttiiksi lisähaitoille. Työssä kohdataan myös toistuvasti hoitovirheitä. Työtä kohtaan voidaan olla välinpitämättömiä, mikä ilmenee yleisenä välinpitämättömyytenä ja haluttomuutena oppia uutta. Osaamisessa tai työkyvyssä voi olla ongelmia sairaanhoitajien ja lääkäreiden osalta, jolloin potilasturvallisuus ei toteudu halutulla tavalla ja hoidon laatu on huonoa. (Romppanen 2008, 38.)

Tehohoidossa eettiset ongelmat liittyen rajallisiin resursseihin johtuvat siitä, ettei kaikkea mahdollista voida hankkia, resursseja ei osata kohdentaa oikein ja resurssipula huonontaa potilaiden hoidon laatua. Teknologian avulla on mahdollistettu yhä huonompi kuntoisten potilaiden hoitaminen. Resurssit eivät riitä aivan kaikkeen, koska tehohoito on kallista ja niitä kohdennettiin epätasaisesti terveydenhuollon sektoreille sekä eri potilaiden välillä. (Romppanen 2008, 45.)

Tietojen välittämisessä ongelmana on tietosuojan turvaaminen ja potilaan sekä omaisen riittämätön informointi. Hoitaja ei aina keskustele ja informoi potilasta riittävästi hoitoon liittyvissä asioissa. Tehohoidossa toiset potilaat, omaiset ja työntekijät saavat tahottomaan tai tietoisesti sellaisia asioita tietoonsa, jotka eivät kuulu heille. Tämä tuokin tietosuojan turvaamiseen haastetta. (Romppanen 2008, 51–52.)

Myös omaiset voivat vaikuttaa siihen, miten potilasta hoidetaan ja joskus voi olla vaikea saada omaisen luopumaan potilaasta. Omaisten kohtaaminen, heidän tukemisensa ja lohduttamisensa on potilaan hoidon ohella tärkeää, joskin hieman vaikeaa. Myös potilaan intimiteetin turvaaminen omaisiin nähden aiheuttaa ongelmia. Omaisten ollessa vaativia, tai omaisten toivoessa, saatetaan potilasta hoitaa tarkemmin ja toivotontakin hoitoa jatketaan. Omaiset saattavat myös kumota potilaan toiveen. (Romppanen 2008, 42, 53–54.)

3.3.4 Sairaanhoitajan eettiset periaatteet

Potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa (Valvira 2013). Ihmisiä ei tule asettaa eri asemaan esimerkiksi rodun, ihon värin, kulttuurin, uskonnollisen vakaumuksen, äidinkielen, sukupuolen, iän, siviilisäädyn, seksuaalisen suuntauksen,

yhteiskunnallisen, sosiaalisen ja taloudellisen aseman, poliittisen mielipiteen, terveydentilan, diagnoosin tai vammaisuuden perusteella (Joel & Kelly 2001, 333; Sairaanhoidtajaliitto 2014; Valvira 2013). Hoitopäätöksiin saa vaikuttaa vain lääketieteelliset syyt (Valvira 2013). Hoitamisen tulee olla yhdenmukaista ja sitä ohjaavat hoitotyön periaatteet. Niillä tarkoitetaan yleisesti hyväksytyjä perusteita, joihin hoitotyön päätöksenteko pohjautuu. Ne auttavat myös ymmärtämään toimintaa ja löytämään keinoja käytännön ongelmia ratkaistaessa. Periaatteet ohjaavat hoitohenkilöstöä mietittäessä mitä potilaan hyväksi voitaisiin tehdä. Hoitotyön periaatteet voidaan ryhmitellä potilaan hoitoa koskeviin ja hoitajan toimintaa koskeviin. (Anttila ym. 2007, 45.)

Hoitotyön eettisiä periaatteita, joita ovat ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekeminen ja pahan välttäminen, oikeudenmukaisuus sekä perusteltavuus. Jokaisen ihmisen ihmisarvoa tulee kunnioittaa. Tämä tarkoittaa potilaan oikeuksien, autonomian ja koskemattomuuden, totuuden, rehellisyyden ja aitouden kunnioittamista, potilaan hyvinvoinnin edistämistä sekä toisen ammattilaisen kunnioittamista. Hyvän tekemisen ja pahan välttämisen periaate tarkoittaa hoitotyöntekijän velvollisuutta pyrkiä kaikessa toiminnassaan edistämään ihmisen hyvää ja välttämään pahaa. Tähän kuuluu potilaan suojeleminen, huolenpito, oikeuksien puolustaminen sekä potilaan asioiden ajaminen hänen parhaakseen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 28–30.)

Oikeudenmukaisuuden periaatteella tarkoitetaan sitä, että kaikkia kohdellaan samojen periaatteiden mukaan. Tähän kuuluu oikeus hoitoon pääsyyn, oikeus perusteltuun hoitoon sekä velvollisuus välttää eriarvostamista minkään yksilön tai ryhmän ominaispiirteen tai terveyteen liittyvän ongelman perusteella. Perusteltavuuden periaatteella tarkoitetaan sitä, että hoitotyössä käytettävien menetelmien, auttamiskeinojen ja ratkaisujen on oltava perusteltuja ja luotettavia. Potilaalla on oikeus tietää perustelut hoitoon liittyen. Ihmis- ja tehtävävastuuseen liittyviä periaatteita noudattaessa hoitotyöntekijän toiminta on eettisesti hyväksyttyä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 29–30.)

Hoitaja ja potilas toimivat yhdessä yhteisen tavoitteen vuoksi. Hoitajan vastuun perustana on lojaalius ja uskollisuus. Eettisiä periaatteita hoitotyössä on itsenäisyys eli potilaalla on itsemääräämisoikeus. Potilaalla on myös vapaus eli oikeus päättää siitä, mitä hänelle tehdään. Hoidon tulee olla totuudenmukaista, hoitajan tulee kertoa totuus hienovaraisesti ja loukkaamatta potilasta. Hoitajalla tulisi olla jatkuva asenne tehdä hyvää hoidossa oleville ihmisille. (Joel & Kelly 2001, 333–334.)

Hoitotyöhön sisältyy inhimillinen toiminta, moraalisia velvollisuuksia, tunteita ja kiintymystä, ihmisten välistä vuorovaikutusta ja terapeutista auttamista. Siihen liittyy myös aito luottamus, kunnioitus ja arvostus toista ihmistä kohtaan sekä kyky asettua hänen asemaansa. Asenteet, aikaisemmat henkilökohtaiset kokemukset ja tiedot ihmisestä, hänen terveydestään sekä sairaudestaan vaikuttavat hoitamiseen. (Halme 2012, 102.)

3.3.5 Hoitotyön arvot

Arvot ovat abstrakteja luomuksia ja tavoiteltavia ideoita, joita käytetään inhimillisen toiminnan oikeuttamiseen ja niiden saavuttamiseen on epätodennäköistä. Tällaisia arvoja ovat esimerkiksi ihmisarvo, totuus ja terveys. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 62.) Arvot ohjaavat valintoja siitä, mikä on sallittua ja mikä ei. Arvo on usein toiminnan motiivina, tarkoituksena ja päämääränä. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 20.) Ihmiset luovat arvoja vuorovaikutuksessa ja toiminnassa toistensa kanssa (Anttila ym. 2007, 44).

Hoitotyön arvopohja on altruistinen ja humanistinen, joihin ihmiskäsitys hoitotyössä perustuu. Altruismi tarkoittaa epäitsekästä ja pyyteetöntä toimintaa. Se tarkoittaa myös, että tietyissä tilanteissa toisen ihmisen etu menee oman edun edelle. Eettisenä periaatteena altruismi tarkoittaa sitä, että jokin teko on moraalisesti hyvä, jos sen tarkoituksena on lisätä toisen ihmisen hyvinvointia tai lievittää kärsimystä ja pahaa oloa. Altruismiin perustuvan toiminnan päämääränä on siis tehdä hyvää toiselle ihmiselle. Altruismiin pohjautuen hoitotyön perusarvoina on pidetty muun muassa yhteisvastuuta ja huolenpitoa heikommista sekä lähimmäisenrakkautta. (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 149–150.)

Humanistisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja henkinen kokonaisuus. Hoitotyön ydin liittyy läheisesti ihmisten auttamiseen ja perustarpeiden tyydyttämiseen ja näihin tarpeisiin liittyvään päivittäiseen toimintaan. Sairaanhoitajan tulee tiedostaa, että potilaan fyysisten tarpeiden tyydyttämisen ja kehon hoitoon liittyvän työn lisäksi potilaan muutkin puolet on huomioitava. (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 159.)

Hoitotyötä ohjaavat myös muun muassa hengelliset ja taloudelliset arvot. Hengelliset arvot ohjaavat potilaan vakaumuksen kunnioittamista. Taloudelliset arvot puolestaan ohjaavat valitsemaan taloudellisesti tarkoituksenmukaisia hoitomenetelmiä. Tällä tarkoitetaan sitä, että otetaan käyttöön potilaan kannalta mahdollisimman hyvä ja samalla mahdollisimman edullinen hoitomenetelmä tai – tarvike. Tärkeää on kuitenkin huomioida se, että näillä tavoin säästäminen voi aiheuttaa yllättäen moninkertaiset hoitokustannukset ja tuottaa potilaalle turhaa kärsimystä. Esimerkiksi, jos vaipan vaihdosta tingitään, voi potilaalle muodostua kallista ja monimutkaista hoitoa vaativia ihovaurioita, ja lisäksi se on hänelle epämiellyttävää. (Anttila ym. 2007, 44–45.)

Hoitotyössä arvoja ei voi sellaisenaan nähdä, vaan ne ovat joko ihmisten ajatusmaailmassa tai niistä voidaan tehdä päätelmiä toiminnan perusteella. Arvoja voidaan määrittellä monella eri tavalla, esimerkiksi henkilökohtaisiin arvoihin, jotka muodostavat yksilön toiminnan perustan ja taustan sille, mihin hän toiminnallaan pyrkii sekä sen, miten hän toimii ja arvioi toimintaansa. Ammatilliset arvot ovat tietyn ammattikunnan toiminnan perusta. Näitä arvoja opitaan koulutuksessa ja työelämässä. Ammatilliset arvot ilmaistaan tavallisesti ammattikunnan eettisissä ohjeissa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 63–64.)

Hoitotyössä eettiset arvot muodostuvat potilaan moraalisesta hyvästä. Eettiset arvot ohjaavat hoitopäätöksiä ja valintoja, joita tehdään yhdessä potilaan kanssa hänen parhaakseen. (Anttila ym. 2007, 44.) Arvot totuus, kauneus ja hyvyys ovat keskeisiä terveydenhuollossa. Potilas-hoitaja suhteessa totuus voidaan yhdistää tieteelliseen tietoon ja todellisuuteen. Kauneusarvoa on aiemmin pidetty taiteellisena arvona, mutta nykyään kiinnitetään enemmän huomiota terveydenhuollossa hoitoympäristön kauneuteen. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 20.)

Esteettisistä arvoista on tullut hoitotyössä tärkeämpiä. Esteettisyys näkyy hoitajan toiminnassa potilaan kanssa, kuten tavassa miten hoitaja auttaa potilasta, tai kuinka hän laittaa potilaan ruuan esille. Esteettisyys näkyy myös hoitajan olemuksessa ja ilmenee tavassa, jolla hän kohtaa potilaan ja ilmaisee itseään. (Anttila ym. 2007, 44.) Hyvyys arvona välittyy, kun hoitaja tuottaa jotain hyvää ihmiselle ja ympäristölle. Tiedolliset arvot näkyvät hoitajan toiminnassa siten, että hän toimii vastuullisesti, rehellisesti ja huolellisesti. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 20.)

Hoitotyössä halu auttaa on välttämätön, mutta ei riittävä edellytys hyvälle hoidolle, eikä se takaa hoitotyön korkeaa laatua. Auttamishalun lisäksi sairaanhoitajalla tulee olla vankka ammattitaito, ja hänen tulee harjoittaa ammattiaan taitavasti. Jotta sairaanhoitaja voi kohdata potilaan aidosti, täytyy hänen luonteeseensa kuulua kyky toimia altruistisesti. Sairaanhoitajan tulee erottaa omat tarpeensa potilaan tarpeista. Sairaanhoitajan motiivit ovat altruistiset, kun potilaan tarpeet ohjaavat hänen toimintaansa. (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 152.)

Hoitajan ammatti-identiteetti perustuu hänen henkilökohtaisiin arvostuksiinsa, jotka hän on omaksunut kasvatuksen, koulutuksen, työkokemuksen ja elämäkokemuksensa perusteella. Jos potilaan ja hoitajan arvot poikkeavat suuresti toisistaan, syntyy arvostirriä esimerkiksi silloin, kun potilas ei sairaudestaan huolimatta paranna elintapojaan. Hoitajan velvollisuus on varmistaa, että potilaalla on riittävästi tietoa asiasta ja motivoida edelleen muutokseen. Arvosteleva asenne ei auta, vaan voi päinvastoin pahentaa tilannetta, kun potilas ärsyyntyy ja suhtautuu vastahakoisesti hoitoon. (Anttila ym. 2007, 45.)

Ihmisarvo

Käsitys ihmisestä ja ihmisarvosta pohjautuu suomalaisessa kulttuurissa kristinuskoon. Ihmisarvo on riippumaton ihmisen taidoista, lahjakkuudesta, terveydestä, yhteiskunnallisesta asemasta, iästä, ulkonäöstä tai etnisestä taustasta. Ihmisarvoa ei voida mitata, vaan se on ihmisoikeuksien perusta ja tällöin hoitajien tulee taata jokaiselle ihmiselle arvokas elämä. Jokaisella ihmisellä on tasa-arvon myötä yhtäläiset mahdollisuudet toteuttaa itseään, oikeus kehittyä työssään ja tehdä valintoja elämässään. (Halme 2012, 102–103; Rautava-Nurmi ym. 2013, 20.)

Hoitamisessa ihmisarvo on tärkeä ja se on muistettava kaikissa tilanteissa. Oli hoitotekniikka mikä tahansa, tulee potilasta suojella, kunnioittaa ja kohdella yksilönä. Tällöin potilaan ja sairaanhoitajan vuorovaikutus sekä kohtaaminen ovat korostuneessa asemassa. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 21.) Ihmisarvon kunnioittaminen on keskeinen tekijä pyrittäessä muiden eettisten periaatteiden toteutumiseen. Ihmisarvon kunnioittamisen lisäksi merkittävänä arvona on itsemääräämisoikeuden eli autonomian kunnioittaminen. (Pietilä ym. 2013, 37.) (Ks. Liite 1)

Ritmala-Castrèn ym. (2005) (Ks. Liite 1) tutkivat ihmisarvon kunnioittamista, vastuullisuutta ja oikeudenmukaisuutta tehohoitotyössä. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden mielestä nämä toteutuivat hyvin. Näistä oikeudenmukaisuus toteutui parhaiten. Potilaat saivat ymmärrettävää ja rehellistä tietoa sairaudestaan ja toipumisestaan, mutta eivät kuitenkaan mielestään riittävästi. Puutteita koettiin hoitajien perusteluissa ja lääkitykseen liittyvissä tiedoissa. Potilaiden toiveita hoidosta oli kysely riittämättömästi. Asennon mukavuudesta ja kivunhoidon riittävydestä ei ollut kysyty. Myös yksityisyyden suojauksessa koettiin puutteita. Potilaat toivoisivat, että heiltä pyydetäisiin enemmän palautetta hoidosta. Turvattomuutta oli kokenut 5 % nukutuksesta herätessään tai siirtyessään jatkohoitoon vuodeosastolle. (Ritmala-Castrén, Simani & Eriksson 2005, 6-8.)

Tasa-arvo

Tasa-arvovaltuutettu ja tasa-arvolautakunta valvovat sosiaali- ja terveysministeriössä Suomessa tasa-arvolain noudattamista. Yhdenvertainen tasa-arvo tarkoittaa ihmisen hyväksymistä ja kunnioittamista sellaisena kuin hän on, sekä syrjimättömyyttä ihmisen ominaisuuksien perusteella. (Halme 2012, 103.) Hoitotyön tavoitteena on turvata ja edistää jokaisen kansalaisen tasa-arvoisia mahdollisuuksia saada sairastuessaan parasta mahdollista hoitoa ja yhteiskunnan palveluja. Tasa-arvo on hoidon tärkein lähtökohta, mutta sen toteutuminen on sekä hoitajien että potilaiden kokemuksen mukaan haasteellista. Tasa-arvo tarkoittaa ihmisten täydellistä yhdenvertaisuutta eli kaikkia ihmisiä on kohdeltava samalla tavalla. Kun ihmisiä kohdellaan tasa-arvoisesti, se voi johtaa tasa-päistämiseen, jolloin syntyy ristiriita ihmisen, yksilöllisyyden ja ainutkertaisuuden välille. Hoitotyön perustana ovat ensisijaisesti ihmisen akuutit ja yksilölliset tarpeet, joilla on kiinteä yhteys hänen elämäntarinaansa, mitä ei saisi hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa sivuuttaa. (Halme 2012, 103–104.)

Potilaan taustalla ja tulosityllä on Romppasen (2008, 40) tutkimuksen vastausten perusteella vaikutusta potilaan hoidon laatuun ja hänen kohteluunsa. Potilasta saatetaan hoitaa huolellisemmin kuin muita, jos potilaalla on suhteita, tai omaiset pitävät hänen puoliaan. Tasa-arvoinen kohtelu on vaikeaa ja potilaiden eriarvoinen kohtelu näkyy esimerkiksi epäkunnioittavana käyttäytymisenä. (Romppanen 2008, 40–41.)

3.4 Kokonaisvaltainen ja yksilöllinen hoito

Hoitotyössä kokonaisvaltaisuudella tarkoitetaan sitä, että potilaan tarpeet otetaan mahdollisimman hyvin huomioon. Oireiden ja niiden vaatiman hoidon lisäksi selvitetään, millaisia vaikutuksia sairaudella tai vammalla on potilaan päivittäiseen elämään. (Anttila ym. 2007, 46.) Yksilöllinen hoito on potilaslähtöisesti toimimista, mikä sairaanhoitajien mukaan sisältää hoitotyön prosessimallin idean. Tähän kuuluu hoitotyön tarpeiden määrittäminen, hoitosuunnitelman tekeminen, tavoitteiden asettaminen ja hoidon toteutus. (Paakkinen-Tiainen 2007, 38.)

Vallan (2011, 31) (Ks. Liite 1) tutkimuksessa kävi ilmi, että osastonhoitajat pystyvät yleensä vaikuttamaan hoitotyön organisoinnilla yksilöllisen hoidon toteutumiseen. Organisoinnissa kiinnitettiin huomiota yksilöllisen hoidon kannalta henkilökunnan sijoitteluun, muutoksiin varautumiseen ja potilaan yksilöllisten tarpeiden huomiointiin. Sitä pidettiin erittäin tärkeänä tehostetussa hoidossa olevien potilaiden selviytymisen kannalta. Heidän mielestään hoitajat, jotka eivät arvosta potilaiden yksilöllisyyttä, tuskin pystyvät työskentelemään tehostetussa hoidossa pitkiä aikoja. (Valta 2011, 31–32.)

Potilaan yksilölliset tarpeet, joita ovat hoidon jatkuvuus, potilaan erityistarpeet, mahdollisuus vuorovaikutukseen ja hoitoisuus, vaikuttavat hoidon tavoitteisiin (Anttila ym. 2007, 45; Valta 2011, 34). Tärkeää on, että tavoitteet vastaavat potilaan käsityksiä hoidosta ja hänen toiveitaan, silloin kun hän pystyy osallistumaan omaan hoitoonsa, sen suunnitteluun ja toteutukseen (Anttila ym. 2007, 45; Paakkinen-Tiainen 2007, 37). Hoitoon osallistumista säätelevät potilaan voimavarat (Paakkinen-Tiainen 2007, 37). Kaikki potilaan yksilölliset tarpeet on huomioitava hoitotyön organisoinnissa, jotta yksilöllinen hoito toteutuisi (Valta 2011, 34).

Hietalan (2000, 53) (Ks. Liite 1) tutkimuksessa tuli esille, että hoitajien mielestä potilaan tottumukset tulee huomioiduiksi. Potilaille tulisi antaa mahdollisuus vuorovaikutukseen hoitajan kanssa ja usein tehostetussa hoidossa olevat potilaat tarvitsevat henkistä tukea hoitajalta enemmän kuin esimerkiksi vuodeosastopotilaat (Valta 2011, 34). Työssään sairaanhoitajat kohtaavat hyvin erilaisia potilaita. Tästä johtuen sairaanhoitajan taito kohdata potilas yksilönä on tärkeää. Yksilöllisyyden huomioiminen tulee esiin jokapäiväisissä hoitotilanteissa. (Nieminen 2007, 41.) Hoitajien mielestä potilaita kohdellaan yksilöllisesti; tasa-arvoisesti ja päätöksentekoon kykenevinä (Hietala 2000, 37).

3.4.1 Ihmisyyden huomioiminen

Yksilölliseen hoitoon kuuluu ihmisyyden huomioiminen, jolla tarkoitetaan näkemystä potilaasta ihmisenä, yksilönä ja persoonana, eli potilas ei ole pelkkä diagnoosi, numero tai tapaus. Tämä tarkoittaa inhimillistä ja tasavertaista kohtelua huolimatta hänen elämäntilanteestaan, sosiaalisesta asemastaan ja muista taustatekijöistä. Yksilöllistä hoitoa rajoittaa se, että näkemys potilaasta yksilönä, persoonana ja ihmisenä hämärtyy. Hoitajan motivaation puute kohdata potilas yksilönä, toisen hoitajan kanssa keskusteleminen potilasta hoidettaessa tai hoitajan huomion kiinnittyminen vain teknisiin laitteisiin heikentävät potilaan kohtaamista ihmisenä. (Paakkinen-Tiainen 2007, 34–35, 65.) Potilaat kokivat tullessa kohdelluiksi iän ja terveydentilan mukaisesti, eikä heidän asemansa tai ammattinsa vaikuttanut heidän saamaansa kohteluun ja he voivat itse vaikuttaa siihen. He olivat myös sitä mieltä, ettei henkilökunta käyttäytynyt moralisoivasti. Hoitohenkilökunta arvosti potilaita ja pitivät potilaita tasa-arvoisena hoitosuhteessa. (Poikkimäki 2004, 56, 59.) (Ks. Liite 1)

Ihmisyiden huomioimiseen sisältyy periaatteita, jotka ohjaavat yksilöllistä hoitoa vuorovaikutustilanteissa sekä työskentelytapoja. Sairaanhoidajat korostivat jokaisen potilaan ainutlaatuisuutta ja erilaisuutta. Yksilön kunnioittaminen kuuluu yksilölliseen hoitoon. Sillä tarkoitetaan potilaan arvostamista omana itsenään sekä hänen arvojensa, käsityksensä ja toivomustensa kunnioittamista. Potilaan kunnioittamista yksilönä vaarantaakin se, että hoitajat eivät tunne potilaan arvomaailmaa sekä se, että potilaan ja hoitajan arvot ovat erilaiset. (Paakkinen-Tiainen 2007, 34–35, 65.)

Ihmisyiden huomioiminen on potilaan yksilöllisyyden kunnioittamista sekä ihmisenä kohtaamista niin sanojen, ajatusten kuin tekojenkin kautta. Yksilön kunnioittaminen tarkoittaa, ettei potilasta hoidettaessa tuoda esille häntä loukkaavia asioita eikä toimia potilaan uskonnollista vakaumusta vastaan ja työskentelytapa on potilasta arvostava. Potilaan kohtelemisen ihmisenä puolestaan on sitä, että potilasta hoidettaessa hänelle kerrotaan, selitetään ja perustellaan asioita. Ihmisenä kohtelemisen on huomioitava etenkin sellaisilla potilailla, jotka eivät kykene oman tilansa tai hoitotoimenpiteen vuoksi vaikuttamaan omaan hoitoonsa. (Paakkinen-Tiainen 2007, 44.)

Sairaanhoidajien mielestä yksilöllisen hoidon toteuttamista tukevat potilaan taustatietojen kartoittaminen, potilaan tilanteen tarkkaileminen ja tutun potilaan hoitaminen. Ihmi-

syyden huomioonottamista tukevia tekijöitä ovat terveydenhuollon lainsäädäntö, potilaiden valveutuneisuus ja potilaan asemaan asettuminen. Nämä vaikuttavat siihen tapaan, kuinka potilaita kohdellaan yksilöllistä hoitoa toteutettaessa. (Paakkinen-Tiainen 2007, 55–56.)

Kun potilaan taustatietoihin ja tilanteeseen tutustutaan, hoitaminen ei ole samanlaista jokaisen potilaan kohdalla, vaan lähtee potilaan tarpeista. Potilaan taustatietojen kartoittaminen hoitotyössä on potilasasiakirjoihin tutustumista, suullisten raporttien hyödyntämistä ja potilaan tai hänen omaistensa kanssa keskustelemista. Potilaan tapaamista ja hänen kanssaan keskustelua pidetään tärkeimpinä toimintoina yksilöllistä hoitoa ajatellen. Keskustelun tavoitteena on selvittää potilaan tapoja, tottumuksia, toiveita ja hänen suhtautumistaan sairauteensa ja sairaalassa oloon. (Paakkinen-Tiainen 2007, 38, 45–46, 57.)

3.4.2 Yksilönä havaitseminen

Yksilölliseen hoitoon sisältyy yksilönä havaitseminen. Tähän liittyy henkilökohtaisen tilanteen ja potilaiden tuntemusten sekä yksilöllisten tarpeiden huomioiminen. Valvontaosastolla siihen liittyy potilaan tilanteen tarkkaileminen kaikilla aisteilla ja valvontalaitteilla; jatkuva valvonta potilaan vierellä, jolloin hoitaja havainnoi potilaan elintointoja, tilan muutoksia ja sanattomia viestejä. Potilaan sairauskertomus on koko ajan näköetäisyydellä ja myös lääkärit ovat lähellä tarkkailemassa potilaan tilannetta ja mahdollisia muutoksia. (Paakkinen-Tiainen 2007, 35, 46, 57–58.)

Vaikka potilailla on sama sairaus, he kokevat ja tuntevat sairauden ja sen oireet sekä hoidot, kukin omalla tavallaan. Kaikki potilaan tarpeet tulisi huomioida niin fyysiset, psyykkiset kuin sosiaalisetkin. Potilaan yhteiskuntaluokka ja ammatti vaikuttavat potilaan persoonaan. Heillä on myös käsityksensä hoidon tavoitteista, hoitoajasta ja toipumisesta, mitkä tulisi huomioida hoidossa. (Paakkinen-Tiainen 2007, 36–37.)

Yksilönä havaitsemista rajoittaa se, että hoitajat eivät koe saavansa riittävästi tietoa potilaan taustoista, tai he eivät pysty huomioimaan kaikkia potilaan tarpeita. Potilaan taustatietojen selvittämistä rajoittavia tekijöitä ovat päivystyspotilaat, etenkin, jos he ovat tajuttomia. Tällöin taustatiedot potilaasta voivat olla niukkoja. Myös epäselvä raportointi

rajoittaa potilaan taustatietojen selvittämistä. Edellisen vuoron hoitajan epätäydellinen suullinen raportti tai kirjaaminen on rajoittavia tekijöitä yksilöllisessä hoidossa. (Paakkinen-Tiainen 2007, 65.)

3.4.3 Potilaslähtöisyys

Potilaslähtöistä toteuttamista tukevia tekijöitä ovat omahoitajajärjestelmä, vastuupotilaiden pieni määrä ja tekniset hoitolaitteet, kun taas rajoittavia tekijöitä ovat ne, jotka estävät tai rajoittavat potilaan toivomusten ja tottumusten toteuttamista. Päivittäisiä perustoimintoja rajoittaviksi tekijöiksi nousivat potilaan sairaus ja tila, sairauden hoito ja siinä tarvittavat laitteet sekä ajanpuute. Potilaskeskeinen hoitaminen on potilaan toivomusten toteuttamista mahdollisuuksien mukaan sekä rutiinien kyseenalaistamista. Hoitajan on harkittava, miten potilaan toiveisiin ja tarpeisiin vastaaminen on toteutettavissa potilaan terveyttä vaarantamatta. Hoitajan tulisi jokaisessa hoidon vaiheessa ottaa huomioon myös potilaiden erilaiset tavat, tottumukset ja odotukset, joita liittyy potilaan puhutteluun ja päivittäisiin toimintoihin esimerkiksi ruokailuun. (Paakkinen-Tiainen 2007, 36, 39, 48, 58, 66.)

Henkilökunnan suuri määrä mahdollistaa eri näkemyksiä hoitotyöstä, työtavoista ja –malleista sekä synnyttää variaatioita totuttujen rutiinien rinnalle. Rutiinien kyseenalaistamista on esimerkiksi pesujen toteuttaminen osaston rutiineista poikkeavilla tavoilla ja ajankohtina. Tähän kuuluu myös se, ettei hoitotoimenpiteissä edetä tavanomaisesti, ”kuten ennenkin on tehty”, vaan otetaan huomioon potilaan yksilölliset tekijät, kuten potilaan toimintojen hitaus. Jos potilas esimerkiksi haluaa nukkua pitkään, häntä ei herätetä heti aamulla kello seitsemän aamupesuille. (Paakkinen-Tiainen 2007, 39, 49, 59.) Hietalan (2000, 43) tutkimuksessa puolestaan kävi ilmi, että potilaiden ei anneta hoitajista suurimman osan (85 %) mielestä nukkua aamuisin niin pitkään kuin he haluaisivat, vaan heidät herätetään hoitotoimenpiteiden tai ruokailun takia. Potilaita herätetään myös huonejärjestyksessä. (Hietala 2000, 43.) Potilaan yksilöllisen hoidon toteuttamisessa sairaanhoitajat ovat keskeisessä asemassa, koska sairaanhoitajat työskentelevät potilaan lähellä. Sairaanhoitajan läsnäolo mahdollistaa myös sen, että hän on vuorovaikutuksessa kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien kanssa. (Paakkinen-Tiainen 2007, 49.)

Hoitajista osa on sitä mieltä, että potilaita pidetään ajoittain likaisissa vaatteissa, eivätkä he saa itse päättää peseytymisestään. WC:ssä potilaita käytetään osaston työjärjestyksen mukaan, eikä potilaalle anneta apua tähän silloin, kun hän tarvitsisi. Levottomalle, sekavalle tai aggressiiviselle potilaalle ei kerrota hoitoon liittyviä asioita ja perushoidon toteuttamisesta päätetään hänen puolestaan. Toisinaan eri kulttuurista olevan puolesta päätetään hoitoon liittyviä asioita. Potilas sidotaan levottomuuden, liikkumisen estämisen tai töiden sujuvuuden vuoksi. Toisinaan potilaita kohdellaan kovin ottein esimerkiksi siirrettäessä, ja joskus heitä istutetaan pitkiä aikoja. (Hietala 2000, 39, 41, 44, 48–49, 50.)

Rutiininomaisesti työskentely alkaa muotoutua, kun hoitajalla on peräkkäin saman diagnoosin potilaita. Hoitotyön rutiinit syntyvät hoitajien tottuessa päivittäisiin tehtäviin tietyn aikataulun mukaisesti, jolloin potilaan yksilöllisyys jää huomioimatta. Hoitotyön rutinoituminen uhkaa etenkin silloin, kun on työskennellyt kauan samalla osastolla. Kiire aiheuttaa sen, että hoitaja saattaa valita potilaan hoidossa hoitomenetelmän, jolla päästään mahdollisimman nopeasti eteenpäin. (Paakkinen-Tiainen 2007, 67.) Hoitajista neljäsosan mielestä hoidettaessa toimitaan rutiininomaisesti (Hietala 2000, 37).

Potilaan tarpeisiin vastaaminen keskittyy usein fyysisiin tarpeisiin. Etenkin vitaalielin toimintoihin vastaaminen korostuu ja priorisoituu silloin, kun potilaan tilassa tai voinnissa tapahtuvat muutokset vaativat välittömän muutostarpeen hoitotyössä. Fyysisiin tarpeisiin vastaamista toteutetaan usein lääkehoidon avulla. Hoitajat huomioivat fyysisten tarpeiden lisäksi myös potilaan psyykkiset tarpeet esimerkiksi pelon, hädän ja jännityksen, joihin he vastaavat rauhoittamalla potilasta puhumalla, koskettamalla ja rauhallisella työskentelytavalla. Potilaan olo pyritään tekemään mukavaksi vaikuttamalla ympäristössä oleviin tekijöihin, kuten valaistukseen ja melutasoon. (Paakkinen-Tiainen 2007, 47–48.) Potilaslähtöistä sosiaalisiin tarpeisiin vastaamista toteutetaan pitämällä huolta potilaan ja omaisten yhteydenpidosta, etenkin jos potilas ei siihen itse kykene (Paakkinen-Tiainen 2007, 48; Valta 2011, 34). Hoitajan on tärkeää huomioida myös potilaan aiempi sairaus nykyisen lisäksi, sillä niillä on vaikutusta hoitotyön toimintaan. Sairauden luonne voi heijastua potilaan tilassa esimerkiksi muuttuneena tajuntana ja kommunikaatiokykynä. (Paakkinen-Tiainen 2007, 36.)

