

**OMAHOITAJUUDEN TOTEUTUMINEN
HOITAJIEN KOKEMANA
KESKI-SUOMEN
KESKUSSAIRAALAN OPERATIIVISILLA OSASTOILLA**

Inna Leskelä, Paula Vilander ja Kirsi Yakinlar

Opinnäytetyö
Syyskuu 2009

Hyvinvointiyksikkö



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tekijä(t) LESKELÄ, Inna VILANDER, Paula YAKINLAR, Kirsi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 14.09.2009
	Sivumäärä 36	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi OMAHOITAJUUDEN TOTEUTUMINEN HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMANA KESKI-SUOMEN KESKUSSAIRAALAN OPERATIIVISILLA OSASTOILLA		
Koulutusohjelma Hoitotyö		
Työn ohjaaja(t) SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena TYRVÄINEN, Hannele		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän ammattikorkeakoulu Keski-Suomen keskussairaala		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tulevaisuudessa väestön ikääntyessä ja yhteiskunnan muuttuessa yhä monikulttuurisemmaksi hoitotyössä tulee korostumaan entisestään hoitajan ja hoidettavan välinen hoitosuhde.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millä edellytyksillä yksilövastuinen hoitotyö toteutuu Keski-Suomen keskussairaalan operatiivisilla osastoilla hoitohenkilökunnan näkökulmasta sekä sen etuja ja haittoja hoitohenkilökunnan kokemana. Opinnäytetyön tavoitteena oli hoitohenkilökunnan näkemysten perusteella antaa keinoja omahoitajuuden kehittämiseen Keski-Suomen keskussairaalan operatiivisilla osastoilla. Tutkimus oli kvantitatiivinen ja se toteutettiin strukturoituna kyselytutkimuksena Digium- tiedonkeruuohjelman avulla. Aineisto kerättiin Keski-Suomen keskussairaalan operatiivisen toimialueen hoitohenkilökunnalta (n=92).</p> <p>Tulosten mukaan yksilövastuisten hoitotyön edellytyksenä korostuivat työvuorojärjestelyt, jolloin ne onnistuessaan tukevat hoitosuhteen onnistumista ja jatkumista. Osastonhoitajan toiminta, perehdytys, resurssointi, sähköisen kirjaamisen kehittäminen sekä lääkärikunnan myönteinen suhtautuminen omahoitajuuteen ovat tutkimustulosten mukaan tärkeitä omahoitajuuden tukitoimia. Tulokset osoittivat että hoitohenkilökunta koki kehittämistä olevan siinä, kuinka omahoitajuudesta potilaalle informoidaan. Toteutuakseen yksilövastuinen hoitotyö edellyttää koulutusta ja asiakkaan tarpeista lähtevää hoitohenkilökuntaa huomioivaa työvuorosuunnittelua.</p> <p>Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä, joissa suunnitellaan yksilövastuiseen hoitotyön kehittämistä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Yksilövastuinen hoitotyö, omahoitaja, omasairaanhoidaja, vastuuhoidtaja		
Muut tiedot		

Author(s) LESKELÄ, Inna VILANDER, Paula YAKINLAR, Kirsi	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 14092009
	Pages 36	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title NURSING STAFF'S EXPERIENCES FOR IMPLEMENTATIONS OF PRIMARY NURSING IN THE OPERATIVE UNITS OF THE CENTRAL FINLAND CENTRAL HOSPITAL		
Degree Programme Nursing		
Tutor(s) SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena TYRVÄINEN, Hannele		
Assigned by Jyväskylä University of Applied Sciences Central Finland Central Hospital		
Abstract The future will emphasize a nurse-client relationship as the society will turn more multicultural and people grow old. The purpose of this study was to explore the implementation requirements of primary nursing in operative units of the Central Finland Central Hospital as the perspective of nursing staff. This study will also review vantage and disadvantages of primary nursing. One of the main aims of this study was to find results to devise a system of primary nursing in the area of operative units in the hospital. The survey was carried out by Digium internet-based software for surveys. The target group consisted of nursing staff of the operative units in the central hospital (n=92). The results showed that adequate work shift arrangements support the success and continuity of a nurse-client relationship. Activity of the head nurse, familiarization, staff resources, developing of electronic booking as well as doctors' positive attitude towards primary nursing support operation. Dispensation of information needs more attention. The implementation of primary nursing requires education, different support systems, and work shift planning from the client's perspective and observing nurses. The results of this study can be used in the social welfare and health care units that consider developing primary nursing.		
Keywords Primary nursing care, primary nurses, nursing		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ	4
2.1 Yksilövastuisen hoitotyön määrittelyä	5
2.2 Yksilövastuisen hoitotyön periaatteita	6
2.2.1 <i>Yksilöllisyys hoitotyössä</i>	7
2.2.2 <i>Vastuullisuus</i>	7
3 YKSILÖVASTUISESTA HOITOTYÖSTÄ JULKAISTUJA TUTKIMUSTULOKSIA	8
3.1 Yksilövastuista hoitotyötä edistäviä tekijöitä	8
3.2 Yksilövastuista hoitotyötä estäviä tekijöitä	10
3.3 Yksilövastuisen hoitotyön vaikutuksia työorganisaatioon.....	11
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	13
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	14
5.1 Aineiston keruu	14
5.2 Menetelmät	15
5.3 Analysointi.....	17
6 TULOKSET	19
6.1 Vastaajien taustatiedot	19
6.2 Omahoitajuuden toteutuminen hoitajien kokemana	21
6.3 Omahoitajuuden toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä	23
6.4 Hoitajien näkemyksiä omahoitajuuden kehittämisestä.....	27
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	29
7.1 Tutkimustulosten pohdinta	29
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	31
7.3 Jatkotutkimusehdotukset.....	33
LÄHTEET	34
Liite 1	36
Liite 2	39
Liite 3	40
OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS	40
<i>Opinnäytetyön aihe/nimi</i>	40
Liite 4	41
Keski-Suomen sairaanhoitopiirin organisaatiokaavio.....	41

KUVIOT

KUVIO 1. Koulutus	19
KUVIO 2. Osasto.....	19
KUVIO 3. Vastaajien ikä.....	20
KUVIO 4. Vastaajien työkokemus vuosina	20
KUVIO 5. Omahoitajana toimiminen.....	21
KUVIO 6. Potilaan tietämys omahoitajasta hoitajien arvioimana.....	21
KUVIO 7. Potilaan tietämys hoitajan työajasta.....	22
KUVIO 8. Potilaan tietämys korvaavasta hoitajasta	22
KUVIO 9. Osastonhoitajan tuki omahoitajuudelle	23
KUVIO 10. Uuden työntekijän perehdyttäminen	24
KUVIO 11. Sähköinen kirjaaminen yksilövastuisen hoitotyön tukena.....	24
KUVIO 12. Lääkäreiden suhtautuminen omahoitajakäytäntöön.....	25

1 JOHDANTO

Elämme yhteiskunnassa, jonka väestö ikääntyy nopeasti. Sosiaali- ja terveystalouden tulevaisuuden asiakkaat tulevat Vuorenkosken ja Konttisen (2008) mukaan jakautumaan erilaisiin alaryhmiin, joita ovat esimerkiksi terveys-sairaus-tietoiset ja -tietämättömät, vastuunottoon kykenevät ja kykenemättömät sekä palveluiden hakeutumisen suhteen aktiiviset ja passiiviset. Omalta osaltaan tätä kehitystä tukee monikulttuurisuuden lisääntyminen. Näin ”keskivertoasiakas” häviää ja asiakkaiden erilaiset erikoistarpeet korostuvat. (Vuorenkoski & Konttinen 2008, 41.)

Opinnäytetyö on osa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kehittämisprojektia, jonka tarkoituksena on kuvata hoitotyötä operatiivisilla osastoilla ja selvittää omahoitajajärjestelmän toimivuutta. Kehittämisprojektiin liittyen aiheesta tehtiin kolme opinnäytetyötä, joista yhdessä aihetta tarkasteltiin hoitohenkilökunnan näkökulmasta, toisessa tutkimuksessa aihetta lähestyttiin asiakas-näkökulmasta ja kolmannessa tutkimuksessa pyrittiin selvittämään edellä mainituissa tutkimuksissa esiin tulleita eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Vastaavanlaista tutkimusta ei Keski-Suomen keskussairaalassa ole tehty aikaisemmin.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millä edellytyksillä yksilövastuinen hoitotyö toteutuu Keski-Suomen keskussairaalan operatiivisilla osastoilla hoitohenkilökunnan näkökulmasta sekä sen etuja ja haittoja hoitohenkilökunnan kokemana. Opinnäytetyön tavoitteena on hoitohenkilökunnan näkemysten perusteella antaa keinoja omahoitajuuden kehittämiseen Keski-Suomen keskussairaalan operatiivisilla osastoilla. Tutkimuksen perusjoukon muodostavat Keski-Suomen keskussairaalassa operatiivisilla osastoilla työskentelevät hoitotyöntekijät.

Yksilövastuinen hoitotyö on eräs keskeinen ajattelu- ja toimintatapa pyrittäessä korkeatasoiseen hoitotyöhön. Toteutuessaan se mahdollistaa hoitohenkilökunnan tehtävänkuvan laajentamisen, jonka oletetaan lisäävän työn mielekkyyttä, ammatillista kasvua ja ammatillisen aseman paranemista. Hoitotyössä tulee entisestään korostumaan hoitajan ja hoidettavan välinen suhde. Mäkisalo (1999) kirjoittaa hoitotyöntekijän kulkevan potilaan rinnalla erilaisissa muutosprosesseissa ja parhaimmillaan potilaan ja hoitotyöntekijän kohtaaminen on yhdessä luomisen prosessi, jossa kaksi tasavertaista ihmistä kohtaa toisensa omine arvoineen ja arvostuksineen. (Mäkisalo 1999, 14.)

2 YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ

Tässä työssä keskeisin käsite on yksilövastuinen hoitotyö. Englanninkielinen termi yksilövastuiselle hoitotyölle on primary nursing. Termin tarkoitus on korostaa sekä yksilöä että hänen vastuutaan hoitotyössä. Suomenkielisiä vastineita primary nurse -termille ovat muun muassa omahoitaja, omasairaanhoitaja ja vastuuhoitaja. Omahoitaja on näistä yleisimmin käytetty. (Nyman 2006, 7.)

