

OPISKELIJAOHJAUS POTILASLÄHTÖISEEN TYÖSKENTELYYN

Riina Huvila ja Sini Lempinen
Opinnäytetyö, kevät 2015
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Huvila, Riina & Lempinen, Sini. Opiskelijanohjaus potilaslähtöiseen työskentelyyn. 54 s, 3 liitettä. Helsinki, kevät 2015, Diakonia-ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK).

Uudistunut terveydenhuoltolaki, Kaste- ja muut kehittämissuunnitelmat sekä laatu- ja palvelusuositukset korostavat potilaslähtöisyyttä sekä palvelunkäyttäjien osallisuuden lisäämistä hoitotyössä. Potilaslähtöinen työskentely mahdollistaa potilaan osallisuuden ja vastuun omaan hoitoonsa tasavertaisena ammattilaisten kanssa. Tavoitteena on terveyspalveluiden järjestäminen potilaan tarpeista lähtöisin niin, että potilas on aktiivinen toimija.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Meilahden sairaalan infektio-osasto 2B:n kanssa. Sen tarkoituksena oli selvittää potilaslähtöisyyden toteutumista ja ilmenemistä opiskelijanohjauksessa sekä ohjaajan merkitystä opiskelijan potilaslähtöisen työskentelyn oppimisessa. Tavoitteena oli saada tietoa potilaslähtöisyyden toteutumisesta osasto 2B:n työntekijöiden työskentelyssä ja opiskelijanohjauksessa.

Opinnäytetyö oli laadullinen. Tutkimusaineisto kerättiin kahtena ryhmähaastatteluna syksyllä 2014. Ryhmähaastatteluun osallistui neljä sairaanhoitajaa ja viisi sairaanhoitajaopiskelijaa. Kerätty aineisto litteroitiin kirjalliseen muotoon, jonka jälkeen jaoin aineiston tutkimuskysymysten ja teemojen mukaisesti.

Osaston henkilökunta koki opiskelijanohjauksen olevan hyvällä pohjalla heidän osastollaan. Potilaslähtöisen toiminnan toivotaan siirtyvän opiskelijoille oman työskentelymallin mukaisesti. Ohjausmallilla todettiin olevan vaikutusta potilaslähtöisen hoitotyön toteuttamiseen. Ohjaaja mahdollistaa potilaslähtöisyyden oppimisen sairaanhoitajaopiskelijalle omalla työskentelytyylillään.

Osaston henkilökunta koki potilaslähtöisyyden toimintaansa ohjaavana tekijänä. Osaston henkilökunnan ilmapiiri ja kollegiaalisuus edistävät potilaslähtöistä työtapaa. Hoidon laatu ja jatkuvuus paranevat potilaslähtöisen ohjauksen avulla. Potilaslähtöisyys on yksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin viidestä arvosta. Terveystieteiden osastolle tarvitaan muutosta ja uusia toimintatapoja. Tämä edellyttää henkilökunnalta potilaslähtöistä työskentelytapaa. Näin saadaan resurssit kohdennettua tarkoituksenmukaisesti, toiminnan laatu paranee ja potilastyytyväisyys lisääntyy.

Asiasanat: Potilaslähtöisyys, opiskelijaohjaus, opiskelijaohjauksen kehittäminen, teemahaastattelut

ABSTRACT

Huvila, Riina & Sini, Lempinen. Student guidance for patient-centred method. 54 p, 3 appendices. Language: Finnish. Helsinki. Spring 2015. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Option in Nursing. Degree: Nurse.

An increasing focus on patient-centred healthcare is being driven by the recently re-newed Health Care Act, Kaste as well as other development programs and quality recommendations. Patient-centred health care empowers patients to become active participants in their own care on an equal footing with health care professionals.

The thesis was done in co-operation with Meilahti Hospital's Infectious Diseases Ward. Its purpose was to record how patient-centred care is implemented and how it is incorporated into student guidance. Furthermore, the thesis investigated the impact the mentor nurse has on the nursing student's ability to learn patient-centred care. The research was conducted qualitatively. The research material was gathered from two group interviews carried out in the fall of 2014. Four nurses and five nursing student participated in the group interviews.

The staff felt that student guidance was on a solid base on their ward. The hope is that by the mentor adopting patient-centred care practices into nursing care the student can understand and apply the methodology by example. The student guidance model used was proven to have an effect on the application of subsequent patient-centred care. By practising patient-centred care, the mentor enables the student to learn by example. It is likely that the nursing student will not learn patient-centred care if the mentor disregards patient-centred care practices.