3.4.4 Itsemääräämisoikeus

Potilaan itsemääräämisen mahdollistaminen vaatii hoitajalta erityistä ihmisyyden huomioon ottamista ja kiinnostusta potilasta kohtaan. Siihen liittyy kysymistä, kuuntelemista, kertomista ja tiedottamista sekä potilaan päätösten ja valintojen kunnioittamista sekä niiden huomioimista. Tällä viestitetään myös, että hoitaja on potilasta varten. Potilasta tulisi kannustaa hoitoon liittyvään päätöksentekoon ja kertomaan omia mielipiteitään sekä toiveitaan. (Paakkinen-Tiainen 2007, 40–41, 50–51, 60; Poikkimäki 2004, 76.) Potilaan hoitoon osallistumista tulisi tukea myös lääkärinkierrolla kysymällä hänen mielipiteitään hoidoista sekä kannustaa kysymään hoidosta lääkäreiltä. Perustana on näkemys potilaasta ihmisenä, yksilönä, joka on oman tilansa, vointinsa ja hoitonsa asiantuntija. (Paakkinen-Tiainen 2007, 40, 60.)

Potilaan sairaus ja tila, esimerkiksi tajuttomuus, sekä hoitotoimenpiteet rajoittavat usein potilaan itsemääräämisoikeutta. Hoitajan voi olla vaikea selvittää potilaan tahtoa, jolloin potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa ja päätöksentekoon on mahdotonta. Tällöin hoitajat voivat asennoitua niin, että yksilöllistä hoitoa ei voida toteuttaa. Itsemääräämistä rajoittaa hoitotyön tavoitteiden- ja ajanpuute, jolloin potilaan kanssa ei keskustella, eikä hänen mielipiteitään ja toiveitaan kuunnella. (Paakkinen-Tiainen 2007, 59, 68, 71.)

Potilaan päätökset hoitoon liittyen eivät aina ole hoitohenkilökunnan näkökulmasta potilaan parhaaksi. Potilas saattaa esimerkiksi kieltäytyä jostakin hoidosta, kuten verensiir-
rosta vakaumuksensa vuoksi. Tällöin vastuu päätöksestä on potilaalla itsellään. (Anttila ym. 2007, 45.) Useimmissa tilanteissa on kuitenkin mahdollista löytää hoitomuoto, jota kaikki osapuolet pitävät mielekkäänä (Anttila ym. 2007, 45). Huomioitava on myös, että potilas ei välttämättä sairaudestaan johtuvan sekavuuden tai muistamattomuuden vuoksi ymmärrä omaa parastaan ja voi kieltäytyä tarpeellisesta hoidosta (Paakkinen-Tiainen 2007, 68).

Tutkimuksessa tuli esille, että hoitajien mielestä yksilöllisyyden ja tehostetun hoidon yhteensovittaminen on haastavaa, koska potilas harvoin voi osallistua omaan hoitoonsa ja olla päätöksentekijänä hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Esille tuli hoitajan näkökulma, että potilasta on mahdotonta kohdata yksilönä potilaan ollessa tajuton. Itsemääräämisen mahdollistamista ovat osaston toimintaperiaatteista kertominen eli osaston fyysisten tilojen esittely, omahoitajan esittäytyminen, erityistyöntekijöistä ja vaitiolo-

velvollisuudesta kertominen sekä osaston vierailukäytäntöjen ja audiovisuaalisten laitteiden käyttömahdollisuuksista kertominen. Itsemääräämisen mahdollistamiseen kuuluu myös potilaan mielipiteiden kysyminen, ajankohtaisista asioista kertominen ja yksityisyyden varjeleminen. (Paakkinen-Tiainen 2007, 65, 50–51.)

3.4.5 Omaisten huomioiminen

Omaisten ottaminen mukaan hoitoon on sairaanhoitajien mielestä oleellinen osa yksilöllistä hoitoa, etenkin jos potilas on tajuton tai ei muuten pysty kommunikoimaan itse (Nieminen 2007, 36; Paakkinen-Tiainen 2007, 41). Siihen kuuluvat omaisten voimavarojen kartoittaminen ja hyödyntäminen hoidossa sekä heidän tukeminen ja auttaminen. Lisäksi tähän kuuluu yhteydenpito omaisiin, heidän toiveidensa huomiointi, keskustelu, ohjaaminen, tiedottaminen sekä potilaan ja omaisten välisestä yhteydenpidosta huolehtiminen, kuten myös lääkärin ja omaisten yhteistyösuhteen ylläpitäminen. (Paakkinen-Tiainen 2007, 41, 52.) Omaiset tuntevat potilaan parhaiten ja usein ovatkin avainasemassa antaessaan potilaasta oleellista tietoa hoitoon ja hoitopäätöksiin liittyen. He voivat myös olla aktiivisesti mukana potilaan hoidossa. (Nieminen 2007, 36, 42.)

Omaisten läsnäolo on usein myös potilasta rauhoittava tekijä. Omaisten ottamista mukaan hoitoon tukee omaisten yhteydenpito ja läsnäolo, omahoitajajärjestelmä sekä vastuupotilaiden pieni määrä, jolloin hoitajalla on aikaa huomioida omaiset potilaan hoitoon osallistuvina. Rajoittavina tekijöinä ovat omaisten negatiivinen suhtautuminen tai luottamuksen puute hoitoon liittyen. (Paakkinen-Tiainen 2007, 60–61, 68–69.)

3.4.6 Omahoitajuus ja hoitotiimissä sekä yhteistyösuhteessa toimiminen

Hoidon jatkuvuuteen pyritään omahoitajuudella. Jokaisella potilaalla on jokaisessa vuorossa vastuuhoitaja, joka huolehtii hänen asioistaan. Omahoitaja tuntee potilaan ja hänen omaisensa parhaiten (Nieminen 2007, 42; Valta 2011, 34). Tällöin potilaan henkilökohtaiset tarpeet ja toiveet voidaan huomioida paremmin. Omahoitajuus korostuu silloin, kun potilas on osastolla pitkään. Lähiesimiehen tulisi kannustaa henkilökuntaa omahoitajuuteen ja jakaa potilaat omahoitajilleen. Työnjaossa tulee huomioida, että jokainen potilas saa sellaisen hoitajan, jonka kokemus ja osaaminen ovat potilaan hoitoa

tukevia. Potilaan tarvitessa erikoisosaamista, jaetaan heidät erityisosaamista omaaville hoitajille. Kokoneiden hoitajien työpareiksi sijoitetaan uudet työntekijät, jolloin kokenut hoitaja toimii taustatukena. (Valta 2011, 32, 34.)

Sairaanhoitajat kokevat tutun potilaan hoitamisen antoisaksi, koska tieto potilaan yksilöllisistä piirteistä lisääntyy ja hänet oppii tuntemaan paremmin. Omahoitajuus tukee hoitajan paneutumista potilaan yksilöllisyyteen ja edistää hoidon jatkuvuutta. Hoitajan vaihtuminen voi aiheuttaa sen, että uusi hoitaja ei pysty vähäisen potilaan tuntemisen vuoksi havaitsemaan esimerkiksi tapaa, jolla potilas pyytää apua. (Paakkinen-Tiainen 2007, 46, 57, 66.) Hoitajien kokemuksen mukaan pitkäaikainen potilas oppii myös luottamaan enemmän hoitajaan, jolla on tutut kasvot (Paakkinen-Tiainen 2007, 58).

Omahoitajajärjestelmä mahdollistaa potilaan yksilöllisten piirteiden huomioimisen hoidon suunnittelusta sen toteuttamiseen saakka. Tehostetussa hoidossa hoitajalla on työvuoron aikana yleensä yksi, korkeintaan kaksi potilasta, jolloin hänellä on aikaa keskittyä potilaaseen ja toteuttaa potilaan toiveita sekä vastata hänen tarpeisiinsa. (Paakkinen-Tiainen 2007, 57.) Tämän työnjakomallin etuna pidetään sitä, että se edistää potilaan hoitoa, sen arviointia ja jatkuvuutta enemmän kuin silloin, jos joka vuorossa olisi eri hoitaja hoitamassa potilasta (Paakkinen-Tiainen 2007, 57; Valta 2011, 42). Jos omahoitajuutta ei toteuteta, potilaan yksilöllinen hoito kärsii (Valta 2011, 42).

Hoitotiimissä toimiminen on omahoitajan yhteistyötä ja yhteydenpitoa muun hoitohenkilökunnan kanssa. Hoitotiimissä toimiminen on tiedon välittämistä toisille hoitajille, omaisille ja lääkärille sekä lääkärin määräysten toteuttaminen. Tiedottaminen tapahtuu raportoimalla tai hoitosuunnitelman kirjaamisella, ja sen tarkoituksena on hoidon tason säilyttäminen sekä hoidon edistäminen. Saumattomaan moniammatilliseen yhteistyöhön kuuluu hoitajien keskinäistä tukemista, auttamista ja neuvojen kysymistä sekä lääkärin tai hoitajien välistä keskustelua ja pohdintaa potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Saumaton moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa useampien näkökantojen esille tulon potilaan parhaaksi. Erityisesti tiedottamisella halutaan välttää potilaan rasittamista samoilla kysymyksillä, jos potilas ei pysty kommunikoimaan kuin elein. (Paakkinen-Tiainen 2007, 41, 53, 59, 61.)

Hoitotiimissä toimimista rajoittavia tekijöitä ovat lääkärin epäselvät tai rutiininomaiset hoito-ohjeet, mitkä rajoittavat yksilöllistä hoitoa. Lisäksi rajoittavia tekijöitä ovat risti-

riidat hoitotiimissä, useiden henkilöiden osallistuminen hoitoon ja ajanpuute auttaa toisia hoitajia. Myös se, että kaikki eivät tule toimeen keskenään, vaikeuttaa hoitotiimin toimimista, kuten myös tiimin jäsenten vaihtuminen useasti vuorokauden aikana. (Paakkinen-Tiainen 2007, 69.)

Yhteistyösuhteissa toimiminen on yksilöllisessä hoidossa sairaanhoitajien mukaan potilaan, hänen omaisten ja hoitohenkilökunnan kanssa vuorovaikutuksessa olemista, jonka tarkoituksena on luoda yhteisymmärrys potilaan hoidon yksityiskohdista. Hoitajat tavoittelevat yhteisymmärrystä ja potilaan sitoutumista hoitoon. Tähän kuuluvat potilaan kanssa neuvottelemine ja suunnittelemine hoidon toteuttamisesta. Neuvottelujen lähtökohtana on potilaan fyysisten voimavarojen arvioiminen, jossa otetaan huomioon sekä potilaan että hoitajan asiantuntemus. (Paakkinen-Tiainen 2007, 40–41, 52.)

Yhteistyösuhdetta tukevia tekijöitä ovat itsemääräämisen mahdollistaminen, yhdessä tekeminen, omaisten mukaan ottaminen ja hoitotiimissä toimiminen. Yhteistyösuhteissa toimimista tukevat tekijät edesauttavat potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kriittisestä sairaudesta ja tilasta huolimatta. Sairanhoitajat korostivat tiiviiden yhteistyösuhteiden merkitystä omahoitajan, omaisten ja lääkäreiden välillä. Yhteistyösuhteissa rajoittavia tekijöitä ovat ne, jotka estävät potilaan itsemääräämisen mahdollistamista sekä ne, jotka hankaloittavat yhteistyön syntymistä potilaan hoitoon osallistuvien kesken. Nämä ovat yhteydessä potilaan sairauteen, tyypillisiin hoitomuotoihin ja osaston tarjoamaan hoitoympäristöön. (Paakkinen-Tiainen 2007, 59, 68.)

Yhdessä tekemistä tukee tiivis ja luottamuksellinen hoitosuhde. Kun potilas on vakavasti sairas, edellyttää se hoitajalta tiivistä yhteistyösuhteessa toimimista potilaan kanssa, jotta hänen tarpeisiinsa voidaan vastata. Yhdessä tekeminen liittyy muun muassa liikumiseen ja pesemiseen. Päämääränä on, että molemmat osapuolet ovat tyytyväisiä. Yhdessä tekemistä rajoittavat tekijät ovat potilaan sekavuus ja tajuttomuus sekä niistä johtuvat kontaktivaikeudet. Tällöin potilaan kanssa neuvottelemine ja sopiminen eivät ole mahdollisia ja hoitosuhde ei toimi. Toimimattomaan hoitosuhteeseen voi olla syynä myös se, että potilas ei halua ketään lähelleen. (Paakkinen-Tiainen 2007, 41, 52, 60, 68.)

3.4.7 Ammattitaidolla hoitaminen ja ammatillinen suhtautuminen

Yksilölliseen hoitoon kuuluu ammattitaidolla hoitaminen, johon sisältyy kliininen osaaminen ja ammatillinen suhtautuminen. Kliininen osaaminen painottaa hoitajan tietoja ja taitoja hoitotyön toteuttamisessa. Sillä tarkoitetaan ammattitaitoista hoitamista, jota sairaanhoitajien mukaan ei voi opetella kirjoista, vaan siihen tarvitaan kokemusta. Yksilöllinen hoitaminen vaatii hoitajalta ajattelemista, eri asioiden huomioon ottamista, ymmärtämistä ja yhdistämistä sekä asioiden priorisointia. Hoitajan täytyy osata havainnoida potilaan tarpeita, koota tietoa eri lähteistä ja yhdistää niitä, etsiä syy-seuraussuhteita, harkita ratkaisuvaihtoehtoja, priorisoida ja arvioida hoidon vaikutusta havainnoimalla potilaan vointia. Monia sairauksia hoidetaan tietyllä ”kaavalla”, jolloin hoitajat ovat avaintekijöinä hoitotyön näkökulman ja lääketieteellisen hoidon saumat- tomassa kohtaamisessa. (Paakkinen-Tiainen 2007, 42, 53–54.)

Keskeistä yksilöllisen hoidon toteutumisessa on hoitajan toiminta. Ammattitaidolla hoitamista tukevat tekijät kuvaavat hoitajien ominaisuuksia tai kykyjä, jotka tukevat yksilöllisen hoidon toteuttamista. Näitä ovat hoitajan koulutus ja työkokemus. Työkokemus auttaa kokonaistilanteen hallitsemisessa ja perusasioiden ymmärtämisessä, jolloin hoitaja kykenee huomioimaan potilaan keskeltä ”koneviidakkoa”. Kokemus myös vahvistaa hoitajan ammatti-identiteettiä, mikä puolestaan antaa rohkeutta tehdä asioita potilaan puolesta ja hänen hyväkseen. (Paakkinen-Tiainen 2007, 61, 62.)

Kliinistä osaamista rajoittaa uusien asioiden hallitsemattomuus. Kokemattomat hoitajat ja lääkärit ovat epävarmoja yksilöllisen hoidon toteuttamisessa. Uusien asioiden hallitsemattomuus rajoittaa silloin, kun hoitaja ei tunne tai osaa käyttää uusia laitteita tai, kun hoitajalla menee aikaa uuden asian opiskeluun. Työyhteisön toimintatavat voivat tuoda esiin piiloarvoja ja – asenteita, jotka ehkä osittain rajoittavat yksilöllistä hoitoa. Piiloarvot voivat olla myös työyhteisöä ympäröivän organisaation arvoja, jotka heijastuvat eri ohjausprosessien kautta hoitotyöhön. (Paakkinen-Tiainen 2007, 69, 71.)

Tehokkuuspyrkimys vähentää potilaiden yksilöllisyyden huomioimista. Sitä kuvaavat potilaiden lyhyet hoitoajat ja kiireinen työtahti. (Paakkinen-Tiainen 2007, 71.) Lyhyt hoitoaika rajoittaa hoitajan tutustumista potilaaseen ja kokonaisvaltaista hahmottamista. Samalla hoidon jatkuvuus voi kärsiä. (Paakkinen-Tiainen 2007, 71; Valta 2011, 42.) Työtahti on kiireistä etenkin aamuvuoroissa, kun potilaita siirretään valvontaosastolta

vuodeosastoille ja tehdään paljon toimenpiteitä ja tutkimuksia. Työn kuvattiin tällöin muodostuvan liukuhihnamaiseksi ja kontaktit potilaisiin ovat lyhyitä. (Paakkinen-Tiainen 2007, 71.)

Ammatillinen suhtautuminen yksilöllisessä hoidossa on hoitajan persoonallista kyvykkyyttä ja eettisyyttä. Ammatillinen suhtautuminen näkyy myös hoitotyön periaatteiden noudattamisena. Hoitajalla tulee olla persoonallisia kykyjä, mikä tarkoittaa taitoa luovaan työskentelyyn sekä ennakkoluulotonta ja positiivista asennetta potilasta kohtaan. Hoitajan ennakkoluuloton asenne antaa herkkyyttä kuulla potilasta ja hänen viestejään sekä valmiuden muuttaa tarvittaessa toimintatapaansa. Joustavasti ja luovasti työskenteleminen takaa hoitajan voimavarojen käytön potilaan parhaaksi. (Paakkinen-Tiainen 2007, 54.)

Ammatillista suhtautumista tukevat hyvä työmotivaatio, asenne työhön ja yhteistyötaidot. Hyvä työmotivaatio on edellytys sille, että hoitaja perehtyy aktiivisesti potilaan asioihin ja paneutuu innokkaasti potilaan hoitoon. Asenteet vaikuttavat siihen, tekeekö sairaanhoitaja vain välttämättömimmän työssään vai perehtyykö hän kunnolla potilaan ongelmiin. Ammatillista suhtautumista yksilölliseen hoitoon rajoittaa huono työmotivaatio, joka muodostuu hoitajien mielestä huonosta palkkauksesta ja vähäisestä arvostuksesta. Hoitajilta edellytetään myös hyvää vuorovaikutustaitoa, jotta potilaan hoito toteutuisi hänen etujensa mukaisesti sekä kykyä ajatella ”maalaisjärjellä”. (Paakkinen-Tiainen 2007, 62, 70.)

3.4.8 Yksityisyys

Yksityisyys kuuluu yksilön perusoikeuksiin ja on osa ihmisläheistä hoitoa, joten sen säilyttäminen on tärkeää. Yksityisyyden kunnioittaminen on tärkeää potilaan hyvinvoinnin kannalta. Hoitohenkilökunnan tulee tiedostaa potilaan yksilölliset tarpeet ja pyrkiä mahdollistamaan niiden toteutuminen hoitosuhteessa. Tunne yksityisyyden menettämistä voi syntyä sairaalassa esimerkiksi hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Yksityisyys ja sen kokeminen on henkilökohtaista ja kulttuuriin sidottua. Yksityisyys jaetaan usein fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja tiedolliseen koskemattomuuteen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 146–147, 152.)

Fyysinen yksityisyys tarkoittaa fyysistä ja ruumiillista koskemattomuutta. Ihmistä ei saa lähestyä tai koskettaa ilman hänen lupaansa. Tähän liittyy jokaisen henkilökohtainen tila eli näkymätön vyöhyke kehon ympärillä. Tätä säätelemällä ylläpidetään yksityisyyttä ja siihen luvatta tunkeutuminen koetaan epämukavana. Psykkinen yksityisyys puolestaan tarkoittaa ihmisen henkistä koskemattomuutta. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että jokainen voi valita kenelle kertoo muun muassa omat toiveensa, odotuksensa ja pettymyksensä. Psykkistä koskemattomuutta voi loukata esimerkiksi hoitajien kysymykset potilaan intiimeistä ongelmista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 147–148, 150.)

Sosiaalisella yksityisyydellä tarkoitetaan ihmisen oikeutta säädellä sosiaalisten suhteidensa määrää. Hoitotyössä tämä voi näkyä siten, että potilas haluaa tavata omaisiaan ja ystäviään sairaalantiloissa kenenkään häiritsemättä. Sosiaalista yksityisyyttä heikentää se, ettei sairaalassa potilaalla ole mahdollisuutta yksityiselämäänsä tai omaa rauhaa. Hoitohenkilökunnan saapuminen potilaan huoneeseen koputtamatta voi loukata potilaan yksityisyyttä. Tiedolliseen yksityisyyteen kuuluu muun muassa potilastietojen luottamuksellisuus. Tätä loukataan, jos potilaasta paljastetaan tietoja tai rikotaan salassapitovelvollisuutta. Tähän liittyy myös se, jos potilas ei saa riittävästi tietoa hänelle tehtävistä tutkimuksista. Potilaalla tulee olla mahdollisuus kertoa sairauksistaan, oireistaan ja tuntemuksistaan muiden potilaiden kuulematta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 150–152.)

Potilaan yksityisyyden varjeleminen ilmenee potilaan intimitietin suojaamisena, oman tilan sallimisena ja hoitajan vaitiolovelvollisuutena (Paakkinen-Tiainen 2007, 52). Liian suuret potilasmäärät tilaan nähden huonontavat yksityisyyttä, koska potilaan intimitettiin on vaikea suojata. Tällöin korostuu suojaverhojen käytön tarpeellisuus hoidon ja hoitotoimenpiteen aikana. Potilaat kokivat intimitettisuojan riittäväksi, eivätkä he joutuneet riisumaan muiden nähden. (Poikkimäki 2004, 77, 79.)

Potilaiden hoitoon ja liikkumiseen vaikuttavat huonosti suunnitellut fyysiset tilat ja puutteellisesti hoidettu apuvälineistö. Suurin osa henkilökunnasta ja potilaista koki, ettei potilaiden asioista puhuttu muiden potilaiden kuullen. Potilaiden mielestä yksityisyyttä kuitenkin heikensi henkilökunnan äänekäs puhuminen salassa pidettävistä asioista. (Poikkimäki 2004, 58, 77, 79.) Yksityisyyden tukeminen ilmenee siten, että potilaalla on mahdollisuus kahdenkeskiseen keskusteluun. Näitä keskusteluja potilaat toivoivatkin sairauteen liittyvistä asioista muualla kuin huoneessaan (Leino-Kilpi & Välimäki 2012,

152; Poikkimäki 2004, 79). Potilaat toivoivat kahdenkeskisiä kiireettömiä keskusteluja etenkin lääkärin kanssa (Kvist 2004, 105).

3.4.9 Resurssit

Sosiaalisen ympäristön rajoittavia tekijöitä ovat raha- ja henkilöstöresurssien puutteet (Paakkinen-Tiainen 2007, 70). Riittävät aineelliset voimavarat edistävät yksilöllisen hoidon toteutumista, kun hoitoon on valittavissa välineistöä, josta potilas hyötyy tai jota hän tarvitsee. Potilaan tarvitessa vaativia hoitoja, ollessaan fyysisesti painava tai omaisten tarvitessa paljon aikaa ja tukea, jaetaan henkilökunta sen mukaisesti. (Valta 2011, 32, 45.) Työtehtävien ja vastuun määrän suhteuttaminen työntekijöiden määrään ja työskentelyaikaan onnistuneesti, antaa potilaan vastaanottamiseen, ohjaamiseen, vuorovaikutukseen, kuuntelemiseen sekä omahoitajuuden toteuttamiseen ja kehittämiseen enemmän aikaa. Tällöin yksilöllisyys toteutuu paremmin potilaan hoidossa ja omaisen kohtaamisessa. (Poikkimäki 2004, 61.) Valvontaosastolla on enemmän henkilökuntaa ja vähemmän potilaita hoitajaa kohden verrattuna vuodeosastoihin. Tällöin hoitaja voi keskittyä potilaan hoitamiseen paremmin ja hänellä on enemmän aikaa potilaalle kuin vuodeosastolla. (Paakkinen-Tiainen 2007, 63.)

Hoitajien paneutumista potilaan ongelmiin ja tarpeisiin rajoittavat ajanpuute, potilaan kriittinen tila ja hoitajan vaihtuminen (Paakkinen-Tiainen 2007, 66). Kriittisesti sairaiden potilaiden tilanteet voivat muuttua äkillisesti, mikä lisää työn vaativuutta. Esimiehen tulee toimia yhteistyössä potilaan, hoitajan ja lääkärin kanssa, jolloin hän pystyy hankkimaan ammattitaitoisen hoitajan potilaalle. Esimiehen tulisi olla tilanteiden tasalla ja hänen pitäisi pystyä muuttamaan toimintaansa tilanteiden mukaan, sekä reagoida henkilökunnan äkillisiin poissaoloihin, koska tämä vaikeuttaa yksilöllistä hoitoa. Potilasta hoitavan henkilökunnan ja hoitotyötä organisoivan osastonhoitajan välillä tiedonkulku on varmistettava. (Valta 2011, 33, 41, 47.) Yksilöllisen hoidon koulutus koettiin tärkeäksi osaamista tukevaksi tekijäksi (Paakkinen-Tiainen 2007, 62; Valta 2011, 46). Osastonhoitajan tulisikin mahdollistaa pääsy koulutuksiin (Valta 2011, 46). Eettisiin ohjeisiin perehtymistä ja niiden merkityksen ymmärtämistä hoidossa pidettiin tärkeänä (Paakkinen-Tiainen 2007, 62).

Ongelmien esille ottaminen ja avoin ja keskusteleva ilmapiiri on tärkeää. Edellä mainittujen asioiden huomiointi mahdollistaa yksilöllisen hoidon toteutumisen. (Valta 2011, 47.) Yksilöllisen hoitotyön merkitys jää vähäiseksi, jos osastolta puuttuu hoitotyön kehittämisen ilmapiiri ja toiminta pysyy aina samanlaisena (Paakkinen-Tiainen 2007, 71). Yksilöllisen hoidon tukemisen toteutumiseksi on osastonhoitajan tuki tärkeää hoitotyön käytännön tilanteissa. Henkilökunnan tukeminen ja kannustaminen on myös tärkeää, ja heitä tulisi palkita hyvin tehdystä työstä. Hoitajia arvostamalla koetaan voivan lisätä heidän jaksamistaan työssä, jolloin yksilöllinen hoito toteutuu paremmin. Hoitohenkilökunnan kanssa on puhuttava yksilöllisestä hoidosta, jotta he osaavat toteuttaa sitä ja tietävät mihin sillä pyritään. Osastonhoitajan on välitettävä yksilöllisyyteen tähtävää asennetta omalla esimerkillään siitä, miten hän itse kohtelee henkilökuntaa. (Valta 2011, 47.)

Yksilöllisen hoidon toteutumisen esteeksi koettiin hoitohenkilökunnan liian pieni määrä suhteessa potilasmäärään ja kokemattomat sijaiset. Myös lomien ja sairauslomien aikaan on huomioitava työvuorosunnittelussa, että henkilökuntaa on riittävästi. (Paakkinen-Tiainen 2007, 70; Valta 2011, 40–41, 45.) Kuormitusta lisää henkilökunnan uupumus, suuri työmäärä ja työn epäsäännöllisyys. Hoitotyö on kuormittavaa myös henkisesti. Hoitajat, jotka ovat uupuneita, eivät jaksaa välttämättä toteuttaa yksilöllistä hoitoa enää kovin hyvin. Suuri työmäärä voi aiheuttaa sen, että hoitoa voidaan joutua priorisoimaan, jotta välttämätön hoito saadaan turvatuksi. (Valta 2011, 41.)

Uusien ja vanhojen hoitajien hyvällä perehdytyksen suunnittelulla vältetään tilanteet, joissa on liian monta perehdytettävää kerralla. Kokeneet hoitajat ohjaavat uutta hoitajaa ja pyrkivät välittämään yksilöllistä ja vastuullista hoitotyön asennetta. Hoito on jatkuvaa ja yksilöllistä hoitoa edistävää, kun hoitajille suunnitellaan normaalimittaiset työpäivät, ja niitä on riittävän monta peräkkäin. (Valta 2011, 45.)

Hoitajat kokivat tarvetta saada esimieheltä tukea ja palautetta sekä toivoivat yhteisiä kokouksia, joissa käytäisiin arvokeskusteluja. Hoitotyössä tarvittaisiin selkeitä arvoja, filosofiaa, yhteisiä linjoja ja tavoitteita potilaan kohtelusta ja hoidosta. Potilaita ja omaisia tulisi kohdella hoitajien mielestä arvokkaasti, ystävällisesti, tasavertaisesti, hienotunteisesti ja kokonaisvaltaisesti. Potilaita tulisi kannustaa omien voimavarojen käyttöön. Yksilöllistä hoitoa tukisi, jos sairaanhoitajat saisivat lisää tietoa eri kulttuurien tavoista. (Poikkimäki 2004, 60.)

3.4.10 Potilaan huomioiminen

Suurin osa potilaista ja henkilökunnasta olivat sitä mieltä, että potilaat otetaan huomioon hyvin hoitotoimenpiteen aikana, ja että potilailla on mahdollisuus ottaa yhteyttä läheisiinsä. Naispotilaat olivat kuitenkin miespotilaita harvemmin sitä mieltä, että heille järjestettiin mahdollisuus ottaa yhteys läheisiinsä aina kun he halusivat. Potilaista lähes kaikki kokivat saaneensa apua erittäin nopeasti sitä tarvitessaan. (Poikkimäki 2004, 62–64.) Hietalan (2000, 49) mukaan potilaat joutuvat odottamaan, että soittokeillon soittoon vastataan. Potilaat joutuvat odottamaan pesuille pääsemisessä ja ennen kun heitä autetaan ruokailussa. (Hietala 2000, 49.)

Neljä viidesosaa potilaista koki hoitajien vastanneen perusteellisesti heidän kysymyksiinsä, toimineen heidän puolestaan ja etujen mukaisesti kaikissa pienimmissäkin yksityiskohdissa. Myös heidän ilmoittamansa vaivat otettiin todesta. (Hietala 2000, 53; Poikkimäki 2004, 63.) Hoitajien ja potilaiden mielestä potilaat vastaanotettiin osastolle kiireettömästi ja he pystyivät puhumaan hoitohenkilökunnan kanssa kaikista hoitoon liittyvistä asioista ja hoitajilla oli aikaa kuunnella potilasta. Potilaat toivovat henkilökunnalla olevan enemmän kärsivällisyyttä, nöyryyttä, empaattisuutta, inhimillisyyttä, ammattitaitoa ja lämpöä myös silloin, kun hoidettava potilas on haastava. Hoidon tulisi olla enemmän ihmistä arvostavaa, kunnioittavaa ja tasa-arvoista. (Poikkimäki 2004, 64.)

Yli puolet potilaista ja henkilökunnasta olivat sitä mieltä, että potilaat olivat saaneet heille tehtävistä tutkimuksista ja hoidoista yksityiskohtaista tietoa ja saatu tieto oli ymmärrettävää. Potilaat kaipasivat kuitenkin lisää tietoa heille tehtävistä tutkimuksista ja toimenpiteistä sekä jatkohoidosta, kuntoutuksesta, kotihoito-ohjeista, kotiuttamisesta, työkyvystä, sairasloman pituudesta ja jatkossa sairauden kanssa elämisestä. Puolet potilaista kertoi saaneensa tiedon mahdollisuudesta lukea potilaspaperinsa. Potilaat kaipasivat enemmän tietoa sekä suullisesti että kirjallisesti sairauden syistä, oireista, hoidosta, lääkityksestä ja niiden sivuvaikutuksista sekä toipumismahdollisuudesta ja sairauden komplikaatioista sekä oireista. (Poikkimäki 2004, 66, 69.) Hoitajat kokivat, että potilaita ohjataan saman kaavan mukaan sekä ammattisanastoa käyttäen, mutta kuitenkin yksityisyys ja potilaan tarpeet huomioiden (Hietala 2000, 51).

Hoitajan tulisi huolehtia, että potilas saa tarvitsemansa tiedon lääkäriltä, sekä selventää ymmärtämättä jääneet asiat ja järjestää lääkärin kanssa hoitoa koskeva loppukeskustelu.

Jotkut potilaat olivat sitä mieltä, että tiedonsaanti riippui omasta aktiivisuudesta. Vastauksissa tuli ilmi, että potilaat toivoisivat hoitajien kiertoa asioiden käsittelyä varten, jolloin hoitajat kertoisivat päivittäin potilaan hoidosta rehellisesti ja avoimesti. (Poikkimäki 2004, 71–72.)

Puolet henkilökunnasta ja potilaista olivat sitä mieltä, että potilas oli saanut perusteltua tietoa sairaudestaan niin, että hän pystyi tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä. Kolmasosa vastanneista oli samaa mieltä siitä, että hoitaja oli suunnitellut hoidon potilaan kanssa yhdessä, ja he olivat saaneet itsenäisesti päättää hoitoaan koskevat asiat. Hoitohenkilökunnasta suurin osa oli sitä mieltä, että he olivat neuvotelleet potilaan kanssa hoidosta ja hoitotoimenpiteistä, ja että omaisia oli tuettu osallistumaan hoidon suunnitteluun. Potilaat olivat toivoneet selkeämpää tietoa mahdollisuudesta osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja tietoa hoitovaihtoehdoista. Haluttiin myös, että henkilökunta ottaisi huomioon potilaan ja hänen omaisensa mielipiteen hoitoon liittyvissä asioissa. (Poikkimäki 2004, 74, 76.)

3.4.11 Hoitoympäristö

Hoitoympäristön yksilöllistä hoitoa tukeviksi tekijöiksi nousivat symbolista ja sosiaalista hoitoympäristöä tukevat tekijät. Symbolisen hoitoympäristön tukevia tekijöitä olivat toiminnan tavoitteellisuus ja positiivinen työilmapiiri. Toiminnan ja hoidon tavoitteina mainittiin potilaan hyvä olo ja laadukas hoito. Yksilöllinen hoito on tärkeä hoidon laatua määrittävä tekijä. Positiivinen työilmapiiri mahdollistaa hoitajien luovuuden ja hoidon toteutuksen potilaskeskeisesti. (Paakkinen-Tiainen 2007, 63.)