Yksilövastuisen hoitotyön (primary nursing) sanotaan kirjallisuudessa usein tarkoittavan toisaalta hoitotyön organisointitapaa ja toisaalta filosofista toimintaperiaatetta. Yksilövastuinen hoitotyö organisointitapana merkitsee sitä, että potilaille nimetään heidän hoitotyöstään vastuussa oleva hoitotyöntekijä. Hän kantaa vastuun potilaan hoitotyöstä ja hoidon koordinoinnista koko hoitajakson ajan. Filosofisessa toimintaperiaatteessa korostuvat keskeiset hoitotyön arvosidonnaiset periaatteet: potilaskeskeisyys, hoidon jatkuvuus, kattavuus ja hoidon ja hoitotyön koordinointi. Yksilövastuisessa hoitotyössä ovat keskeisiä käsitteitä vastuullisuus ja itsenäisyys. (Kalasniemi, Kuivalainen & Ryhänen 2002a, 6).

Myös Pukuri (2002) kirjoittaa yksilövastuisella hoitotyöllä tarkoitettavan toisaalta hoitotyön organisointitapaa ja toisaalta filosofisia toimintaperiaatteita. Kun terveydenhuollon organisaatiossa nimetään yksityiselle potilaalle yksilöllisesti vastuussa oleva hoitaja, joka kantaa vastuun hoitotyöstä ja sen koordinoinnista potilaan koko hoitajakson ajan on kyseessä organisointitapana yksilövastuinen hoitotyö. (Pukuri 2002, 57.)

Virtanen (2002) on siteerannut artikkelissaan Munnukan tutkimustulosta seuraavasti: ”Yksilövastuinen hoitotyö on potilaan ja omahoitajan, kahden yhdenvertaisen ihmisen, yhteistyösuhde, jossa molemmat työskentelevät potilaan senhetkisen terveyden edistämiseksi.” (Virtanen 2002, 23).

Yksilövastuista hoitotyötä ei tule ajatella ainoastaan työnjakomallina, vaan laajempaa toimintamallina. Työnjakomallit voivat olla asiantuntija-, potilas- tai yhteistyölähtöisiä, mutta yksilövastuisen hoitotyön yksi kulmakivistä on dialogi. Dialoginen yhteistyö lähtee liikkeelle potilaan ja omahoitajan yhteisestä työskentelystä potilaan terveyden edistämiseksi. Dialogissa kukaan ei käytä valtaa toiseen, vaan hoitoa toteutetaan yhteistyössä; hoitaja tuo tilanteeseen ammattitaitonsa, potilas oman yksilöllisen elämäntilanteensa. Kuten Virtanen (2002) toteaa Varton tutkimusten pohjalta, dialogiin osallistuu vähintään kaksi ihmistä, jotka

omaavat erilaiset maailmankuvat. Tarkoituksena ei ole muovata toisen maailmankuvaa, vaan löytää yhteinen alue, jossa toimia ja mahdollisesti luoda uusi käsitys toimintamallista. (Virtanen 2002, 23, 27.)

2.1 Yksilövastuisen hoitotyön määrittelyä

Väitöskirjassaan Munnukka (1993) määrittelee yhteistyösuhteen yksilövastuisessa hoitotyössä potilaan ja omahoitajan, kahden yhdenvertaisen ihmisen yhteistyösuhteeksi, jossa molemmat työskentelevät potilaan sen hetkisen terveyden edistämiseksi. Potilas elää ainutlaatuisia elämäntilannetta, jossa omahoitaja tuo yhteistyösuhteessa potilaan käyttöön henkilökohtaisen ammatillisuutensa ja tässä yhteistyösuhteessa potilas voi kokea läheisyyttä, turvautua toiseen ihmiseen ja tulla oikeaan aikaan autetuksi. Kahdenkeskisessä suhteessa potilas voi lisätä tietoisuutta itsestään ja näin avautuvien mahdollisuuksien kautta edistää terveyttään ja saada energiaa, jonka avulla hän voi hallita omaa elämänsä. Edellytyksenä yhteistyölle on aika ja jatkuvuus. (Munnukka 1993, 99.)

2.2 Yksilövastuisen hoitotyön periaatteita

Mäkisaloon (1999) mukaan yksilövastuisen hoitotyön kehittämishankkeissa on saatettu palata aikaisempiin toimintamalleihin, koska muutoksissa ei olla päästy kulttuurin muutokseen saakka. Edelleen Mäkisalo jatkaa Munnukan (1991) kirjoituksiin viitaten, että yksilövastuiseen hoitotyöhön siirtyminen edellyttää suurta kulttuurin muutosta aikaisempaan nähden ja seuraavia piirteitä voidaan sisällyttää yksilövastuisen hoitotyön kulttuuriin:

”Hoitotyön filosofia, tavoitteet ja tarkoitus ohjaavat työtä. Hoitotyön toteuttaminen yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti on arvokasta. Yhteydet ovat joustavia potilaiden, omaisten ja kollegoiden kesken. Muutos, uudistuminen, tutkimus, opetus ja tietoisuuden kasvu ovat tyypillistä työlle. Hoitotyön johtajat ovat kouluttajia ja tukijoita. Tavoitteena on erilaisten rituaalien, turhien rutiinien ja kiertojen vähentäminen. Keskeistä on potilaan ja omahoitajan joustava yhdessä työskentely” (Mäkisalo 1999, 130.)

Hegyvary (1987) on tiivistänyt yksilövastuisen hoitotyön määritelmän perusajatukseen, jossa yksittäisen potilaan hoitotyö on koko ajan saman sairaanhoitajan valvonnassa sairaalaan saapumisesta kotiinpääsyyn saakka ja tähän perusajatukseen voidaan sisällyttää seuraavanlaisia piirteitä:

”Vastuullisuus – yksi sairaanhoitaja, omasairaanhoitaja, on vastuussa potilaan hoidosta vuorokauden ympäri koko potilaan sairaalassaoloajan. Autonomia – potilaan omasairaanhoitajalla on valtuudet tehdä hoitotyötä koskevia päätöksiä ammatin itsemääräämisoikeuden rajoissa. Koordinointi – hoitotyö on ympärivuorokautista, eivätkä edes vuoronvaihdot keskeytä sitä, vaan hoitotyöntekijä neuvottelee suoraan seuraavan hoitotyöntekijän kanssa. Kattavuus – jokainen hoitotyöntekijä huolehtii potilaan kaikista tarvittaista hoitotoimista määräaikana, esimerkiksi työvuoron aikana” (Hegyvary 1987, 17.)

2.2.1 Yksilöllisyys hoitotyössä

Yksilöllisyys on suomalaisten tutkimusten mukaan yksi keskeisimpiä hyvän hoitamisen arviointiperusteita. Helinin ja Lumpeisen (1998) mukaan tutkimuksissa yksilöllisyys ilmenee ihmisen kykyjen, omatoimisuuden ja itseilmaisun tukemisena ja kannustaminen omatoimisuuteen on tärkeää.

Hoitohenkilöstön tulisi kiinnittää huomiota potilaan kykyihin, eikä vain niiden puuttumiseen. Kunnioittaessaan potilaan yksilöllisyyttä, vahvistuu suhtautuminen potilaan oikeuteen osallistua omaan hoitoonsa. Omaha-ohitajajärjestelmä on käytännössä nähty hyvänä yksilöllisen hoitotyön toteutuskeinona. (Helin & Lumpeinen 1998, 147-149.)

2.2.2 Vastuullisuus

Voutilainen (1998) toteaa vastuullisuuden hoitotyössä tarkoittavan hoitotyöntekijän halua ottaa vastuu hoitotyön tehtävästä. Vastuullisuus toteutuu, jos hoitotyöntekijällä on riittävästi tietoa ja taitoa toimia eettisesti ja itsenäisesti hoitotyön alueella, sekä halua ottaa vastuu hoitotyön tehtävästä. Kun hoitotyöntekijä ymmärtää vastuunsa, hän sitoutuu potilaan ja hänen läheistensä hoitoon, jolloin hoidon yksilöllisyys ja jatkuvuus paranevat. Yksilövastuuisen hoitotyön toimintamallin kehittämisen yhteydessä vastuullisuuden käsitteen pohtiminen ja selkeyttäminen auttaa pääsemään sisälle tähän moniulotteiseen käsitteeseen. (Voutilainen 1998, 143-144.)

3 YKSILÖVASTUISESTA HOITOTYÖSTÄ JULKAISTUJA TUTKIMUSTULOKSIA

3.1 Yksilövastuista hoitotyötä edistäviä tekijöitä

Luoman (2006) kokoama kirjallisuuskatsaus vuosilta 1990 – 2005 (N=178) on laajin Suomessa julkaistu yksilövastuisen hoitotyön tutkimus. Tutkimustulosten mukaan yksilövastuisen hoitotyön edellytyksenä korostuvat vastuuhoidajan ominaisuudet, työyksikön yksilövastuiselle hoitotyölle antamat toimintamahdollisuudet ja yhteistyön merkitys vastuusairaanhoitajan toiminnassa. (Luoma 2006, 57 – 60.)

Hjerppen (2008) tutkimuksessa omahoitajat tunnistavat käsitteistä vastuullisuuden selkeimmin ja kokevat sen selkeimmäksi teoreettiseksi käsitteeksi soveltaa työssään. Omahoitajat tuovat esiin yhteistyötahojen merkityksen ja tärkeyden osana omapotilaan hoitoa. Työhön sitoutuminen, kollegan kunnioittaminen ja ammattitaidon kehittäminen auttavat omahoitajan työssä jaksamista. (Hjerppe 2008, 93 – 102.)

Edellytyksenä toteutumiselle ovat kollegiaalisuus ja jokaisen työyhteisön jäsenen kantama vastuu hoitotyön kehittämisestä. Hoitosuhteen onnistumisen ja jatkuvuuden takeena ovat työvuorojärjestelyt, koulutuksen ja työnohjauksen toimiessa tukimuotoina. Sairaanhoitajat kokevat yksilövastuisen hoitotyön merkityksellisenä, monipuolisena, kiinnostavana ja tyydytystä tuovana, jossa sairaanhoitajan rooli on aktiivinen ja osallistuva. (Luoma 2006, 57 – 60.)

Hjerppen (2008) tutkimus osoittaa hoitajien pitävän tärkeänä omaa ammattitaitoa, kouluttautumista omahoitajuuteen, esimiehen asemaa ja taitoa tukea hoitajia potilaan ja hoitajan yhteistyösuhteen rakentamisessa. (Hjerppe 2008, 93 – 102.) Hyvä työilmapiiri antaa parhaassa tapauksessa voimaa jaksamiseen. (mm. Mäkisalo 1999, Sillanpää 2008, Ristolainen & Sarajärvi 2006.)

Toimipaikkakoulutus nähdään tärkeänä tekijänä henkilökunnan ammattitaidon ja motivoinnin ylläpitämiseksi. Tutkimuksen mukaan potilaskeskeinen hoitotyö toteutuu hyvin, mutta yksilövastuinen hoitotyö on vielä kehitysvaiheessa ja erityisesti kokonaisvastuun ottaminen potilaasta koko hoitojakson ajaksi on vielä ongelmallinen asia. Kuitenkin hoitajat

kokevat yksilövastuisen hoitotyön mielekkääksi ja omaa työtä laajentavaksi. (Kalasniemi, Kuivalainen ja Ryhänen 2002b, 86 – 87.)