The staff felt that patient-centred care was guiding nursing practice. The atmosphere and attitudes between colleagues contribute to patient-centred care practice. The quality and continuity of care improves by patient-centred guidance. Patient-centred practise is one of the five values of The Hospital District of Helsinki and Uusimaa. A number of changes is needed in how health care is delivered. One of the cornerstones of this change is patient-centred care. This enables us to allocate resources better, increase the quality of care and patient satisfaction.

Key words: patient-centred care, student guidance, student guidance development, focused interviews

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 OPISKELIJAOHJAUS KLIINISESSÄ HARJOITTELUSSA	7
2.1 Hoitotyön koulutusohjelman harjoittelu	7
2.2 Opiskelijaohjaus	8
2.3 Moduuliharjoittelu	11
3 POTILASLÄHTÖINEN TYÖSKENTELY	13
3.1 Potilaslähtöisyys	14
3.1.1 Potilaan kohtaaminen	15
3.1.2 Potilaan osallisuus	17
3.1.3 Moniammatillinen yhteistyö	20
3.2 Tehtäväkeskeisyydestä potilaslähtöisyyteen	21
3.2.1 Potilaskohtainen hoitotyö	22
3.2.2 Tehtäväkeskeinen hoitotyö	22
3.2.3 Ryhmätyönä toteutettava hoitotyö	23
3.2.4 Yksilövastuinen hoitotyö	24
3.3 Potilasturvallisuus.....	26
4 KOLLEGIAALISUUS POTILASLÄHTÖISESSÄ TYÖSKENTELYSSÄ.....	28
5 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ	30
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	32
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	33
7.1 Laadullinen tutkimus.....	33
7.2 Haastattelututkimus	33
7.3 Haastatteluteemojen laatiminen	33
7.3.1 Ryhmähaastattelu	34
7.3.2 Aineiston keruu	35
7.3.3 Aineiston analysointi	36

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	37
8.1 Potilaslähtöisyys opiskelijaohjauksessa	37
8.2 Ohjaaja potilaslähtöisen oppimisen mahdollistajana	38
8.3 Mahdollisuudet ja haasteet potilaslähtöisessä ohjauksessa ja oppimisessa	40
9 POHDINTA	42
9.1 Opinnäytetyön tulosten pohdinta	42
9.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	43
9.3 Ammatillinen kasvu sairaanhoitajuuteen	45
LÄHTEET	48
LIITE 1: Tiedote haastattelusta	53
LIITE 2: Suostumus haastatteluun	54
LIITE 3: Haastattelun teemat	55

1 JOHDANTO

Hoitotyön kehittäminen on ajankohtainen teema. Hoitotyön tulisi tulevaisuudessa olla yhä potilaslähtoisempää ja sitä tulisi kehittää entistä enemmän potilaan yksilöllisistä tarpeista lähtien. Potilas nähdään aikaisempaa aktiivisemmassa roolissa omaa hoitoaan koskevassa päätöksenteossa. Hoitotyön menetelmien tulee perustua näyttöön. (Sarajärvi 2011, 89–90.) Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan parhaan saatavilla olevan tiedon käyttöä potilaan hoidossa ja terveyden edistämisessä. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä yhdistyy tieteellinen näyttö, hoitotyön asiantuntijan kokemukseen perustuva näyttö sekä potilaan kokemukseen ja tietoon perustuva näyttö. (Sarajärvi 2011, 76–77.)

Opinnäytetyön aiheemme käsittelee sekä potilaslähtöistä työskentelyä että opiskelijan ohjausta kohti sitä. Hoitotyön kehittämisen pohjalta luodaan uusia rakenteita hoitotyön toteuttamiseen. Myös opiskelijaohjausta tulisi kehittää, jotta se vastaisi tulevaisuuden tarpeisiin aiempaa paremmin. Sairaanhoidajan oppiminen tapahtuu teorian ja käytännön harjoittelun yhteensovittamisen kautta. Opiskelijan ohjauksen käytännön harjoittelujaksoilla tulisi perustua tämän hetkiin hoitotyön laadullisiin sekä tietoperustaltaan ajankohtaisiin toteuttamistapoihin. Aivan kuten hoitotyön toimintojen tulee olla näyttöön perustuvia. Koska opiskelijat ovat tulevaisuuden sairaanhoitajia. Harjoittelujaksojen onnistumisella on suuri merkitys heidän ammatillisuuden kehittymiselleen sekä alalla pysymiselleen.