Hoitoympäristön rajoittavia tekijöitä ovat fyysiseen, sosiaaliseen ja symboliseen hoitoympäristöön liittyvät tekijät. Fyysisen ympäristön rajoittavat tekijät ovat potilaan yksityisyyden puute ja ympäristön äänekkyys, mikä voi aiheuttaa ahdistusta. Yksityisyyden puutteella tarkoitetaan sitä, että potilas joutuu sopeutumaan hoitoympäristöön, jossa samassa huoneessa on monta potilasta ja omaa ”reviiriä” voidaan rajata vain väliverhoilla. Potilailta puuttuu oma rauha ja potilaat eivät aina voi tietää kenelle potilaalle puhutaan ja mitkä asiat koskevat häntä. (Paakkinen-Tiainen 2007, 70.)

3.5 Laadukas hoitotyö

3.5.1 Laatu hoitotyössä ja laadun arviointi

Sanalla laatu tarkoitetaan jollekin asialle ominaista luonnetta tai olemusta. Myös verbit kelvata, sopia ja olla mahdollista kuvaavat sanaa laatu. (Kielitoimisto 2006b, 4.) Laadukkaassa hoitotyössä pyritään varmistamaan parhaiten saavutettavissa oleva hoitotulos ja välttämään haitalliset sivuvaikutukset. Hoidossa huomioidaan potilaan ja hänen läheistensä tarpeet ja kirjataan hoitotoimenpiteet myöhempää arviointia varten. Tämä koko toiminta pyritään toteuttamaan mahdollisimman pienillä kustannuksilla. (Blomster ym. 2001, 175.)

Laadun arviointi on välttämätöntä, koska hoitotyö on inhimillistä toimintaa, joten siihen sisältyy aina vaihtelua. Määrittämällä hoidon laatu, luodaan toiminnalle kriteerit, jotka takaavat hyvän hoidon kaikille potilaille. Terveystieteissä laadun arviointi on tavallisesti ollut hoitohenkilöstön tai ulkopuolisten asiantuntijoiden tekemä, mutta nykyään on alettu korostaa myös potilaan näkökulmaa hoidon laadusta. Hoitohenkilökunnan arviointia kuitenkin edelleen perustellaan sillä, että potilaille ei ole riittäviä erikois- ja teknologiatietoja, minkä vuoksi he eivät pysty arvioimaan hoitotyön laatua kattavasti. Hoidon laatua arvioidaan hoidon parantamiseksi sekä hoitohenkilöstön työolosuhteiden ja organisaation toimivuuden kehittämiseksi. (Blomster ym. 2001, 175.)

3.5.2 Hoidon laatua edistävät ja estävät tekijät

Henkilökunnan korkea ammattitaito, kiireetöntä ilmapiiriä ja aikaa potilaille pidetään tärkeänä. Hoitohenkilökunta kokee hoidon laatua edistäviksi tekijöiksi henkilökohtaiset voimavarat eli arvot, asenteet ja mielenkiinnon työhön. Voimavaroiksi koettiin myös oma terveydentila, kunto, perhetilanne ja harrastukset. Esille nousi myös muita työhön liittyviä asioita, joita ovat muun muassa työssä viihtyminen, työstä saatu palaute, työn arvostus ja työ potilaiden kanssa. Tärkeänä pidettiin ammattitaidon ylläpitämistä. Esille nousivat myös eettiset asiat, kuten työyhteisön yhteisesti sovitut arvot ja periaatteet sekä niiden mukainen toiminta ja keskustelu eettisistä asioista. Työyhteisöön liittyvät asiat,

kuten avoin työilmapiiri ja työyhteisön tuki, nousivat esille hoidon laatua edistävinä tekijöinä. (Kvist 2004, 140.) (Ks. Liite 1)

Kvistin (2004, 104) tutkimuksessa potilaat ovat maininneet, että hoidon laatua edistäviä tekijöitä ovat hoidon periaatteiden toteutuminen eli yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, turvallisuus ja jatkuvuus. Edistävinä tekijöinä ovat myös hyvä hoito, hoidon tehokkuus sekä hyvä kivun lievitys. (Kvist, 2004, 104.) Suurin osa oli saanut ohjausta kotona tapahtuvasta hoidosta sekä mahdollisista komplikaatioista ja siitä, miten niihin tulee reagoida. Myös kuntoutumisen edistämisestä oli saatu ohjausta. Potilasohjaus koettiin hyväksi, mutta toimeentuloon liittyvä ohjaus oli toteutunut huonommin. (Saarinen 2007, 47–48.) (Ks. Liite 1)

Saarisen (2007, 45) tutkimuksen mukaan hoitajien ammattitaitoon oltiin tyytyväisiä. Potilaiden mielestä hoitajat olivat tarkkoja, huolellisia, nopeita ja tehokkaita sekä heidän tietonsa ja taitonsa olivat ajan tasalla. Hoitajat olivat varmoja ja osasivat perustella toimintansa sekä vastata kysymyksiin. Myös heidän ammattikokemuksestaan oli hyötyä hoidossa. (Ruotsalainen 2006, 78; Saarinen 2007, 45.) (Ks. Liite 1) Ruotsalaisen (2006, 77) tutkimuksen mukaan potilaiden mielestä hoitohenkilöstön ominaisuuksista heikosti toteutuivat inhimillisyys, joustavuus, huumorintaju, luotettavuus ja ulkoinen olemus. Potilaiden mielestä hoitajat olivat liian tiukkoja ja heidän hiuksensa olivat liian pitkät ja hoitamattomat. (Ruotsalainen 2006, 77.)

Kvistin (2004, 105) tutkimuksessa koettiin puutteita vuorovaikutustilanteissa henkilökunnan kanssa, kun taas Saarisen (2007, 46) mukaan potilaat olivat tyytyväisiä vuorovaikutukseen. Hoitajien suhtautuminen potilaisiin koettiin ystävälliseksi ja lempeäksi. Kolme neljästä oli sitä mieltä, että hoitajat olivat kiinnostuneita potilaasta ja hänen hyvinvoinnistaan. Kahden kolmasosan mielestä hoitajat olivat huumorintajuisia ja reilut kolme neljästä koki, että hoitajat olivat tärkeilemättömiä ja joustavia. Hoitajia pidettiin rehellisinä, luotettavina, kohteliaina ja mukavina. Asiantunteva, ystävällinen ja kuunteleva lääkäri edisti hyvää hoitoa. (Saarinen 2007, 46, 53.)

Hoitotyöhön liittyvistä toiminnoista parhaiten koettiin toteutuvan fyysiset toiminnot. Kipua hoidettiin hyvin ja hoitoon liittyvät toimenpiteet osattiin tehdä ammattitaitoisesti. Heikoiten toteutuivat omatoimisuuteen tukevat toiminnot. Hoitajat osasivat potilaiden mielestä neuvoa hyvin heitä seuraamaan omia oireitaan ja tuntemuksiaan sekä auttoivat

heitä tekemään itse hoitoonsa liittyviä asioita. Hyvin toteutuivat myös huolenpito, asianajajuus ja kunnioitus, mutta rohkaisu toteutui heikosti. Potilaiden mielestä hoitajien pitäisi olla huolellisempia lääkehoidossa ja huolehtia paremmin siitä, että erikoisruokavaliot toteutuvat. Tiedonkulkua osastojen välillä tulisi parantaa ja potilaita tulisi kuunnella. Myös potilaiden esittämiin pyyntöihin tulisi reagoida paremmin. Potilaat kokivat, että yhteistyö omaisten kanssa toteutui hyvin. Omaisia oli kuunneltu, mutta rohkaisu ja henkinen tuki olivat toteutuneet heikommin. Hoidon laatu toteutui heikommin silloin, kun potilas ei tiennyt hoidostaan vastaavaa hoitajaa. (Ruotsalainen 2006, 77–78, 80–81.)

Hoitoympäristö koettiin liian karuksi, ilmanlaatu huonoksi ja saniteettitilat epäsiisteiksi. Niitä oli myös liian vähän ja tilat olivat vanhanaikaiset. (Ruotsalainen 2006, 78–80.) Potilaat kokivat hoidon laatua estäväksi tekijäksi sen, että lääkäri vaihtui jokaisella käyntikerralla ja oli kiireinen sekä kuuntelematon (Kvist 2004, 105; Saarinen 2007, 53). He kokivat myös, että lääkärit ja hoitohenkilöstö eivät aina kohtele potilaita tasavertaisina ihmisinä (Kvist 2004, 105). Henkilöstön vaihtumiseen liittyi tiedonkulun ongelmia ja henkilökunta ei osannut kommunikoida ruotsiksi (Kvist 2004, 105; Saarinen 2007, 55). Potilaat kokivat tiedon saannin ja mahdollisuuden osallistua hoitoon huonoksi (Kvist 2004, 136).

Henkilökunnan vähäinen määrä koettiin hyvää hoitoa estäväksi tekijäksi (Saarinen 2007, 53). Hoidon laatua estäviä tekijöitä henkilökunnan mielestä olivat henkilöstön voimavarat kuten väsymys, oma terveys ja kyllästyminen työhön. Hoidon laatua estäviä tekijöitä olivat myös nopeasti vaihtuvat potilaat, lyhyet potilaskontaktit, suuret potilasmäärät ja vastentahtoiset sekä väkivaltaiset potilaat. (Kvist 2004, 141–142.) Sekä henkilökunta että potilaat kokivat hoidon laatua estäväksi tekijäksi kiireen (Kvist 2004, 141; Saarinen 2007, 53).

3.6 Hyvä perushoito ja sen merkitys hoitotyössä

Sanalla hyvä tarkoitetaan laadukasta, korkeatasoista, erinomaista, sopivaa, tarkoituksen mukaista, riittävää, miellyttävää, mukavaa, edullista, suotuisaa, otollista, hyödyllistä, eettisesti arvokasta, hienoa ja kunnioitettua (Kielitoimisto 2006a, 290). Perushoidolla taas tarkoitetaan hoitoa, jolla turvataan potilaan päivittäiset toiminnot esimerkiksi puh-

taudesta huolehtiminen. Pesut ja ihonhoito ovat potilaan tarpeista lähtevää tehostetun hoidon perustaa. Perushoitoon kuuluu myös asentohoidosta ja kuntoutuksesta huolehtiminen kokonaisvaltaisesti sekä näihin liittyvien riskitekijöiden tunnistaminen. (Kangas 2010, 436.)

Perushoito vaatii suurta hienotunteisuutta potilaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutussuhteessa (Kangas 2010, 436). Perushoitotilanteissa hoitajista 2 %:n mielestä potilaita puhutellaan alentavasti. Hoitajista kolmasosan mielestä hoitaminen tapahtuu hoitajan ehdoilla ja potilasta suostutellaan perushoitotilanteissa toimimaan tietyllä tavalla. Val-lankäyttöä perushoitotilanteissa esiintyy enemmän nuorempien, vähemmän hoitotyötä tehneiden kuin vanhempien ja enemmän kokemusta omaavien hoitajien mielestä (Hieta-la 2000, 37, 49, 52.)

Perushoidon sisällön ja ajoituksen suunnittelussa on huomioitava potilaan kunto, käynnissä olevat hoidot sekä sovittujen toimenpiteiden ja tutkimusten ajankohdat. Pesut ja käännöt rasittavat huonokuntoista potilasta, joten potilaan päiväohjelmaan on suunniteltava riittävästi palautumis- ja lepoaikaa. Hoitotoimenpiteisiin liittyvä kääntely voi muun muassa heikentää potilaan hapettumista ja hemodynamiikkaa, kudosten verensaantia, sekä lisätä katetrien ja laskuputkien irtoamisriskiä. Kääntäjiä tulee olla riittävästi muun muassa potilasturvallisuuden ja kipujen minimoinnin vuoksi. Tarvittaessa annetaan kipulääke ennen kääntelyä. Potilasta käännettäessä on huomioitava, ettei tälle ole esteitä kuten epävakaata hemodynamiikkaa. (Kangas 2010, 436–437.)

Perushoito ei ole irrallinen hoitotoimenpide; sen yhteydessä suunnitellaan potilaan hoitoa, arvioidaan hoidon toteutumista, potilaan vointia ja sen muutoksia sekä kirjataan havainnot potilastietojärjestelmään. Henkilökuntaa ja aikaa on oltava riittävästi potilaan huolelliseen hoitoon, voinnin arvioimiseen ja havaintojen kirjaamiseen. (Kangas 2010, 436.) Hyvällä perushoidolla ehkäistään infektioita, ihorikkoja, painehaavoja ja virheasentoja (Ahonen 2012, 71; Anttila ym. 2007, 40; Ylipalosaari ym. 2011, 1449). Nämä huonontavat potilaan toipumista ja selviytymistä, aiheuttavat kipua ja pitkittävät sairaalahoitajaksoa sekä lisäävät potilaan jatkohoitotarpeita ja hoitokustannuksia (Kangas 2010, 436).

Kaikki kriittisesti sairastuneet ovat alttiita saamaan hoitoon liittyviä infektioita, joten niiden torjunnan menetelmät kuuluvat hoidon kulmakiviin. Hoidon aikana kehittyvä

infektio suurentaa kuoleman riskiä. Huomattava osa infektioiden riskitekijöistä on ulkoisia ja ne liittyvät muun muassa kajoaviin hoitoihin ja valvontalaitteisiin. (Ylipalosaari ym. 2011, 1449–1450.) Infektioiden kehittymistä edeltää potilaan kolonisoituminen, missä mikrobit asettuvat osaksi potilaan omaa normaaliflooraa eli ihoa suojaavaa mikrobikasvustoa (Kangas 2010, 436; Ylipalosaari ym. 2011, 1450; Syrjälä 2010, 51). Osa mikrobeista on hoitohenkilökunnan käsien välityksellä toisesta potilaasta tai hoitoympäristöstä siirtyneitä ja osa potilaan omaa normaaliflooraa (Kangas 2010, 436; Ylipalosaari ym. 2011, 1450). Henkilökunnan oikealla toiminnalla estetään mikrobien leviäminen. Kiire, osaston ylikuormitus tai hoitajien vähäinen määrä suhteessa hoidettaviin potilaisiin lisäävät myös infektio riskiä. (Ylipalosaari ym. 2011, 1450–1451.)

3.6.1 Ihonhoito

Iho on elimistön suurin elin, jota suojaa normaalifloora. Iho suojelee kudoksia taudinaiheuttajilta, mekaanisilta ja kemiallisilta ärsykkeiltä sekä säätelee kehon nestetasapainoa ja lämpötilaa. Ihonhoidon tavoitteena on ylläpitää ja edistää ihon terveyttä ja hyvää kuntoa, palauttaa ihon normaali kosteus- ja rasvasapaino, estää infektioiden ja ihovaurioiden syntyminen, hoitaa ihon infektoita ja vaurioita sekä lisätä potilaan hyvinvointia. (Kangas 2010, 436–437.)

Potilas pestään tai häntä autetaan peseytymisessä päivittäin. Pesut ja ihonhoito tehdään aseptisessa järjestyksessä intymiteettisuojusta huolehtien paljastamalla vain pestävä alue, mikä samalla vähentää potilaan lämmön haihtumista. Erityisesti huomiota vaativat selkä, genitaalialue ja taivealueet sekä ihon ongelma-alueet, jotka puhdistetaan ja hoidetaan ohjeiden mukaan. Eritteet on poistettava iholta mahdollisimman pian. Ihon kunto kuten eheys, väri, rasvaisuus, kuivuus, erityis ja mahdolliset painehaavat arvioidaan perusteellisesti joka päivä. Arvioitava on myös ihonhoidon vaikutusta infektioiden ja ihovaurioiden määrään ja laatuun. Mahdollisista ihovaurioista otetaan tarvittaessa valokuvia tai tehdään piirros. Potilasta aktivoidaan osallistumaan mahdollisuuksien mukaan pesuihin. (Kangas 2010, 437.)

Vesipesun sijasta suositellaan käytettäväksi ihoa hoitavia puhdistusemulsioita ja emulsiota sisältäviä pesulappuja, koska ne ovat ihoystävällisiä. Veden käytön vähentäminen lisää potilasturvallisuutta, sillä se lisää sähköturvallisuutta. Pesuajan lyheneminen aihe-

uttaa vähemmän räsitystä potilaalle. Kertakäyttöiset pesulaput vähentävät myös ihon kontaminaatoriskiä ja niillä on hyvä hinta-laatusuhde. Pesty iho kuivataan huolellisesti taputtelemalla, ihoa hankaamatta tai venyttämättä. Ihonhoitotuotteita käytettäessä tulee huomioida kontaminaation estäminen eli käytetään potilaskohtaisia pumppu- tai suihkepulloja. Tuote otetaan puhtaalla käsineellä ja harvoin käytettävää tuotetta otetaan kerta-annos puhtaassa paikassa säilytettävästä pullosta tai putkilosta. (Kangas 2010, 437–438.)

Painehaavojen ehkäisy

Hyvä ihon hoito on tärkeää, sillä hyvässä kunnossa oleva iho on vastustuskykyisempi painehaavoille. Iholta poistetaan eritteet ja liiallinen kosteus ja sen suojaamisesta huolehditaan esimerkiksi erilaisilla voiteilla tai suojakalvoilla. (Kangas 2010, 446.) Painehaava on paikallinen vaurio ihossa ja/tai ihonalaiskudoksessa, yleensä luisen ulokkeen kohdalla (Pukki 2012, 12). Painehaava syntyy, kun verenkierto paineelle alttiissa ihon kohdassa heikkenee ja hapen sekä ravintoaineiden saanti kudoksessa vähenee johtaen ihon pinnan vaurioitumiseen (Ahoniemi 2011, 4). Painehaavojen ehkäiseminen on helpompaa kuin niiden hoitaminen. Ehkäisykeinoja ovat riskitekijöiden tunnistus ja huomiointi, hyvä ihonhoito, ihoon ja kudoksiin kohdistuvan paineen alentaminen, poisto ja jakaminen laajemmalle alueelle. (Kangas 2010, 446.)

Painehaavojen ehkäisyssä tärkeää on hyvä asentohoito, mikä estää kudoksen painumisen samasta kohtaa ja sen rikkoutumisen sekä vähentää kudoksiin kohdistuvaa kitkaa. Potilaan asentoa muutetaan kahden tunnin välein, ellei siihen ole hoidollista estettä. (Kangas 2010, 446–447.) Potilaat käännetään lieviin noin 30 asteen kylkiasentoihin, jotta vältetään sarvennoisen eli reisiluun yläpäässä olevan luu-ulokkeen painuminen (Kangas 2010, 447; Pohjolainen 2012). Liiallinen kohoasento eli yli 30 astetta lisää ristiluuhun kohdistuvaa painetta ja painehaavariskiä. Jalkaterät tuetaan 90 asteen kulmaan ja kantapäät suojataan pehmusteilla sekä pidetään ainakin ajoittain ilmassa. Raajat eivät saa painua toisiaan vasten, vaan ne tuetaan esimerkiksi tyynyillä. (Kangas 2010, 447.)

Painehaavojen ehkäisemiseksi voidaan käyttää myös kudospainetta keventäviä apuvälineitä kuten patjoja, pehmusteita ja asentotyynyjä, ei kuitenkaan pesuissa koviksi meneviä lampaantaljoja. Potilaan nostoissa ja siirroissa tulee käyttää riittävästi henkilökuntaa

ja apuvälineitä kuten liukulakanoita ja nostureita, sillä tämä estää potilaan ihon hankautumista ja venymistä. Potilaan voinnin salliessa tuolissa istumista suositellaan enintään kahden tunnin jaksoissa, sillä istuessa kehon aiheuttama paineen kohdistuminen pienelle alueelle altistaa ristiluun seudun ihovaurioille. (Kangas 2010, 447–448.)

3.6.2 Silmien hoito

Silmän normaaleja suojakeinoja ovat kyynelneste, räpyttäminen ja suljettu silmäluomi. Kyynelneste muodostaa antimikrobisia aineita sisältävän ohuen suojakalvon silmän pinnalle. Räpyttäminen puolestaan levittää kyynelnesteen silmän pinnalle ja suljettu silmäluomi vähentää kyynelnesteen haihtumista ja suojaa silmää mekaanisesti. Tajuton potilas ei pysty heikentyneen tai lamaan tunteen lihastoiminnan vuoksi sulkemaan silmiään normaalisti. Puuttuva tai heikentynyt räpytysrefleksi huonontaa kyynelnesteen leviämistä ja lääkkeet voivat vähentää kyynelnesteen erittymistä. Avoin silmä haihduttaa kyynelnestettä, ja silmä kuivuu herkästi. Kuivunut sarveiskalvo voi haavautua, arpeutua tai puhjeta. Vauriot voivat olla pysyviä ja johtaa sokeutumiseen. Lisääntynyt suonipermeabiliteetti eli suonen läpäisevyys ja yleinen turvotus aiheuttavat silmien turpoamista, mikä estää silmien sulkeutumisen. (Kangas 2010, 438–439.) Potilaan huonontunut vastustuskyky ja hoitoympäristössä olevat patogeenit eli tautia aiheuttavat mikrobit voivat altistaa silmävaurioille (Kangas 2010, 439; Syrjälä 2010, 51).

Silmien hoidon suunnitelma vähentää silmäkomplikaatioita. Potilaiden silmien hoito aloitetaan, vaikka he olisivat osittain tai kokonaan hereillä. Potilaan silmät olisi hyvä tarkistaa valvontaosastolle tulovaiheessa, ja tämän jälkeen silmät arvioidaan ja havainnot kirjataan huolellisesti päivittäin. Silmistä arvioidaan pupillien koko ja symmetria, valoon reagointi, kyynelnesteen määrä, silmien pinnan kosteus, silmien rähmiminen, punoitus, verestys, samentuminen, silmien turvotus, roskan tunne, säryt, painoarkuus ja mahdolliset näköhäiriöt. Silmiä hoidetaan säännöllisesti, jopa kahden tunnin välein aseptisuus huomioiden. Silmien hoito sisältää silmien puhdistamisen, kostutuksen ja potilaan vakituisten silmälääkkeiden annosta huolehtimisen. Näillä toimilla pyritään estämään silmien kuivuminen, tulehtuminen ja vaurioituminen. Pinnallinen sarveiskalvovaurio voi kehittyä jopa vuorokaudessa. Vaurio on kivulias, koska sarveiskalvon alueella on hyvin kehittynyt hermoverkko. (Kangas 2010, 438–440.)

Silmät puhdistetaan säännöllisesti pyyhkimällä ne ulkokulmasta sisäkulmaan keittosuolaliuoksella tai steriilillä vedellä kostutetuilla pehmeillä taitoksilla. Infektion siirtymistä silmästä toiseen estetään käyttämällä kumpaankin silmään omia pesutaitoksia ja tarvittaessa myös erillisiä silmätippoja ja silmävoiteita. Silmän pinta kostutetaan ja silmäluomet pidetään suljettuina, jos potilas ei itse pysty sulkemaan silmiään. Turvonnut sidekalvo saattaa estää silmän sulkemisen. Silmän päälle ei laiteta kuivaa sidosta eikä ensisijaisesti suojakilpeä, sillä kuiva sidos voi raapia sarveiskalvoa ja suojat muodostavat herkästi kasvualustan patogeeneille. Silmää kosteuttavien silmätippojen, -geelien tai -voiteiden käyttö on suositeltavaa. Hengitysteitä puhdistettaessa potilaan silmät tulee suojata, jotta vältetään roiskeiden pääsy silmiin. (Kangas 2010, 440.)

3.6.3 Suunhoito

Potilaan suunhoidosta on tärkeä huolehtia. Suunhoidolla pyritään sairaalakeuhkokuumeen ja muiden suuperäisten infektioiden ehkäisyyn, limakalvojen ja hampaiden eheyden turvaamiseen sekä potilaan hyvinvointitunteen lisäämiseen. (Kangas 2010, 440.) Hammassongelmista voi aiheutua myös sepsis, kun bakteerit pääsevät verenkiertoon. Vaikea sepsis johtaa usein kuolemaan. (Ahonen ym. 2012, 726–727.) Rikkinäiset limakalvot heikentävät potilaan vastustuskykyä. Kuivat huulet, suupielet ja rikkinäiset limakalvot sekä janon tunne voivat johtua vähentyneestä syljenerityksestä tai limakalvoja kuivattavasta naamariventilaatiosta. Vierasesineet, kuten nenämahaletku, keräävät pinnalleen karstaa ja patogeeneja. (Kangas 2010, 441.)

Potilaan suu tulee hoitaa vähintään kaksi kertaa vuorokaudessa. Myös potilaan kielen puhdistamisesta tulee huolehtia. (Kangas 2010, 441.) Jos potilaalla on vakava neutropenia eli veren valkosoluihin kuuluva neutrofiilisten granulosityttien vähyys tai huono veren hyytymiskyky, niin hammasharjaa ei käytetä akuutissa vaiheessa, vaan suu puhdistetaan hellävaraisesti esimerkiksi veteen kostutetulla pumpulipuikoilla (Kangas 2010, 441; Terveyskirjasto 2014b; Terveyskirjasto 2014c). Suunhoitoon kuuluu myös suupielien ja huulten puhdistaminen sekä rasvaaminen. Suun ja huulten kostuttamiseen käytetään vesipohjaisia tuotteita etenkin, jos suussa tai huulissa on haavaumia. (Kangas 2010, 442.)

Suun ja nielun eritteet sekä suun huuhteluun käytetty suuvesi tai vesi poistetaan hellävaraisella imulla, ellei potilas pysty niitä itse sylkemään. Hammastahnaa käytetään vain potilaille, jotka pystyvät sylkemään, koska tahnan sisältämät ärsyttävät aineet lisäävät aspiraation aiheuttamaa keuhkovauriota. Limakalvoja kuivattavien aineiden, kuten alkoholia ja glyserolia sisältävien tuotteiden esimerkiksi glyseroli-sitruunatikkujen, käyttöä tulee välttää. (Kangas 2010, 441.)

3.6.4 Muu päivittäinen perushoito

Muita päivittäisiä perushoidollisia toimia ovat hiusten pesu, kynsien hoito, katetrien, laskuputkien ja haavojen suojasidosten tarkistaminen ja tarvittaessa niiden vaihto sekä parranajo. Parta ajetaan päivittäin, koska se on aseptisesti perusteltua, mutta siitä tulee kuitenkin neuvotella potilaan ja omaisten kanssa. Aluslakanat suoristetaan, jotta potilaan alle ei jää painumia aiheuttavia ryppyjä ja tarvittaessa vuodevaatteet vaihdetaan. Varmistettava on, ettei korkkeja tai hoitovälineiden letkuja jää potilaan alle, ja etteivät ne paina potilaan ihoa. Myös mahdolliset lastat ja kaulurit tulee huomioida. Ne tulisi pehmustaa ennen käyttöä, etteivät ne aiheuta potilaalle painevaurioita. (Kangas 2010, 437, 442–443.)

Kaikki sidokset tarkistetaan ja vaihdetaan tarpeen mukaan päivittäin, ellei muuta ole määrätty. Aina tulee katsoa kaiken sen alle, mikä on laitettu ihon päälle. Huomioitava on myös, etteivät kiinnitysnauhat aiheuta kudosten turvotessa kiristystä. Elektrodiin läheisyydessä oleva iho tarkistetaan päivittäin pesujen yhteydessä, ja ne tulisi vaihtaa riittävän usein, sillä niiden kiinnitysteippi voi rikkoa ihon ja aiheuttaa rakkuloita tai infektion. Happisaturaatiomittari voi aiheuttaa painaumuksia sormiin tai korvalehtiin. (Kangas 2010, 442–443.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Opinnäytetyön kohderyhmä

Perusjoukko voidaan valita kokonaan tai tehdä edustava otos. Toteutunut otos tarkoittaa vastanneiden määrää. Tästä tulisi saada sama tulos kuin tutkittaessa koko perusjoukko. Jos toteutunut otos ei ole riittävä tutkimusongelmaan vastaamiseen tai tuloksen yleistettävyyden kannalta, aineiston keräys on uusittava osittain tai kokonaan. Lomakkeiden palautusmäärän perusteella ei voida arvioida toteutunutta otosta, vaan arvioida pitää myös, miten lomakkeisiin on vastattu. Puutteellisesti täytettyjä lomakkeita ei voida huomioida kuin niiltä osin, missä kohtaa niihin on vastattu asianmukaisella tavalla. (Vilka 2009, 78, 80.)

Opinnäytetyön perusjoukkona oli valvontaosaston kaikki 65 sairaanhoitajaa, joista vastasi kyselyyn 34. Perusjoukkoon valittiin kaikki sairaanhoitajat sen vuoksi, että saatiin perusjoukkoon yleistettävät tulokset. Perusjoukko rajattiin sairaanhoitajiin, jotta saatiin yhden ammattiryhmän näkemys asiasta. Lisäksi suurin osa hoitajista valvontaosastolla on sairaanhoitajia.

4.2 Opinnäytetyön menetelmä

Kvantitatiiviselle eli määrälliselle menetelmälle ominaista on tiedon strukturointi, mitaaminen, tiedon esittäminen numeroin, objektiivisuus eli tutkijan puolueettomuus ja vastaajien suuri määrä. Määrällinen menetelmä antaa yleisen kuvan mitattavien ominaisuuksien eli muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Se vastaa kysymykseen ”kuinka paljon” tai ”miten usein”. (Vilka 2007, 13.)

Tiedon strukturointi tarkoittaa tutkittavan asian, ja sen ominaisuuksien suunnittelemista ja vakioimista. Tutkittavat asiat muutetaan rakenteellisesti eli operationalisoidaan ja strukturoidaan. Ne vakioidaan lomakkeelle kysymyksiksi ja vaihtoehtoiksi, niin että kaikki ymmärtävät ne samalla tavalla, ja että ne pystytään kysymään kaikilta vastaajilta samalla tavoin. Vastaajien määrä tulee olla suuri, sillä mitä suurempi otos on, sitä paremmin se edustaa perusjoukon mielipiteitä, asennetta tai kokemusta tutkittavasta asias-

ta. (Vilkkä 2007, 14–15, 17.) Tämä opinnäytetyö tehtiin käyttäen kvantitatiivista menetelmää, koska haluttiin saada numeraalista tietoa aiheesta. Kvantitatiivinen menetelmä on myös vastaajan kannalta mielekkäämpi, sillä siihen on helpompi vastata, kun annettuna on valmiit vastausvaihtoehdot.

4.3 Opinnäytetyön kyselylomake

Tutkittava asia voi olla mikä tahansa teoreettinen, mitattavissa oleva asia. Muuttujien valinta pitää olla perusteltavissa teoreettisella lähtökohdalla ja tutkimuksen tavoitteilla. On varmistettava, että kyselylomakkeen käsitteet ovat vastaajien ymmärrettävissä. Tämän vuoksi kysymykset on testattava aina ennen kyselylomakkeen lähettämistä. Kysymyksiä laadittaessa on määriteltävä mitä tietoa tarvitaan ja mitä ei. Jokaisen kysymyksen kohdalla olisi hyvä miettiä, mitä kysymyksellä mitataan ja onko se tutkimusongelman ratkaisemiseksi oleellinen kysymys. Yhdessä kysymyksessä ei tule kysyä kaikkea asiaan liittyvää, vaan kysymys hajautetaan useaksi kysymykseksi. (Vilkkä 2009, 81, 87–88.)

Kyselylomakkeella kysymykset voivat olla monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä tai sekamuotoisia kysymyksiä. Monivalintakysymyksissä on valmiit vastausvaihtoehdot ja ne ovat standardoituja eli vakioituja. Tällä pyritään kysymysten vertailukelpoisuuteen. Sekamuotoisissa kysymyksissä osa vastausvaihtoehdoista on annettu, mutta mukana on myös vähintään yksi avoin kysymys. Sekamuotoinen kysymys on toimiva silloin, kun herää epäily, että kaikkia mahdollista vastausvaihtoehtoja ei tunneta. Avoimien kysymysten tavoitteena on saada spontaaneja vastaajien mielipiteitä, joissa vastaamista rajoitetaan vain vähän. Avoimien kysymysten käyttämisestä on syytä harkita tarkkaan määrällistä menetelmää käytettäessä, sillä niiden käsittely ja analysointi on usein työlästä. Myös kysymysten järjestys on vastaajan kannalta tärkeää, sillä johdonmukaisuus helpottaa vastaamista. Samaa asiasisältöä koskevat kysymykset on hyvä ryhmitellä kokonaisuuksiksi. (Vilkkä 2009, 86–87.)

Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeessa oli taustamuuttujakysymyksiä, kyllä/ei - ja monivalintakysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Kyllä/ei - kysymyksissä pyydettiin perustelut vastauksille. Perusteluja ja avoimia kysymyksiä haluttiin, jotta saatiin laajempaa tietoa ja spontaaneja mielipiteitä aiheesta. Kysymykset jaoteltiin kyselylomak-

keella (ks. Liite 2) aihealueittain ryhmiin; perushoidon toteutuminen, perushoidon eettinen näkökulma ja perushoidon kehittäminen valvontaosastolla. Tämä jako perustuu opinnäytetyön teoreettisiin lähtökohtiin.