Räikkösen ja Perälän (2003) mukaan yksilövastuinen hoitotyö antaa hyvät edellytykset asiakaslähtöisyydelle ja itsenäisempi työ luo parempaa työtyytyväisyyttä. Myös Åstedt-Kurki, Paavilainen ja Pukuri (2007) kirjoittavat yksilövastuista hoitotyötä tekevien hoitajien olevan tyytyväisempiä työhönsä kuin muut hoitajat ja pitävät työtään ammatillisesti kehittävänä, mielekkänä ja motivoivana. He myös kokevat että heillä on potilaille entistä enemmän aikaa ja että yhteistyö läheisten kanssa lisääntyy. (Åstedt-Kurki, Paavilainen & Pukuri 2007, 32.)

Esimiehen tuki on ensisijaisen tärkeää yksilövastuisen hoitotyön täytäntöön panolle ja ylläpidolle ja auttaa hoitajia tehtävien ja velvollisuuksien suorittamisessa yksilövastuisessa hoitotyössä. (Drach-Zahavy 2004, 8-9.)

Yksilövastuista hoitotyötä edistäviksi tekijöiksi sairaanhoitajat kuvaavat hyvän vuorovaikutussuhteen perheen kanssa, hyvän ilmapiirin ja asenteen yksilövastuista hoitotyötä kohtaan, joka näkyy suhtautumisena omahoitajuuteen. Edelleen edistäviä tekijöitä on riittävä resursointi henkilökuntamäärän ja ammattitaidon suhteen. (Sillanpää 2008, 72 – 73).

3.2 Yksilövastuista hoitotyötä estäviä tekijöitä

Luoman (2006) mukaan haittana sairaanhoitajat kokevat, ettei yksilövastuisen hoitotyön ideaalimallia voida aina toteuttaa ja se aiheuttaa riittämättömyyden tunteita. Työvuoro ei aina mahdollista omien asiakkaiden kanssa keskustelua tai hoitoa. Toteutuakseen yksilövastuinen hoitotyö edellyttää koulutusta, erilaisia tukimuotoja ja asiakkaan tarpeista lähtevää työvuorosuunnittelua. (Luoma 2006, 57– 60.)

Vaikka systemaattista yksilövastuista hoitotyön koulutusta on järjestetty runsaasti niin edelleen siirtymisessä yksilövastuisen hoitotyön malliin on puutteita, jotka oletetaan johtuvan muun muassa kiireestä ja perehdyttämiseen käytetyn ajan vähyydestä. Koulutusta tullaan jatkamaan edelleen. (Vesaluoma, Laitinen, Auvinen & Aalto 2002, 24.) Sillanpään (2008) tutkimuksessa estäväksi tekijäksi mainitaan kiire.

Hjerppen (2008) tutkimus osoittaa, jos omahoitaja ei esittäydy potilaalleen omahoitajana, hoitotyön vastuullisuus jää kokematta. Tutkimuksessa ilmenee hoitajien erimielisyys yksilöllisen hoitotyön toteutumismallista osastoilla. Tietokonepäätteiden kanssa työskentely vie aikaa potilailta. Estäviksi tekijöiksi Hjerppe nimeää myös työn rasittavuuden, toimimattoman yhteistyön ja kielteisen asenteen. (Hjerppe 2008, 93-102.)

Korhonen ja Kangasniemi (2009) kirjoittavat yksilövastuiseen hoitotyön autonomiaan liittyvän hoitajien mukaan myös käänteisiä puolia. Henkilökohtaisen vastuun lisätessä stressiä, luo se myös harhan yksin pärjäämisestä. Tällöin apua ei tarvittaessakaan haeta oman aseman menettämisen pelosta ja kysyminen mielletään häpeälliseksi oman tietämättömyyden tunnustamiseksi. (Korhonen & Kangasniemi 2009, 21 – 24).

Osa hoitohenkilökunnasta kokee omahoitajuuden nimeksi ilmoitustaululla, eikä omahoitajalla aina ole mahdollisuuksia vastata oman potilaan hoitotyöstä. Osalle on myös epäselvää, kuka arvioi omahoitajan tekemää hoitosuunnitelmaa ja hoidon toteutumista suunnitelman mukaan. (Ristolainen & Sarajärvi 2006, 26.)

3.3 Yksilövastuisten hoitotyön vaikutuksia työorganisaatioon

Yksilövastuinen hoitotyö määrittää potilas-hoitajasuhteen lisäksi myös omahoitajan ja työyhteisön välisiä vastuita ja tehtäviä. Täten yksilövastuinen hoitotyö ei voi rakentua yksin selviytymiselle, vaan sen on perustuttava hoitajien jaksamista edistävälle yhteisöllisyydelle (Korhonen & Kangasniemi 2009, 21 – 24).

Munnukan (2002) yhteenvedona omahoitajuutta kuvaavista esseistä voidaan havaita toimintatavan olevan potilaslähtöinen ja työ on organisoitu potilaista eikä tehtävistä lähtien. Kanssatoimijoita on useita, keskeisinä potilaat/perheet. Hoitotyön käytäntö perustuu hoitosopimukseen ja suunnitelmallisuuteen. Omahoitajuudessa korostuu itseohjautuvuus. (Munnukka 2002, 76.)

Vesaluoman, Laitisen, Auvisen ja Aallon (2002) yksilövastuisten hoitotyön kehittämisohjelman loppuraportista Tampereen yliopistolliselta keskussairaalaista ilmenee kuitenkin huolestuttavana negatiivinen muutos potilaskeskeisyysperiaatteessa. Kyselyä verrattiin vuonna 1995 saatuihin tuloksiin. Yksilövastuista hoitotyötä tekevät kokevat hoitotyön johtajuuden selkeämmin yksilövastuista hoitotyötä tukevana kuin muissa toimintamalleissa. (Vesaluoma, Laitinen, Auvinen & Aalto 2002, 24.)

Hoitotyön edellytysten (ammattitaito, resurssit ja johtajuus) on oltava kunnossa, ennen kuin yksilövastuista hoitotyötä voidaan toteuttaa. Kalasniemi, Kuivalainen ja Ryhänen (2002) jatkavat, että yksilövastuisessa hoitotyössä hoitotyön johtajan rooli korostuu nimenomaan tukijana, mahdollistajana ja kannustajana. (Kalasniemi, Kuivalainen ja Ryhänen 2002, 86 – 87.)

Kollegiaalisuus ja palaute on tärkeää. Omahoitajat pitävät omapotilaan hoitoa kaiken lähtökohtana teoriassa, mutta käytännössä se toisinaan onnistuu toteutua vain teoreettiselta pohjalta. Esimiehen tulisi kantaa vastuu edellytyksistä yksilövastuisten hoitotyön toteutumiselle. (vrt. Luoma 2006) Yksilövastuista hoitotyötä edistäviä tekijöitä on omahoitajan ja esimiehen ominaisuudet ja taidot sekä työyhteisöstä ja organisaatiosta riippuvat tekijät. (Hjerpe 2008, 93 – 102.)

Huittisten seudun terveydenhuollon kuntayhtymän vuodeosastoilla siirryttiin yksilövastuiseen hoitotyöhön vuonna 2000. Tämän prosessin keskeisimpiä johtopäätöksiä on Juvakan, Lehtosen ja Härkälän (2002) mukaan se, että yksilövastuiseen hoitotyöhön kehittämisessä tarvitaan henkilöstöjohtamisen ja työyhteisön dynamiikan tuntemusta ja sitä on hyvä kehittää yhdistämällä siihen tiimityöajattelu. (Juvakka, Lehtonen & Härkälä 2002, 9 – 11.)

Ristolainen ja Sarajärvi (2006) kirjoittavat Myllypuron sairaalassa kehitetyn omahoitajamallin tuloksista seuraavaa: hoitohenkilökunnan näkemyksen mukaan omahoitajuuteen liittyy asiantuntijana toimiminen sekä hoitotyön päätöksenteko, suunnittelu, toteutus ja arviointi moniammatillisessa yhteistyössä. Omahoitaja myös koordinoi moniammatillista yhteistyötä osastoilla ja omahoitajuus ilmenee hyvänä yhteistyönä potilaan omaisen ja omahoitajan välillä. (Ristolainen & Sarajärvi 2006, 26.)

Edelleen Ristolainen ja Sarajärvi (2006) toteavat, että hoitotyöntekijöiden mukaan omahoitaja kantaa vastuun niin omista potilaistaan ja työstään kuin myös ammatillisen vastuun hoitotyön eettisestä päätöksenteosta sekä uuden työntekijän ja opiskelijan perehdyttämisestä omahoitajuuteen. (Ristolainen & Sarajärvi 2006, 26.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on mahdollisimman laajasti selvittää, millä edellytyksillä yksilövastuinen hoitotyö toteutuu Keski-Suomen keskussairaalan operatiivisilla osastoilla hoitohenkilökunnan näkökulmasta sekä sen etuja ja haittoja hoitohenkilökunnan kokemana. Opinnäytetyön tavoitteena on hoitohenkilökunnan näkemyksien perusteella antaa keinoja omahoitajuuden kehittämiseen Keski-Suomen keskussairaalan operatiivisilla osastoilla. Tavoitteena on myös saatujen tuloksien perusteella löytää uusia toteuttamistapoja omahoitajuuteen sekä tukea käytäntöjä jotka mahdollistavat omahoitajuuden toteutumisen operatiivisilla osastoilla keski-Suomen keskussairaalassa.

Tutkimus pyrkii vastaamaan seuraaviin pääkysymyksiin:

Miten yksilövastuinen hoitotyö toteutuu käytännössä operatiivisilla osastoilla?

Miten yksilövastuista hoitotyötä voisi kehittää?

Mitä esteitä ja edistäviä tekijöitä omahoitajuudelle on hoitohenkilökunnan kokemana?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Aineiston keruu

Tutkimuksen perusjoukon muodosti Keski-Suomen keskussairaalassa operatiivisilla osastoilla 4, 5, 14, 15, 20, 21 ja 22 työskentelevä hoitohenkilökunta. Hoitohenkilökunnaksi laskettiin kättilöt, sairaanhoitajat, perushoitajat, lähihoitajat ja lastenhoitajat. Osasto 4 on naistentautien yksikkö, osasto 5 synnytysvuode osasto, osasto 14 korva-, -nenä-, ja kurkkutaudit, osasto 15 urologinen verisuoni- ja yleiskirurgian osasto, osasto 20 tapaturmakirurgia, osasto 21 ortopedia ja osasto 22 ruoansulatus-elinkirurgia. Kyselylomakkeet lähetettiin hoitajille sähköisesti Digium-tiedonkeruuohjelmaa käyttäen. Tutkimusaineisto kerättiin joulukuun kahden ensimmäisen viikon aikana vuonna 2008. Kyselyt lähetettiin sähköpostitse 290 hoitajille.