Opinnäytetyömme aiheen saimme työelämän yhteistyökumppanilta Meilahden Kolmiosairaanalan infektio-osasto 2B:ltä. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa tietoa potilaslähtöisyyden toteutumisesta opiskelijaohjauksessa kyseisellä osastolla. Työn tuloksia voidaan hyödyntää uutta opiskelijaohjausmallia kehitettäessä.

2 OPISKELIJAOHJAUS KLIINISESSÄ HARJOITTELUSSA

2.1 Hoitotyön koulutusohjelman harjoittelu

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut ammattitaitovaatimukset sairaanhoitajille. Näiden pohjalta terveysalan koulutusyksiköt ovat laatineet opetussuunnitelman sairaanhoidon opiskelijoille. Sairaanhoitajan koulutuksen laajuus on yhteensä 210 opintopistettä, siitä käytännön harjoittelun osuus on 90 opintopistettä. Käytännön toimintayksiköissä suoritetaan vähintään 60 opintopistettä. (Opetusministeriö 2006, 70.) Tutkintonimikkeet edellyttävät EU-direktiivin 2005/36/EY sekä OPM:n Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon -asiakirjan (2006) vaatimusten toteutumista. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010.)

Lainsäädäntö ja Suomen terveystaloudelliset linjaukset toimivat ammatillisena lähtökohtana sairaanhoitajille. Sairaanhoitajan toimintaa ohjaavat hoitotyön arvot, eettiset periaatteet, säädökset ja ohjeet. Sairaanhoitajan työ sisältää henkilöstön ja opiskelijoiden ohjauksen ja opetuksen (OPM 2006, 63, 65.) Sairaanhoitajan kykyä suoriutua ammattiin kuuluvista työtehtävistä mitataan kompetenssien eli työelämävalmiuksien kautta. Kompetenssit luovat pohjan yksilön tietojen, taitojen ja asenteiden hallinnalle, jotka mahdollistavat työelämässä toimimisen, yhteistyön ja asiantuntijuuden kehittymisen. (Kajaanin ammattikorkeakoulu i.a.)

Sairaanhoitajaksi opiskeltaessa ohjatulla käytännön harjoittelulla tarkoitetaan työelämätahon antaman ohjauksen, oppilaitokselta saadun opetuksen ja ohjauksen opettajan tuella tapahtuvaa ammatin käytännön taitojen opiskelua, joka tapahtuu sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä. Harjoittelun tavoitteena on opiskelijan ammatillisen osaamisen kehittäminen, perehtyminen keskeisiin käytännön työtehtäviin sekä tietojen ja taitojen soveltaminen työelämässä.

2.2 Opiskelijaohjaus

Harjoittelun ohjauksen tarkoituksena on mahdollistaa hoitotyön oppiminen teoriaa ja käytännön tietoa yhdistämällä (Luojus 2011, 25.). Ohjauksen lähtökohtana on molempien ohjaussuhteen osapuolten yhteisymmärrys yhdessä oppimisen ja ohjauksen tavoitteista. Teoriaopetuksen soveltaminen hoitamiseen on keskeinen tavoite, joka saavutetaan suunnitelmallisella ohjauksella. Suunnitelmallinen ohjaus pitää sisällään kokemuksellisen oppimisen, joka merkitsee jatkuvaa uuden oppimista käyttäen opiskelijan ja ohjaajan aikaisempia kokemuksia ohjaamisessa. (Luojus 2011, 26; Mattila 2015, 51.)

Opiskelijanohjauksessa keskeinen tekijä on opiskelijälähtöisyys. Jokaisella ohjaajalla on oma, yksilöllinen tapansa ohjata opiskelijaa, kuten myös opiskelijalla on oma yksilöllinen tapansa oppia. Ohjaustyyliä tulee voida kehittää ja pystyä muokkaamaan erilaisia opiskelijoita ohjattaessa. Ohjaajan on hyvä keskustella opiskelijan kanssa hänen tavastaan oppia, jotta opiskelija saa harjoittelusta mahdollisimman paljon hyötyä. Hyvä käytännön ohjaus on monitekijäinen kokonaisuus, jossa ohjaussuhde ja oppimisympäristö ovat ratkaisevassa asemassa. (Jääskeläinen 2009, 8, 13–14.)