Kysymykset 1-5 (Ks. Liite 2) olivat taustamuuttujakysymyksiä. Muut kuin taustamuuttujakysymykset muodostuivat teoreettisten lähtökohtien pohjalta vastaten opinnäytetyön ongelmiin; jokaisesta kysymyksestä mietittiin, mihin ongelmaan se vastaa. Kysymykset 6, 7, 8 ja 9 vastaavat ongelmaan, mitä on hyvä perushoito. Ongelmaan, miten perushoito toteutuu valvontaosastolla vastaavat kysymykset 10 A ja B, 11 A ja B, 12, 13 A ja B, 14, 15, 18 A ja B ja 19. Ongelmaan, onko sairaanhoitajien toimintatavoissa eroavaisuuksia vastaa kysymykset 16, 17 ja 20. Kysymykset 21 ja 22 vastaavat ongelmaan havaitaanko valvontaosastolla kehittämiskohtia potilaan perushoidossa. Kyselylomaketta testattiin useampaan kertaan ennen sen käyttöön ottoa eräillä sairaanhoitajaopiskelijoilla kysymysten ja kieliasun ymmärrettävyyden varmistamiseksi. Muutoksia kyselylomakkeelle tehtiin testaajien ehdotusten perusteella. Työelämäyhdyshenkilöltä pyydettiin palautetta kyselylomakkeesta sekä tiedusteltiin vastaavatko kysymykset siihen, mitä osastolla halutaan aiheesta saada selville.

4.4 Opinnäytetyön aineiston kerääminen

Kvantitatiivisessa opinnäytetyössä aineiston kerääminen voidaan suorittaa kyselylomakkeella, systemaattisella havainnoinnilla tai valmiita rekisterejä ja tilastoja käyttämällä. Valmiin aineiston saaminen voi olla luvanvaraista eli rekisterin haltijalta on saatava lupa. Kysely on tavallisin aineiston keräämisen muoto ja sen tulee olla vakioitu, eli kaikilta kyselyyn vastaavilta kysytään samat kysymykset samalla tavalla. (Vilkkä 2009, 73, 77.)

Aineiston kerääminen kyselylomakkeilla sopii hyvin silloin, kun kyseessä on suuri tai hajallaan oleva joukko. Tätä tiedonkeräämistapaa käytetään myös, jos aihe on arkaluontoinen, sillä vastaaja jää aina tuntemattomaksi. Kyselylomakkeella tietoa kerätessä riskinä on se, että vastausprosentti jää pieneksi, jolloin puhutaan aineiston kadosta. Myös vastauslomakkeiden palauttamisessa voi olla viiveitä, mikä taas vaikuttaa tutkimuksen aikatauluun. (Vilkkä 2009, 74.)

Kyselylomakkeet voidaan lähettää sähköpostin tai Internetin välityksellä. Parhaiten tämä aineistonkeräystapa toteutuu vastaajien ollessa yritysten ja organisaatioiden toimijoita. Kun perusjoukko on tarpeeksi suuri, voidaan varmistaa, että kaikilla on samanlaiset mahdollisuudet teknisesti vastata kyselylomakkeeseen. Sähköposti – ja Internet kyselyyn liittyy tutkimuseettisiä ongelmia, kuten vastaajan säilyminen tuntemattomana, sillä sähköpostiosoite usein paljastaa vastaajan ja vastaajan tietokone voidaan paikallistaa sen IP-numeron perusteella. (Vilka 2009, 74–75.)

Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Kyselylomake valittiin siksi, että silloin vastaajat jäävät tuntemattomiksi, ja heidän on helpompi vastata niin kuin ajattelee aiheen arkaluontoisuuden vuoksi. Kyselylomake tehtiin e-lomakkeena, jonka linkki ja ohjeet (ks. Liite 3) lähetettiin sähköpostitse työelämäyhdyskennälle, joka välitti ne sähköisesti vastaajille. Vastaukset tallentuivat e-lomakkeelle, jolloin vastaajien henkilötiedot pysyivät salassa. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen e-lomake ja sille tallentuneet vastaukset poistettiin. Vastaamisaikaa annettiin kaksi viikkoa. Vastauksia ei kuitenkaan tullut riittävästi, joten työelämäyhdyskennää pyydettiin muistuttamaan sairaanhoitajia vastaamisesta. Tällöin vastausaikaa lisättiin viikolla. Tämän jälkeen muistutus uusittiin vielä kerran; jälleen vastausaikaa pidennettiin viikolla, eli yhteensä vastausaikaa oli lopulta kuukausi. Sairaanhoitajilla oli mahdollisuus vastata kyselyyn työajalla työpaikan tietokoneita käyttäen.

4.5 Opinnäytetyön aineiston analysointi

Kvantitatiiviselle menetelmälle tyypillistä on aineiston esittäminen numeroin (Vilka 2007, 13). Kvantitatiivisessa menetelmässä avoimet kysymykset voidaan käsitellä numeerisesti. Tämä edellyttää vastausten analysointia ja luokittelua ryhmiin. Kun vastaukset on saatu, ne ryhmitellään taulukkomuotoon. Tutkija tekee päätelmiä tilastolliseen aineistoon perustuen ja raportoi tutkimuksen. (Vilka 2009, 87, 90, 95.)

Avoimet kysymykset analysoidaan sisällönanalyysillä, jolla tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Sisällönanalyysillä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Tällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysillä pystytään kerätty aineisto kuitenkin vain järjestämään johtopäätösten tekoa varten. Aineistolähtöisessä sisällön-

analyysissä yhdistellään käsitteitä ja siten saadaan vastaus opinnäytetyön ongelmiin. Sisällönanalyysissä edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä ja se perustuu tulkintaan ja päättelyyn. Aineiston sisällönanalyysi on kolmivaiheinen. Ensiksi aineisto redusoidaan eli ilmaukset pelkistetään. Toiseksi aineistoa klusteroidaan eli ryhmitellään, jonka jälkeen aineistolle tehdään abstrahointi eli luodaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103, 106,108, 112.)

Aineiston pelkistämässä analysoitava aineisto pelkistetään siten, että aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois ja etsitään tutkimustehtävän kysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja. Alkuperäisestä informaatiosta nostetaan esille ja kirjataan olennaiset ilmaukset, mistä voidaan käyttää käsitettä ”aineiston pelkistäminen”. Aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi tarkasti ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä eli ryhmitellään, klusteroidaan, aineisto. Yhden luokan muodostaa samaa tarkoittavat käsitteet, jotka ryhmitellään ja nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Esimerkiksi tutkittavan ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys voi olla luokitteluyksikkönä. Käsitteiden ryhmittelyssä voidaan käyttää käsitteitä alaluokka. Alaluokkien edelleen ryhmittelyä voidaan kuvata yläluokkana ja yläluokkien yhdistämistä pääluokkana. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109–110.)

Viimeisenä vaiheena on aineiston abstrahointi, jossa erotetaan opinnäytetyön kannalta olennainen tieto. Valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Se on prosessi, jossa tekijä muodostaa yleiskäsitteiden avulla kuvauksen tutkimuskohteesta. Tuloksissa kuvataan käsitteet tai kategoriat, jotka ovat luokittelujen pohjalta muodostuneet, sekä niiden sisällöt. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 111–113.)

Tässä opinnäytetyössä kyllä/ei -ja monivalintakysymykset analysoitiin e-lomakkeen omalla analyysimenetelmällä, josta nähtiin, kuinka moni oli mitäkin vastannut. Näistä ilmoitimme myös vastausprosentit. Kysymyksestä 12 (Ks. Liite 2) tehtiin kuvio (Kuvio 2) havainnollistamaan vastausten jakautumista. Avoimien kysymysten analyysiin käytettiin sisällönanalyysiä (ks Liite 4). Alkuperäisistä ilmauksista tehtiin pelkistetyt ilmaukset ja alakategoriat ja joissakin kysymyksissä vielä yläkategoria. Avoimet kysymykset avattiin tuloksiin tarkasti ja merkittiin sulkuihin vastausten perään, kuinka moni oli niin vastannut. Perusteluista katsottiin, mitä oli vastattu ja kuinka moni näin oli vastannut, ja niiden sisältö kirjoitettiin opinnäytetyöraporttiin.

5 TULOKSET

Tulokset käsiteltiin kysymys kerrallaan aihealueittain samassa järjestyksessä kuin kyselylomakkeella. Ensiksi käsitellään vastaajien taustatiedot. Tämän jälkeen käsitellään perushoidon toteutumista ja perushoidon eettistä näkökulmaa ja viimeiseksi perushoidon kehittämistä valvontaosastolla. Perusteluista ja avoimien kysymysten vastauksista laitetaan esimerkkejä siitä, mitä sairaanhoitajat ovat vastanneet. Vastaajamäärät on merkattu sulkuihin vastauksen perään.

Kysely suunnattiin valvontaosaston sairaanhoitajille (N=65). Vastausprosentti oli 52 % eli vastaajia oli 34. Aamulla oli vastannut 13, illalla 10 ja yöllä 6. Kysymyksillä 1-5 selvitettiin vastaajien taustatietoja. Vastaajista 21 % oli miehiä ja naisia oli 79 %. Vastaajien ikä oli keskimäärin 36 vuotta ja ikä vaihteli 23–58 vuoden välillä. Sairaanhoitajiksi vastaajat olivat valmistuneet keskimäärin vuonna 2000, valmistumisvuodet vaihtelivat välillä 1975–2013. Vastaajat olivat työskennelleet valvontaosastolla keskimäärin 6 vuotta. Työkokemus valvontaosastolla vaihteli 6 kuukauden ja 25 vuoden välillä. Aiemmpaa työkokemusta suurimmalla osalla vastaajista oli erilaisilta vuodeosastoilta.

5.1 Perushoidon toteutuminen

Kysymyksellä 6 selvitettiin, mitä sairaanhoitajien mielestä kuuluu perushoittoon. Vastauksista muodostui yläkategoria potilaan kokonaisvaltainen perushoito. Yläkategoria muodostui seuraavista alakategorioista: kokonaisvaltaisesta hoidosta, hygienian huolehtimisesta, ihon kunnon huolehtimisesta, lähiympäristön siisteydestä, potilaan kuntoutumisen tukemisesta ja peruselintoimintojen huolehtimisesta, potilaan hyvinvoinnista ja laskuputkien hoidosta. Seuraavana on vielä eriteltyä, mitä vastaajien (n= 34) mielestä kuuluu perushoittoon: hygieniasta huolehtiminen (33), asentohoito (14), ravitseminen (13), suunhoito (11), haavojen hoito (10), kanyylihoito (9), ympäristön siisteys (8), erityyppisestä huolehtimisesta (1), ihon hoito (9), lakanoiden vaihtaminen (6), vaatetus (6), henkinen hyvinvointi (4), liikkumisessa avustaminen (2), kivunhoito (2), omatoimisuuteen tukeminen (2), nukkuminen (2), nestetasapaino (2), dreerien hoito (2), kokonaisvaltaisuus (2), kuntoutus (3), vitaalien mittaaminen (1), punktiopaikkojen puhdistus (1), sosiaali-

suus (1), katetrien hoito (1), fyysinen hyvinvointi (1), potilaan kuunteleminen (1), paranajo (1) ja hiustenpesu (1).

Sairaanhoitajat kuvasivat seuraavasti mitä heidän mielestään kuuluu perushoitoon:

”Avustaa ja tehdä potilaan puolesta peruselintoimintoihin liittyviä asioita, joita potilas ei sairautensa takia itse pysty tekemään tai hoitamaan.”

”Potilaan perusvoimien hoito ja ylläpitäminen, pitäen sisällään sekä fyysisen, että henkisen hyvinvoinnin hoitaminen. Sitä voi olla esim. hygieniasta huolehtiminen, tai vaikkapa potilaan kuunteleminen.”

Kysymyksessä 7 kysyttiin, kuinka tärkeäksi perushoito koetaan potilaan hoidon osana. 79 % mielestä perushoito on erittäin tärkeää ja 21 % mielestä se on tärkeää. Kysymyksellä 8 puolestaan selvitettiin, miksi perushoito on tärkeä asia potilaan hoidossa. Vastauksista muodostui seuraavat alakategoriat komplikaatioiden ehkäisemiseksi, eettisyyden tukemiseksi, paranemisen ja kuntoutumisen tukemiseksi, hyvinvoinnin vuoksi ja kokonaisvaltaisen hoidon tukemiseksi. Seuraavana on vielä eriteltyä, miksi vastaajien (n=34) mielestä perushoito on tärkeää: jotta potilas voi hyvin (11), infektioiden (10) ja komplikaatioiden (9) ehkäisemiseksi. Perushoito on hoitotyön perusta (7) ja osa kokonaisvaltaista hoitoa (4). Se on myös potilaan perusoikeus (5) sekä osa paranemista (7). Perushoito on tärkeää myös potilaan (2) ja henkilökunnan (1) viihtyvyyden vuoksi. Perushoito tukee potilaan kuntoutumista (1), ylläpitää hänen terveyttään (1), edistää sairaalahygieniaa (1) sekä ylläpitää ihmisarvoa (1). Perushoitoa toteuttaessaan hoitaja saa potilaasta tietoa (1) ja se parantaa luottamusta hoitajaan (1) sekä lisää henkistä hyvinvointia (1), ehkäisee hoidon pitkittymistä (2) ja takaa potilaan puhtauden (2).

Sairaanhoitajat toivat esille seuraavasti sen, miksi perushoito on tärkeä asia potilaan hoidossa:

”Puutteellinen perushoito ei edistä potilaan tervehtymistä tai hyvinvointia. Sairauden tunne lisääntyy ja tulee muita ongelmia, esim. painehaavat.”

”Se ehkäisee mm. sairaalainfektioita, tukee potilaan kuntoutumista ja on osana paranemisprosessia.”

”Hyvä perushoito mielestäni parantaa potilaan oloa, lisää potilaan (ja henkilökunnan) viihtyvyyttä ja ehkäisee infektiota. Hyvä perushoito on jokaisen potilaan oikeus.”

”Perushoidettaessa ja ollessa kiireettömästi potilaan vierellä saamme myös tietoa potilaan voinnista muutenkin, potilaasta ihmisenä ja se parantaa luottamusta hoitajaan.”

”Perushoito on yksi osa palapeliä, jota myös hoitotyöksi kutsutaan. Pelkkä lääkehoito ei riitä potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja päinvastoin. Usein perushoito voi olla jopa se tärkeämpi osa hoitoa, vaikkakin valvonta- tai teho-osastolla henkeä pelastava hoito toki menee sen edelle.”

”Hyvällä perushoidolla luodaan edellytyksiä potilaan paranemiselle ja estetään vuodelevosta tai muista syistä syntyviä komplikaatioita ja infektioita. Lisäksi perushoidolla on erittäin suuri merkitys potilaan kokemalle hyvinvoinnille.”

”Hoidon perusta ja valvontatyössäkin oikeastaan iso osa on juuri perushoitoa.”

Kysymyksellä 9 selvitettiin, milloin perushoito toteutuu hyvin. Alakategorioiksi muodostui huomioitu potilaslähtöisyys, riittävästi aikaa ja henkilökuntaa, kirjaaminen, hoitajan ammattitaito ja kokonaisvaltainen hoito. Seuraavana on vielä eriteltynä, milloin vastaajien (n=34) mielestä perushoito toteutuu hyvin: silloin, kun potilas on puhdas (10), kun perushoidon toteuttamiseen on riittävästi aikaa (9), potilas on itse tyytyväinen hoitoonsa (9), perushoito tehdään huolella (7) ja kun vältetään komplikaatioilta (4). Perushoito toteutuu hyvin myös silloin, kun potilaalla on puhtaat vaatteet (4), ravitseminen on hyvä (2), hoitoympäristö on siisti (2), kun perushoito on jatkuvaa (2) ja potilaslähtöistä (3), kaikki osallistuvat perushoidon toteuttamiseen tasavertaisesti (2), liinavaatteet ovat siistit (2) ja kun potilas saa apua liikkumiseen (1). Perushoito toteutuu hyvin, kun siitä on kirjattu, mitä on tehty (1), haavat paranevat (1), kun potilas hyötyy perushoidosta (1) ja huomioidaan potilas aina, kun hänen luonaan käydään (1). Perushoito toteutuu hyvin myös, kun se on kokonaisvaltaista (5), siihen on riittävästi aikaa (1) ja kun potilaan on hyvä olla (1). Perushoidon koettiin toteutuvan hyvin aamuvuorossa (1), ja silloin kun hoitaja on motivoitunut perushoitoon (1) sekä tunnistaa perushoidon tärkeyden (1) ja on tyytyväinen tilanteeseen (1) sekä kun potilas kokee itsensä puhtaaksi (1). Perushoito toteutuu hyvin, kun ei ole akuuttia tilannetta osastolla (2) sekä silloin kun on riittävästi hoitajia (3) ja kun se toteutuu päivittäin (1) potilaan tarpeista huolehtien (1).

Seuraavassa esitetään, milloin perushoito toteutuu hyvin sairaanhoitajien mielestä:

”Kun potilas kokee saaneensa tarpeellisen perushoidon. Kun perushoidon puutteeseen liittyviä komplikaatioita ei synny. Tarve on potilaskohtaista.”

”Potilaan kaikista perushoitoon liittyvistä asioista on huolehdittu oman vuoron aikana ja niistä on myös kirjattu potilastietoihin.”

”Perushoito toteutuu silloin hyvin kun siihen on käytetty riittävästi aikaa ja se on toteutettu potilaan yksilölliset tarpeet huomioon ottaen.”

”Kun sillä on saatu estettyä komplikaatioita esim. infektioita ja painevammoja. Lisäksi potilas tuntee olonsa mahdollisimman miellyttäväksi.”

”Hoitajan pitää olla motivoitunut siitä huolehtimaan ja tunnistettava kuinka tärkeä osa hoitotyötä se on.”

Kysymyksessä 10A kysyttiin, onko valvontaosastolla mahdollista toteuttaa perushoitoa. Vastaajista 97 % oli sitä mieltä, että on ja 3 % mielestä perushoidon toteuttaminen ei ole mahdollista valvontaosastolla. Kysymyksessä 10B pyydettiin perustelemaan kysymyksen 10A vastaus. Vastaajien mielestä perushoito on mahdollista toteuttaa myös tehostetussa hoidossa (4), perushoidon resurssit ovat käytettävissä myös valvontaosastolla (7), potilasmäärä yhdellä hoitajalla on sopiva (3) ja henkilökuntaa on riittävästi (5). Perushoidon toteuttamisessa on huomioitava potilaslähtöisyys (7) ja tilannekohtaisuus (1). Perushoito kuuluu olennaisesti valvontatyöhön (10) ja on rutiinia (3), mikä korostuu aamuvuorossa (2), joka paikassa on mahdollista toteuttaa perushoitoa (11), perushoito on kaiken lähtökohta (3), potilas tarvitsee apua valvontalaitteiden vuoksi (2), perushoidolle on aina aikaa (4), myös iltavuorossa, sen toteuttaminen on omasta tahdosta kiinni (1). Perushoidon toteuttamien on mahdollista silloin, kun akuuttihoitolta ehtii (2). Perushoidon toteuttamista mahdollistaa se, että aina saa apua (5), perushoidon toteuttaminen korostuu huonokuntoisella potilaalla (4), aamupesut (7) ja haavanhoidot (1) pyritään toteuttamaan, perushoito on tärkeää komplikaatioiden ehkäisemiseksi (6), potilaan luona käydään usein, jolloin huomioidaan hänen psyykkiset, fyysiset, ja sosiaaliset tarpeet (1), perushoito on kiinteä osa arkea (1), ja kaikki hoitajat toteuttaa perushoitoa (2). Puolestaan kiireen (1) ja muiden asioiden huomioimisen vuoksi (1) perushoitoa ei ole mahdollista toteuttaa.

Sairaanhoitajat perustelivat seuraavasti, onko valvontaosastolla mahdollisuus toteuttaa perushoitoa:

”Joka paikassa on mahdollista toteuttaa perushoitoa. Vaikeasti sairaalla täytyy miettiä minkälaisen rasituksen potilas kestää. Perushoito lähtee potilaasta, ei hoitajan tunteesta.”

”Kaiken hoitamisen pohjalla on perushoito. Valvontaosastolla tärkeintä on turvata potilaan henki, mutta perushoidolla on suuri merkitys esim. infektioiden torjunnan kannalta, painehaavojen ehkäisemisen kannalta.”

”Valvontaosastolla on aina saatavilla apua perushoidon toteuttamiseen, yksin ei tarvitse tehdä. Mielestäni valvonnassa on riittävästi tilaa ja riittävät tarvikkeet perushoidosta huolehtimiseen. Joskus potilaan huono kunto tai sekavuustila, kiire sekä erilaiset valvontalaitteet saattavat aiheuttaa haasteita perushoidon toteuttamiselle.”

”Perushoitoa voi toteuttaa potilaan kunnosta riippuen, otettava huomioon voinnista johtuvat rajoitteet. Perushoidon tärkeys korostuu huonokuntoisilla potilailla.”

”Kaikki perushoidon resurssit ovat käytettävissä myös valvontaosastoilla.”

Kysymyksellä 11A selvitettiin, eroaako perushoidon toteuttaminen valvontaosastolla verrattuna muihin osastoihin. 21 % oli sitä mieltä, että perushoidon toteuttaminen ei eroa ja 79 % oli sitä mieltä että perushoidon toteuttaminen eroaa verrattuna muihin osastoihin. Kysymyksessä 11B pyydettiin perustelut kysymyksen 11A vastauksille. Vastaajien mielestä perushoito eroaa valvontaosastolla verrattuna muihin osastoihin siten, että potilaat ovat huonokuntoisempia (9) ja kivuliaita (2). Vuodeosastoilla on enemmän omatoimisia ja parempikuntoisia potilaita (5), kun taas valvontaosastolla on enemmän vuodepotilaita (6) ja potilaat ovat raskaampi hoitoisia (1). Valvontaosastolla potilaat tarvitsevat enemmän apua perushoidon toteuttamiseen. Vastaajien mielestä valvontaosastolla perushoito on tehtävä perusteellisemmin ja se on tärkeää (6). Myös valvontalaitteet hankaloittavat perushoitoa, muun muassa kääntelyitä ja mobilisointia (4). Toisaalta taas huomio menee enemmän potilaan tilan vakauttamiseen (2), ja aina ei ole aikaa toteuttaa perushoitoa niin hyvin kuin haluaisi. Vastauksissa tuli myös esille, että valvontaosastolla perushoidosta huolehditaan paremmin (1), ja vuodeosastoilla on liikaa potilaita yhdellä hoitajalla (1).

Seuraavassa sairaanhoitajien perusteluja siitä, eroaako perushoidon toteuttaminen valvontaosastolla verrattuna muihin osastoihin:

”Valvontayksikössä on priorisoitava hoitotyö potilaan yksilöllisen hoidon mukaan. Hyvin akuutisti sairaan potilaan hoito on usein keskitettävä potilaan tilan stabiloimiseen, johon pelkkä perushoito harvoin riittää.”

”Vuodeosastoilla enemmän omatoimisia potilaita, jotka pystyvät tekemään enemmän itse. Neuvonta ja tuki korostuu. Valvontaosastolla tehdään usein enemmän potilaan puolesta.”

”Valvontaosastolla perushoidon merkitys korostuu, koska potilaat huonokuntoisia, eivätkä välttämättä pysty huolehtimaan hygieniastaan. Lisäksi pitkät sairaalajaksot, etenkin vuodepotilaana sekä leikkaukset lisäävät vaatimusta hyvälle perushoidolle.”

”On tilanteita, joissa joudutaan miettimään, minkälaista perushoitoa potilas kestää. Toisaalta monet potilaat ovat myös niin huonossa kunnossa, etteivät he pysty itse vaatimaan itselleen hoitoa, vaan ovat täysin hoitajien varassa.”

”Mitä sairaampi potilas on, sitä suuremman osan potilaan hoidosta muodostaa perushoito.”

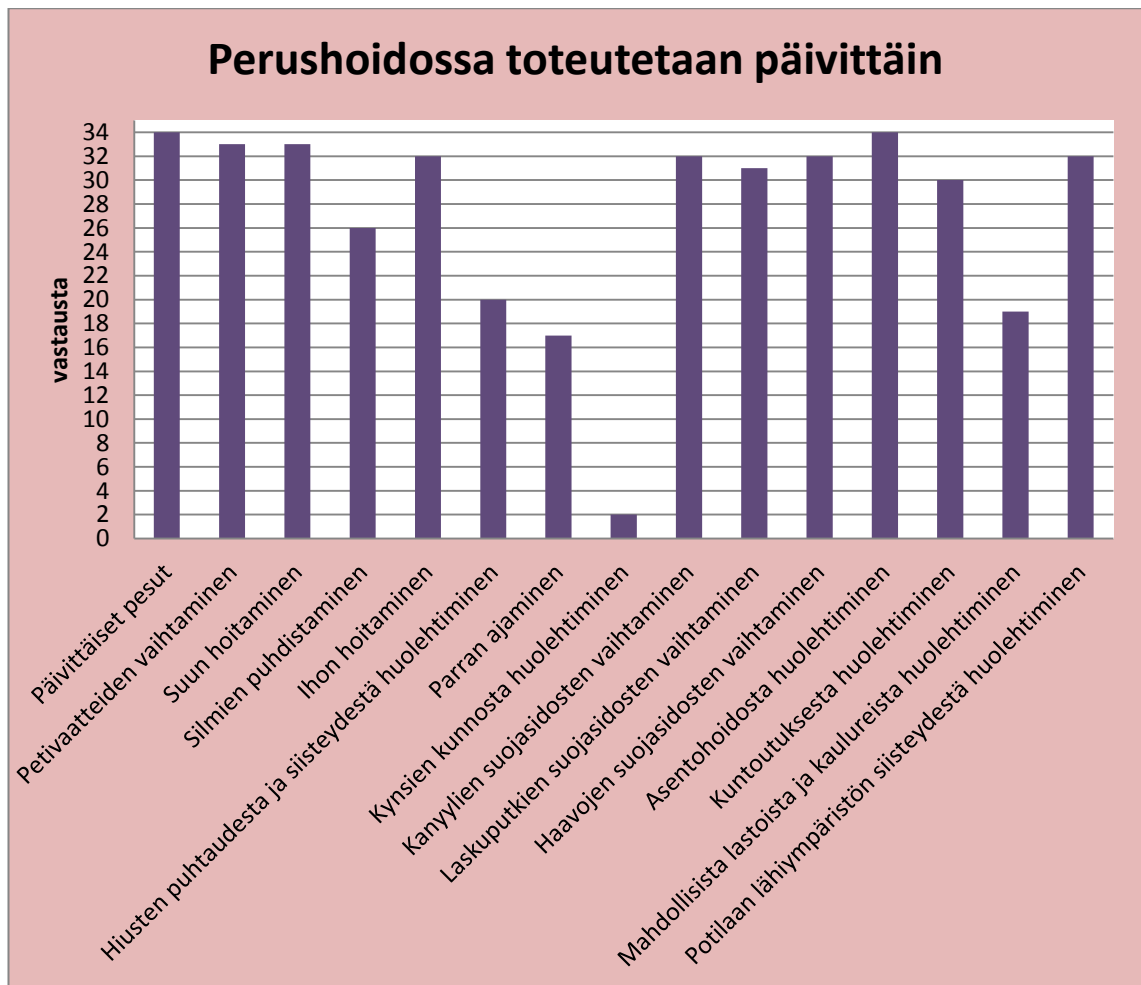
Perusteluja sille, että perushoidon toteuttaminen ei eroa verrattuna muihin osastoihin oli seuraavat: paikasta riippumatta perushoito tulee toteuttaa hyvin (5) ja siinä on huomioitava potilaslähtöisyys (4). Valvontaosastolla on jopa enemmän aikaa toteuttaa perushoitoa (1). Kyseessä on potilaan etu, ja hoidon paras mahdollinen laatu, mikä takaa potilaan hyvän toipumisen (1). Valvontaosastolla on myös hyvät resurssit toteuttaa perushoitoa, esimerkiksi välineet mahdollistavat vuodepesut kriittisimmän ajan ylitse (1).

Sairaanhoitajat perustelivat seuraavasti sitä, ettei perushoito eroa muihin osastoihin verrattuna:

”Osastosta riippuen esim. pesuissa auttaminen ja tekeminen vaihtelevat. Mutta pääsäännöt perushoidossa on joka osastolla samat. Kyseessä on potilaan etu ja paras mahdollinen laatu taaten hyvän toipumisen.”

”Aina ei ole mahdollista viedä potilasta suihkuun, mutta nykyaikaisilla esim. pesuvoiteilla ja -liinoilla asia hoituu ihan yhtä hyvin kriittisimmän valvonta-ajan.”

Kysymyksellä 12 selvitettiin, mitä perushoidon osa-alueita vastaajat toteuttavat päivittäin (Kuvio 2). Kaikki vastaajat (n=34) toteuttavat päivittäisiä pesuja ja huolehtivat asentohoidosta (34). He vaihtavat petivaatteita (33), huolehtivat suunhoidosta (33), ihonhoidosta (32), kanyyliin suojasidosten vaihdosta (32), haavojen suojasidosten vaihtamisesta (26), potilaan lähiympäristön siisteydestä (32), laskuputkien suojasidosten vaihtamisesta (31) sekä kuntoutuksesta (30). Vastaajat huolehtivat silmien puhdistamisesta (26), hiusten puhtaudesta ja siisteydestä (20), mahdollisista lastoista ja kaulureista (19) ja parran ajamisesta (17) sekä kynsien kunnosta ja hoidosta (2).



KUVIO 2. Perushoidossa päivittäin toteutettavat osa-alueet

Kysymyksellä 13A selvitettiin syitä perushoidon osa-alueiden toteuttamatta jättämiselle. Syitä perushoidon toteuttamatta jättämiselle ovat (n=34): keskittyminen potilaan muihunkin hoitoon (26), kiire (24) ja se, ettei perushoitoa koeta tärkeäksi (1). Kysymyksellä 13B selvitettiin, onko perushoidon toteuttamatta jättämiselle muita syitä. Muita syitä ovat potilaan akuutti tilanne (7), yksilöllisyys (kaikilla ei ole sama tarve perushoidolle) (5), potilaan huono vointi (2), potilas vaikuttaa puhtaalta (1), potilaan siirtäminen mahdotonta (1), aggressiivisuus (1), ei ole välineitä (1) tai potilas ei halua perushoitoa (1).

Seuraavassa on sairaanhoitajien kommentteja perushoidon toteuttamatta jättämiselle:

”Potilasta hoidetaan yksilöllisesti, ei minkään kaavan mukaan. Potilaan tila voi muuttua kriittiseksi ja silloin on priorisoitava hoitoa, eli mikä on tärkeintä tässä ja nyt hoitaa. Perushoito voi silloin jäädä toteutumatta, mutta ei sitä unohdeta.”

”Perushoidon toteuttamatta jättämiselle ei ole koskaan hyvää syytä. Sen minimointi voi olla aiheellista kriittisessä tilassa olevan potilaan kohdalla.”

Kysymyksellä 14 haluttiin selvittää sitä, miten työympäristö kannustaa perushoidon toteuttamiseen. Alakategorioiksi muodostuivat hoitajan toiminta, hyvät resurssit ja potilaiden viihtyvyys. Seuraavaksi on eriteltyä miten työympäristö kannustaa perushoidon toteuttamiseen (n=34): aina saa apua (6) ja yhteistyö toimii (6). Muiden hoitajien malli, neuvot ja kannustus kannustavat (4) sekä hyvät tilat ja välineet (4) ja niiden saatavuus (2). Perushoidon toteuttaminen on itsestäänselvyys (3) ja perushoito on osa rutiinia (2). Myös se, että potilaat ovat yhtenäisessä tilassa kannustaa perushoidon toteuttamiseen (1), sillä silloin perushoidon toteuttamatta jättäminen näkyisi herkästi. Lisäksi kannustaa se, että muutkin toteuttavat perushoitoa (1) ja tekee aamutoimet (1) sekä se, että työtä tehdään samaan aikaan (1) ja tasavertaisesti (3), eikä suhtauduta siihen vähättelevästi (1). Kannustavaa on myös se, kun toiset hoitajat kysyvät, onko avun tarvetta (2). Enemmän toivotaan kiinnitettävän huomiota potilaiden puhtauteen ja lähiympäristön siisteyteen (1). Hygieniahoitajat motivoivat (1), sovitut säännöt kannustavat (1), sekä se, kun asiasta puhutaan (1) ja annetaan palautetta (2) ja perushoidon toteuttamiseen on riittävästi aikaa (1). Hyvä työympäristö (1) ja ”ohjauspäivät” (1) ovat myös kannustavia tekijöitä sekä siistit ja tyytyväiset potilaat (1).

Kysymyksellä 14 selvitettiin myös, miten vastaajat haluaisivat työympäristön kannustavan perushoidon toteuttamiseen. Alakategorioiksi muodostuivat lisää resursseja, perustelut perushoidolle ja perushoidon tasavertainen jakaminen työvuoroihin. Tässä on eriteltyä, miten vastaajat toivoisivat työympäristön kannustavan perushoidon toteuttamiseen: tilaa (1) ja laskutilaa saataisiin enemmän (1), enemmän aikaa (2), etenkin aamuvuoroissa muut työt kuormittavat, eli töiden toivottaisiin jakautuvan tasaisesti aamu- ja iltavuoroon (1), perustelua perushoidon tärkeydestä (2) ja että välineet olisi lähellä (1).

Seuraavassa kuvataan kuinka sairaanhoitajat kokevat työympäristön kannustavan perushoidon toteuttamiseen ja miten he sen toivoisivat kannustavan perushoidon toteuttamiseen:

”Perushoito on osa rutiinia, joka kuuluu työhömmme. Muiden hoitajien aktiivisuus perushoidossa kannustaa myös omaan aktiivisuuteen. Hoitotarvikkeiden hyvä saatavuus myös kannustaa perushoidon toteuttamiseen. Kannustukseksi toivoisin kaikilta tasavertaista työpanosta perushoidon toteuttamiseen.”