Kukin vastaaja sai sähköpostissa henkilökohtaisen linkin, jonka avulla he pystyivät täyttämään lomakkeen internetissä. Vastaajille lähetettiin sähköpostitse muistutus kyselyyn osallistumisesta kaksi kertaa kahden viikon aikana. Kyselyyn pääsivät vastaamaan ainoastaan ne henkilöt, joiden sähköpostiin kysely oli lähetetty. Sähköpostin jakeluryhmä saatiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tietohallinnosta. Kyselyyn vastaaminen tapahtui anonyymisti, eli vastaajien henkilöllisyys ei paljastunut missään vaiheessa. (kts. liite 1).

Hoitotyöntekijöille annettiin kirjallinen tutkimus selvitys, missä näkyi tutkimuksen tarkoitus, tiedonkeruutapa ja tutkimuksen tekijöiden yhteystiedot. Tutkimukseen tarvittavat tiedot kerättiin itse. Kyselylomakkeen pohjana käytettiin Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kyselylomaketta ja se muokattiin vastaamaan tutkimustyön tilaajan toiveita. Osastonhoitajat tarkistivat lomakkeen vielä ennen sen käyttöönottoa. Tutkimusta varten hankittiin tutkimuslupa operatiivisen toimialueen ylihoitajalta.

5.2 Menetelmät

Opinnäytetyössä Digium tiedonkeruuohjelmisto nopeutti aineiston hankintaa ja kyselylomakkeet tulivat kaikille hoitajille sähköpostin kautta sairaanhoitopiirin tietohallinnon avulla. Kyseisen ohjelmiston avulla voitiin määritellä, että kukin kyselyn vastaanottaja voi vastata kyselyyn vain yhden kerran.

Kyselylomake on perinteinen tapa kerätä tutkimusaineistoa. Kyselyn muoto vaihtelee tarkoituksen ja kohderyhmän mukaan. Kysymysten tekemisessä tulee olla huolellinen, sillä ne luovat perustan tutkimuksen onnistumiselle. Kysymysten tulee olla yksiselitteistä, eivätkä ne saa olla johdattelevia. Niitä lähdetään rakentamaan tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti (Aaltola 2007, 102.)

Usein kyselylomakkeessa aloitetaan taustakysymyksillä, esim. kysymällä sukupuolta, ikää ja koulutusta. Ne toimivat samalla lämmittelykysymyksinä varsinaiseen aiheeseen, jolloin vastaaja pääsee vähitellen mukaan. Nämä taustakysymykset toimivat yleensä ns. selittävinä muuttujina, eli tutkittavaa ominaisuutta tarkastellaan niiden suhteen. Lopuksi tulevat niin sanotut jäähdyttelyvaiheen kysymykset, joissa on muutamia helposti vastattavia kysymyksiä. (Aaltola 2007, 103.)

Tässä opinnäytetyössä aineiston keruussa käytettiin strukturoituja kyselylomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen sekä muutamia avoimia kysymyksiä. Strukturoiduissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot oli valmiiksi annettu. Strukturoitujen vastausten käsittely on helppoa, sillä vastausvaihtoehdot on jo valmiiksi koodattu. (Kananen 2008, 26.)

Kyselytutkimus on helpommin toteutettavissa kuin esimerkiksi haastattelututkimus suuren otoskoon ja resurssien vähäisyyden vuoksi. Koska tutkimuksen tavoitteena oli hankkia mahdollisimman kattavaa tietoa kaikilta operatiivisilta osastoilta, kyselyjä lähetettiin sähköpostitse 290 hoitajille, huomioiden mahdollisesti suureksi nouseva poistuma eli kato, jolla Heikkilän (2004, 30) mukaan tarkoitetaan lomakkeen palauttamatta jättäneiden määrää.

Hoitajille tarkoitettu kyselylomake (kts. liite 1) sisälsi 35 kysymystä, joista 32:ssa oli valmiit vastausvaihtoehdot sisältäviä monivalintakysymyksiä, lisäksi mukana oli kaksi avointa kysymystä **”Jos et työskentele omahoitajana, niin miksi et”**, sekä **”Miten omahoitajajärjestelmää tulisi mielestäsi kehittää”**. Halusimme ottaa kyselyyn mukaan myös nämä avoimet kysymykset, sillä ne voivat tuottaa tietoa, jota strukturoiduilla kysymyksillä ei voida saada.

Myös avoimiin kysymyksiin annettuja vastauksia voidaan analysoida tilastollisin menetelmin ryhmiin luettelemalla. Kun luokittelua tehdään, täytyy ennakkoon miettiä ja tarkastella saatuja vastauksia, jotta saadaan selville, millaisia luokkia vastauksissa esiintyy. Toinen vaihtoehto avointen kysymysten analysoinnille on laadullinen tarkastelu. Tällöin turvaudutaan usein teemoitteluun. (Aaltola 2007, 124.)

Eräs etu avointen kysymysten muodossa on se, että vastausten joukossa voi olla hyviä ideoita. Toinen positiivinen puoli on mahdollisuus saada vastaajan mielipide selville perusteellisesti. Myös mahdollisuus luokitella aineistoa monella tavalla on yksi sen eduista. Avointen kysymysten huono puoli on, että niihin helposti jätetään vastaamatta ja että vastaukset ovat ylimalkaisia tai epätarkkoja. Avoimet kysymykset ovat työläitä analysoida, sillä vastausten luokittelu ja tulosten laskeminen vie huomattavasti aikaa valmiiden vaihtoehtojen tulkinta. (Aaltola 2007, 124.)

Nykyisin kyselyitä tehdään tietokoneen välityksellä verkossa. Yhtenä etuna näissä on taloudellisuus. Se on myös nopea tapa kerätä aineistoa. Lisäksi sähköinen vastaus on käännettävissä suoraan tiedostoksi tutkijan käyttöön, joten aineiston syöttö jää pois. Tämä poistaa ns. lyöntivirheet, joita voi tulla aineistoa syötettäessä. (Aaltola 2007, 111.)

5.3 Analysointi

Aineisto käsiteltiin ja analysoitiin prosenttikuvioilla havainnollistaen. Tilastollisina menetelminä käytettiin prosentti- ja frekvenssijakaumia sekä keskiarvoa.

Tutkimuksen lähestymistapa oli kvantitatiivinen. Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa selvitettiin lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Se edellytti riittävän suurta kohdejoukkoa. Kyselylomakkeista palautui 92 (N=290), jolloin vastausprosentiksi tuli 32 %.

Osastot luokiteltiin seitsemään luokkaan, *ikä* neljään luokkaan. Tämän työn tilaajan toiveena oli sukupuolten luokituksen käyttö taustatietona kyselylomakkeessa. *Sukupuoli*-aineisto jätettiin käsittelemättä koska tämän tutkimuksen kannalta tällä luokituksella ei ole suurta merkitystä eikä vastaajien anonymiteettiä voida tällöin taata, koska vastaajista lähes 100% oli naisia. Tätä mahdollisuutta ei otettu huomioon lomaketta laadittaessa, vaan ongelma tiedostettiin analysointivaiheessa.

Lomakkeen alussa selvitettiin tutkittavien *ikä*, *työkokemusta*, *työsuhdetta* ja *koulutusta* taustamuuttujia selvittävillä kysymyksillä. *Omahoitajana toimimista*, *omapotilaiden määrää* sekä *potilaiden tietoa siitä että haastatteleva on potilaan omahoitaja* selvitettiin tutkimusmuuttujia selvittävillä kysymyksillä.

Hoitajien työkokemus luokiteltiin 6 luokkaan. (kts. liite1) Suljetuista kysymyksistä kolme kysymystä *työsuhde (sijainen, vakituinen)*, *oletko toiminut omahoitajana? (kyllä, ei)*, ja *potilaani tietävät, että olen heidän omahoitajansa (kyllä, ei)* ovat diktomisia eli sisältävät vain kaksi vastausvaihtoehtoa. (Heikkilä 2004, 51).

Montako potilasta sinulla on vastausvaihtoehto 1 – 10 potilasta. *Arvioi toimintaasi omahoitajana* luokiteltiin 5 luokkaan (kts. liite1).

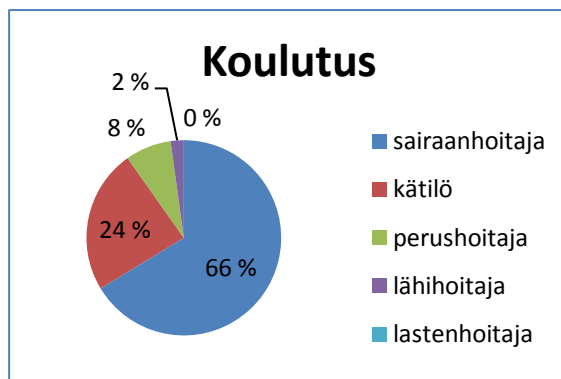
Mielipideväittämissä käytettiin Likertin asteikkoa, jossa toisena ääripäänä on *täysin samaa mieltä* ja toisena ääripäänä on *täysin eri mieltä* osoittava numero Kysely lähetettiin kaikille operatiivisilla osastoilla toimiville hoitotyöntekijöille. Valittujen taustatiedot on sijoitettu lomakkeen alkuun, koska jos vastaaja ei toiminut omahoitajana hän vastasi vain kahteen viimeiseen avoimeen kysymykseen. (kts. liite 1).

Kun kyse on asenteiden tai mielipiteiden mittaamisesta, yksi useimmin käytetyistä ja sopivimmista vaihtoehtoista on Likertin asteikko. Nykyisin mittaamisen yhteydessä käytetään viisi- ja yhdeksänportaisia asteikkoja. Parittomuuden idea takaa vastaajalle mahdollisuuden olla ottamatta kantaa asiaan, ja siksi mitta-asteikon keskelle sijoitetaan ”en osaa sanoa”- vaihtoehto. (Aaltola 2007, 116.)