Oppimisympäristö muodostuu fyysisestä, sosiaalisesta ja psyykkisestä kokonaisuudesta, jossa oppiminen ja opiskelu tapahtuvat. Jääskeläisen (2009) sekä Hinkkasen, Lukkarin ja Erikssonin (2010) tutkimuksissa todettiin, että keskeisimpiä oppimiseen vaikuttavia tekijöitä ovat työyhteisön ilmapiiri ja esimiehen johtamistapa.

Oppilaitoksen opettajan ja harjoittelun ohjaajan yhteistyö tukee opiskelijaa. Tarvittaessa yhteistyö voi myös auttaa ohjaajaa kehittämään itseänsä tai vaihtoehtoisesti selkiyttää opiskelijan opetussuunnitelman tavoitteita ja arviointikriteerejä. (Jääskeläinen 2009, 22.) Yhteistyötä on todettu olevan liian vähän. Yhteistyön edistämiseksi harjoitteluyksiköissä on perustettu hoitotyön kliinisen opettajan, opiskelijakoordinaattorin ja opiskelijavastaavan toimenkuvia. Koulutusyksiköihin on puolestaan perustettu harjoittelukoordinaattorin virkoja. Harjoittelu-

koordinaattorien tehtävänä on organisoida kliinistä harjoittelua. (Hinkkanen ym. 2010, 20.)

Oppilaitoksen ja käytännön toimintaympäristön yhteistyön lisääminen on edellytys ohjaajien tukemiseen opiskelijanohjauksessa (Jääskeläinen 2009,12.). Koulutus- ja toimintayksiköiden välillä on usein erilaiset ohjauksen sisällöt ja oppimistavoitteet. Sujuvamman yhteistyön kehittämiseksi tulisi panostaa koulutukseen, projekteihin ja yhteisiin tapaamisiin. Myönteisellä ja avoimella suhtautumisella yhteistyökumppaneiden kanssa parannetaan opiskelijanohjausta. (Hinkkanen ym. 2010, 20.)

Palautteen saaminen oppimisesta on edellytys opiskelijan taitojen ja ammatillisen pätevyyden kehittymiselle. Arviointi on yksi palautteenannon muoto. Arvioinnin tehtävänä on kannustaa opiskelijaa omien tavoitteidensa saavuttamiseen, tietojen ja taitojen kehittymiseen, teorian yhdistämiseen käytäntöön, tiimityöskentelyyn, hoitoprosessiin sekä sitoutumiseen ja motivaatioon. Opiskelijan persoonallisilla ominaisuuksilla tai luonteenpiirteillä ei ole vaikutusta arvioinnin kannalta. Arvioinnin puute saattaa estää opiskelijan kehittymistä ja aiheuttaa epävarmuuden tunnetta. Myös kehittävä palaute on opiskelijan kehittymisen kannalta tarpeellinen. Sen on todettu käynnistävän opiskelijan oman asiantuntijuuden kasvun ja pohdinnan. (Jääskeläinen 2009, 10–11.)

Opiskelijan ohjaajalta vaaditaan terveystieteen työn ja koulutuksen tavoitteiden tuntemista sekä riittäviä ohjausvalmiuksia. Hoitotyön ohjauksen tulee perustua viimeisimpään tieteelliseen tutkimustietoon. Lisäksi ohjaajilla on oltava mahdollisuus perehtyä opetussuunnitelmiin ja saada tukea vuorovaikutus- ja ohjausvalmiuksien kehittämiseen. (Jääskeläinen 2009, 5–6.) Näyttöön perustuva harjoittelun ohjauksessa tarkoittaa lähiohjaajalta toimintansa perustelemista tutkittuun tietoon ja teoriaan pohjautuen. Opiskelijoilta tulee vastavuoroisesti odottaa samaa. (Hinkkanen, Lukkari & Eriksson 2010, 20.)