”Hygieniahoitajien työ kannustaa ja motivoi perushoidon toteuttamiseen. Toivoisin kaikilta yhteistä panostusta perushoidon toteuttamiseen, lisäksi mielestäni osaltaan työssä viihtymistä.”

”Toiset hoitajat pyrkivät auttamaan omien potilaiden ohella. Aamuvuoroihin keskittyvä perushoito kaiken muun aamussa tapahtuvan ohella aiheuttaa työpaineen nimenomaan aamuvuoroille.”

”Tilava hoitoympäristö ja hyvät/riittävät tarvikkeet kannustavat ja motivoivat parempaan perushoitoon.”

”Valvontaosastolla kaikkien tulee ymmärtää perushoidon merkitys, ilman sitä ei voi olla asiantunteva hoitaja.”

Kysymyksellä 15 selvitettiin valvontaosaston resursseja perushoidon toteuttamiseen. Alakategorioiksi muodostuivat hyvät resurssit, kohtalaiset resurssit ja rajalliset resurssit. Tässä on eriteltyä millaiset resurssit valvontaosastolla ovat perushoidon toteuttamiseen (n=34): hyvät (11) ja kohtalaiset (3), tilaa saa hyvin järjestettyä (1). Valvontaosastolla on hyvät välineet (11) ja tilat (5), sekä välineet ovat lähellä (1). Myös apuvälineitä ja keinoja löytyy (1). Puutteita resursseissa ovat ahtaat tilat (4), laskutilaa ei ole (1), letkujen pituus, asettelu ja paljous (4) sekä myös valvontalaitteet ja laskuputket hankaloittavat työskentelyä (8) ja potilaan intymiteettisuoja on heikko (1).

Sairaanhoitajat selvittivät valvontaosaston resursseja perushoidon toteuttamiseen seuraavasti:

”Meillä on hyvin mahdollistettu perushoito, jos vain itse haluaa ja viitsii.”

”Tilat ovat hieman pienet, joka hankaloittaa perushoidon toteuttamista. Välineet potilaan perushoidon toteuttamiseen ovat melko hyvät. Valvontalaitteet ja niiden johdot vaikeuttavat perushoidon toteuttamista, mutta niiden kanssa on opittava elämään.”

”Resurssit ovat mitä ovat, mutta potilaan perushoidosta ei saa tinkiä. Johdot ovat usein tiellä ja mahdolliset monet infuusio/laskuputket. Niitä voidaan aina siirtää ja järjestellä sen mukaan, jotta potilasta voidaan hoitaa. Myös letkujen pituus ja asettelu siten, että potilas pääsee kääntymään ja liikkumaan sängyssä tarpeen mukaan.”

”Potilaassa kiinni oleviin johtoihin kyllä tottuu. Jos on kaksi huonokuntoista potilasta, joutuu tinkimään jostakin, ja usein se on perushoito, jos lääketieteellinen hoito on potilaan edun mukaista.”

”Tilat ovat ahtaat ja intymiteettisuoja ajoittain heikko.”

5.2 Perushoidon eettinen näkökulma

Kysymyksen 16 avulla selvitettiin, onko sairaanhoitajien toimintatavoissa eroavaisuuksia perushoidon toteuttamisessa valvontaosastolla ja pyydettiin perustelemaan vastaus. 88 % mielestä sairaanhoitajien toimintatavoissa on eroavaisuuksia ja 3 % ei ole ja 9 % oli valinnut molemmat vaihtoehdot. Osa sairaanhoitajista (n=34) toteuttaa perushoitoa tunnollisemmin ja huolellisemmin (26), osa ei koe perushoitoa tärkeäksi (2) ja jokaisella on oma tyyli työskennellä (3). Lisäksi perushoidon toteuttaminen koetaan persoona- ja arvokysymykseksi (2). Kokemus lisää perushoidon huomiointia (2) ja potilaan tila vaikuttaa siihen. (1) Hoitajan empaattisuus vaikuttaa perushoidon toteuttamiseen (1), ja jokainen hoitaja tekee omantuntonsa mukaan (1). Töiden priorisoinnilla on vaikutusta perushoidon toteuttamiseen (2) ja hoitajien henkilökohtaiset syyt vaikuttavat myös siihen. (2). Lääkehoito koetaan tärkeämmäksi kuin perushoito (2) ja lähiympäristön huomioimisessa koetaan puutteita (2).

Sairaanhoitajat kuvasivat eroja perushoidon toteuttamisessa seuraavasti:

”Eroja löytyy niin paljon kun on tekijöitäkin, osa tekee homman pyyhkäisemällä ja ei viitsi paneutua potilaan puunaamiseen. Kiireen toki ymmärtää, aina ei ehdi tehdä niin perusteellista työtä kuin haluaisi. Osa hoitajista on nyt vaan huolellisempia kuin toiset, ikävää tosin siivota toisten jälkiä jos kyse on vain hoitajan viitseliäisyyden puutteesta.”

”Osa ei koe perushoitoa ehkä niin tarpeelliseksi, eivätkä he panosta siihen mielestäni riittävästi. Osa taas on kovinkin tunnollisia ja huolellisia perushoidon toteuttamisessa. Taitaa olla persoona- / arvokysymys.”

”Jokainen yksilö on erilainen, niin myös sairaanhoitaja. Osa suunnittelee enemmän kuin toteuttaa, osa toteuttaa ilman suunnitelmia. Osa hoitaa suurpiirteisesti, mutta ehtii enemmän, osa keskittyy enemmän yhteen potilaaseen ja käyttää siten moneen potilaaseen enemmän aikaa.”

”Kaikki eivät pesuja tee yhtä tunnollisesti ja joillakin taas jää huomioimatta potilaan yleisvointi, tehdään potilaalle liian raskaita pesuja.”

”Eroja valitettavasti on ja niihin tulee sisäisellä koulutuksella pyrkiä vaikuttamaan.”

Kysymyksellä 17 selvitettiin, kuinka suuri merkitys vastaajien mielestä perushoidolla on potilaan toipumiseen. Perushoidolla on 76 % mielestä suuri ja 24 % mielestä kohtalainen vaikutus potilaan toipumiseen. Kysymyksellä 18A selvitettiin sitä, riippuuko perushoidon toteutuminen potilaasta. Perushoito riippuu potilaasta 62 % mielestä, 29 % mielestä ei riipu ja 9 % oli valinnut molemmat vaihtoehdot. Kysymyksellä 18B pyydettiin

tiin perusteluja kysymyksen 18A vastaukselle. Perushoito riippuu potilaan voinnista (17) (n=34) ja myötämielisyydestä (3) sekä potilaan omasta tahdosta (5). Toisinaan muu hoito menee perushoidon edelle (2). Potilaan aggressiivisuus (2), sekavuus (7), persoonallisuus (1) ja kivuliaisuus (3) vaikuttavat perushoidon toteuttamiseen. Perushoidon toteuttamiseen vaikuttaa myös yksilöllisyys (2) ja kokonaisuuden hahmottaminen (1). Haavanhoidot täytyy tehdä, vaikka potilas ei haluaisi (2). Perusteluja sille, että perushoidon toteuttaminen ei riipu potilaasta, oli muun muassa seuraavat: jokainen tarvitsee samat asiat, mutta välillä vointi vaikuttaa (7), riippuu enemmän hoitajasta toteuttaako perushoitoa (2), ja kiireellä suurempi vaikutus (1).

Seuraavassa sairaanhoitajien tuomia perusteluja sille, riippuuko perushoidon toteuttaminen potilaasta:

”Ainakin pesut toteutuu aina hyvin, mutta suunhoito useimmiten jää huonolle vaikka näin ei saisi käydä.”

”Potilaan kliininen tila vaikuttaa. Jos potilas ei halua pesuja niin potilaan toiveen kunnioittaminen siltä osin. Jotkut asiat täytyy kuitenkin tehdä, esim. haavahoidot yms.”

”Jos potilaan vointi on erittäin huono niin liiallisella perushoidolla voi myös olla negatiivinen vaikutus. Pitää hahmottaa aina kokonaisuus. Myös potilaan hoitomyönteisyys vaikuttaa asiaan.”

Kysymyksellä 19 selvitettiin huomioidaanko potilaan toiveita perushoidon toteuttamisen suhteen. Potilaan toiveet perushoidossa huomioi aina 41 % ja toisinaan 59 %. Kysymyksessä 20 kysyttiin mitä asioita vastaajat pitävät työssään tärkeänä. Alakategorioiksi muodostuivat kokonaisvaltainen hoito, hoitajan ammattitaito, eettisyys, toimiva työyhteisö ja kaikkien tyytyväisyys. Seuraavana on eritelty, mitä sairaanhoitajat pitävät työssään tärkeimpänä (n=34): kokonaisvaltaista potilaan hoitoa (11), hyvää kivunhoitoa (5) ja perushoitoa (5). Tärkeää on hygieniasta (2), suunhoidosta (1) ja potilaan hyvinvoinnista huolehtiminen (5). Tärkeänä pidetään myös potilasturvallisuutta (3), potilaan hoitoa ja siinä onnistumista (3), huolellisuutta (3) ja tarkkaavaisuutta (1) sekä huolellista lääkehoitoa (3). Tärkeäksi mainittiin potilaan kuntoutumisesta huolehtiminen (2), potilaan tilan äkillisiin muutoksiin vastaamista (2), potilaan (1) ja vitaalielintoimintojen tarkkailua (1), sairauden pahenemisen/lisäongelmien ehkäisyä (2), ravitsemusta ja nestehoitoa (1), potilaslähtöisyyttä (2) yksilöllisyyttä (1), potilaan kunnioitusta (2), ammattitaitoa (2), järjestelmällisyyttä (1) ja suunnitelmallisuutta (1). Tärkeänä työssä pidetään myös ammattiyllpeyttä (1), eettisyyttä (1), läsnäoloa (1), samanarvoisuutta (1), rau-

hallisuutta (1), asiakastyytyväisyyttä (1) ja kaikkien tyytyväisyyttä (1), ympäristön siisteyttä (1), omaisten huomiointia (1), muiden auttamista (1), hyvää työyhteisöä (1), aseptista toimintaa (1), työniloa (1), asiantuntijuutta, empatiaa (1) ja omahoitajuutta (1). Kaikki työ on tärkeää (1).

Sairaanhoitajat vastasivat seuraavasti siihen, mitä työssä pidetään tärkeimpänä:

”Potilaan hyvinvointi, potilaan hyvä ja kokonaisvaltainen hoito.”

”Yksilöllisyys ja ammattitilpeys, vaikka kukaan ei näkisi, pitää kaikki asiat hoitaa huolella ja kunnolla.”

”Potilas lähtöisyyden. Omien potilaiden asioihin ja hoitoihin keskittyminen. Muiden auttaminen mahd. mukaan. Lääkehoidon oikea ja huolellinen toteuttaminen. Perushoito. Hyvä työyhteisö.”

”Osata tulkita ja ennakoita potilaan vointia, jotta ei omalla toiminnalla heikennä sitä tai tee potilaan oloa tukalammaksi. Pitää olla ns. ”askeleen edellä”.”

”Potilaan kunnioittamista, asiantuntijuutta ja työniloa.”

”Kun muistaa, että töitä tehdään potilaita varten ja otetaan vastuu siitä, että hoidetaan työhön kuuluvat tehtävät huolella niin hyvin menee.”

5.3 Potilaan perushoidon kehittäminen valvontaosastolla

Kysymyksessä 21 kysyttiin, miten vastaajat kehittäisivät perushoitoa valvontaosastolla. Alakategorioiksi muodostuivat lisää resursseja, osaston käytänteiden yhtenäistäminen, huomiota perushoidon laatuun, tasavertaisuus ja kannustaminen, lisää koulutusta ja perehdyttämistä sekä enemmän huomiota perushoidon osa-alueisiin. Seuraavana on vielä eriteltyä, mitä vastaajat toivat esille perushoidon kehittämiseksi (n=34): yhteisten sääntöjen noudattamisen muistuttelu kaikille hoitoon osallistuville (5). Vastaajat toivovat, että työskentely olisi yhtenäisempää (2), ja että olisi koulutusta (3) ja ravitsemusneuvontaa lisäravinteiden käytöstä (1), enemmän aikaa ja työparitoimintaa (3), riittävästi hoitajia (1), lisää suihkuja, wc:tä (2) ja laskutilaa (1), uudet parranajokoneet (1) ja enemmän huomiota parranajamiseen (1). Tarvittaisiin myös jatkuvaa keskustelua perushoidosta (1). Jokainen voisi miettiä omaa perushoidon toteuttamistaan; onko se riittävää (1), perushoidon laadun tarkkailu (1) ja ulkopuolinen havainnoimaan perushoidon toteutumista (1). Uusia apuvälineitä kokeiluun ja käyttöön rohkeasti (1), lisää verhoja intimitteettisuojan vuoksi (1), uusien työntekijöiden perehdytys (1), toisten kannustaminen (1) ja avunsaanti tarvittaessa (1), perushoidollisten tehtävien jakaminen aamu- ja

iltavuoroon tasavertaisesti (1), potilaiden jakaminen hoitajien kesken tasavertainen (1) sekä perushoidon toteuttaminen tasavertaisesti (2). Clinisoft toivotaan kirjaamiseen (1), haavanhoitotuote -koulutuksia (1), sekä suunhoitoon pitäisi kiinnittää enemmän huomiota (2) Hygieniahoitajat koetaan hyviksi ja he ovat tehneet työtä perushoidon kehittämiseksi (1).

”Potilaat hoidetaan yleisesti ottaen valvonnassa suhteellisen hyvin, huolelliset ja tilanteen mukaiset aamupesut on ehkä tärkeimmät. Ja vaikka potilas on aamulla puunattu niin joka vuorossa pitäisi kuitenkin tarkastaa että sekä potilas että lakanat ym. on siistit.”

”Laadun tarkkailu, kannustettaisiin toisiamme huolehtimaan perushoidosta.”

”Uusien työntekijöiden perehdyttämisessä pitäisi huomioida enemmän perushoitoon liittyviä asioita. Pitäisi ohjata selkeästi, että mitkä asiat täytyy tehdä ja kuuluvat jokaisen vastuulle. Hygieniahoitajat ovat tehneet hyvää työtä perushoidon kehittämisessä. En tiedä auttaisiko selkeät ohjeistukset siitä, mitä jokaisen tehtäviin kuuluu perushoitoon liittyen, siihen, että osa hoitajista mielestäni ajoittain laiminlyö perushoidon toteuttamista.”

”Siitä pitäisi puhua ja keskustella jatkuvasti. Uusia apuvälineitä käyttöön ja kokeiluun rohkeasti. Parantamisen varaa löytyy aina.”

”Enemmän aikaa ja työparitoimintaa jotta pesut onnistuisivat helpommin, koska yksin se on melko raskasta.”

Kysymyksen 22 avulla selvitettiin, ovatko vastaajat saaneet koulutusta perushoitoon liittyen tai kokevatko he olevan tarvetta sille. Koulutusta perushoidon osalta on saanut 15, ja 15 ei ole saanut koulutusta. Osa koki koulutukselle olevan tarvetta (8) ja osa ei (10).

”Aina muistuttaminen lisää mielestäni oman työn kritisointia, joten koulutuksesta ei ole koskaan haittaa. Ihan perushoitoon lähinnä ei ole kovasti lisäkoulutusta ollut, mutta muuten hygieniapisteitä temppuratapäivillä.”

”Olen saanut hieman koulutusta valmistumiseni jälkeen. Osastollani saisi olla enemmän koulutusta perushoidosta, sillä työyhteisöstä löytyy valitettavan monia, joilla perushoidon toteuttaminen on huonoa. Suurin osa kuitenkin huolehtii perushoidosta kiittävästi.”

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Tuloksien tarkastelu

Seuraavaksi käsitellään opinnäytetyön tuloksia peilaten opinnäytetyön teoriaosaan ja verrataan eri kysymysten vastauksia keskenään; niiden eroja ja samankaltaisuuksia. Aineiston analyysissä ilmeni, että suurin osa niistä, jotka ovat saaneet koulutusta perushoittoon liittyen, haluavat sitä myös jatkossa, ja ne, jotka eivät ole saaneet koulutusta, eivät koe sitä myöskään tarpeelliseksi. Kuitenkin Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (229/1994) velvoittaa kehittämään ja ylläpitämään ammattitaitoa ammattitoiminnan edellyttämällä tasolla ja sairaanhoitajan tulee perehtyä ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Tämä tulee työnantajan mahdollistaa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 229/1994). Romppasen (2008, 38) mukaan työtä kohtaan voidaan olla välinpitämättömiä, mikä ilmenee esimerkiksi haluttomuutena oppia uutta. Osaamisessa tai työkyvyssä voi olla ongelmia sairaanhoitajien osalta, jolloin potilasturvallisuus ei toteudu halutulla tavalla ja hoidon laatu on huonoa. Työssä kohdataan toistuvasti myös hoitovirheitä. (Romppanen 2008, 38.)

Tuloksissa ilmeni, että perushoidettaessa saa tietoa potilaasta ja tämän takia perushoito koetaan tärkeäksi. Myös Niemisen (2007, 27) tutkimuksessa ilmeni, että pelkästään näkemällä ja havainnoimalla sairaanhoitaja voi saada arvokasta tietoa potilaan tilasta, ja pystyy näiden tietojen pohjalta arvioimaan potilaan hoidon tarvetta. Vastaajat kokivat, että etenkin aamuvuorossa muut työt perushoidon lisäksi kuormittavat hoitohenkilökuntaa. Niemisen (2007, 38) mukaan aamuvuoroissa lääkärintieto ja potilaalle tehtävät hoitotoimenpiteet saattavat kohdistua samaan ajankohtaan, mikä vaatii sairaanhoitajalta kykyä hallita useita työtehtäviä samanaikaisesti. Kuitenkin taas kyselyssä tuli ilmi, että perushoito toteutuu aamuvuorossa parhaiten. Vastaajista 13 oli kerinnyt vastaamaan aamuvuorossa, vaikka vastauksissa tuli ilmi, että se on kiireisin vuoro ja silloin on paljon päällekkäisiä tehtäviä. Tietysti vuorojen työtehtävien määrä vaihtelee riippuen potilaista. Rautava-Nurmen ym. (2013, 20) mukaan nykyään terveydenhuollossa kiinnitetään enemmän huomiota ympäristön kauneuteen. Vastaajat toivat tämän myös esille useasti ja 32 vastasi huolehtivansa lähiympäristön siisteydestä. Kuitenkin sen huomioiminen koetaan puutteelliseksi ja siihen toivotaankin kiinnitettävän enemmän huomioita.

Niemisen (2007, 40) tutkimuksessa tuli esille yhteistyön tärkeys; muiden auttaminen ja toisten ammattitaidon kunnioittaminen, jotta työyhteisö olisi toimiva. Valvontaosaston sairaanhoitajat kokivat sen, että saa apua kannustavan perushoidon toteuttamiseen. Työyhteisön sairaanhoitajat vastaavat yhdessä hoitotyön laadusta ja siitä, että sitä parannetaan jatkuvasti (Sairaanhoitajaliitto 2014). Leino-Kilven ja Välimäen (2012, 89) mukaan eettisiä ongelmia voidaan ehkäistä kirjoittamalla hoitoyksikön toimintaohjeet. Myös valvontaosastolla koettiin, että yhteiset säännöt kannustaisivat perushoidon toteuttamiseen ja he toivoivatkin, että työskentely olisi yhtenäisempää ja että sääntöjen noudattamista valvottaisiin ja niistä muistuteltaisiin.

Niemisen (2007, 32) mukaan on osattava arvioida nopeasti, mitkä toimenpiteet on tehtävä ensimmäisenä eli on osattava priorisoida työtehtäviä. Vitaalielintoimintoihin vastaaminen korostuu ja priorisoituu, kun potilaan tilassa tapahtuvat muutokset vaativat välittömän muutostarpeen hoitotyössä (Paakkinen-Tiainen 2007). Tämän myös vastaajat toivat ilmi. Tällöin myös huomio menee enemmän potilaan tilan vakauttamiseen ja perushoidon toteuttamiseen jää vähäisemmälle huomiolle, mutta todettiin myös, että sitä ei siltikään unohdeta. Kankaan (2010, 436) mukaan perushoidon sisällön ja ajoituksen suunnittelussa on huomioitava potilaan kunto, käynnissä olevat hoidot, sekä sovittujen tutkimusten ja toimenpiteiden ajankohdat. Potilaalle on annettava aikaa myös lepoon. (Kangas 2010, 436.) Tämä tuli esille myös kyselyn vastauksissa, joissa sairaanhoitajat toivat ilmi, että potilaan tila vaikuttaa perushoidon toteuttamiseen ja siinä on huomioitava yksilöllisyys, tilannekohtaisuus ja potilaslähtöisyys.

Potilaalla on oikeus tietää perustelut hoitoonsa liittyen. Hoitotyössä käytettävien menetelmien, auttamiskeinojen ja ratkaisujen tulee olla perusteltuja ja luotettavia. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 30.) Jos perushoitoa ei toteuteta, siihen tulisi olla perustelut. Vastaajat toivatkin ilmi, että aina ei esimerkiksi potilaan tilasta johtuvien syiden vuoksi voida perushoitoa toteuttaa. Tästä tulisi myös kirjata potilastietoihin. Potilaalla on vapaus päättää, mitä hänelle tehdään (Joel & Kelly 2001, 333–334). Muistettava kuitenkin on, että potilas ei välttämättä sairaudestaan johtuvan sekavuuden tai muistamattomuuden vuoksi ymmärrä omaa parastaan ja voi kieltäytyä tarpeellisesta hoidosta (Paakkinen-Tiainen 2007, 68). Vastaajat toivat ilmi, että perushoidossa on huomioitava potilaslähtöisyys ja potilaan oma tahto. Hoitajan on harkittava, miten potilaan toiveet ja tarpeisiin vastaaminen on toteutettavissa potilaan terveyttä vaarantamatta (Paakkinen-Tiainen 2007, 39). Potilaan toiveet perushoidossa huomioi aina 41 % ja toisinaan 59 % vastaa-

jista. Tuloksissa tuotiin esille, että jotkin asiat, esimerkiksi haavanhoidot, on tehtävä, vaikka potilas ei haluaisi.

Sairaanhoitajan on otettava huomioon potilaalle koituva hyöty ja mahdolliset haitat (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 229/1994). Paakkinen-Tiaisen (2007, 44) tutkimuksessa ilmeni sairaanhoitajan näkökulma, jossa potilas on mahdotonta kohdata yksilönä potilaan ollessa tajuton. Tällöin kuitenkin voidaan huomioida yksilöllisyys potilaan hoidon suunnittelussa hänen oireitaan ja tilaansa vastaavaksi, jolloin hoito ei ole kaikilla samanlaista.

Ajanpuute osoittautui suurimmaksi syyksi siihen, ettei hoitaja pysty toteuttamaan eettisesti oikeana pitämäänsä hoitoa (Kuokkanen ym. 2010, 30). Vastauksissa tuli useasti ilmi kiire ja 24 (n=34) oli sitä mieltä, että se on syy perushoidon toteuttamatta jättämiselle ja sen toteuttaminen riippuu siitä, kuinka kiire on. Vastauksissa tuotiin kuitenkin myös ilmi, että perushoidolle on aina aikaa. Huolelliseen hoitoon, voinnin arviointiin ja havaintojen kirjaamiseen on oltava riittävästi henkilökuntaa ja aikaa (Kangas 2010, 436). Myös vastauksissa tuli ilmi, että henkilökuntaa on oltava riittävästi. Hoidon dokumentointi tekee annetun hoidon näkyväksi ja sen avulla voidaan varmistaa, että potilas on saanut tarvitsemansa hoidon sekä myöhemmin voidaan arvioida tehtyjä hoitotoimenpiteitä (Blomster ym. 2001, 175; Nieminen 2007, 28). Vastaajat toivat ilmi, että perushoito toteutuu hyvin, kun on kirjattu mitä on tehty.

Laadukkaassa hoitotyössä pyritään varmistamaan parhaiten saavutettavissa oleva hoitotulos ja välttämään haitalliset sivuvaikutukset. Hoidon laatua arvioidaan sen parantamiseksi ja hoitohenkilöstön työolosuhteiden ja organisaation toimivuuden kehittämiseksi. (Blomster ym. 2001, 175.) Tuloksissa myös ilmeni, että perushoidon laatua tulisi tarkkailla ja sen toteuttaminen on potilaan etu ja tällöin toteutuu paras mahdollinen hoidon laatu.

Hyvällä perushoidolla ehkäistään infektioita, ihorikkoja, painehaavoja ja virheasentoja (Ahonen 2012, 71; Anttila ym. 2007, 40; Ylipalosaari ym. 2011, 1449). Tuloksissa ilmeni, että perushoito on tärkeää komplikaatioiden ehkäisemiseksi. Suunhoidolla pyritään sairaalakeuhkokuumeen ja muiden suuperäisten infektioiden ehkäisyyn ja hampaiden eheyden turvaamiseen sekä potilaan hyvinolontunteeseen (Kangas 2010, 440). Vastaajista 33 (n=34) kokee toteuttavansa suunhoitoa päivittäin, mutta vastauksissa ilmeni,

että suunhoidon toteuttamisessa olisi puutteita ja vain 11 vastaajan mielestä suunhoito kuuluu perushoitoon. Intimiteetin suojaus nousi esille vastauksissa ja toivottiin lisää väliverhoja, jotta potilasta voidaan suojata paremmin. Kangas (2010, 437) toi esille, että potilasta pestäessä tulisi paljastaa vain pestävä alue.

Potilasta hoidettaessa ja hänen kohtelussaan on otettava mahdollisuuksien mukaan huomioon potilaan kulttuuri, äidinkieli ja yksilölliset tarpeet (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Kyselylomakkeessa oli kysymys, miksi perushoito jätetään toteuttamatta ja yhtenä vastausvaihtoehtona oli kielimuuri, kulttuuriero, jota kukaan ei ollut valinnut, joten tämän ei ainakaan koeta valvontaosastolla olevan este perushoidon toteuttamiselle.

Sairaanhoitajan on hoidettava potilaita tasa-arvoisesti yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, arvioida omaa ja muiden pätevyyttä ottaessaan vastaan työtehtäviä, sekä jakaessaan niitä muille (Sairaanhoitajaliitto 2014). Henkilökunnan välisessä yhteistyössä ongelmia olivat huono käyttäytyminen toisia kohtaan, joka näkyi töiden valikoimisena (Romppanen 2008, 39). Tuloksissa tuli ilmi, että sairaanhoitajat toivovat, että potilaiden jakaminen heidän kesken olisi tasavertaista. Huomioitava on, että kun ihmisiä kohdellaan tasa-arvoisesti, se voi johtaa heidän tasapäistämiseensä, jolloin syntyy ristiriita ihmisen yksilöllisyyden ja ainutkertaisuuden välille (Halme 2012, 103). Sairaanhoitajien tulisi kunnioittaa muiden ammattiryhmien edustajien asiantuntemusta ja pyrkiä hyvään yhteistyöhön muiden potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien kanssa (Sairaanhoitajaliitto 2014). Tuloksissa ilmeni, että valvontaosaston sairaanhoitajat pitävät hygieniahoitajan työtä kannustavana ja motivoivana.

Jos potilaan hoitamisesta tulee sairaanhoitajalle rutiinia, on aika valpastua. Tilanne voi olla potilaalla ensimmäinen laatuaan ja potilas voi kokea, että häntä ei kohdata huolehtivasti ja kunnioittavasti, ja hän ei tule nähdyksi, kuulluksi ja uskotuksi. (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 158.) Tuloksissa toistui rutiini useassa kohdassa. Muun muassa perushoidon koetaan olevan osa rutiinia. Osassa kuitenkin luultavammin tarkoitettiin, että perushoito kuuluu rutiinitehtäviin, mutta tapa, jolla se toteutetaan, ei ole rutiinia.

Tehostetussa hoidossa vaaditaan erityistä eettistä herkkyyttä ja ammatillista pätevyyttä heikossa asemassa olevan ihmisen tukemiseksi. Fyysiseen rajoittuneisuuteen kuuluu potilaan kyvyttömyys päivittäisiin toimintoihin, esimerkiksi henkilökohtaisesta hygieni-

asta huolehtimiseen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 240–241.) Vastaajien mielestä valvontaosastolla potilaat tarvitsevat enemmän apua perushoidossa verrattuna vuodeosaston potilaisiin. Potilaat ovat raskashoitaisempia ja valvontalaitteet rajoittavat heidän itsenäistä toimintaansa, kuten myös opinnäytetyön teoriaosassa tuli ilmi.

Sairaanhoitajan on tiedostettava, että potilaan fyysisten tarpeiden tyydyttämisen ja kehon hoitoon liittyvän työn lisäksi potilaan muutkin puolet on huomioitava (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 158). Vastauksissa kokonaisvaltaisuus toistui usein ja sitä pidettiin työssä tärkeimpänä 11 sairaanhoitajan mielestä. Perushoidon koetaan toteutuvan hyvin kun se on kokonaisvaltaista. Esimerkiksi pelkkä lääkehoito ei riitä potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Perushoitoa pidetään myös hoitotyön perustana ja osana kokonaisvaltaista hoitoa.

Potilaslähtöisesti toimimista tukee omahoitajajärjestelmä, vastuupotilaiden pieni määrä ja tekniset laitteet (Paakkinen-Tiainen 2007, 58). Vaikka valvontalaitteet ovat hyödyllisiä, niiden koetaan kuitenkin olevan tiellä ja vaikeuttavan perushoidon toteuttamista, mutta ei tee siitä kuitenkaan ylivoimaista. Hyväksi koettiin myös se, että potilasmäärä on sopiva yhdellä hoitajalla. Paakkinen-Tiainen (2007, 57) mukaan tehostetussa hoidossa hoitajalla on työvuoron aikana yleensä yksi, korkeintaan kaksi potilasta, jolloin hänellä on aikaa keskittyä potilaaseen, ja toteuttaa hänen toiveitaan, sekä vastata hänen tarpeisiinsa. Valvontaosastolla on enemmän henkilökuntaa ja vähemmän potilaita yhtä hoitajaa kohden verrattuna vuodeosastoihin, jolloin hoitaja voi keskittyä potilaan hoitamiseen paremmin ja hänellä on enemmän aikaa potilaalle kuin vuodeosastolla. (Paakkinen-Tiainen 2007, 57, 63.) Vastauksissa ilmeni, näkökulma, että valvontaosastolla perushoidosta huolehditaan paremmin kuin vuodeosastolla, mutta vuodeosastolla taas potilaat ovat parempikuntoisia, eivätkä tarvitse niin paljon apua.

Eettisiksi ongelmiksi havaittiin avoimuuden ja keskustelun puute, hoitajien erilaiset tietotasot eettisissä asioissa, omaisten vaatimukset ja vahvat hoitajapersoonat, joilla on oma näkemyksensä eettisistä asioista (Kuokkanen ym. 2010, 30). Ammattitaitoinen hoitaminen vaatii kokemusta, eikä sitä voi opetella kirjoista (Paakkinen-Tiainen 2007, 42). Tuloksissa ilmenikin, että kokemus lisää perushoidon huomiointia ja jokaisella on oma tyyli työskennellä. Myös hoitajien empaattisuus ja henkilökohtaiset syyt vaikuttavat perushoidon toteuttamiseen. Valvontaosastolla toivottaisiin myös jatkuvaa keskustelua perushoidosta, ehkä tämä myös vähentäisi eroja sairaanhoitajien toimintatavoissa pe-

rushoidon toteuttamisen suhteen. Romppasen (2008, 45) mukaan resursseja ei osata kohdentaa oikein ja resurssipula huonontaa potilaiden hoidon laatua. Vastaajista 15 (44%) mielestä valvontaosastolla on hyvät resurssit toteuttaa perushoitoa, mutta puutteita on esimerkiksi laskutilojen suhteen. Toiset kokivat, että tilat ovat hyvät, mutta toisten mielestä ahtaat.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212). Tutkimusetiikka on hyvä tieteellinen tapa, jota tutkimusta tehdessä tulee noudattaa. Se määrittää tutkimuksen tekoa koskevat pelisäännöt suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, toimeksiantajiin ja suureen yleisöön. Siihen sisältyvät eettiset periaatteet, joita ovat muun muassa arvot, normit ja hyveet. Lainsäädäntö ja tutkimusetiikka ovat kaikille samat riippumatta siitä, tekeekö tutkimusta ammattitutkija vai opinnäytetyötään tekevä opiskelija. Tutkijan velvollisuus on noudattaa tutkimusetiikkaa. (Vilka 2007, 89, 92.) Tutkimukseen haetaan lupa, minkä yhteydessä on varmistettava, saako osaston nimeä julkaista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221–222).

Tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavien yksityisyyttä eli ettei tutkittavien henkilötiedot pääse sivullisten käsiin eikä tutkittavia voida tunnistaa ominaisuuksien kuvauksen perusteella (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 220; Vilka 2007, 95). Jos aineisto on pieni, siitä voi erottua pieniä alaryhmiä, esimerkiksi miespuoliset hoitotyöntekijät. Tällöin ryhmittäisten erojen raportointi ei ole eettisesti aiheellista, koska tutkittavat voitaisiin tunnistaa. Tutkijan on pohdittava aiheen merkitystä, miten tutkimus vaikuttaa siihen osallistuviin sekä sitä, onko tutkimus hyödyllinen. Oikeudenmukaisuus tarkoittaa tutkimustyössä sitä, että tutkittaviksi valikoituvat ovat tasa-arvoisia ja siihen sisältyvät myös tutkittavan kulttuuristen uskomusten, tapojen ja elämäntavan kunnioittaminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.)