6 TULOKSET

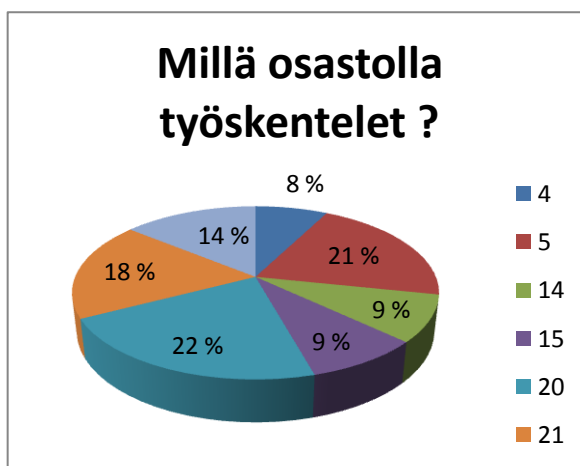
6.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimuksen kohderyhmän muodosti Keski-Suomen sairaanhoitopiirin operatiivisen toimialueen vuodeosastojen hoitohenkilökunta. Suurin osa vastaajista oli sairaanhoitajia (n=61). Kätilöiden määrä oli 24% (n=22), perushoitajia 8% (n=7), lähihoitajia 2% (n=2).



KUVIO 1. Koulutus

n=92

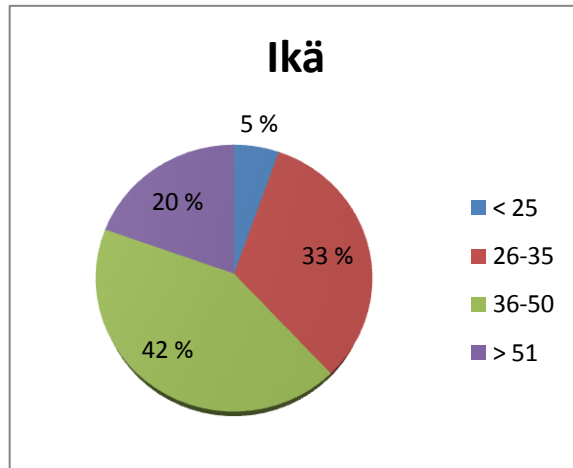


KUVIO 2. Osasto

n=92

Valtaosa vastanneista oli naisia 98% (n=90) ja vain 2% (n=2) miehiä. Vastaajista 22% työskenteli osastolla 20 (n=20) ja osastolla 5 työskenteli 21% (n=19). Osastolla 4 työskenteli 8% (n=14), osastolla 14 työskenteli 9% (n=8),

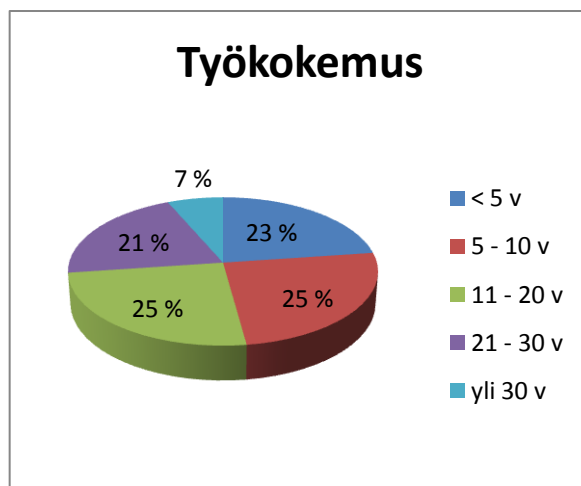
osastolla 15 työskenteli 9% (n=8), osastolla 21 työskenteli 18% (n=17) ja osastolla 22 työskenteli 14% (n=13).



KUVIO 3. Vastaajien ikä

n=92

Lähes puolet vastanneista sijoittui luokkaan 36-50 vuotiaat. Alle 25 vuotiaiden määrä oli vain 5% (n=5). 26-35 vuotiaita vastanneista oli 33% (n=30). Yli 50 vuotiaita oli 20% (n=18).

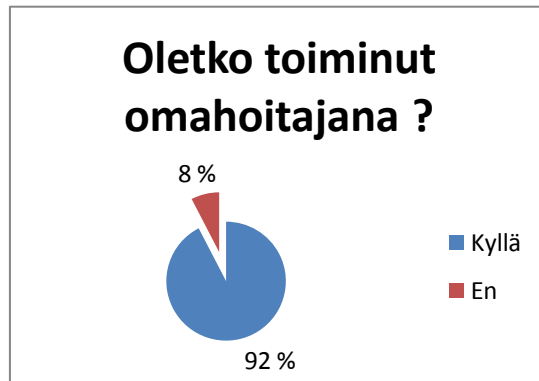


KUVIO 4. Vastaajien työkokemus vuosina

n=92

Enemmistö vastaajista 50% (n=46) oli työskennellyt 5-20 vuotta. Alle 5 vuotta työskennelleitä oli 23% (n=21), 21-30 vuotta 21% (n=19) ja yli 30 vuotta 7% (n=6). Vakituudessa työsuhteessa työskenteli 63% (n=58) ja sijaisena 37% (n=34).

6.2 Omahoitajuuden toteutuminen hoitajien kokemana



KUVIO 5. Omahoitajana toimiminen

n=92

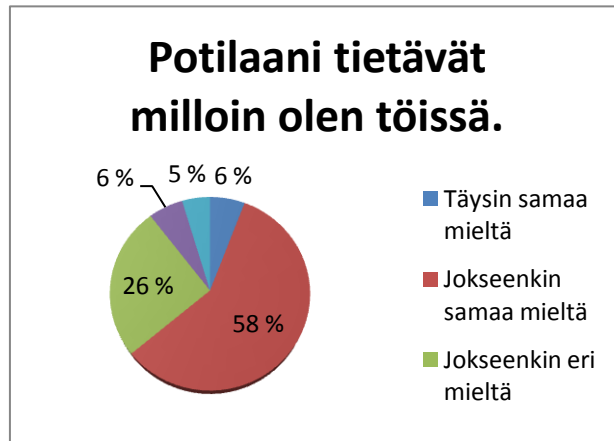
Vastaajista 92% (n=85) toimi omahoitajina, 8% (n=7) ei toiminut omahoitajina. Vastaajilla oli keskimäärin 3,93 omaa potilasta työvuoron aikana. Potilasmäärän vaihteluväli oli 1 – 10.



KUVIO 6. Potilaan tietämys omahoitajasta hoitajien arvioimana

n=86

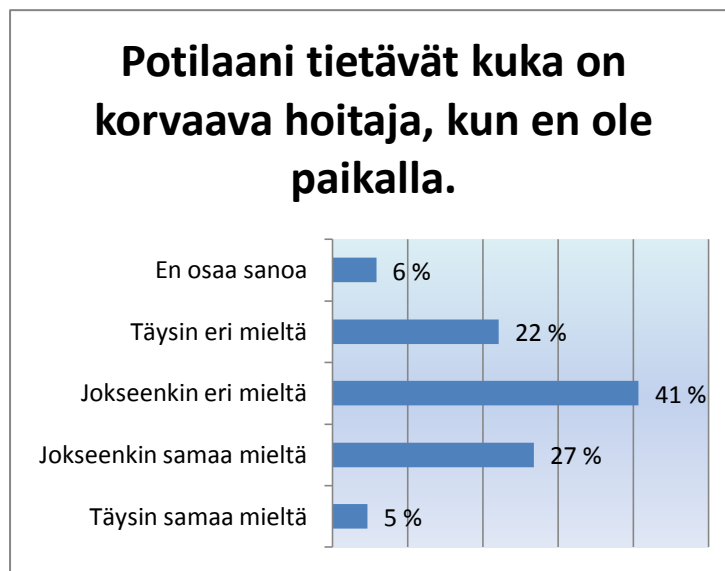
91 % (n=78) hoitajista arvioi että potilaat tiesivät kuka heidän omahoitajansa oli. 9% (n=8) hoitajista arvioi etteivät potilaat tienneet omahoitajaansa.



KUVIO 7. Potilaan tietämys hoitajan työajasta

n=86

Suurin osa vastaajista 58% (n=50) oli jokseenkin sama mieltä siitä, onko omahoitaja työvuorossa. Noin neljännes vastaajista 26% (n=22) on jokseenkin eri mieltä.



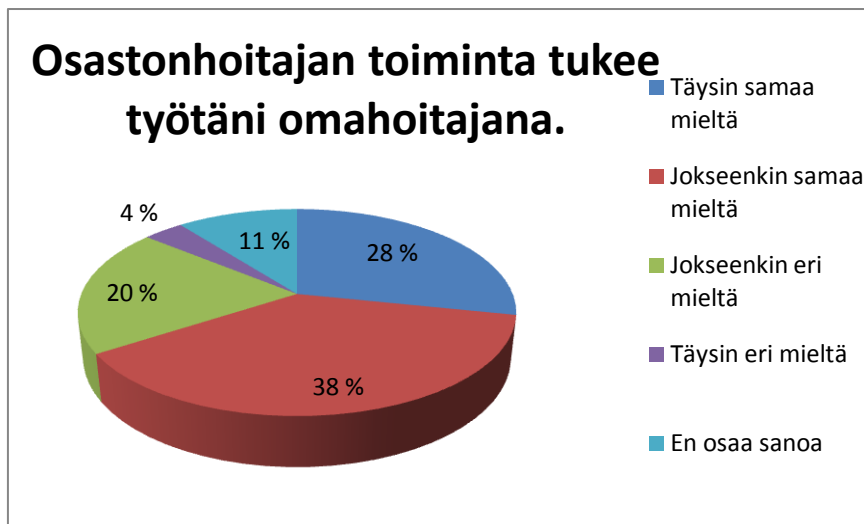
KUVIO 8. Potilaan tietämys korvaavasta hoitajasta

n=86

Vastaajista 2/3 uskoo, etteivät potilaat tiedä korvaavaa hoitajaa.

6.3 Omahoitajuuden toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä

Omahoitajuutta tukevia asioita selvitetessä kysyttiin osastonhoitajan toiminnan merkitystä, perehdyttämistä omahoitajuuteen, hoitotyön sähköisen kirjaamisen haasteita ja mahdollisuuksia. Hoitohenkilökunnalta kysyttiin myös miten he kokevat lääkäreiden suhtautumisen omahoitajuuteen heidän osastollaan. Tärkeätä hoitajien mielestä on se, että työvuorossa olisi riittävästi aikaa omalle potilaalle.

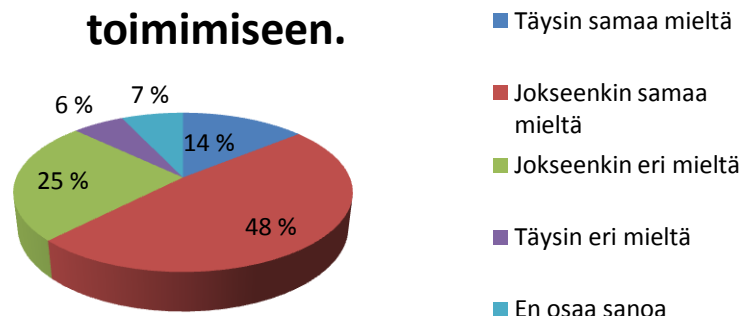


KUVIO 9. Osastonhoitajan tuki omahoitajuudelle

n= 86

28% vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että osastonhoitaja tukee toiminnallaan omahoitajan työtä ja 38% prosenttia oli asiasta jokseenkin samaa mieltä. Pieni osa vastaajista (4%) koki, ettei osastonhoitajan toiminta tue heidän työtään omahoitajana.