Opiskelijat ovat toisinaan kokeneet olevansa ohjaajan kanssa ristiriidassa harjoittelutavoitteistaan tai saavansa liian vähän tukea harjoittelunsa aikana. (Manninen, Henriksson, Scheja & Silen 2012, 133–134.) Myös opiskelijoiden koke-

mus vastuusta hoitotyön käytännön harjoittelun onnistumisestaan on kuormittanut opiskelijoita. Käytännön oppimiskokemusten on todettu parantuvan oppilaitoksen ja toimintaympäristön yhteistyöhön panostamisella. (Jääskeläinen 2009,13.)

Opiskelijoiden ja potilaiden välinen yhteys ohjaa opiskelijoiden oppimista. Opiskelijat oppivat potilaista, potilaiden kautta ja potilaiden kanssa. Se tuo tarkoitusta opiskeluun ja lisää ammatillista kehittymistä. (Manninen, Henriksson, Scheja & Silen 2012, 133–134.) Romppasen (2012, 6) mukaan opiskelijat ovat kokeneet tärkeimmäksi riittävän ajan potilaiden kanssa työskentelyyn ja ohjaaja - opiskelija suhteen henkilökohtaisuuden.

Sairaanhoitajaopiskelijat eivät ole tiedollisesti ja taidollisesti yhtä päteviä kuin valmiit sairaanhoitajat, mutta heitä tulisi kohdella yhtä tasa-arvoisesti kuin kollegaa. Heidän tekemää työtään tulee arvostaa, kohtelun tulee olla oikeudenmukaista ja heidän taitoihinsa tulee luottaa, huomioiden opiskeluvaihe. Opiskelijan on entistä helpompi sisäistää uutta tietoa ja luottaa omiin taitoihinsa kun hänen ohjaajansa luottaa hänen osaamiseensa. Ammattitaitoinen ohjaus sekä rauhallinen perehdytys mahdollistavat oppimisen. (Mattila 2015, 53, 55.)

Käytännön työelämässä tapahtuva harjoittelu on arvostettua, koska se tukee taitojen kehittymistä ja kasvua kohti hoitotyön ammattilaisuutta. Persoonallinen ja ammatillinen kehitys, uusien opittujen asioiden ja aikaisempien tietojen ja kokemusten käsittely tapahtuu reflektion avulla. (Jääskeläinen 2009,17.) Kliinissä harjoittelussa opiskelijoille voi tulla kielteisiäkin kokemuksia, kuten ohjauksen puutetta, henkistä väkivaltaa tai kielteistä asennoitumista (Romppanen 2012, 6).

2.3 Moduuliharjoittelu

Moduuliharjoittelun ideana on luoda sairaanhoidon opiskelijoille uudenlainen oppimisympäristö. Hoitotyön kehittämiseksi tarvitsemme uutta mallia, jossa potilaan, opiskelijan ja ohjaajan erilaiset tarpeet ja vahvuudet saadaan paremmaksi kokonaisuudeksi. Manninen (2014) on tutkinut Yliopistollisia opetusosastoja ja todennut niiden olevan hyvä oppimisympäristö opiskelijoille. Myös osastoilla hoidossa olleet potilaat ja harjoittelu ohjaajat ovat kokeneet mallin pääasiassa hyväksi. (Manninen 2014,17.)

Suomessa opetussairaala toiminta on vasta aluillaan mutta muualla maailmassa opetusosastoja on ollut käytössä jo kauan. Manninen (2014) esittelee väitöskirjassaan Ruotsin opetusosastoa, joka on perustettu ratkaisemaan hoitotyön opiskelijoiden opetusta laadukkaammaksi. Moduuliympäristössä sairaanhoidon opiskelijat toimivat valvotusti, oman tasonsa mukaan osastolla ”oikeina” hoitajina. Opetusosastolla toteutuu moniammatillinen tiimityö. Sairaanhoidon opiskelijoiden ja ohjaajien lisäksi osastolla on muun muassa toimintaterapeutti- ja ravitsemusterapeutti opiskelijoita. Opetusosastolle potilaat tulevat päivystyksen tai avohoidon läheteellä. Potilaita informoidaan osastosta etukäteen. (Manninen 2014, 12; 16–17; Mogensen, Elinder, Widström, Winbladh 2002, 13.)

Moduuliharjoittelu kehittää opiskelijan vastuunottoa, itseohjautuvuutta ja antaa opiskelijalle mahdollisuuden ottaa vastuu omasta kehityksestään kohti hoitotyön asiantuntijuutta. Moduulissa panostetaan reflektioon, yhteistoiminnalliseen oppimiseen ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Toivottavissa on, että harjoittelumalli inspiroisi myös opetustyötä parempaan suuntaan. (Kattainen & Koota 2014; Lindahl, Dagborn, Nilsson 2008, 6–7.)