Itsemääräämisoikeus on yksi tutkimukseen osallistumisen lähtökohdista. Tällä tarkoitetaan vapaaehtoista osallistumista ja mahdollisuutta kieltäytyä tutkimuksesta. Osallistumisen tulee perustua myös tietoiseen suostumukseen eli tutkittavan on täysin tiedettävä tutkimuksen luonne. Tutkittavan on oltava tietoinen tulosten julkaisemisesta ja aineiston säilyttämisestä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–219.) Tutkittavia tulee

informoida asianmukaisesti saatekirjeessä tutkimuksesta sekä tutkimusaineiston keräämisestä. Aineiston käsittely on luottamuksellista ja se on selitetty selkeästi sekä huolellisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219; Vilka 2007, 99). Kyselytutkimuksessa tietoisesti suostumukseksi voidaan tulkita kyselyyn vastaaminen. Tällöin saatekirjeeseen ja sen informatiivisuuteen on kiinnitettävä erityisesti huomiota. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 220.) Tutkimuksen kysymystenasettelu, tavoitteet, aineiston kerääminen, tulosten esittäminen ja aineiston säilytys eivät saa loukata tutkimuksen kohderyhmää, eikä hyvää tieteellistä tapaa (Vilka 2007, 91).

Hyvään tieteelliseen tapaan kuuluu muun muassa herkkyyys eettisten kysymysten suhteen, yleinen huolellisuus, tarkkuus, rehellisyys, eettisesti kestävien tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien käyttö, tutkittavan oikeus kieltäytyä tutkimuksesta, avoimuus tulosten julkaisemisessa, toisten työn tulosten asianmukainen ja kunnioittava käyttö, tutkimuksen raportointi tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti, loukkaavien, tyypittelevien ja alistavien tai mitätöivien ilmaisujen välttäminen. (Vilka 2007, 91.)

Eettisiä haasteita liittyy myös tutkimusraportin laatimiseen. Näitä ovat plagiointi eli toisen henkilön kirjoittaman tekstin suoraa lainaamista ilman lähdeviitteitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224.) Tarkistettava on, että tutkimusraportin viitteet ovat asianmukaisesti kohdallaan ja lukija tietää, onko kyseessä tutkijan omaa tekstiä vai lähteestä otettua (Vilka 2007, 99). Muita eettisiä haasteita ovat muun muassa tulosten keksiminen, puutteellinen raportointi ja toisten tutkijoiden vähättely. Tällöin yksi jäsen tutkimusryhmästä ikään kuin omii tutkimustulokset itselleen ja julkaisee niitä omissa nimissään. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 225.)

Tutkimuksessa on syytä tarkistaa, että tutkimusaineisto ja lähdeaineisto eroavat perustellusti toisistaan, tutkimusaineiston keräämisen tapa on perusteltu ja eettisesti kestävä kohdejoukon kannalta. Huomioitava on myös, ettei tutkimusaineiston kerääminen aiheuta vahinkoa tai haittaa kohderyhmälle, tutkimuspaikalle tai ympäristölle. Tärkeää on, että tulokset esitetty selkeästi oman pätevyysalueen sisällä, ja niistä on tiedotettu kohderyhmälle. (Vilka 2007, 99.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta voi arvioida tarkastelemalla sen validiteettia ja reliabiliteettia, joista muodostuu kokonaisluotettavuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 225.)

läinen-Julkunen 2013, 189; Vilka 2007, 152). Kokonaisluotettavuutta voidaan parantaa tutkimalla sitä mitä pitikin, valitsemalla tutkimuksen perusjoukko perustellusti, ja määrittelemällä otos perusjoukosta huolellisesti. Valitaan kohderyhmään ja tutkittavaan asiaan sopiva tapa kerätä aineistoa ja analyysimenetelmä, jolla on mahdollista saada merkittävää tietoa tutkittavasta asiasta. Varmistetaan että kaikki tarvittava tieto on mukana mittauksessa ja mitattavat asiat on määritelty yksiselitteisesti ja täsmällisesti. Tutkimusajankohdaksi valitaan kohderyhmän tavoitettavuuden kannalta sopivin ajankohta. Tietojen syöttö tehdään huolellisesti, sekä tarkistetaan ennen tallentamista. (Vilka 2007, 152–153.)

Validiteetilla tarkoitetaan sitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoitus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,189; Vilka 2007, 150). Validiteetin arvioinnin kohteena tutkimuksessa ovat muun muassa millaisia epätarkkuuksia mittariin sisältyy, ja miten onnistunut valittu asteikko on (Vilka 2007, 150). Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuolella olevaan perusjoukkoon (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189).

Reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen. Mittaamisen reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, saadaanko samalla mittarilla samansuuntaisia tuloksia muissa tutkimuksissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–190; Vilka 2007, 149.) Kysymys on siis tutkimuksen toistettavuudesta. Reliabiliteetissa tarkastellaan mittaukseen liittyviä asioita ja tarkkuutta tutkimuksen toteuttamisessa. Tutkimuksen tarkkuudella tarkoitetaan sitä, ettei tutkimukseen sisälly satunnaisvirheitä. (Vilka 2007, 149.)

Reliabiliteetin arvioinnin kohteina ovat miten onnistuneesti otos edustaa perusjoukkoa eli mikä on otoskoko ja sen laatu, sekä mikä on vastausprosentti. Tutkimuksessa voi esiintyä myös systemaattisia virheitä, jotka voivat johtua kadosta tai esimerkiksi vastaajien valehtelusta. (Vilka 2007, 149–150, 153.) Arvioitava on myös sitä kuinka huolellisesti havaintoyksikköjen kaikkia muuttujia koskevat tiedot on syötetty ja millaisia mitausvirheitä tutkimukseen sisältyy eli mittarin kyky mitata tutkittavia asioita luotettavasti, sekä sen toimivuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191; Vilka 2007, 150). Luotettavuutta lisää se, että lomake on testattu ja korjattu (Vilka 2007, 153). Esitestaus voidaan suorittaa tutkimusotosta vastaavalla pienemmällä määrällä vastaajia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191).

Koko tutkimuksen luotettavuuden perusta on mittarin sisältövaliditeetti. Jos mittari on valittu väärin, eikä se mittaa sitä mitä haluttiin, on mahdotonta saada luotettavia tuloksia. Sisältövaliditeettiin vaikuttaa siis se, mittaako mittari tutkittavaa ilmiötä, onko valittu oikea mittari, onko käsitteet operationalisoitu eli muutettu mitattaviksi muuttujiksi luotettavasti ja se, millainen on mittarin teoreettinen rakenne. On pohdittava myös, onko mittari tarpeeksi kattava vai jääkö jokin osa-alue mittaamatta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190.) Kysymyksien tulee olla sisällöllisesti mahdollisimman konkreettisia, ja että niitä, sekä vastausvaihtoehtoja on tutkittavan asian kannalta oikea määrä (Vilka 2007, 152). Tarkasteltava on myös sitä, onko tutkittava asia niin selvärajainen, että sitä voi luotettavasti mitata (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190).

Tulosten luotettavuutta tulee arvioida. Tulosten sisäinen validiteetti tarkoittaa sitä, että tulokset johtuvat asetelmasta, eivät muista sekoittavista tekijöistä. Sisäisen validiteetin uhkia voivat olla esimerkiksi valikoituminen eli ”hyvät” vastaajat ovat seuloutuneet mukaan tutkimukseen, testauksen vaikutus ja kontaminaatio eli tutkittava on joutunut tutkivan asian kanssa tekemisiin ennen tutkimusta esimerkiksi median välityksellä ja vastaa tämän pohjalta. Arvioitava on tulosten ulkoista validiteettia eli sitä, ovatko tulokset yleistettäviä. Tälle uhkia ovat muun muassa se, että tutkittava muuttaa käyttäytymistään, kun tietää olevansa tutkimuksen kohteena. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 195–196.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin tulisi kohdistua muun muassa seuraaviin osa-alueisiin: keitä tutkittiin ja mikä otoksen koko on sekä sen edustavuus, miten tutkittavat tavoitettiin, miten tutkittavat saatiin osallistumaan tutkimukseen, mitkä olivat tutkittavien mukaanotto- ja poissulkukriteerit, oliko tutkittavat satunnaistettu, onko tulokset saatu tieteellisillä menetelmillä, onko saaduilla tuloksilla merkitystä hoitotyön käytäntöön, ovatko tulokset kliinisesti tai tilastollisesti merkittäviä sekä voidaan-ko tuloksia soveltaa sellaisinaan hoitotyön käytäntöön. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 196.)

Toisilta saadut kommentit ovat tärkeitä tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi, sillä se vähentää tutkimuksen virheitä. Keskustelua ja arviointia kannattaa käydä tutkimusaiheen valinnasta ja tutkimusongelmien muotoilemisesta sekä teoreettisten käsitteiden ja teorian operationalisoinnista. Mittarin kysymysten sisällöstä ja muodosta sekä vastausvaihtoehdoista on hyvä keskustella, kuten myös tutkittavien valinnasta, otannasta ja

otantamenetelmästä sekä analyysitavoista. Kommentit tutkimuksen tuloksista ja tulkin-
nasta sekä niihin liittyvistä systemaattisista virheistä ja satunnaisvirheistä ovat myös
tärkeitä. (Vilka 2007, 153.)

Opinnäytetyössä ei ole käytetty suoria lainauksia lähdeaineistosta ja lähdeviitteet on
merkitty oikein. Käytetyt lähteet ovat luotettavia sekä melko tuoreita. Sitä arvioitiin
kriittisesti onko lähteen kirjoittaja/kirjoittajat luotettavia, ja onko esimerkiksi Internet –
lähde luotettavan tahon ylläpitämä. Suurin osa lähteistä on julkaistu vuonna 2009 tai sen
jälkeen. Joitakin vanhoja lähteitä on, mutta niiden asiasisältö on sellaista, mikä ei juuri
vanhetessaan muutu. Esimerkiksi Hietalan (2000) tutkimus on vanha, mutta sen sisältö
oli puhuttelevaa, mikä voi saada miettimään asioita, jos huomaa omassa tai muiden toi-
minnassa siinä esille tulleita asioita. Opinnäytetyö on pyritty kirjoittamaan niin, ettei se
loukkaa ketään. Opinnäytetyöhön on haettu lupa opetusylihoitajalta. Työelämä yhteyte-
nä mainitsemme yleisesti Pirkanmaan sairaanhoitopiirin. Osastosta saadaan mainita, että
se on valvontaosasto. Osaa kyselyn vastauksista on muokattu niiltä osin, ettei niistä pys-
yttäisi tunnistamaan vastaajaa tai organisaatiota. Aihe on hyödyllinen, sillä se on läh-
töisin työelämäyhteyden tarpeesta ja opinnäytetyön sisältö on ajatuksia herättävää asiaa
ja tuloksissa tulee hyvin ilmi kehittämiskohtia perushoidon toteuttamisessa.

Opinnäytetyössä tehtävään kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Kohderyhmälle
lähetettiin saatekirje (ks. Liite 5), jossa annettiin tietoa kyselyn ja opinnäytetyön toteut-
tamisesta. Aineiston käsittely tapahtui luottamuksellisesti ja aineisto hävitettiin opinnäy-
tetyön valmistuttua, eikä ulkopuolisten ole mahdollista saada sitä käyttöönsä. Kyselyyn
vastaajia ei valikoitu, vaan kaikilla valvontaosaston sairaanhoitajilla oli mahdollisuus
vastata kyselyyn. Taustakysymyksissä kysyttiin sukupuoli, jotta voidaan eritellä tar-
kemmin ketä tutkimukseen on vastannut, mutta emme vertaile keskenään mies- ja nais-
puolisten vastaajien vastauksia, sillä miehiä on vain pieni osa. Myös muut taustamuuttu-
jakysymykset valitsimme kartoittaaksemme millaiset taustatiedot vastaajilla on. Tuom-
me ne esille tuloksissa, mutta emme varsinaisesti vertaile tuloksia niiden pohjalta. Tu-
lokset on esitetty totuuden mukaisesti opinnäytetyössä.

Kyselomakkeella saatiin tietoa asioista, joista haluttiin. Kysymyksiä olisi voinut suunni-
tella eri tavalla, esimerkiksi käyttäen asteikkoa 1-5, jotta olisi saatu enemmän kuvaavia
numeerisia arvoja. Perusteluja ja avoimia kysymyksiä olisi voinut olla vähemmän, sillä
niiden analysoiminen oli työlästä, kun vastaajia oli 34. Kyselyssä käytettiin e-lomake

pohjaa, mutta muuten kyselyn rakenne ja sisältö muotoutui teoreettisten lähtökohtien pohjalta. Kysymykset oli ryhmitelty otsikoittain, mikä selkeytti lomaketta. Pääosin kysymykset olivat selkeitä, mutta joitakin kysymyksiä olisi voinut jakaa osiin, sillä niissä kysyttiin kahta asiaa samassa kysymyksessä.

Vastausprosentti oli 52 %. Työelämäyhdysenkilön kanssa sovittiin tavoitteeksi, että vähintään puolet sairaanhoitajista vastaisi. Vastaajista on voinut jäädä pois ne, jotka olisivat asioista erimieltä tai heiltä olisi voinut tulla uusia ajatuksia ja näkökulmia asiaan. Kyselyn ajankohta ei ehkä ollut kaikkein paras, sillä silloin oli vielä kesälomakausi, joten sekin on saattanut vaikuttaa vastaajamäärään. Pääsääntöisesti kaikki olivat vastanneet niin, että vastauksia pystyttiin käyttämään, eikä yhtään lomaketta tarvinnut hylätä. Osa oli valinnut monivalintakysymyksissä useita vaihtoehtoja ja kyllä/ei kysymyksissä molemmat vaihtoehdot. Analyysi on toteutettu totuudenmukaisesti ja tarkistettu, että se on oikein. Opinnäytetyöhön liittyvistä asioista keskusteltiin opettajan ja työelämäyhdysenkilön kanssa sekä saatiin kommentteja opinnäytetyöseminaareissa.

Syitä sille, miksi vastausprosentti jäi melko alhaiseksi, on mahdollisesti ajanpuute, mutta toisaalta vastausaika oli mahdollista lisätä työaikaan. Kuitenkaan työpäivän jälkeen ei ehkä monikaan jaksaa jäädä vastaamaan kyselyyn, vaan haluaa päästä kotiin. Työpaikalla ei ehkä myöskään pysty keskittymään vastaamiseen, tai se saattaa keskeytyä. Osa voi myös kokea, että perushoito toteutuu hyvin, eikä kokenut vastaamista sen vuoksi hyödylliseksi.

Neljäntenä kysymyksenä taustamuuttujissa oli ”Kuinka kauan olet ollut töissä valvontaosastolla?” Tähän kysymykseen 17 oli vastannut pelkällä numerolla, eikä ollut laittanut tarkoittaako se vuotta vai kuukautta. Tämän olisi voitu huomioda kysymystä tehtäessä niin, että olisi laitettu kysymykseen kuinka monta kuukautta/vuotta on ollut valvontaosastolla töissä tai annettu valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaajat olisivat valinneet sopivan. Kaikki eivät myöskään olleet vastanneet jokaiseen kysymykseen. Tällöin oli laitettu esimerkiksi viiva tai viittaus edelliseen kysymykseen. Tämä johtui luultavasti siitä, että kysymykset olivat melko samanlaisia, eivätkä kaikki jaksaneet sen vuoksi vastata moneen kysymykseen samankaltaisista asioista. E-lomaketta tehdessä valittiin vaihtoehto, että joihinkin kysymyksiin on pakko vastata. Tämä saattoi karsia vastaajia tai aiheutti sen, että oli laitettava vain jotain vastausalueelle, että pääsi kysymyksissä eteenpäin. Vastaajat eivät ehkä kehdanneet valita omaa mielipidettään kuvaavaa vasta-

usvaihtoehtoa esimerkiksi kysymyksessä 7 ”kuinka tärkeäksi koet perushoidon potilaan hoidon osana?” oli valittu ”erittäin tärkeänä” ja ”tärkeänä”. Vaihtoehdot ”vähemmän tärkeänä”, ”ei ollenkaan tärkeää” ja ”muu potilaan hoito on tärkeämpää” jäivät tyhjiksi.

Ehkä tämä kuitenkin saa sairaanhoitajat ajattelemaan, että perushoito tulisi toteuttaa hyvin. Kaikki voivat myös pitää perushoitoa tärkeänä, minkä vuoksi valitsivat, että perushoito on tärkeää tai erittäin tärkeää. Kuitenkin kysymyksessä 13A ”Jos jätät jonkin perushoidon osa-alueen toteuttamatta, niin miksi?” oli vastattu taas, että perushoitoa ei koeta tärkeäksi. Kysymyksessä 16 tuli puolestaan esille, että esimerkiksi lääkehoito koetaan perushoitoa tärkeämmäksi.

6.3 Kehittämisehdotukset

Kehittämisehdotukset nousivat suurelta osin vastaajien esille tuomista asioista. Tulosten perusteella ilmeni, että osastolla olisi kehitettävää uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Siinä tulisi muun muassa panostaa enemmän perushoidon toteuttamiseen. Potilaiden hoidossa pitäisi kiinnittää enemmän huomiota potilaiden puhtauteen, suunhoitoon ja lähiympäristön siisteyteen. Valvontaosastolla ilmeni myös tarve, että tilaa ja laskutilaa tulisi olla enemmän sekä saniteettitiloja tarvittaisiin lisää. Välineiden toivottaisiin myös olevan lähempänä. Uusia välineitä voisi osastolla ottaa kokeiluun ja käyttöön rohkeammin ja tarvittaisiin lisää väliverhoja intymiteetin suojaamiseksi, sekä uudet parranajokoneet. Työntekijöitä tulisi olla riittävästi ja työparitoimintaa enemmän. Potilaat pitäisi jakaa tasavertaisesti hoitajien kesken, ja työn tekoon pitäisi olla riittävästi aikaa. Perushoidon toteuttamista tulisi myös jakaa tasaisesti aamu- ja iltavuoroon, koska erityisesti aamuvuoro koetaan kuormittavaksi. Voisiko esimerkiksi yhdessä sopia, että perushoitoa voi tarpeen mukaan jättää iltapäivään tai iltaan, eikä kaikkia ole ”pakko” pestä aamulla, jos aika ei riitä.

Tuloksista havaittiin, että työskentelyn tulisi olla yhtenäisempää, ja yhteisten sääntöjen noudattamisesta pitäisi muistutella kaikkia hoitoon osallistuvia. Perushoidosta olisi hyvä keskustella jatkuvasti ja perushoidon tärkeyttä tulisi perustella, jotta kaikki havahtuisivat siihen kuinka suuressa osassa potilaan hoitoa se on. Jokainen voisi myös miettiä sitä kuinka perushoitoa toteuttaa, ja sitä, onko se riittävää, ja tarvittaessa parantaa toimintaansa. Muita hoitajia pitäisi kannustaa enemmän perushoidon toteuttamiseen ja pe-

rushoidon laatua olisi hyvä tarkkailla. Tuloksissa tuli esiin, että Clinisoft-potilastietojärjestelmä koettaisiin perushoidon kirjaamiseen paremmaksi. Lisää koulutusta tarvittaisiin perushoidosta, lisäravinteiden käytöstä ja haavanhoitotuotteista. Hygieniahoitajien työpanosta voitaisiin hyödyntää ehkä vielä enemmän perushoitoon liittyvissä asioissa, jos vain mahdollista.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tulevaisuudessa aiheesta voisi tehdä esimerkiksi opinnäytetyön, jossa annetaan kehittämisajatuksia valvontapotilaan perushoittoon valvontaosastolla. Tässä olisi hyvä, että osasto saisi konkreettisen ”tuotoksen” toteutettavista perushoidon osa-alueista. Mielenkiintoista olisi myös selvittää potilaiden ja omaisten mielipiteitä perushoidon toteutumisesta, mutta se ei ainakaan vielä ole mahdollista meidän koulutusohjelmassamme.

Erilaista näkökulmaa saisi myös, jos perushoidon toteutumista kävisi havainnoimassa. Vastauksissa tuli ilmi, että tarvittaisiin ulkopuolisen näkemystä perushoidon kehittämiseksi valvontaosastolla. Myöhemmin olisi kiinnostavaa tehdä selvitys, onko tällä opinnäytetyöllä ollut vaikutusta perushoidon toteuttamiseen ja yhtenäistyivätkö osaston käytännöt perushoidon toteuttamisen suhteen. Kehittämiskohtia, joita tässä työssä on tullut esille, voisi myös ottaa esille ”ohjauspäivillä”, joita osastolla järjestetään.

6.5 Opinnäytetyön prosessin kuvaus

Opinnäytetyöprosessi alkoi tammikuussa 2013 aihevalintaseminaarilla, jonka jälkeen alkoi lähteiden etsiminen ja opinnäytetyön kirjoittaminen. Työelämäpalaveri oli helmikuussa, jossa keskusteltiin työelämäyhteyden toiveista opinnäytetyön suhteen. Kesäkuussa tehtiin opinnäytetyösuunnitelma, jolla haettiin opinnäytetyölle lupaa. Lupa saatiin elokuussa, jolloin päästiin aloittamaan aineiston kerääminen. Opinnäytetyöseminaarja oli kolme. Niissä saimme hyviä neuvoja opinnäytetyön toteuttamiseen. Aineiston analysointi aloitettiin syyskuussa. Opinnäytetyöstä aiheutuvat kulut maksoimme itse.

Opinnäytetyö eteni aikataulussa (taulukko 1), eikä sen tekemisessä ole ollut pidempiä taukoja. Välillä oli tunne, että tekemistä on vielä paljon ja epäily siitä, riittääkö aika.

Ohjauksessa kävimme aktiivisesti koko prosessin ajan, sekä tarvittaessa pidimme yhteyttä opinnäytetyöohjaajaamme ja työelämäyhdyshenkilöön sähköisesti. Ohjaus oli aina hyödyllistä ja saimme hyviä neuvoja työn toteuttamisesta sekä ajatuksia meitä mietityttäneisiin kysymyksiin. Ohjaustilanteet opettivat tarkastelemaan omaa tekstiä kriittisesti.

TAULUKKO 1. Opinnäytetyöprosessin aikataulu

Opinnäytetyöprosessin aikataulu	
Tammikuu 2013	Aihevalintaseminaari
Helmikuu 2013	Työelämäpalaveri
Maaliskuu 2013	Ideaseminaari
Kevät 2013	Lähteiden etsiminen, kyselylomakkeen tekeminen
Toukokuu 2013	Suunnitelmaseminaari
Kesäkuu-elokuu 2013	Lupahakemus
Syyskuu 2013	Aineistonkerääminen
Lokakuu 2013	Aineiston analysointi
Kevät, kesä, syksy ja talvi 2013	Opinnäytetyön kirjoittamista
Joulukuu 2013	Käsitteistöseminaari
Talvi/kevät 2014	Opinnäytetyön kirjoittamista ja muokkausta
Maaliskuu 2014	Opinnäytetyö valmis, arvioitavaksi jättäminen
Huhtikuu-toukokuu 2014	Opinnäytetyön esittäminen

Työelämäyhdyshenkilöä informoitiin työn etenemisestä sekä hänelle lähetettiin sen hetkisiä versioita opinnäytetyöstä luettavaksi ja kommentoitavaksi ja huomioimme hänen kehittämisehdotuksiaan. Prosessin aikana jaoin tiedonhakuja ja lähteiden läpikäyntiä sekä tekstin kirjoittamista. Päädyimme tehtävien jakamiseen sen vuoksi, että mielestämme se nopeutti työmme etenemistä. Kumpikin sai etsiä lähteitä ja kirjoittaa opinnäytetyötä silloin kun itselle sopi. Kävimme kuitenkin kaiken yhdessä läpi ja teimme muokkaukset, jolloin saimme tekstistä yhtenäistä.

Opinnäytetyöprosessi oli kokonaisuudessaan opettavainen, haastava, mielenkiintoinen ja vaati se pitkäjänteisyyttä. Vaikka aihe sinällään oli jo tuttu, uuttakin tietoa löytyi ja se sai taas ajattelemaan, kuinka tärkeää perushoito hoitotyössä on, myös valvontaosastolla. Opinnäytetyön tekeminen antoi uusia näkökulmia erityisesti yksilöllisestä hoitotyöstä,

sekä suhtautuminen perushoidon toteuttamiseen on nyt entistäkin kriittisempää. Opin­näytetyön tekeminen oli hyödyllistä sairaanhoitajan ammattia ajatellen ja myös valvon­taosasto on tullut tutummaksi.

Opinnäytetyöprosessi opetti myös tiimityöskentelyä, asioiden organisointia ja aikataulu­jen yhteensovittamista, sekä omista menoista joustamista. Opinnäytetyön tekeminen parin kanssa oli hyvä, sillä se kannustaa tekemään työtä eteenpäin. Yhdessä tekemisen hyvä puoli on myös se, että toinen huomaa muutettavia asioita ja virheitä tekstistä eri tavalla kuin itse huomaisi omasta tekstistään. Piti myös ottaa vastuuta, jotta työ etenisi suunnitelman mukaan. Prosessin aikana oppi lisää tiedonhakuja ja oppi käyttämään uusia tietokantoja. Oppi myös enemmän kritiikkiä sen suhteen, mikä on hyvä lähde. Opinnäy­tetyöraportin kirjoittamistaidot myös kehittivät etenkin siinä, että saa työn sisällön ja tekstin etenemään loogisesti, ja että se on oleellista työn kannalta.

Opinnäytetyöprosessi sujui kokonaisuudessa hyvin, mutta työtä tehdessä huomasimme, että joitakin asioita olisi voinut tehdä toisin. Työtä olisi voinut rajata enemmän, sillä nyt teoreettinen lähtökohta on melko laaja, mutta kuitenkin tarpeellista tietoa työn kannalta. Työhön olemmekin tehneet muokkauksia ja yrittäneet karsia pois sitä, mikä ei ehkä ole niin tärkeää tässä työssä. Karsiminen jo kirjoitetusta tekstistä on kuitenkin haastavaa ja aikaa vievää. Tekstin sisältö on kuitenkin hyvää ja ajatuksia herättävää sekä saa ajatte­lemaan asioita uudesta näkökulmasta, minkä vuoksi teksti on oleellista opinnäytetyön kannalta.

Opinnäytetyön tekemistä vaikeutti se, että kohdennetut metodiopinnot olivat vasta syk­syllä 2013, jolloin aineistoa jo analysoitiin. Jos metodiopinnot olisivat olleet aiemmin, olisimme osanneet muotoilla kyselylomaketta ja kysymyksiä eri tavalla, jotta e-lomaketta olisi voitu hyödyntää paremmin. Metodiopinnot antoivat kuitenkin vinkkejä aineiston analysointiin. Aineiston analyysi oli muuten helppoa, mutta avoimien kysy­mysten sisällönanalyysin koimme haasteellisimmaksi vaiheeksi, ja se veikin eniten ai­kaa.

Kuvioita ei juuri käytetty opinnäytetyön tuloksissa, koska ne eivät olisi olleet kovin havainnollisia. Vastaajat olivat vastanneet yleensä vain kahteen viidestä vaihtoehdosta, ja muut kysymykset olivat kyllä/ei – kysymyksiä. Tulosten sanallinen selittäminen sel­keytti asiaa enemmän, ja kuvio olisi ollut ikään kuin turha vähäisen informaation vuok-

si. Sairaanhoidajien vastauksia käytettiin esimerkkeinä, sillä ne lisäävät mielenkiintoa ja antavat uutta näkökulmaa sekä ajattelemisen aihetta muillekin.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Tallqvist 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ahoniemi, E. 2011. Tarkkaile päivittäin selkäydinvaurio-potilaan ihoa. Haava 3/2011, 4.

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L & Vihunen, R. 2007. Hoitamalla hyvää oloa. 11. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Blomster, M., Mäkelä, M., Ritmala-Castrén, M., Säämänen, J. & Varjus, S-L. 2001. Tehohoitotyö. Helsinki: Tammi.

Halme, S-L. 2012. Asiakkaan ainutkertaisuus ja tasa-arvo. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2012. Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Sairaanhoidajaliitto, 101–111.

Hietala, M. 2000. Hoitajan vallankäyttö perushoitotilanteissa sisätautien – ja kirurgian vuodeosastoilla. Hoitajien näkemyksen mukaan. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Joel, L. A. & Kelly, L. J. 2001. The nursing experience. Trends, challenges and traditions. Palatimo by Keyword Publishing Services Ltd.

Kangas, R-B 2010. Potilaan perushoito, mobilisointi ja kuntoutus. Teoksessa Kaarlola, A., Larmila, M., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castrén, M. (toim.) Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Duodecim, 435–454.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kielitoimisto. 2006a. Kielitoimiston sanakirja. Osa 1. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kielitoimisto. 2006b. Kielitoimiston sanakirja. Osa 2. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kristoffersen, N. & Nortvedt, P. 2006. Sairaanhoidaja ja potilaan välinen suhde. Teoksessa Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (toim.) Hoitotyön perusteet. Helsinki: Edita, 139–188.

Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 2010. Sairaanhoidajien kokemat eettiset ongelmat hoitotyössä. Hoitotiede. 1/2010, 26–35.

Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet III. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. 5.-7. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Louhiala, P. & Launis, V. 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki: Edita.

Lyytikäinen, H., Turunen, H., & Uusaro, A. 2005. Sairaanhoidajien ja lääkäreiden yhteistyö tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa. Kysely teho-osastojen sairaanhoitajille. *Hoitotiede* 1/2005, 25–33.

Nieminen, I. 2007. Valvontayksikön sairaanhoitajan erityisosaaminen keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Paakkinen-Tiainen, K. 2007. Potilaan yksilöllinen hoito tehohoitotyössä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Pietilä, A-M., Halkoaho, A., Matveinen, M., Länsimies-Antikainen, H., Häggman-Laitila, A. & Kangasniemi, M. 2013. Terveyden tasa-arvo ohjaavana periaatteena: arvotyöskentelystä toimintojen suuntaamiseen terveyden edistämässä. *Tutkiva hoitotyö. Hoitotieteellinen aikakauslehti* 1/2013, 35–43.

Pohjolainen, T. 2012. Lonkan limapussitulehdus. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 2.1.2014. www.terveyskirjasto.fi

Pohjola-Sintonen, S. 2011. Sydänvalvontahoito. Duodecim. Luettu 29.3.2013. <http://www.ebm-guidelines.com>

Poikkimäki, I. 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Tampereen yliopisto. Pro gradu – tutkielma.

Pukki, T. 2012. Huomio kantapäihin! *Haava* 3/2012, 12–15.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2013. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Ritmala-Castrén, M., Simani, L. & Eriksson, E. 2005. Ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus ja oikeudenmukaisuus tehohoitotyössä. *Tutkiva hoitotyö. Hoitotieteellinen aikakauslehti* 2/2005, 4-10.

Romppanen, I. 2008. Tehohoidon eettisyys sairaanhoitajien kokemana. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Ruotsalainen, T. 2006. Sisätautipotilaan hoidon laatu. Potilas laadun arvioijana. Turun yliopiston julkaisuja. Turun yliopisto. Väitöskirja.

Saarinen, S. 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Sairaanhoitajaliitto 2014. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Luettu 3.1.2014. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>

Syrjälä, H. 2010. Tartunnan aiheuttajat ja tartuntatavat. Teoksessa Anttila, V-J, Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 6. painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 43–56.

Terveyskirjasto. 2014a. Invasiivinen. Luettu 12.2.2014. www.terveyskirjasto.fi

Terveyskirjasto. 2014b. Neutrofiili. Luettu 14.1.2014. www.terveyskirjasto.fi

Terveyskirjasto. 2014c. Neutropenia. Luettu 14.1.2014. www.terveyskirjasto.fi

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. painos. Helsinki: Tammi.

Valta, M. 2011. Hoitotyön organisoinnin merkitys yksilöllisen hoidon toteuttamiseen teho-osastolla – osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan näkökulma. Turun yliopisto. Pro Gradu-tutkielma.