Osastollamme uusi työntekijä perehdytetään omahoitajana toimimiseen.

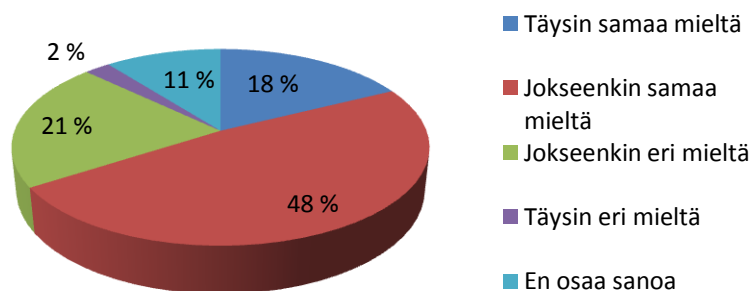


KUVIO 10. Uuden työntekijän perehdyttäminen

n=86

Yhteensä 62% vastaajista ilmoitti, että heidän osastollaan uusi työntekijä perehdytetään omahoitajana toimimiseen. Jokseenkin eri mieltä tästä asiasta oli 25% vastaajista ja täysin eri mieltä oli 6% vastaajista. 7% vastaajista ei osannut sanoa perehdytetäänkö vai ei.

Hoitotyön sähköinen kirjaaminen tukee yksilövastuista hoitotyötä.



KUVIO 11. Sähköinen kirjaaminen yksilövastuisten hoitotyön tukena

n=86

Monilla osastoilla sähköinen kirjaaminen on otettu käyttöön vasta vuosina 2008 – 2009. Sähköisen kirjaamisen kokee tukevan yksilövastuista hoitotyötä 18% vastaajista ja 48% on

asiasta jokseenkin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä asiasta on 21%, täysin eri mieltä 2%. Vastaajista 11% ei osannut sanoa tukeeko sähköinen kirjaaminen yksilövastuista hoitotyötä.



KUVIO 12. Lääkäreiden suhtautuminen omahoitajakäytäntöön

n=86

Hoitajista 14% oli täysin samaa mieltä siitä, että lääkärit tietävät ja hyväksyvät osaston omahoitajakäytännön. Jokseenkin samaa mieltä asiasta oli 38% ja jokseenkin eri mieltä oli 27% vastaajista.

Avoimista kysymyksistä käy ilmi monia syitä, jotka vaikuttavat omahoitajuuden toteutumiseen. Ydinajatuksena vastauksista ilmenee työvuorosuunnittelu, joka mahdollistaa tai on este omahoitajuuden toteutumiselle.

”Työvuorot ripoteltuja, töissä yhtäjaksoisesti paripäivää.”

”Asia riippuu paljon työvuoroista (työskentelemme kolmessa eri vuorossa), miten potilaita on tullut/tulee osastolle työvuorojeni aikana ja kuinka taas kotiutuu.”

”Aina työvuorot eivät tue omahoitajuutta, Jos tiedän jääväni pitkille vapaille tai yövuoroihin niin silloin en ota omia potilaita.”

Yövuoro ja vuorotyö koetaan osaltaan omahoitajuutta estäväksi.

”Teen paljon yötyötä, niin en koe että pystyisin toimimaan potilaan omahoitajana. Joskus tuntuu, että omahoitaja on vain nimi potilaan nimen perässä ja papereissa!!!! ”

”Vuorotyö, joka ei huomioi omahoitajuutta.”

”Jos olen yövuoroissa, jonka jälkeen jään vapaille, niin silloin en ota omia potilaita tai jos olen jäämässä lomalle, eikä ole kuin vaikkapa enää yksi työvuoro. Jos joudun päiväksi toiseen vieraaseen tiimiin, en ota omia potilaita.”

Myös työnkuva vaikuttaa omahoitajuuteen

”Enimmäkseen en toimi omahoitajana, koska varahenkilönä en työskentele säännöllisesti samalla osastolla. Satunnaisesti omahoitajuus kuitenkin osuu kohdalle.”

”Olen kiertävä hoitaja kirurgian poolissa, voin toimia vain korvaavana hoitajana.”

6.4 Hoitajien näkemyksiä omahoitajuuden kehittämisestä

Vastauksista ilmeni, että suuri osa hoitajista kokee henkilökunnan määrän ja resurssit riittämättöminä.

”Lisää henk kuntaa, niin olisi enemmän aikaa omille potilaille. ”

”Ottamalla lisää hoitajia työhön, että on enemmän aikaa omille potilaille!!! ”

”Antamalla enemmän aikaa ja resusseja”

”Omahoitajuus ei voi toimia hyvin päivystysluonteisella osastolla, jossa potilas vaihtuvuus on suuri, jollei henkilökuntaa palkata kunnolla lisää.”

”Potilaille voisi selkeämmin ilmaista omahoitajuutensa. Lyhyet hoitoajat tuovat haasteen omahoitajuuteen ja siihen tulisi panostaa enemmän.”

Työvuorojärjestelyillä luodaan pohja omahoitajuuden toteutumiselle.

”Työvuorot suunnitella siten, että se tukee omahoitajuutta. Työvuorot vähintään 4 pv peräkkäin.”

”Työvuorojärjestelyt”

”Omahoitajajärjestelmä on sinällään toimiva, mutta liian tiukka miehitys väjäämättä osaltaan vesittää hyvät aikeet ja suunnitelmat.”

Vastauksista ilmeni, että kun hoitosuunnitelmia tehdään ja päivitetään ne tukevat omahoitajuutta. Hoitosuunnitelmat ohjaavat myös muiden hoitajien toimintaa.

”Potilaiden ottaminen enemmän mukaan suunnitelman laatimiseen”

”Korvaavan hoitajan määrittämisellä tarkemmin. Hoitosuunnitelmien teon tarkentamisella.”

Olennaisinta potilaan ja hoitohenkilökunnan välisen hoitosuhteen kehittymiselle on omahoitajuudesta tiedottaminen sekä potilaalle että henkilökunnalle.

”Potilaille voisi selkeämmin ilmaista omahoitajuutensa. Lyhyet hoitoajat tuovat haasteen omahoitajuuteen ja siihen tulisi panostaa enemmän.”

”Mielestäni omassa modulissa pyrimme hyvin potilaiden hoidon jatkuvuuteen ja samat hoitajat vastaavat samojen potilaiden hoidosta.

”Potilaille voisi tarkemmin kertoa, että kuka on hänen ns. omahoitaja, toisaalta omahoitajuuden

”mainostaminen” lisää joidenkin potilaiden ”takertumista” hoitajaan ja sitten potilaille voi myös tulla pelko siitä kuka hänen asioitaan hoitaa, jos hänen omahoitaja on esim. vapaalla.”

”Potilaiden ottaminen enemmän mukaan suunnitelman laatimiseen. Heille tiedottaminen omahoitajuudesta jää myös usein kertomatta.”

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Tutkimustulosten pohdinta

Tämän tutkimuksen tulokset ovat suurelta osin yhtäpitäviä aiempien vastaavanlaisten tutkimusten kanssa. Hoitohenkilökunnan mielestä työvuorojärjestelyt ja oikein kohdennetut resurssit edistävät yksilövastuisen hoitotyön toteutumista. Tutkimuksesta käy myös ilmi, että vastuu töiden organisoinnista ja asioiden sujumisesta koetaan olevan lähinnä esimiesten tehtävä. (vrt. mm. Juvakka ym. 2002; Hjerppe 2008, Luoma 2006; Kalasniemi ym. 2002; Drach-Zahavy 2004). Tältä osin tutkimustuloksissa ei ole tapahtunut muutosta yli 10 vuotta sitten tehtyihin tutkimuksiin verrattuna. Kuitenkin työelämän vaatimukset itseohjautuvuuteen ja oman itsensä johtamiseen lisääntyvät jatkuvasti.

Herää kysymys keskittyykö hoitohenkilöstön koulutus liiaksi vain ammattialan asioihin työelämävalmiuksien kustannuksella. Myös asiakaskunnan vaatimukset, odotukset ja lainsäädäntö tuovat uusia haasteita hoitotyöhön. Ne taas puolestaan laajentavat yksilövastuisen hoitotyön sisältöä ja tekevät siitä entistä haastavampaa. Erityisesti potilasturvallisuuden näkökulmasta on kiinnitettävä huomiota omahoitajan riittävään ammatilliseen pätevyyteen kunkin potilaan kohdalla. Tämä omalta osaltaan määrittää sitä, että vain ammatillisesti pätevä ja kokenut hoitaja ottaa vastaan vaikeimmin sairaat potilaat.

Työvuorojärjestelyissä näyttää tämän tutkimuksen valossa olevan kehittämistä siinä kuinka työvuorot järjestellään. Hoitohenkilöstö kokee tärkeäksi sen, että hoitaja voi työskennellä samojen potilaiden kanssa useampana päivänä peräkkäin. Tämä tukee myös sitä, että omahoitaja kykenee pitämään potilaan hoitosuunnitelman ajan tasalla ja tekemään tarvittaessa väliarvointia ja kirjaamaan jatkosuunnitelmia. Hoitajien vapaamuotoisista kommentteista päätellen tämän asian toteutuminen tukisi myös sitä, että hoitajat ottavat omia potilaita mieluummin silloin kun työvuoroja on useampi peräkkäin.

Omahoitajana toimimiseen perehdyttämisen tärkeys on noussut esille sekä tässä että myös aiemmissa tämän aiheen tutkimuksissa. (vrt. mm. Ristolainen & Sarajärvi 2006; Vesaluoma ym. 2002).

Yksilövastuisen hoitotyön toteutumista tuetaan hoitohenkilöstön näkemyksen mukaan osastonhoitajan toiminnalla, perehdytyksellä, resurssoinnilla, sähköisen kirjaamisen kehittämällä sekä myös lääkärikunnan myönteisellä suhtautumisella omahoitajuuteen. (vrt. mm. Luoma 2006; Juvakka ym. 2002; Ristolainen & Sarajärvi 2006; Mäkisalo 1999; Sillanpää 2008) Kaikilla näillä osa-alueilla on vielä kehittämistä, mutta hoitajat kokevat nämä seikat tärkeiksi, jotta he voivat toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä siten, kuin he toivovat voivansa tehdä. Kehittämistä koetaan olevan siinä, kuinka omahoitajuudesta informoidaan potilasta ja informoidaanko ylipäättään. (vrt. mm. Luoma 2006; Hjerppe 2008; Ristolainen & Sarajärvi 2006.)

Moni kokee myös, että sähköinen kirjaaminen vie liikaa aikaa potilaan hoidolta. On kuitenkin syytä muistaa, että sähköinen kirjaaminen on monella osastolla uutta, eivätkä kirjaamisrutiinit vielä välttämättä ole hioutuneet. Myös ohjelmiin tulee pieniä muutoksia aika ajoin. Monilla osastoilla on käytössä liikuteltavat tietokoneet, joka mahdollistaa sen, että myös muulloin kuin lääkärinkierrolla kirjaaminen voidaan tehdä välittömästi potilaan vierellä, kun jokin hoitotoimenpide on tehty. Tällöin ei kirjaamista tarvitse jättää työvuoron päätteeksi tai siihen hetkeen kun ehtii kansliaan istahtamaan. Uusien työvälineiden käyttöönotto vaatii joskus myös uusien toimintatapojen etsimistä ja tämä vie oman aikansa. (vrt. mm. Luoma 2006; Hjerppe 2008; Vesaluoma 2002; Kalasniemi ym. 2002).

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetään validiteetti- ja reliabiliteettikäsitteitä, jotka molemmat tarkoittavat luotettavuutta. (Kananen 2008, 79.) Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten tarkkuutta. Tutkimustulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. Virheitä voi sattua tietoa kerätessä, syötettäessä, käsiteltäessä ja tuloksia tulkittaessa. (Heikkilä 2004, 30.)

Tutkimuksessa käytettiin tilasto-ohjelmaa, joka minimoi virhetulosten syntymistä, toisaalta ohjelman käytön opetteleminen vei aikaa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa reliabiliteetin todentaminen edellyttää loogista ja selkeätä opinnäytetyön dokumentointia ja ratkaisujen perustelua. Validiteettia pienentäviä tekijöitä voidaan pyrkiä poistamaan määrittämällä ja johtamalla käsitteet tarkasti, mielellään teoriaan pohjautuen. (Kananen 2008, 83.)

Tutkimukseen osallistuneiden osastojen hoitohenkilökunnalle lähetettiin marraskuun 2008 aikana lomakkeita sairaalan sisäisen sähköpostin kautta, jolla varmistetaan että otokseen kuulumattomat henkilöt eivät osallistu kyselyyn.

Tutkimusprosessia pyrittiin dokumentoimaan mahdollisimman tarkasti. Tutkimustyön alussa käsitteitä tarkasteltiin teoriaan pohjautuen. Hoitotyöntekijöille ja osastonhoitajille annettiin etukäteen kirjallinen ja suullinen ohjeistus kyselylomakkeiden täyttämistä varten. Hoitajia on informoitu osastonhoitajan välityksellä tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimukseen osallistumisen merkityksestä.

Validius tarkoittaa karkeasti ottaen systemaattisen virheen puuttumista. Validius on varmistettava etukäteen huolellisella suunnittelulla ja tarkoin harkitulla tiedonkeruulla. Tutkimuslomakkeen kysymysten tulee mitata oikeita asioita yksiselitteisesti, myös korkea vastausprosentti edesauttaa validin tutkimuksen toteutumista. (Heikkilä 2004, 31.) Tutkimuksen huolellista suunnittelua varmistettiin tapaamisella ohjaajien kanssa ja neuvottelemalla osastohoitajien ja ylihoitajan kanssa sekä huolellisella tiedonkeruulla.

Validiteettia pyrittiin parantamaan tutustumalla yksilövastuista hoitotyötä käsittelevään kirjallisuuteen ja aiheesta tehtyihin tutkimuksiin. Kato vääristää tuloksia, tilastotieteen kannalta 20-30%:n vastausprosentit ovat riittämättömiä antamaan luotettavaa tietoa tutkimusongelmasta. (Kananen 2008, 77.) Vastausprosentti oli 32%, joten tutkimuksen tulokset ovat luotettavia.

Tutkimuksessa käytetty kieli oli yksiselitteistä ja ymmärrettävää. Kyselyohjelmalla kysyttiin vain yhtä asiaa kerrallaan, ja seuraavaan kysymykseen pääsi siirtymään vasta kun edelliseen oli vastattu. Tämä paransi tutkimuksen luotettavuutta. Avointen kysymyksien tarkoitus oli kuvata miten omahoitajajärjestelmää voitaisiin kehittää sekä löytää uusia näkökantoja miksi vastaaja ei toiminut omahoitajana. Validiteettiä parannettiin tarkistamalla sähköisen lomakkeen toimivuus esitestauksen avulla.

Vastaamisen tulee perustua vapaaehtoisuuteen. Tutkimuksen luotettavuutta voi vähentää hoitohenkilökunnan kokemus vastaamisen velvollisuudesta. Kuten Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2000) kirjoittavat, tutkimuksen kohdistuessa ihmisiin, on erityisesti selvitettävä, miten henkilöiden suostumus hankitaan ja millaista tietoa heille annetaan (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 26).

Hoitohenkilökunnan anonymiteetti suojattiin sähköisen kyselyohjelmiston ominaisuuksien avulla, vastaajien henkilöllisyys ei tullut paljastumaan missään tutkimuksen vaiheessa. Lomakkeiden käsittelyn ja analysoinnin jälkeen vastaukset on hävitetty asianmukaisesti. Tutkimuksen onnistuminen riippuu hyvin paljon kyselyn teknisestä toteutuksesta. On ratkaistava, miten tutkittaville saadaan tieto tutkimuksesta ja miten mahdollisimman hyvin estetään otokseen kuulumattomien henkilöiden vastaaminen. Toisaalta on vaikea estää saman henkilön vastaamista useampaan kertaan. (Heikkilä 2004, 18).

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön aineisto oli tarpeeksi laaja suhteutettuna työn käyttötarkoitukseen, mutta validiteetin (pätevyys) ja reliabiliteetin (luotettavuuden) lisäämiseksi tarvittaisiin vielä runsaampaa ja täsmällisempää aineistonkeruuta. Myös kyselylomakkeiston suunnitteluun kannattaa panostaa ja suunnitella lomakkeisto sen pohjalta mitä kyseisellä tutkimuksella halutaan saada selville.

Hoitohenkilökunnan näkemyksiä yksilövastuisesta hoitotyöstä on tutkittu paljon ja tutkimuksien tulokset ovat hyvin samankaltaisia ja toisiaan toistaviakin. Esimerkiksi enemmistö hoitotyöntekijöistä pitää yksilövastuista hoitotyötä parhaana mahdollisena hoitomuotona, mutta se ei aina kuitenkaan käytännössä toteudu. Pitäisikö lähteä tutkimaan keinoja, millä tavalla työvuorojärjestelyt tulisi toteuttaa että se tukisi omahoitajuutta.

Olisiko ehkä mahdollista lähteä kehittämään aivan uutta hoitotyön muotoa, joka olemassa olevien resurssien avulla olisi mahdollista toteuttaa? Esimerkkinä omahoitajapari toteuttamassa yksilövastuista hoitotyötä? Tulevaisuudessa kolmannen sektorin yrittäjät vahvistavat asemiaan terveys – ja sosiaalipalveluiden tuottajina. Ehkä tämä vapauttaa resurssipulaa julkisella sektorilla ja voimavaroja on enemmän omahoitajamallin toteuttamiselle yksiköissä jossa toteutuminen on vielä teoria-asteella.

LÄHTEET

- Aaltola, J., Valli, R. (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Juva: WS Bookwell
- Drach-Zahavya, A. 2004. Primary nurses' performance: role of supportive management. *Journal of advanced nursing*. Vol 45, 1, 7 – 15.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Helin, K. & Lumpeinen, M. 1998. Yksilöllisyys hoitotyössä. Teoksessa *Hoitotyön ulottuvuuksia – näkökulmia ammattikieleen*. Toim. Sonninen, A., Grönlund, E., Haarala, R., Holopainen, A., Kiikkala, I. & Wilskman, K. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Hegyvary, S. 1987. Yksilövästuihin hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Hjerppe, M. 2008. Yksilövästuisen hoitotyön toteutuminen omahoitajien arvioimana. Pro Gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 6.4.2009.
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03423.pdf>.
- Juvakka, T., Lehtonen, H. & Härkölä, K. 2002. Hitaasti kiihuhaen – Muutos kohti yksilövästuisia hoitotyötä. Artikkel. *Sairaanhoitaja* 1, 9 – 11.
- Kalasniemi, M. Kuivalainen, L. & Ryhänen, A. 2002a. Yksilövästuisen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisu 32. Joensuu: Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin ky.
- Kalasniemi, M., Kuivalainen, L. & Ryhänen, A. 2002b. Yksilövästuisen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan kuntayhtymässä - Mittarin kehittäminen ja testaaminen. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri. Viitattu 31.10.2008
http://www.pkssk.fi/tieteellinen_kirjasto/isbn9529793359.pdf
- Kananen, J. 2008. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Ammattikorkeakoulu. Liiketalous.
- Korhonen, A. & Kangasniemi, M. 2009. Yksilövästuihin hoitotyö – yksinäisyyttä vai yhteisöllisyyttä? Narratiivinen tutkimus omahoitajan ja työyhteisön välisestä yhteistyösuhteesta. Artikkel. *Tutkiva hoitotyö* 1, 20 – 25.
- Luoma, E. 2006. Yksilövästuihin hoitotyö – Kirjallisuuskatsaus vuosilta 1990 – 2005. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto
- Munnukka, T. 2002. Omahoitajuuden arki – hoitajien esseitä. Teoksessa *minun hoitajani näkökulmia omahoitajuuteen*. Toim. Munnukka, T. & Aalto, P. Vantaa: Dark Oy
- Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövästuihin hoitotyöhön. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Mäkisalo, M. 1999. Me teemme sen – hoitotyöntekijä oman työnsä tutkijana ja kehittäjänä. Tampere: Tammerpaino Oy.
- Nyman, A. 2006. Yksilövästuisen hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteenlaitos.