Valvira 2013. Potilaan keskeisimmät oikeudet. Luettu 29.3.2013. <http://www.valvira.fi>

Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. 1.-3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ylipalosaari, P., Ala-Kokko, T. & Syrjälä, H. 2011. Infektioiden torjunta teho-osastolla. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2011/127, 1449–1456.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Hietala (2000)</p> <p>Hoitajan vallankäyttö perushoitotilanteissa sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla. Hoitajien näkemyksen mukaan</p> <p>Pro gradu - tutkielma</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata hoitajan vallankäyttöä perushoitotilanteissa sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla hoitajien näkemyksen mukaan sekä selvittää hoitajan käyttämät vallankäytönmuodot, vallankäytönkohde ja miten vallankäyttö ilmenee sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla perushoitoa toteutettaessa.</p> <p>Tutkimusongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mitkä ovat hoitajan käyttämät vallankäytön muodot perushoitotilanteissa sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla? 2. Minkälaisiin potilaisiin hoitajan vallankäyttö kohdistuu perushoitotilanteissa sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla? 3. Miten hoitajan vallankäyttö ilmenee perushoitotilanteissa sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla? 3.1. Miten hoitajan vallankäyttö ilmenee pakollisissa toiminnoissa? 3.2. Miten hoitajan vallankäyttö ilmenee pakollisista toimin- 	<p>Kvantitatiivinen</p> <p>Länsi-Suomen alueen aluesairaaloiden sisätautien ja kirurgian vuodeosastot</p> <p>n=174 hoitajaa</p> <p>SSPS, kuvailevat tilastomenetelmät</p>	<p>Vallankäyttö ilmenee akuuttihoitotyössä.</p> <p>Kolmasosan mielestä hoitaminen tapahtuu hoitajan ehdoilla ja potilasta suostutellaan toimimaan tietyllä tavalla perushoidettaessa.</p> <p>Vallankäytön kohteina ovat erityisesti levottomat, sekavat ja aggressiiviset potilaat.</p> <p>Vähemmän aikaa hoitotyötä tehneiden näkemyksen mukaan vallankäyttöä oli enemmän kuin pidempään hoitotyötä tehneiden.</p>

	<p>noista johtuvissa toiminnoissa?</p> <p>3.3. Miten hoitajan vallankäyttö ilmenee vapaavalintaisissa toiminnoissa?</p> <p>3.4. Miten hoitajan vallankäyttö ilmenee potilaan erityispiirteet huomioon ottavissa toiminnoissa?</p>		
<p>Kuokkanen, Leino-Kilpi & Katajisto (2010)</p> <p>Sairaanhoitajien kokemat eettiset ongelmat hoitotyössä</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tarkoituksena on kuvata eettisten ongelmien määrää ja taustoja hoitotyössä omassa maassamme.</p> <p>Tutkimuskysymykset:</p> <p>1. Miten usein sairaanhoitajat kokevat eettisiä ongelmia työssään?</p> <p>2. Mitkä tekijät työympäristössä liittyvät eettisten ongelmien kokemiseen?</p> <p>3. Mitkä taustamuuttajat ovat yhteydessä eettisten ongelmien kokemiseen?</p>	<p>Kvantitatiivinen</p> <p>Sairaanhoitajaliiton rekisteri</p> <p>n=551 hoitajaa</p> <p>Kyselytutkimus</p> <p>SSPS, sisällönanalyysi</p>	<p>Lähes puolet kokee työssään eettisiä ongelmia. Suurin syy tähän koettiin olevan aikapula. Ei ole aikaa keskustella eettisistä kysymyksistä ja/tai toteuttaa eettisesti oikeana pitämäänsä hoitoa.</p> <p>Eniten näkemuseroja eettisissä kysymyksissä on eri ammattiryhmien välillä, vähiten kollegojen kesken. Myös potilaiden kanssa koettiin olevan näkemuseroja eettisissä kysymyksissä.</p> <p>Ongelmien kokemisella oli yhteyttä tyytyväisyyteen, alalla ja työpaikassa pysymiseen, koettuun työstressiin sekä halukkuuteen edetä urala.</p> <p>Tarvittaisiin yhteistä ohjeistusta ja toimintakäytäntöjä eettisesti ongelmallisiin tilanteisiin.</p>
<p>Kvist (2004)</p> <p>Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia?</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata hoidon laadun toteutumista potilaiden, hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja johtajien arvioima-</p>	<p>Kvantitatiivinen</p> <p>Kuopion yliopistollinen sairaala, Varkauden ja Iisalmen aluesairaa-</p>	<p>Osastonhoitajat ja apulaisosastonhoitajat kiinnittivät hoitotyön organisoinnissa yksilöllisen hoidon kannalta huomiota henki-</p>

<p>Väitöskirja</p>	<p>na ja tunnistaa eri vastaajaryhmien eroja. Lisäksi henkilöstö arvioi laadun tärkeyttä.</p> <p>Tehtävät:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selvittää miten hoidon laatu toteutuu potilaiden, hoitohenkilökunnan, johtajien ja lääkäreiden arvioimana ja mitkä taustatekijät ovat yhteydessä heidän arviointeihinsa. 2. Kuvata hoidon laadun tärkeyttä hoitohenkilökunnan, johtajien ja lääkäreiden arvioimana. 3. Kuvata yhtenäisyyksiä ja eroja potilaiden, hoitohenkilökunnan, johtajien ja lääkäreiden arvioinneissa hoidon laadun toteutumisessa ja tärkeydessä. 4. Kuvata hoidon laatua edistäviä ja estäviä tekijöitä. 5. Selittää organisatoristen tekijöiden yhteyttä hoidon laatuun. 6. Luoda alustava malli hoidon laadusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. 	<p>lat</p> <p>n=631 vuodeosastopotilasta, 908 poliklinikkapotilasta, vuodeosastojen hoitohenkilökunta 690, vuodeosastojen johtajat 76, poliklinikoiden hoitohenkilökunta 160, poliklinikoiden johtajat 39, lääkärit 128.</p> <p>Kyselytutkimus</p> <p>Frekvenssi, keskiarvot, keskihajonnat, ryhmittelyanalyysi, nonparametriset testit, konfirmatorinen faktorianalyysi, regressioanalyysi, sisällön erittely</p>	<p>lökunnan sijoitteluun, muutoksiin varautumiseen ja potilaan yksilöllisten tarpeiden huomiointiin.</p> <p>Tämä ilmeni heidän toiminnassaan voimavarojen suuntaamisen, yhteistyössä toimimisen, varautumisen, kannustamisen, kehittämisen ja ohjaamisen kautta.</p> <p>Yksilöllisen hoidon toteutumista estäviksi tekijöiksi muodostuivat niukat resurssit, äkilliset tilanteet, kuormitus, ja lyhyt hoitosuhde.</p> <p>Edistävästä tekijöistä muodostettiin luokat, joita ovat päivittäisen toiminnan suunnittelu, riittävät resurssit, ammattitaitoinen henkilökunta, kommunikaatio ja hoitokulttuurin luominen.</p>
--------------------	---	--	---

<p>Lyttikäinen, Turunen & Uusaro (2005)</p> <p>Sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyö tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa – kysely teho-osastojen sairaanhoitajille</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa.</p> <p>Tutkimuskysymykset:</p> <p>1. Millaista on sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyö tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa sairaanhoitajan arvioimana?</p> <p>2. Mitkä taustatekijät (ikä, sukupuoli, sairaalatyyppe, koulutus, työkokemus) ovat yhteydessä sairaanhoitajien tehohoidon rajaamisen päätöksentekoon osallistumiseen?</p>	<p>Kvantitatiivinen</p> <p>3 yliopistosairaalaa ja 4 keskussairaala</p> <p>n=270 sairaanhoitajaa</p> <p>Kyselylomake</p> <p>SPSS, ristiintaulukointi, khiin-neliö, Mann-Withneyn U- ja Kruskall-Wallis - testit.</p>	<p>Sairaanhoitajat osallistuvat tehohoidon rajaamisen päätöksentekoon harvoin.</p> <p>Puolet sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että toivottomasti sairaita hoidetaan liian aktiivisesti ja potilaiden kärsimystä pidetään.</p> <p>Valtaosa sairaanhoitajista kunnioitti lääkärin päätöksiä, vaikka olisivat olleet eri mieltä hoidon rajaamisesta.</p>
<p>Nieminen (2007)</p> <p>Valvontayksikön sairaanhoitajan erityisosaaminen keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä</p> <p>Pro gradu - tutkielma</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvailla niitä erityisosaamisalueita, joita sairaanhoitaja tarvitsee hoitaessaan valvontayksikössä olevaa keuhkosairautta sairastavaa potilasta. Lisäksi tarkoituksena oli kuvailla niitä hoitotyön alueita, joissa sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta.</p> <p>Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää suunniteltaessa ja kehitettäessä perehdytys- ja täydennyskoulutusohjelmia valvontayksikössä työskenteleville sairaanhoitajille, joiden työhön sisältyy myös</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Kahdessa yliopistollisessa sairaalassa.</p> <p>Ryhmähaastattelu n=14 sairaanhoitajaa</p> <p>Analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä.</p>	<p>Sairaanhoitajien osaaminen koostuu taidosta turvata potilaan elintärkeä hoito, taidosta käyttää henkilökohtaisia kykyjä hoitotyössä, kyvystä huomioida potilas osana perhekokonaisuutta ja laaja-alaisesta osaamisesta.</p> <p>Osaamista on pidettävä yllä ja kehitettävä koko ajan.</p> <p>Lisäkoulutusta sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa potilaan elintärkeään hoitoon liittyvien tietojen ja taitojen syventämisessä. Niihin sisältyvät sydämen ja keuhkojen toimintaan, lääkehoitoon ja ravit-</p>

	<p>keuhkosairautta sairastavien potilaiden hoito.</p> <p>Tutkimuskysymykset:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minkälaista erityisosaamista valvontayksikön sairaanhoitaja tarvitsee keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä? 2. Millä alueilla sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta? 		<p>semukseen liittyvät tiedot sekä teknisten taitojen ylläpitäminen ja kehittäminen. Lisäksi koulutusta haluttiin hoitotyöhön liittyvästä uudesta tiedosta. Koulutusten toivottiin olevan säännöllisiä ja kaikille yhteisiä.</p>
<p>Paakkinen-Tiainen (2007)</p> <p>Potilaan yksilöllinen hoito teho- hoitotyössä</p> <p>Pro gradu – tutkielma</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata, mitä yksilöllinen hoito on ja miten sairaanhoitajat toimivat toteuttaessaan yksilöllistä hoitoa tehohoitotyössä. Lisäksi selvitettiin tekijöitä, jotka tukevat ja rajoittavat yksilöllisen hoidon toteuttamista.</p> <p>Tutkimusongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mitä yksilöllinen hoito on sairaanhoitajien kuvaamana? 2. Miten sairaanhoitajat toimivat toteuttaessaan yksilöllistä hoitoa tehohoitotyössä? 3. Mitkä tekijät tukevat yksilöllisen hoidon toteuttamista tehohoitotyössä? 4. Mitkä tekijät rajoittavat yksilöllisen hoidon toteuttamista tehohoitotyössä? <p>Tavoitteena oli saada tietoa sairaanhoitajien näkemyksistä yksilöllisestä hoidosta.</p>	<p>Kvalitatiivinen</p> <p>Kaksi teho-osastoa n=41 sairaanhoitajaa</p> <p>Kysely</p> <p>Sisällön analyysi</p>	<p>Yksilöllinen hoito sairaanhoitajien näkemysten mukaan on ihmisyyden huomiointia, yksilönä havaitsemista, yhteistyösuhteissa toimimista, räätälöityä hoitamista ja ammattitaidolla hoitamista.</p> <p>Omahoitajajärjestelmä, hoitotyön toimintamallit, potilaiden pieni määrä, tekniset laitteet ja hoitajan ominaisuudet tukevat yksilöllisen hoidon toteuttamista tehohoitotyössä.</p> <p>Muun muassa potilaan kriittinen sairaus ja tila, tehohoito, viitaalielintoimintojen turvaaminen, vähäiset aikaresurssit, hoitotyön rutiinit ja aikataulut rajoittavat yksilöllisen hoidon toteuttamista.</p>

<p>Pietilä, Halkoaho, Matveinen, Länsimies-Antikainen, Häggman-Laitila & Kangasniemi (2013)</p> <p>Terveyden tasa-arvo ohjaavana periaatteena: arvotyöskentelystä toimintojen suuntaamiseen terveyden edistämisessä</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Artikkelissa kuvataan terveyden tasa-arvoa eettisenä periaatteena ja siihen läheisesti liittyviä terveyden edistämistä ohjaavia arvoja.</p> <p>Tavoitteena on eritellä näitä arvoja ja määritellä niiden suhdetta terveyden tasa-arvoon.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p> <p>Kansainvälinen kirjallisuus</p>	<p>Terveyserot ja terveyden tasa-arvo ovat kiinteästi yhteydessä oikeudenmukaisuuteen ja solidaarisuuteen.</p> <p>Jotta voidaan edetä kohti tasa-arvoisempaa terveyttä, tarvitaan ymmärrystä terveyden sosiaalisista taustatekijöistä.</p>
<p>Poikkimäki (2004)</p> <p>Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa</p> <p>Pro gradu – tutkielma</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää, miten hyvin on toimittu hoitotyön arvojen mukaisesti potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana.</p> <p>Tutkimuskysymykset:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Miten hoitotyössä kohdellaan, kunnioitetaan ja arvostetaan potilaita? – miten potilaan kohtelua olisi kehitettävä hoitotyössä? 2. Miten potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu? – kuinka paljon potilaat saavat tietoa omaa hoitoa koskevista asioista? – kuinka paljon potilaat pystyvät osallistumaan oman hoitonsa päätöksentekoon? 3. Miten potilaan yksityisyys otetaan huomioon hoitotyössä? <p>Tavoitteena oli tuottaa kuvailevaa ja ar-</p>	<p>Kvantitatiivinen</p> <p>Yhden sairaalan sisätautien ja kirurgian vuodeosastot</p> <p>83 potilasta ja 111 hoitajaa</p> <p>Kyselytutkimus</p> <p>SPSS 9.0 Windows tilasto-ohjelma, ristiintaulukointi, khiin neliö-testi ja sisälönanalyysi</p>	<p>Hoitotyössä kunnioitetaan ihmisarvoa melko hyvin, mutta heidän itsemääräämisoikeutensa toteutumisessa ja yksityisyytensä huomioon ottamisessa arvioitiin olevan puutteita.</p>

	vioivaa tietoa, jota voidaan hyödyntää käytännön hoitotyötä suunniteltaessa, toteutettaessa ja kehitettäessä.		
Ritmala-Castrén, Simani & Eriksson (2005) Ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus ja oikeudenmukaisuus tehohoitotyössä. Tutkimusartikkeli	Tarkoituksena oli kuvata ihmisarvon kunnioittamisen, vastuullisuuden ja oikeudenmukaisuuden toteutumista potilaiden kokemana sydänkirurgisella tehosastolla. Tutkimuskysymykset: 1. Miten ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus ja oikeudenmukaisuus toteutuvat tehohoitotyössä potilaiden kokemana? 2. Minkälainen yhteys taustamuuttujilla on potilaiden kokemuksiin ihmisarvon kunnioittamisesta, vastuullisuudesta ja oikeudenmukaisuudesta tehohoitotyössä?	Kvantitatiivinen 89 potilasta haastattelu; strukturoitu kyselylomake NCSS 2000 – tilasto-ohjelma, Mann-Whitneyn U-testi, Spearmanin järjestyskorrelaatiotesti, Cronbachin alfakerroin	Potilaiden mielestä arvot toteutuivat hyvin, oikeudenmukaisuus parhaiten. Potilaat saivat ymmärrettävää ja rehellistä tietoa hoidostaan ja voinnistaan, mutta eivät kuitenkaan riittävästi. Heidän ei annettu osallistua tehosastolla hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilailta palautteen kysyminen hoidosta oli puutteellista.
Romppanen (2008) Tehohoidon eettisyys sairaanhoitajien kokemana Pro gradu – tutkielma	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tehohoidon eettisiä ongelmia sairaanhoitajien näkökulmasta. Tutkimusongelmat: 1 Miten tehohoitajat määrittelevät eettisen ongelman tehohoidossa? 2. Millaisia hoitoon liittyviä eettisiä ongelmia tehohoitajat kokevat työssään?	Kvalitatiivinen Kolme tehosastoa n= 54 sairaanhoitajaa Kyselylomake Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	Sairaanhoitajat erottavat tehohoidon eettisen ongelman muista ongelmista. Vastaajien mukaan tehohoidon eettinen ongelma on monimutkainen ja vaikeasti ratkaistavissa. Tyypillisesti eettinen ongelma liittyy henkilökunnan toimintaa.

<p>Ruotsalainen (2006)</p> <p>Sisätautipotilaan hoidon laatu. Potilas laadun arvioijana</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Tarkoituksena on arvioida sisätautipotilaan hoidon laatua ja kuvata potilaan osallistumista hoidon laadun arviointiin sekä modifioida Hyvä hoito – mittari sydäninfarktipotilaan hoidon laadun arviointiin soveltuvaksi.</p> <p>Tavoitteena on tuottaa tietoa sisätautipotilaiden, erityisesti sydäninfarktin saaneiden laadun arviointiperustan kehittämiseksi.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Sisätautien vuodeosasto</p> <p>n=100 potilasta + n=97 sydäninfarktipotilasta</p> <p>Kysely ja haastattelu</p> <p>Tilastollinen analyysi, deduktiivinen ja induktiivinen sisällön analyysi, semanttiset suhteet, Personal Experience – metodi.</p>	<p>Hoitohenkilökunnan ominaisuudet, hoidon edellytykset ja hoitoympäristö toteutuivat hyvin.</p> <p>Hoidon eteneminen, hoitoon liittyvät toiminnot ja yhteistyö omaisten kanssa toteutuivat melko hyvin.</p> <p>Päätöksen tekoon osallistumista ja omaa toimintaa edistivät ja estivät hoidon eri vaiheissa saatu informaatio, potilaan elämäntilanne ja kommunikointi terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Sosiaalinen verkosto koettiin edistävänä tekijänä.</p>
<p>Saarinen (2007)</p> <p>Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta</p> <p>Pro gradu - tutkielma</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata potilaiden käsityksiä saamansa hoidon laadusta.</p> <p>Tutkimuskysymykset:</p> <p>1. Miten tyytyväisiä Jorvin ja Peijaksen sairaaloiden päivystyspoliklinikoiden potilaat ovat hoitajien ammattitaitoon, hoitajien antamaan opetukseen ja ohjaukseen sekä hoitohenkilökunnan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen?</p> <p>2. Miten tyytyväisiä Jorvin ja Peijaksen sairaaloiden päivystyspoliklinikoiden potilaat ovat hoitoorganisaation toimintaan?</p>	<p>Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen</p> <p>Jorvin ja Peijaksen sairaaloiden päivystyspoliklinikat</p> <p>n=135 potilasta (kyselylomakkeet), 69 potilasta (potilaspalautteet)</p> <p>Kysely</p> <p>SPSS for Windows 14.0 -ohjelma ja sisällön analyysi</p>	<p>Hoidon laatu on hyvää.</p> <p>Potilaat arvostivat hoitohenkilöstön ammattitaitoa, miellyttävää kohtelua ja avunsaantia tarpeisiinsa, mutta olivat tyytymättömiä mahdollisuuksista osallistua omaan hoitoonsa, tiedon saantiin, kiireeseen ja riittämättömään henkilökuntamäärään.</p> <p>Henkilöstö arvioi kaikki hoidon laadun osatekijät tärkeämmiksi kuin ne toteutuivat.</p> <p>Potilaat ovat yleisesti ottaen tyytyväisiä hoidon laatuun.</p>

	<p>3. Miten potilaan sosiodemografiset tekijät ovat yhteydessä hoitoa kohtaan tunnettuun tyytyväisyyteen Jorvin ja Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikoilla?</p> <p>Tavoitteena oli tuottaa tietoa päivystyspoliklinikoilla olevista laatuopista.</p>		<p>Vuorovaikutukseen valtaosa oli tyytyväisiä.</p> <p>Opetukseen ja ohjaukseen oltiin tyytyväisiä, nuoret tyytymättömämpiä verrattuna keski-ikäisiin ja yli 65-vuotiaisiin.</p>
<p>Valta (2011)</p> <p>Hoitotyön organisoinnin merkitys yksilöllisen hoidon toteuttamiseen tehosastolla osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan näkökulma</p> <p>Pro gradu - tutkielma</p>	<p>Tutkielman tarkoituksena oli kuvata teho-osaston osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan näkemyksiä heidän suorittaman työn organisoinnin merkityksestä yksilöllisen hoidon toteutumiseen.</p> <p>Tarkoituksena oli myös kuvata niitä tekijöitä, jotka työn organisoinnissa vaikuttavat yksilöllisen hoidon toteutumiseen.</p> <p>Tutkimusongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Miten potilaan yksilöllinen hoito huomioidaan työn organisoinnissa? 2. Mitkä työn organisointiin liittyvät tekijät estävät yksilöllisen hoidon toteutumista? 3. Mitkä työn organisointiin liittyvät tekijät edistävät yksilöllisen hoidon toteutumista? <p>Tavoitteena oli saada tietoa, miten osaston-</p>	<p>Kvalitatiivinen</p> <p>11 suomalaisen yliopisto- ja keskussairaalan tehosasto</p> <p>n= 9 osastonhoitajaa n=9 apulaisosastonhoitajaa</p> <p>Webropol- pohjainen kyselylomake</p> <p>Induktiivinen sisällön analyysi ja tyypittely</p>	<p>Sairaanhoitajien kokemat tehohoitoon liittyvät eettiset ongelmat koskevat henkilökunnan epäeettistä toimintaa, potilaan tasa-arvoisuuden ja itsemääräämisoikeuden toteutumattomuutta, potilaan ihmisarvon loukkauksia, rajallisia resursseja, itse aiheutettujen sairauksien hoitamista, elämän ja kuoleman välisiä kysymyksiä, tietojen välittämisen ongelmallisuutta ja omaisten osuutta potilaan hoidossa.</p>

	hoitajat ja apulais- osastonhoitajat voisi- vat suunnitella hoito- henkilökunnan työn niin että se edistäisi yksilöllisen hoidon toteutumista.		
--	--	--	--

Potilaan perushoito valvontaosastollaTaustamuuttajat

1. Sukupuoli

Nainen

Mies

2. Ikä

3. Minä vuonna olet valmistunut sairaanhoitajaksi?

4. Kuinka kauan olet ollut töissä valvontaosastolla?

5. A. Oletko tehnyt hoitotyötä aiemmin muualla?

Kyllä

En

5. B. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, niin minkälaisessa yksikössä (valvontaosasto, vuodeosasto jne.) ja kuinka kauan?

Perushoidon toteutuminen

6. Mitä kuuluu mielestäsi perushoittoon?

7. Kuinka tärkeäksi koet perushoidon potilaan hoidon osana?

Erittäin tärkeänä

Tärkeänä

Vähemmän tärkeänä

Ei ollenkaan tärkeää

Muu potilaan hoito on tärkeämpää

8. Miksi perushoito on tärkeä asia potilaan hoidossa?

9. Milloin mielestäsi perushoito toteutuu hyvin?

10. A. Onko valvontaosastolla mahdollista toteuttaa perushoitoa?

Kyllä

Ei

10. B. Perustele edellisen kysymyksen kyllä/ei vastauksesi

(jatkuu)

2 (3)

11. A. Eroaako perushoidon toteuttaminen mielestäsi valvontaosastolla verrattuna muihin osastoihin?

Kyllä

Ei

11. B. Perustele edellisen kysymyksen kyllä/ei vastauksesi

12. Mitä seuraavista toteutat yleensä potilaan perushoidossa päivittäin?

Päivittäiset pesut

Petivaatteiden vaihtaminen

Suun hoitaminen

Silmien puhdistaminen

Ihon hoitaminen

Hiusten puhtaudesta ja siisteydestä huolehtiminen

Parran ajaminen

Kynsien kunnosta huolehtiminen

Kanyyliin suojasidosten vaihtaminen

Laskuputkien suojasidosten vaihtaminen

Haavojen suojasidosten vaihtaminen

Asentohoidosta huolehtiminen

Kuntoutuksesta huolehtiminen

Mahdollisista lastoista ja kaulureista huolehtiminen

Potilaan lähiympäristön siisteydestä huolehtiminen

13. A. Jos jätät jonkin perushoidon osa-alueen toteuttamatta niin miksi?

Keskityt enemmän potilaan muuhun hoitoon

Kiire

Et koe perushoitoa tärkeäksi

Et saa apua muilta toteuttaaksesi perushoitoa

Kielimuuri, kulttuuriero

Toisetkaan hoitajat eivät tee

13. B. Onko perushoidon toteuttamatta jättämiselle muita syitä, mitä?

14. Miten työympäristö kannustaa perushoidon toteuttamiseen ja miten toivoisit sen kannustavan?

15. Millaiset resurssit valvontaosastolla on toteuttaa perushoitoa (esim. tilat, välineet, potilaassa kiinni olevien laitteiden johdot jne.)?

Perushoidon eettinen näkökulma

16. Onko sairaanhoitajien toimintatavoissa eroavaisuuksia valvontaosastolla potilaan perushoidossa, kyllä/ei, perustele vastauksesi?

(jatkuu)

3 (3)

17. Kuinka suuri vaikutus mielestäsi perushoidolla on potilaan toipumiseen?

Suuri
Kohtalainen
Vähäinen
Ei vaikutusta

18. A. Riippuuko perushoidon toteutuminen potilaasta?

Kyllä
Ei

18. B. Perustele edellisen kysymyksen kyllä/ei vastauksesi

19. Huomioitko potilaan toiveet perushoidon toteuttamisen suhteen?

Aina
Toisinaan
Harvoin
En koskaan

20. Mitä asioita pidät tärkeimpänä omassa työssäsi yleisesti?

Potilaan perushoidon kehittäminen valvontaosastolla

21. Miten kehittäisit potilaan perushoitoa valvontaosastolla?

22. Oletko saanut koulutusta perushoitoon valmistumisesi jälkeen tai koetko sille olevan tarvetta?

Liite 3. Ohjeet kyselylomakkeeseen vastaamisesta

Tässä on kyselylomake liittyen opinnäytetyöhömmme valvontapotilaan perushoidosta. Kysymyksiä on yhteensä 22, joista viisi on taustamuuttujakysymyksiä, kymmenen kysymystä perushoidon toteutumisesta, viisi kysymystä perushoidon eettisestä näkökulmasta ja kaksi kysymystä on perushoidon kehittämisestä valvontaosastolla. Osa kysymyksistä on vaihtoehtokysymyksiä ja osa avoimia kysymyksiä. Kysymyksiin ei ole oikeaa tai väärää vastausta, vaan olemme kiinnostuneita, teidän näkemyksistänne asiasta. Kyselylomake on laadittu teidän osastoanne ajatellen. Aikaa vastaamiseen menee noin 20 minuuttia. Kiitos vastauksistanne.

Liite 4. Sisällönanalyysi

Alkuperäinen ilmaus	Yhdistetty/pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
KYSYMYKSI 6 Potilaan päivittäisestä hygieniasta (ja intiimihygieniasta) huolehtiminen, jos suihkuun ei päästä niin sitten vatipesut vuoteessa. Lakanoiden vaihtaminen, suunhoito, haavanhoito, ihon kunnan tarkistus, kanyylien juurten putsaus ja sidosten vaihtaminen, asentohoito ym.	Kokonaisvaltainen hoito (2)	Kokonaisvaltainen hoito	Potilaan kokonaisvaltainen perushoito
Potilaan puhtaudesta huolehtiminen. Suunhoito. Ihon kunnosta huolehtiminen. Liikkumisessa avustaminen/asentohoito. Ravinnon saannista huolehtiminen.	Päivittäinen hygieniä (33)	Hygieniasta huolehtiminen	
Hygieniä, ravitseminen, kivunhoito ja henkinen tuki	Puhtaat vaatteet (6)		
Koko kropan pesu (kasvot, kainalot, selkä, rintakehä jalat sekä alapesut. Hampaiden pesu, kanyylien juurien puhdistus/punktio paikkojen puhdistus, haavahoidot ja hiusten pesu (hiusten pesu ei joka päivä).	Petivaatteet (6)		
Potilaan puhtaudesta huolen pitäminen kokonaisvaltaisesti, siisti työskentely-ympäristö, rasvaamiset, asentohoito	Suunhoito (11)		
Potilaan puhtaudesta huolehtiminen (kannustaminen henk.koht hygieniaan, vuodepesut, pesuissa avustaminen), ruokailuun/ravitsemukseen liittyvät asiat, erityyksen liittyvät asiat, nukkumiseen liittyvät asiat	Parranajo (1)		
Suunhoidosta yleiseen suihkussa käyntiin + asentohoito ja mobiilisointi.	Ihon hoito (9)	Ihon kunnosta huolehtiminen	
Päivittäinen puhtaus, suunhoito, vaateus, kanyylien sidoksien vaihtaminen, ihonhoito	Kanyylien juurten putsaus ja sidosten vaihto (9)		
Peseminen, haavojen hoito, suunhoito, asentohoito, puhtaat vaatteet ja petivaatteet	Haavojen hoito (10)		
Potilaan perustarpeista huolehtiminen, johon kuuluu hygienian hoito kokonaisvaltaisesti ja asentohoito. Myös potilaspaikan siisteys kuuluu perushoitoon.	Punktio paikkojen puhdistus (1)		

<p>Hygieniasta huolehtiminen (pesut, suuhygienia, puhtaat vaatteet/liinavaatteet, haavanhoito, kanyyleista huolehtiminen ym.), asentohoito, työympäristön siistiminen/puhtaana pitäminen</p>	<p>Potilaan lähiympäristön siisteys (8)</p>	<p>Lähiympäristön siisteys</p>
<p>Potilaan hygieniasta huolehtiminen (mm. pesut, puhtaat vaatteet ja liinavaatteet) - ihon hoito, esim. haavanhoito, kanyylien juurten putsaaminen, ihon rasvaus - Potilaan ympäristön siistinä pitäminen - Asentohoito - Erytyksestä huolehtiminen - Suuhygienia!</p>	<p>Asentohoito (14)</p>	
<p>Kaikki perustarpeet: puhtaus, ravitsemus, erityis, uni, sosiaalisuus.</p>	<p>Liikkumisessa avustaminen (2)</p>	<p>Potilaan kuntoutumisen tukeminen</p>
<p>Puhtaudesta, ruuasta, erityykestä ja nestetasapainosta huolehtiminen.</p>	<p>Omatoimisuuteen tukeminen (2)</p>	
<p>Avustaa ja tehdä potilaan puolesta peruselintoimintoihin liittyviä asioita, joita potilas ei sairautensa takia itse pysty tekemään tai hoitamaan.</p>	<p>Kuntoutus (2)</p>	
<p>Puhtaus/siisteys (potilaan ja potilas paikan), Ruoka, Juoma, virtsa/ulostamis asiat ja Haavojen/ihon hoito</p>	<p>Ravitsemus (13)</p>	
<p>Potilaan yleisestä hyvinvoinnista huolehtiminen, pesut, ihon kunnon hoitaminen rasvauksin, asentohoidoin. Ravitsemuksesta, nestetasapainosta huolehtiminen</p>	<p>Eritys (8)</p>	<p>Peruselintoiminnoista huolehtiminen</p>
<p>Potilaan peruspuhtaudesta huolehtiminen. Haavojen, Kanyylien, dreenien, katetrien asianmukainen hoito.</p>	<p>Nukkuminen (2)</p>	
<p>Potilaan perusvoinnin hoito ja ylläpitäminen, pitäen sisällään sekä fyysisen, että henkisen hyvinvoinnin hoitaminen. Sitä voi olla esim. hygieniasta huolehtiminen, tai vaikkapa potilaan kuunteleminen.</p>	<p>Nestetasapainosta huolehtiminen (2)</p>	
<p>Kaikkien perustarpeiden (mm. puhtaus, ravitsemus) huolehtiminen</p>	<p>Vitaalielintoimintojen mittaaminen (1)</p>	
<p>Puhtaus, perustarpeiden tyydyttäminen (ruoka, juoma, virtsaus, ulostus), henkisen puolen huomioon ottaminen myös.</p>	<p>Henkinen hyvinvointi (4)</p>	
<p>Lähes kaikki mikä kuuluu potilaan hoitoon</p>	<p>Fyysinen hyvinvointi (1)</p>	<p>Potilaan hyvinvointi</p>

Perustarpeista huolehtiminen, puhtaanapito, ihosta huolehtiminen	Sosiaalisuus (1)	
Potilaan päivittäisestä hygieniasta huolehtiminen, ihon hoito, haavan hoito, ravitseminen	Kivun hoito (2)	
Hoitoympäristöstä huolehtiminen Hiusten hoito Suunhoito Parranajo Kynsien hoito tarvittaessa Asentohoito Aktivointi ja kuntoutus Potilas- ja vuodevaatehuolto	Potilaan kuunteleminen (1)	
Huolehtia potilaan ravitsemuksesta, erityksestä ja puhtaus/hygienia asioista, asentohoidosta, ylipäättään potilaan kok. valtaisesta hyvinvoinnista huolehtiminen.	Dreenien hoito (2)	Laskuputkien hoito
Potilaan hygieniasta huolehtiminen, päivittäiset pesut ja potilaan kokonaisvaltainen auttaminen.	Katetrin hoito (1)	
Henkilökohtainen hygienia ja puhtaus, päivittäiset pesut, haavojen hoito, suunhoito, vaatteiden ja petivaatteiden siisteys, kanyylien ja dreenien juurien siisteys, kuntouttaminen, ympäristön siisteys, asentohoidot. Hygieniasta huolehtiminen, liikkumisessa avustaminen, ravitsemuksesta huolehtiminen Ihohoito/hygienia, suunhoito (erityisesti), asentohoito, kivunhoito mm. Potilaan henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen, sekä ympäristön siisteys Asentohoito, hygienian hoito, ravitseminen ja potilaan henkinen hyvinvointi Vitaalien mittaus, hygieniasta huolehtiminen, erityis, kanyylien ja haavojen hoito Potilaan puhtaudesta huolehtiminen kokonaisvaltaisesti päästä varpaasiin.		

KYSYMYKS 8 Estää asioihin liittyvien komplikaatioiden syntymistä. Kuuluu potilaan perusoikeuksiin. Tukee muuta hoitotyötä.	Komplikaatioiden ehkäisemiseksi (9)
--	-------------------------------------

Potilaan hyvinvoinnin vuoksi. Puutteellinen perushoito ei edistä potilaan tervehtymistä tai hyvinvointia. Sairauden tunne lisääntyy ja tulee muita ongelmia, esim. painehaavat	Ehkäisee infektioita (10)	Komplikaatioiden ehkäisemiseksi
Puhdas ja raikas olo kohentaa potilaan olotilaa. Infektioiden ehkäisy.	Ehkäisee hoidon pitkittymistä (2)	
Se ehkäisee mm. sairaalainfektioita, tukee potilaan kuntoutumista ja on osana paranemisprosessia.	Puhtaus (2)	
Kuuluu potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Perushoito on osa potilaan hoitoa	Edistää sairaalahygieniaa (1)	
Kaikki infektiot lisääntyvät, kun verenkierto vähentyy ja levätessään näin käy.	Potilaan perusoikeudet (5)	Eettisyyden tukemiseksi
Kaiken lähtökohta. Ehkäisee lisäongelmia.	Ihmisarvon ylläpitämiseksi (1)	
Ehkäisee infektioita ja tekee potilaan olon mukavammaksi.	Parantaa luottamusta hoitajaan (1)	
Perushoitoon liittyvät asiat kuuluvat potilaan jokapäiväiseen elämään, näitä on tärkeä tukea. Ja tietenkin hyvällä perushoidolla tuetaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja parantumista.	Osa paranemista (7)	Paranemisen ja kuntoutumisen tukemiseksi
Perushoito lisää potilaan mukavuutta, ehkäisee lisäongelmia, edistää sairaalahygieniaa ja ylläpitää potilaan terveyttä.	Tukee kuntoutumista (1)	
Hyvä perushoito mielestäni parantaa potilaan oloa, lisää potilaan (ja henkilökunnan) viihtyvyyttä ja ehkäisee infektioita. Hyvä perushoito on jokaisen potilaan oikeus.	Ylläpitää terveyttä (1)	
Jos perushoito on mallillaan potilaalla on parempi olo ja vältytään myös monilta komplikaatioilta. esim. jos suunhoito on huolellista vältytään ylähengitystie-infektioilta, jopa keuhkokuumeelta.	Potilaan hyvinvoinnin vuoksi (11)	Hyvinvoinnin vuoksi
Pohja koko muulle hoidolle.	Henkinen hyvinvointi (1)	
Lisää potilas mukavuutta sekä luo perustan toipumiselle. "Näkyvä osa hoitoa". Ehkäisee infektioita	Lisää potilaiden (2) ja henkilökunnan (1) viihtyvyyttä	
Potilaan yleisen hyvinvoinnin ja ihmisarvon ylläpitämisen vuoksi. Perushoidettaessa ja ollessa kiireettömästi potilaan vierellä saamme myös tietoa potilaan voinnista muutenkin, potilaasta ihmisenä ja se parantaa luottamusta hoitajaan.	Hoitotyön perusta (7)	Kokonaisvaltaisen hoidon tukemiseksi
Se on tärkeä osa hoitoa.	Kuuluu kokonaisvaltaiseen hoitoon (4)	

<p>Perushoito on yksi osa palapeliä, jota myös hoitotyöksi kutsutaan. Pelkkä lääkehoito ei riitä potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja päinvastoin. Usein perushoito voi olla jopa se tärkeämpi osa hoitoa, vaikkakin valvonta- tai teho-osastolla henkeä pelastava hoito toki menee sen edelle.</p>	<p>Tiedon saaminen potilaan voimista (1)</p>	
<p>Mahdollistaa paranemisen Vaikuttaa potilaan yleistilaan</p> <p>Tärkeä edellytys paranemiselle. Minimoitava/ennaltaehkäistävä uusien vaivojen syntyminen sairaalassa ollessa esim.painehaavat, uudet infektiot</p> <p>Jos perushoito ei ole kunnossa tulee kaikenlaisia ongelmia esim.infektiot, haavat, ravitsemusongelmat. Potilaan hoito voi pitkittyä.</p> <p>Hyvällä perushoidolla luodaan edellytyksiä potilaan paranemiselle ja estetään vuodelevosta tai muista syistä syntyviä komplikaatioita ja infektiota. Lisäksi perushoidolla on erittäin suuri merkitys potilaan kokemalle hyvinvoinnille.</p> <p>Hoidon perusta ja valvontatyössäkin oikeastaan iso osa on juuri perushoitoa.</p> <p>Se edistää potilaan toipumista</p> <p>Perushoito on kaiken perusta.</p> <p>Ilman toimivaa perushoitoa potilaan toimintakyky heikkenee</p> <p>Vähentää lisäongelmia, jokaisen perusoikeus</p> <p>Infektioiden ennalta ehkäisy mm.</p> <p>Se luo perustan muulle hoidolle</p> <p>Auttaa toipumisessa</p> <p>Infektioiden torjunnan, potilaan hyvinvoinnin, puhtauden vuoksi.</p>		
<p>KYSYMYS 9 Silloin kun potilas näyttää siistiltä ja hän itse on tyytyväinen hoitoonsa.</p> <p>Kun potilas kokee saaneensa tarpeellisen perushoidon. Kun perushoidon puutteeseen liittyviä komplikaatioita ei synny. Tarve on potilaskohtaista.</p> <p>Silloin kun potilas kokee olonsa puhtaaksi</p> <p>Perushoidon pitäisi toteutua hyvin joka päivä! Hyvin toteutuu silloin, kun ei ole akuuttia tilannetta osastolla.</p> <p>Silloin kun kaikki asiat otetaan huomioon ja perushoito on jatkuvaa.</p>	<p>Potilas itse tyytyväinen (9)</p> <p>Toteutetaan potilaslähtöisesti (3)</p> <p>Potilaalla hyvä olla (1)</p> <p>Kun potilas hyötyy perushoidosta (1)</p> <p>Kokee olonsa puhtaaksi (1)</p>	<p>Huomioitu potilaslähtöisyys</p>
<p>Potilaan kaikista perushoitoon liittyvistä asioista on huolehdittu oman vuoron aikana ja niistä on myös kirjattu potilastietoihin.</p>	<p>Riittävästi aikaa (9)</p>	

<p>Kun potilas itsekin on tyytyväinen saamiinsa pesuihin ja tulehduksia ei tule eikä tietysti painehaavoja.</p> <p>Kun sen toteuttamiseen on riittävästi aikaa ja se toteutetaan potilaan lähtökohdista käsin. Akuuttipotilaan perushoito pitää miettiä aina tilannekohtaisesti.</p> <p>Potilaalle ei tule painehaavoja ja olemassa olevat haavat paranevat. Potilas on siistin näköinen ja puhtaissa vaatteissa.</p> <p>Kun potilas on tyytyväinen oloonsa, hän on puhdas ja iho siisti.</p> <p>Kun siihen on riittävästi aikaa ja kaikki osaston työntekijät osallistuvat siihen tasavertaisesti. Silloin kun potilas kokee hyötyvänsä perushoidosta.</p> <p>Perushoito toteutuu silloin hyvin kun siihen on käytetty riittävästi aikaa ja se on toteutettu potilaan yksilölliset tarpeet huomioon ottaen. Siihen kuuluu kunnolliset aamupesut, puhtaiden vaatteiden ja liinavaatteiden vaihtaminen, suuhygieniasta huolehtiminen, kanyyliin juurien putsaus ja taitosten vaihtaminen, haavanhoito, potilaan ympäristön siistinä pitäminen, eritykseen liittyvistä asioista huolehtiminen, asentohoito, päivän mittaan tarvittaessa tehtävät pienet pesut.</p> <p>Aina, kun potilaan luona käydään, niin huomioidaan myös perushoidolliset asiat.</p> <p>Kun potilaan hoidossa otetaan kaikki huomioon kokonaisvaltaisesti. Pelkkä lääkitseminen ei ole tarpeeksi</p> <p>Kun potilaalla on hyvä olla, puhtaat vaatteet, kunnan aamupesut, myös hammaspesut, parranajo, puhtaat sänkyvaatteet, asentohoito säännöllisesti, ei makuuhaavoja, ei epämiellyttäviä tuoksujia, jotka liittyvät huonoon hygieniaan</p> <p>Aamuvuoroissa ja kun potilaita/hoitaja on max 2kpl. Huom. erot modulien välillä.</p> <p>Kun potilas on saamaansa hoitoon tyytyväinen</p> <p>Silloin, kun hoitaja ei ole yli kuormitettu ja ehtii huolellisesti hoitamaan potilaan</p> <p>Silloin, kun potilas on omaan hoitoonsa oikeasti tyytyväinen, eikä vain sano niin.</p> <p>Silloin kun potilas ja hoitaja ovat tyytyväisiä tilanteeseen</p> <p>Silloin kun pesut yms. tehdään huolellisesti</p> <p>Kiireettömänä aikana, esim. kun on vain 1 potilas hoidettavana.</p>	<p>Riittävästi henkilökuntaa (3)</p>	Riittävästi aikaa ja henkilökuntaa
	<p>Toteutuu kun ei akuuttia tilannetta (2)</p>	
	<p>Kirjattu mitä on tehty (1)</p>	Kirjaaminen
	<p>Hoitaja tyytyväinen tilanteeseen (1)</p>	
	<p>Hoitaja motivoitunut (1)</p>	Hoitajan ammattitaito
	<p>Kaikki hoitajat osallistuvat tasavertaisesti (2)</p>	
	<p>Hoitaja tunnistaa perushoidon tärkeyden (1)</p>	
	<p>Toteutuu päivittäin (1)</p>	
	<p>Aamuvuoroissa (1)</p>	
	<p>potilaan luona käydessä huomioidaan perushoidolliset asiat (1)</p>	
	<p>Huolellisesti hoidettaessa (7)</p>	
	<p>Potilaan tarpeista huolehditaan (1)</p>	Kokonaisvaltainen hoito
	<p>Ravitseminen on hyvä (2)</p>	
	<p>Apua liikkumiseen (1)</p>	
	<p>Perushoito on jatkuva (2)</p>	
<p>Kokonaisvaltaista (5)</p>		

<p>Silloin kun jokainen hoitaja huolehtii perustarpeista ja hoidosta. Joskus se koostuu pienistä asioista kuten tippakanyylien teippaukset pidettävä siisteinä. Joka päivä tehdään perusteelliset aamupesut.</p> <p>Kun potilaan henkilökohtaisesta hygieniasta huolehditaan joka päivä ja on aikaa auttaa tarvittaessa ruokailussa yms. toiminnoissa</p> <p>Kun sillä on saatu estettyä komplikaatioita esim. infektioita ja painevammoja. Lisäksi potilas tuntee olonsa mahdollisimman miellyttäväksi.</p> <p>Hoitajan pitää olla motivoitunut siitä huolehtimaan ja tunnustettava kuinka tärkeä osa hoitotyötä se on.</p> <p>Kun potilaan tarpeista huolehditaan joka vuorossa.</p> <p>Potilas kokee olonsa puhtaaksi, iho on hoidettu, suuhoidettu, haavat hoidettu.</p> <p>Silloin kun potilas on puhdas, saa apua liikumiseen ja on ravittu tarpeeksi hyvin</p> <p>Kun sitä toteutetaan päivittäin asianmukaisesti.</p> <p>Kun siihen on kunnolla aikaa</p> <p>Kun ei ole kiire.</p> <p>Potilas on puhdas, välitön hoitoympäristö ympärillään on siisti</p>	<p>Potilas puhdas (10)</p> <p>Puhtaat vaatteet (4)</p> <p>Hoitoympäristö siisti (2)</p> <p>Haavat paranevat (1)</p> <p>Komplikaatioita ei synny (4)</p>	
<p>KYSYMYKSIÄ 14</p> <p>Ehkä aktiivisimpien hoitajien näyttämä esimerkki kannustaa siihen että itsekin jaksaa paneutua kunnolla perushoittoon.</p> <p>Hyvät tilat ja välineet.</p> <p>Meillä on sovittuja sääntöjä, osa noudattaa, osa ei</p> <p>Jokainen tekee aamutoimet, se kannustaa jo itsessään.</p> <p>Esim. petauskärryt ovat kätevät, laskutilaa voisi olla joskus enemmän. Toki tilat ovat välillä rajalliset.</p> <p>Perushoidon näkemys ja tarpeellisuus vaihtelee hoitajan mukaan. Toivoisin että osastolla enemmän kiinnitettäisiin huomiota potilaiden puhtauteen ja lähiympäristön siisteyteen</p> <p>Pääsääntöisesti potilaan pesut tehdään tosi hyvin ja apua tarvittaessa saa hyvin.</p> <p>Kaikki alkaa aamulla työhön samaan aikaan. Se kannustaa myös itseä aloittamaan.</p> <p>Kannustaa siten, että perushoittoon on riittävät välineet ja usein myös riittävästi aikaa. Toisinaan, kiireisinä päivinä toivoisin enemmän aikaa.</p>	<p>Aktiivisten hoitajien esimerkki, kannustus ja neuvot(4)</p> <p>Sovitut säännöt (1)</p> <p>Jokainen tekee aamutoimet (1)</p> <p>Enemmän kiinnitettäisiin huomiota potilaan puhtauteen ja lähiympäristön siisteyteen (1)</p> <p>Tasavertainen työpanos kaikilta (3)</p> <p>Yhteistyö (6)</p> <p>Avun tarpeen kysyminen (2)</p> <p>Perushoito on itsestäänselvyys (3)</p> <p>Asiasta puhuminen (1) ja palaute (2)</p>	<p>Hoitajan toiminta</p>

<p>Perushoito on osa rutiinia, joka kuuluu työhömmö. Muiden hoitajien aktiivisuus perushoidossa kannustaa myös omaan aktiivisuuteen. Hoitotarvikkeiden hyvä saatavuus myös kannustaa perushoidon toteuttamiseen. Kannustukseksi toivoisin kaikilta tasavertaiselta työpanosta perushoidon toteuttamiseen.</p> <p>Hygieniahoidajien työ kannustaa ja motivoi perushoidon toteuttamiseen. Toivoisin kaikilta yhteistä panostusta perushoidon toteuttamiseen, lisäksi mielestäni osaltaan työssä viihtymistä.</p> <p>Meillä kaikki vanhemmat hoitajat ainakin ymmärtävät perushoidon tärkeyden ja itsensä selvyden. Opiskelijoilla ja nuorilla hoitajilla olisi tässä asiassa opittavaa. Meidän tulisi entistä enemmän kannustaa siihen suuntaan.</p> <p>Kaikki potilaat ovat näkyvillä ja haju olisi melkoinen jollei huonokuntoisia vuodepotilaita pestäisi</p> <p>Toiset hoitajat pyrkivät auttamaan omien potilaiden ohella. Aamuvuoroihin keskittyvä perushoito kaiken muun aamussa tapahtuvan ohella aiheuttaa työpaineen nimenomaan aamuvuoroille.</p> <p>Mielestäni ihan hyvin.</p> <p>Tilava hoitoympäristö ja hyvät/riittävät tarvikkeet kannustavat ja motivoivat parempaan perushoittoon.</p> <p>Kysellään avuntarvetta.</p> <p>Kaikilla olisi sellainen ajatusmaailma, että perushoidolliset hommat kuuluvat automaattisesti myös valvontapotilaan hoitoon.</p> <p>Että kaikki tavarat löytyisivät läheltä, käden ulottuvilta. – apua saa tarvittaessa helposti</p> <p>Kaikki olisivat yhtä tarkkoja perushoidon suhteen.</p> <p>Työkaverit tarjoavat apua päivittäin joka kannustaa hyvin perushoittoon</p> <p>Asiasta puhutaan, annetaan palautetta. Useimmat kokevat sen tärkeäksi.</p> <p>Yhteistyöllä on helpompi huolehtia esimerkiksi potilaan pesuista</p> <p>Kannustaa, työtoverit huomauttaa mikäli perushoito ja puhtaus puutteellista. Temppurata päivillä kiinnitetään huomiota miten perushoitoa voidaan kehittää.</p> <p>Aikaa voisi olla siihen enempi,</p> <p>Perushoito mielletään itsestään selvyydeksi, siistit ja tyytyväiset potilaat.</p> <p>Aina saa apua.</p> <p>Perushoito on otettu huomioon hyvin työympäristössä.</p>	Yhdenaikaisuus (1)	
	Hyvät tilat ja välineet (4)	
	Avun saaminen (6)	
	Riittävästi aikaa (1)	
	Hygieniahoidajat (1)	Hyvät resurssit
	Tavarat lähellä (1)	
	Hyvä työympäristö (1)	
	Siistit ja tyytyväiset potilaat (1)	
	Kaikki potilaat näkyvillä (1)	Potilaiden viihtyvyys
	Olisi tilaa (1)	
	Laskutilaa enemmän (1)	
	Välineet olisivat lähellä (1)	Lisää resursseja
	Enemmän aikaa (2)	
	Perustelua perushoidon tärkeydestä (2)	Perustelut perushoidolle
Töiden tasainen jakaminen vuoroihin (1)	Tasavertainen jakaminen työvuoroihin	

<p>KYSYMYKSIÄ 15</p> <p>Tilat ovat hyvät, tornimoduulit on liikuteltavia joten tilaa saa hyvin järjestettyä. Välineet ovat myös ok.</p> <p>Kohtalaisen hyvät.</p> <p>Hyvät jos potilaan kunto sallii</p> <p>Mielestäni hyvät.</p> <p>Ihan hyvät resurssit ovat, mutta joskus kova kiire/huoli potilaan henkeä uhkaavista asioista ajaa perushoitamisen ohitse.</p> <p>Hyvät</p> <p>Meillä on hyvin mahdollistettu perushoito, jos vain itse haluaa ja viitsii.</p> <p>Johdot ja letkut rajoittavat toki jonkin verran, mutta eivät ole varsinaisesti este.</p> <p>Valvontalaitteet hankaloittavat, mutta muuten perushoitoa voi toteuttaa.</p> <p>Tilat ovat hieman pienet, joka hankaloittaa perushoidon toteuttamista. Välineet potilaan perushoidon toteuttamisen ovat melko hyvät. Valvontalaitteet ja niiden johdot vaikeuttavat perushoidon toteuttamista, mutta niiden kanssa on opittava elämään.</p> <p>Osastolla on mielestäni hyvät resurssit perushoidon toteuttamiselle. Hoitotarvikkeita löytyy läheltä ja perushoito on osa päivän rutiinia.</p> <p>Suuri määrä seurantalaitteita, hankaloittaa hieman perushoidon toteuttamista. Em. systä joskus tilaa vähemmän, mutta pääosin mielestäni on riittävästi tilaa ja välineitä.</p> <p>Resurssit ovat mitä ovat, mutta potilaan perushoidosta ei saa tinkiä. Johdot ovat usein tiellä ja mahdolliset monet infuusio/laskuputket. Niitä voidaan aina siirtää ja järjestellä sen mukaan, jotta potilasta voidaan hoitaa. Myös letkujen pituus ja asettelu siten, että potilas pääsee kääntymään ja liikkumaan sängyssä tarpeen mukaan.</p> <p>Kohtalaisen hyvät.</p> <p>Potilaan kriittinen tilanne rajoittaa välillä perushoidon toteutumista, muuten resurssit ovat riittävät, suihkuun pääsee vähemmän kuin tavallisella vuodeosastolla. Vuodepesut ovat yleisempiä, samoin ns. pikkupesut</p> <p>Välineet ok. Monitorointi ja muut potilaan hoitoon liittyvät asiat haastavat. Hieman ahtaat tilat varsinkin eristys huoneissa. Toisaalta sekavia potilaita.</p>	Hyvät tilat (5)	Hyvät resurssit
	Hyvät välineet (11)	
	Hyvät (11)	
	Kohtalaisen hyvät (3)	Kohtalaiset resurssit
	Rajoittavia tekijöitä (14)	Rajalliset resurssit
	Ahtaat tilat (4)	
	Intimiteettisuoja heikko	

<p>Potilaassa kiinni oleviin johtoihin kyllä tottuu. Jos on kaksi huonokuntoista potilasta, joutuu tinkimään jostakin, ja usein se on perushoito, jos lääketieteellinen hoito on potilaan edun mukaista</p> <p>Ihan riittävät</p> <p>Valvontaosaston tilat ja välineet koen riittäviksi.</p> <p>Hyvät välineet ja tilat, joskus laitteet ja johdot häiritsevät</p> <p>Joskus huonot; esim. huonokuntoista potilasta ei voi viedä suihkuun, koska laitteet eivät anna myöden</p> <p>Tilat haastavat, potilaspaikeilla ei laskutiloja ole paljon, letkuja ja piuhoja paljon, joita täytyy varoa. Välineet mielestäni hyvät.</p> <p>Tilat ja välineet kunnossa. Potilaassa kiinni olevat laitteet, drenit ym. hankaloittavat hieman perushoitoa</p> <p>Valvontaosastolla on kohtuullisen hyvin tilaa potilaan ympärillä toteuttaa perushoitoa. Valvontapotilaiden vieminen suihkuun on valitettavan harvoin mahdollista potilaan tilasta johtuen.</p> <p>Apuvälineitä/keinoja löytyy, pystytään esim. huolehtimaan potilaan ravitsemuksesta monella eri tavalla (NML/i.v. ravitus/lisäravinnejuomat). Jos potilaan tilanne vaatii jatkuvaa monitorointia, niin estää esim. suihkuun pääsyn/mobilisoinnin kunnolla liikkeelle.</p> <p>Ihan hyvät. Potilaan sängyn ympärillä on tilaa toimia ja välineitä löytyy.</p> <p>Välineet hyviä, tilat toisinaan ahtaita.</p> <p>Tilat ovat ahtaat ja intymiteettisuoja ajoittain heikko</p> <p>Hyvät resurssit. Joskus joutuu käyttämään mielikuvitusta. Ei yhtä oikeaa tapaa</p> <p>Mielestäni hyvät.</p> <p>Jonkin verran rajoittavat, mutta eivät estä perushoidon toteutumista</p> <p>Hyvät.</p>		
<p>KYSYMYS 20</p> <p>Potilaan kokonaisvaltaista huomioimista, perushoito, vitaiien tarkkailu ja huolellinen lääkehoito tulee nyt ensimmäisenä mieleen.</p> <p>Potilaan hyvä kokonaisvaltainen hoito.</p> <p>Potilaan mahdollisimman hyvä olo, turvallisuus, hyvä kivunhoito ja hygienia. ravitsemus ja nesteytyksestä huolehtiminen</p> <p>Potilaan kunnioitus.</p>	<p>Kokonaisvaltainen hoito (11)</p> <p>Perushoito (5)</p> <p>Vitaiien tarkkailu (1)</p> <p>Huolellinen lääkehoito (3)</p>	

<p>Järjestelmällisyyttä ja suunnitelmallisuutta.</p> <p>Potilaan kokonaisvaltainen hoito sis. monia eri osa-alueita</p> <p>Suunhoito ja yleinen puhtaus sekä potilaan hoidossa että ympäristössä.</p> <p>Kivun hoito, sairauden pahenemisen ehkäisy ja lisäongelmien ehkäisy.</p> <p>Potilaan tarkkaileminen jatkuvasti, lääkehoito, nopeasti muuttuviin tilanteisiin vastaaminen, omaiset</p> <p>Potilaan kokonaisvaltaista hoitoa.</p> <p>Potilaan hyvinvointi, potilaan hyvä ja kokonaisvaltainen hoito</p> <p>Kaikki työ on tärkeää ja liittyy potilaaseen.</p>	Hyvä kivunhoito (5)	Kokonaisvaltainen hoito
	Suunhoito (1)	
	Kuntoutus (2)	
	Potilaan tarkkailu (1)	
	Hygienia (2)	
	Hyvä ravitseminen ja nesteytyksestä huolehtiminen (1)	
	Omaiset (1)	
	Aseptiikka (1)	
	Suunnitelmallisuus (1)	
	Potilasturvallisuus (3)	
<p>Potilaan kokonaisvaltainen huolehtiminen.</p> <p>Yksilöllisyys ja ammattitilpeys, vaikka kukaan ei näkisi, pitää kaikki asiat hoitaa huolella ja kunnolla</p> <p>Potilas lähtöisyyden. Omien potilaiden asioihin ja hoitoihin keskittyminen. Muiden auttaminen mahd. mukaan. Lääkehoidon oikea ja huolellinen toteuttaminen. Perushoito.</p> <p>Hyvä työyhteisö.</p> <p>Läsnäolon, ammattitaidon, potilaan hyvinvoinnin, kivuttomuuden</p> <p>Potilaan turvallisen kokonaisvaltaisen hoidon</p> <p>Potilaan kohtaamista samanarvoisena ihmisenä.</p> <p>Asiakastyytyväisyys, onnistuminen</p> <p>Aseptiikka, rauhallisuus</p> <p>Perushoito kuuluu tärkeänä osana potilaan hoitoa sairaanhoitajan työhön. Siinä aamupesuja yms. tehdessä, kuulee ja näkee potilaan yleistilan ja -voinnin.</p> <p>Osata tulkita ja ennakoida potilaan vointia, jotta ei omalla toiminnalla heikennä sitä tai tee potilaan oloa tukalammaksi. Pitää olla ns. "askeleen edellä".</p> <p>Potilaan kokonaisvaltainen hyvinvointi. Hyvä perushoito, kivunhoito ja kuntoutus.</p> <p>Potilaan kunnioittamista, asiantuntijuutta ja työniloa.</p> <p>Kun muistaa, että töitä tehdään potilaita varten ja otetaan vastuu siitä, että hoidetaan työhön kuuluvat tehtävät huolella niin hyvin menee.</p> <p>Potilaan kaikin puolin huomioiminen</p> <p>Potilaan kokonaisvaltainen hoito, ei mikään tietty osa-alue</p> <p>Kokonaisvaltaisesti potilaan hyvä hoito.</p>	Järjestelmällisyyttä (1)	Hoitajan ammattitaito
	Sairauden pahenemisen ehkäisy ja lisäongelmien ehkäisy (2)	
	Vastaaminen nopeasti muuttuviin tilanteisiin (2)	
	Omahoitajuus (1)	
	Potilaan hoito ja siinä onnistuminen (3)	
	Ammattitilpeys (1)	
	Läsnäolo (1)	
	Ammattitaito (2)	
	Asiantuntijuus (1)	
	Empatia (1)	
<p>Potilaan kokonaisvaltainen hoito, ei mikään tietty osa-alue</p> <p>Kokonaisvaltaisesti potilaan hyvä hoito.</p>	Huolellisuus (3)	
	Rauhallisuus (1)	
	Tarkkaavaisuus (1)	
	Potilaan kunnioitus (2)	

Tarkkaavaisuus, huolellisuus ja empatia. Potilasturvallisuus, kaikkien tyytyväisyys Potilaan hoitamisen ja siinä onnistumisen.	Kaikki työ tärkeää(1)	Eettisyys
	Eettisyys (1)	
	Yksilöllisyys (1)	
	Potilaslähtöisyys (2)	Toimiva työyhteisö
	Muiden auttaminen (1)	
	Hyvä työyhteisö (1)	
	Työnilo (1)	Kaikkien tyytyväisyys
	Kaikkien tyytyväisyys (1)	
	Asiakastytyväisyys (1)	
Potilaan hyvinvointi (5)		
KYSYMYS 21 Useampi WC/suihku. Yhteisiä sääntöjä pitäisi muistutella. Lisää verhoja suojaamaan potilaan intimitettiin suojaa. Lääkäreille myös ymmärrystä, että verhojen väleistä ei tulla kurkistelemaan mikäli verhot kiinni. Verhot kiinni aina merkki siitä, että intimitettisuojaa yritetään varjella. Yhtenäisempää työskentelyä. Laadun tarkkailu, kannustettaisiin toisiamme huolehtimaan perushoidosta Suunhoitoon haluaisin kiinnitettävän enemmän huomiota! Kaikkien tulisi huolehtia perushoidon toteuttamisesta samalla tavalla ja yhtä huolellisesti. Tämä toteutuu yhteisillä säännöillä sekä valvomalla että sääntöjä noudatetaan. Lisää koulutuspäivä/muistutusta aiheesta, jotta perushoito toteutuisi tasavertaisesti hoitajien kohdalla. Uusien työntekijöiden perehdyttämisessä pitäisi huomioida enemmän perushoitoon liittyviä asioita. Pitäisi ohjata selkeästi, että mitkä asiat täytyy tehdä ja kuuluvat jokaisen vastuulle. Hygieniahoitajat ovat tehneet hyvää työtä perushoidon kehittämisessä. En tiedä auttaisiko selkeät ohjeistukset siitä, mitä jokaisen tehtäviin kuuluu perushoitoon liittyen, siihen, että osa hoitajista mielestäni ajoittain laiminlyö perushoidon toteuttamista.	Useampi WC (2)	Lisää resursseja
Useampi suihku (2)		
Uusia apuvälineitä kokeiluun ja käyttöön rohkeasti (1)		
Tavaraille lisää laskutilaa (1)		
CliniSoft kirjausjärjestelmä (1)		
Uudet parranajokoneet (1)	Lisää verhoja (1)	
	Yhteiset säännöt ja niistä muistuttelu (5)	Osaston käytänteiden yhtenäistäminen
	Yhtenäisempää työskentelyä (2)	
Siitä pitäisi puhua ja keskustella jatkuvasti. Uusia apuvälineitä käyttöön ja kokeiluun rohkeasti. Parantamisen varaa löytyy aina. Enemmän aikaa ja työparitoimintaa jotta pesut onnistuisivat helpommin, koska yksin se on melko raskasta. Ammattilypeys kunniaan, potilaat tarvitsevat kunnollista perushoitoa, myös hammaspesuja ja parranajoja	Jokainen voisi miettiä perushoidon toteuttamistaan, onko se riittävää (1)	Huomiota perushoidon laatuun
	Ulkopuolinen ihminen havainnoimaan (1)	
	Jatkuvaa keskustelua perushoidosta (1)	
Riittävä hoitajamäärä (potilas määrät vaihtelee) Olisiko mahd. jakaa joitain perushoitoon liittyviä asioita iltavuorolle?	Laadun tarkkailu (1)	

<p>Ehkä työparitoiminnan tiivistäminen auttaisi - näkisi toisenkin toimintatavat</p> <p>Jakamalla potilaat niin, ettei kenelläkään olisi liian kuormittavia potilaita, ja raskaiden potilaiden hoitoon saisi enemmän lisäkäsia.</p> <p>Hyvin vaikea sanoa. Mielestäni se toimii jo hyvin. Tässä tarvitsisi ulkopuolisen näkemystä.</p> <p>Toinen suihku potilaskäyttöön</p> <p>Tavaroille lisää laskutilaa</p> <p>Ravitsemusneuvontaa; mitä lisäravinnetta annetaan millekin potilaalle, haavanhoito tuotteista infoa</p> <p>Yhteisesti sovittu standardi meillä sovitusta perushoidosta, johon täällä työskentelevien tulee sitoutua.</p> <p>Lisää koulutusta ja tietoisuutta</p> <p>Jotta perushoidolle jäisi enemmän aikaa, toivoisin että CliniSoft, tällöin kirjaaminen vähenisi, joten jäisi enemmän aikaa perushoidolle.</p> <p>Koulutusta ja fokuksia myös enempi siihen, myös lääkäreiden toimesta.</p> <p>Uudet parranajokoneet.</p>	Kannustetaan toisia (1)	Tasavertaisuus ja kannustaminen
	Enemmän aikaa ja työparitoimintaa (3)	
	Perushoidon toteuttaminen tasavertaisesti (2)	
	Riittävästi hoitajia (1)	
	Avun saaminen tarvittaessa (1)	
	Potilaiden jakaminen tasapuolisesti (1)	
	Perushoidon jakaminen muille vuoroille (1)	Lisää koulutusta ja perehdyttämistä
	Haavanhoitotuotekoulutuksia (1)	
	Koulutusta (3)	
	Ravitsemusneuvontaa: lisäravinteiden käyttö (1)	
Uusien työntekijöiden perehdytys (1)	Enemmän huomiota perushoidon osa-alueisiin	
Suunhoitoon enemmän huomiota (2)		
Enemmän huomiota parranajoon (1)		

Liite 5. Saatekirje osastolle

Tiedote sairaanhoitajille

Hei,

olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Tampereen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä potilaan perushoidosta valvontaosastolla. Käytämme opinnäytetyössä määrällistä menetelmää. Aineiston keräämme laatimallamme kyselylomakkeella valvontaosaston sairaanhoitajilta sähköisesti.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää potilaan perushoitoa ja sen toteutumista valvontaosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena on kiinnittää huomiota perushoidon tärkeydestä osana potilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä ja motivoida perushoidon toteuttamiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on myös yhtenäistää valvontaosaston käytänteitä perushoidon osalta.

Kyselylomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista, mutta toivomme mahdollisimman monen vastaavan, jolloin työmme tarkoitus ja tavoite toteutuu parhaiten ja Te saatte siitä parhaan mahdollisen hyödyn. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä ja analysoimme vastaukset, niin ettei vastaajaa voida tunnistaa. Vastaamiseen menee aikaa noin 20 minuuttia.

Vastaamisaikaa on 8.9.2013 asti.

Mikäli teille ilmenee kysymyksiä opinnäytetyöhön tai kyselylomakkeeseen liittyen, vastaamme niihin mielellämme.

Tulemme esittelemään opinnäytetyön tulokset osastolle keväällä 2014.

Kiittäen ja yhteistyöterveisin

Sairaanhoitajaopiskelijat:

Tiina Mäihäniemi

tiina.maihaniemi@health.tamk.fi

Hanni-Maaret Sarvijärvi

hanni-maaret.sarvijarvi@health.tamk.fi