- Pukuri, T. 2002. Yksilövastuisen hoitotyön ihmiskäsitys. Teoksessa Minun hoitajani – näkökulmia omahoitajuuteen. Toim. Munnukka, T. & Aalto, P. 1.-3. p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Ristolainen, M. & Sarajärvi, A. 2006. Omahoitajamallia kehitettiin Myllypuron sairaalassa. Artikkel. Sairaanhoitaja 1, 25 – 27.
- Räikkönen, O. & Perälä, M-L.2003. Menetelmä asiakaslähtöisen toiminnan edellytysten arviointiin hoitotyössä – indelsin kehittäminen. Artikkel. Hoitotiede 3, 131 – 143.
- Sillanpää, P. 2008. yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen lastenosastolla sairaanhoitajien kuvaamana. Pro gradu –tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Vesaluoma, H., Laitinen, H., Auvinen, S. & Aalto, P. 2002. Yksilövastuisen hoitotyön toteuttaminen konservatiivisella tulosalueella hoitohenkilöstön arvioimana v. 2000. Kehittämishjelman loppuraportti. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 8.4.2009 <http://www.tays.fi/default.aspx?contentid=912>
- Virtanen, M. 2002. Yksilövastuisen hoitotyön ihmiskäsitys. Teoksessa Minun hoitajani – näkökulmia omahoitajuuteen. Toim. Munnukka, T. & Aalto, P. 1.-3. p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Voutilainen, P. 1998. Vastuullisuus. Teoksessa Hoitotyön ulottuvuuksia – näkökulmia ammattikieleen. Toim. Sonninen, A., Grönlund, E., Haarala, R., Holopainen, A., Kiikkala, I. & Wilskman, K. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Vuorenkoski, L. & Konttinen, M. 2008. Tulevaisuuden asiakkaat ja palvelut – Stakesin tulevaisuusverstaan anti. Teoksessa signaaleja – stakesin tulevaisuusraportti 2008. Toim. Vuorenkoski, L., Konttinen M. & Sinkkonen, M. Viitattu 6.4.2009. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T12-2008-VERKKO.pdf>
- Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E. ja Pukuri, T. 2007. Omahoitaja mahdollistaa potilaan ja perheen hyvän hoitamisen –kannanotto hyvään perhekeskeiseen hoitotyöhön. Artikkel. Sairaanhoitaja 11, 31 – 33.

Liite 1

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri
TOIMINNASTAAN

OMAHOITAJAN ARVIO

Keski-Suomen keskussairaala

Tulosyksikkö:	Työyksikkö: Osasto: 4 5 14 15 20 21 22
Yksikköni hoitotyön työnjakomuoto:	

Ikä: 25v 35v 36-50v 51v **Sukupuoli:** mies nainen

Työkokemus: 0-5 kk. 6 - 10k 1-2 v 3-5 v 5-10v yli 10v

Työsuhde:

Sijainen Pitkäaikainen

Koulutus: s kät ph I laste hoitaja

Oletko toiminut omahoitajana? kyllä en

Montako omapotilasta sinulla on? ____

Potilaani tietävät, että olen heidän omahoitajansa kyllä

Arvioi toimintaasi omahoitajana. Miten seuraavat väitteet pitävät paikkansa. (Ympyröi mielipidettäsi osoittava numero)	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
1. Potilaani tietävät milloin olen töissä	1	2	3	4	0
2. Potilaani tietävät, kuka on korvaava hoitaja kun en ole paikalla.	1	2	3	4	0
3. Luotan myös muiden hoitajien osaamiseen.	1	2	3	4	0
4. Vastaan omahoitajana potilaani hoitotyöstä koko hoitajakson ajan.	1	2	3	4	0
5. Hoidan työssä ollessani omia potilaitani.	1	2	3	4	0
6. Neuvottelen hoitotyön tavoitteista potilaani ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa.	1	2	3	4	0
7. Toimintaani ohjaa yhteistyössä potilaani kanssa laadittu suunnitelma.	1	2	3	4	0
8. Arvioin hoitotyötä yhdessä potilaani ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa.	1	2	3	4	0
9. Hoitosuunnitelmat ohjaavat muiden hoitajien toimintaa poissa ollessani.	1	2	3	4	0
10. Vastaan potilaani asioiden tiedottamisesta muille häntä hoitaville.	1	2	3	4	0
11. Hoidan potilaani jatkohoitojärjestelyt hoitotyön osalta.	1	2	3	4	0
12. Osastonhoitajan toiminta tukee työtäni omahoitajana.	1	2	3	4	0
13. Osastollamme uusi työntekijä perehdytetään omahoitajana toimimiseen.	1	2	3	4	0
14. Hoitotyön sähköinen kirjaaminen tukee yksilövastuista hoitotyötä.	1	2	3	4	0
15. Lääkärit tietävät ja hyväksyvät osastomme omahoitajakäytännön.	1	2	3	4	0
Yhteensä	1	2	3	4	0
Viime työvuorossa minulla oli aikaa yhdelle omalle potilaalleni keskimäärin noin	Aika-arvio:				

--	--

Avoimet kysymykset:

Jos et työskentele omahoitajana, niin miksi et?

Mikäli omahoitaja-järjestelmää tulisi kehittää, niin millä tavalla sitä mielestäsi tulisi kehittää?

Kiitos vastauksistasi !

Liite 2

Hei

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita.

Aloittelemme opinnäytetyötämme, jonka tarkoituksena on kuvata hoitotyöntekijöiden yksilövastuista hoitotyötä sekä potilaiden näkökulmaa omahoitajajärjestelmän toimivuudesta Keski-Suomen keskussairaalan operatiivisilla osastoilla ja vertailla saatuja tutkimustuloksia operatiivisten osastojen välillä. Tutkimuksen avulla voidaan tarkastella omahoitajuuden toimivuutta käytännössä.

Tutkimukseen osallistuvat Keski-Suomen keskussairaalan operatiivisilla osastoilla 4, 5, 14, 15, 20, 21 ja 22 työskentelevät hoitajat ja heidän hoidettavana olevat potilaansa. Aineisto kerätään hoitajilta digium- kyselynä sähköpostin välityksellä ja potilailta kyselylomakkeilla, jotka ovat paperiversiona, 1. – 14.12.2008 välisenä aikana.

Toivomme yhteistyötä ja mahdollisemman monen vastaavan kyselyymme, parhaan mahdollisen tuloksen saavuttamiseksi.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Kevät 2009.

Opinnäytetyön tekijät

Toni Bastman, Anne Kivi, Inna Leskelä, Jaana Metsäranta, Jarno Nurmesniemi, Paula Vilander ja Kirsi Yakinlar

Ohjaavat opettajat Jyväskylän ammattikorkeakoululla

Hannele Tyrväinen puh. 0400- 976749



Liite 3

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita.

Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyötämme yhteisössänne.

Opinnäytetyön aihe/nimi

Omahoitajuuden toteutuminen Keski-Suomen keskussairaalan operatiivisilla osastoilla.

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata yksilövastuista hoitotyötä sekä vertailla potilaiden näkökulmaa omahoitajajärjestelmän toimivuudesta Keski-Suomen keskussairaalan operatiivisilla osastoilla ja vertailla saatuja tutkimustuloksia operatiivisten osastojen välillä.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Kevät 2009.

Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat

Esittelemään opinnäytetyön tuloksia operatiivisten osastojen henkilöstölle ja antamaan tutkimusraportin operatiivisten osastojen käyttöön.

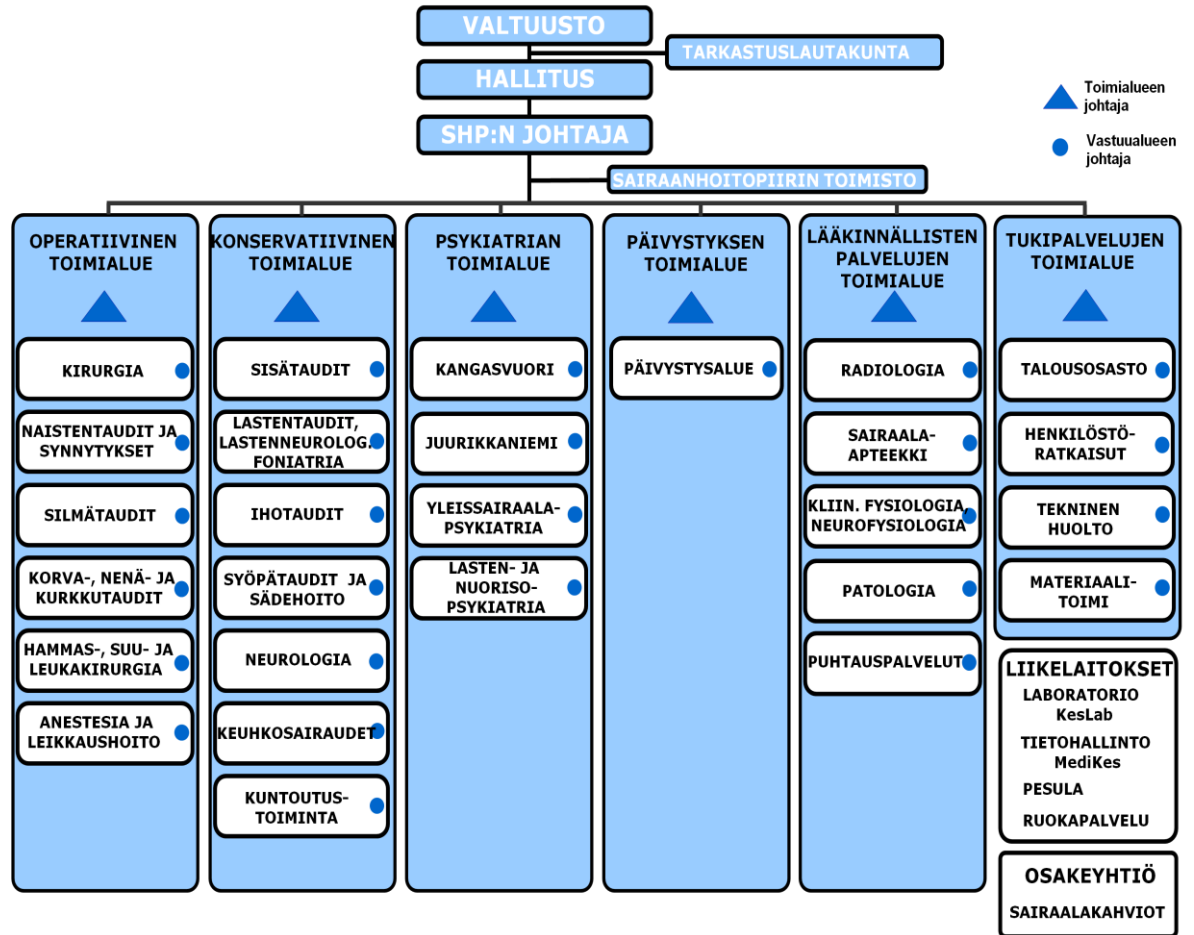
Ohjaava opettaja

Leena Suonpää – Lehtonen
Hannele Tyrväinen

Opinnäytetyön yhteistyötaho

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Jyväskylän Ammattikorkeakoulu

Liite 4



16/01 2009

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin organisaatiokaavio