Yleisin hoitotyön opiskelijanohjaus metodi on tällä hetkellä yksi opiskelija ohjaajalla. Opiskelijamoduulissa ohjaajalla on useampi opiskelija. Opiskelijaryhmä toimii pareina tai ryhmässä vastaten potilashuoneesta. Ruotsissa opetusosastolla opiskelijoilla on viisi ohjaajaa, jotka ohjaavat kaikkia opiskelijoita tarpeen mukaan. (Manninen 2014, 11.)

Hoitotyön opiskelijat ovat kokeneet harjoittelussaan palautteen saannin vähäiseksi, opiskelun yksinäiseksi ja ohjaajien ajan riittämättömäksi. Kiireen vuoksi harvoin jää aikaa keskustella ohjaajan kanssa esimerkiksi siitä, minkä vuoksi toimenpide tehdään. Usein myös opetus jää vajavaiseksi. (Manninen 2014, 10.)

Moduulin pedagoginen malli koostuu potilaslähtöisestä oppimisesta, ohjaajan tuesta ja vastuunottamisesta omasta työskentelystään, niin itsenäisesti kuin mahdollista. Opiskelija toteuttaa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, kuten oikeissa töissä. Joka viikko ohjaajat kokoontuvat ja keskustelevat opiskelijoiden oppimisesta. Jokaisen työvuoron jälkeen päivä käydään reflektoiden läpi opiskelijoiden ja ohjaajien kesken. (Manninen 2014 14–15.) Reflektio ja dialogi ovat keskeinen osa oppimista (Manninen, Henriksson, Scheja, Silen 2012, 140).

Opiskelumalli rakentuu ihmisläheiseen hoitotyöhön. Keskiössä on potilas, hänen kokemus hoidostaan ja sairaudestaan. (Lindahl, Dagborn, Nilsson 2008, 5.) Opiskelijoiden tulee saada harjoitella hoitotyön taitojaan oikeissa potilastilanteissa. Koulussa potilastilanteet ovat yleensä ennalta suunniteltuja mutta työpaikalla tilanteita harvoin pystyy ennakoimaan (Manninen 2014, 6). Sairaanhoidon opiskelijat saavat potilailta paljon tietoa sairauksista ja hoitamisesta. Opetussairaaloitten potilailta on tullut positiivista palautetta sairaanhoitaja opiskelijoiden ammattitaidosta ja hyvästä hoidon laadusta. Potilaat ovat kokeneet saaneensa osallistua omaan hoitoonsa, heitä on informoitu hyvin ja perhe on otettu hyvin huomioon. Potilas voi myös kokea epämukavaksi keskustella opiskelijan kanssa arkaluontoisista asioistaan. Kehitettävää olisi ohjaajan ja opiskelijan keskustellessa potilaan vieressä ammattikielellä. (Manninen 2014, 10–12.)

3 POTILASLÄHTÖINEN TYÖSKENTELY

Käsitteellä asiakas tarkoitetaan yksilöä tai ryhmää (esimerkiksi perhettä). Erityisesti sosiaalihuollon näkökulmasta asiakas voi olla henkilöryhmä, esimerkiksi yhdessä asuvat henkilöt tai perinteinen perhe. Asiakas-käsitettä käytetään kuvaamaan kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon yksilöitä, myös potilaita. Potilas on ”asiakas, jolla on terveydentilaan liittyviä ongelmia”. Esimerkiksi terveydenhuollon tukipalveluissa ja ehkäisevässä työssä syntyy tilanteita, joissa palveluiden käyttäjät eivät sovi potilas-käsitteeseen. (Ruotsalainen 2000, 15–16.) Aidoimmillaan asiakaslähtöisyys johtaa siihen, että jokainen asiakas saa itselleen räätälöidyn tarkoituksenmukaisen hoito- ja palvelukokonaisuuden. Se rakentuu asiakkaan ja ammattihenkilöstön yhteistyönä, jossa asiakas on aktiivinen ja tasavertainen toimija. (Kiikkala 2000, 120.)

Uudistunut terveydenhuoltolaki, Kaste- ja muut kehittämissuunnitelmat sekä laatu- ja palvelusuositukset korostavat potilaslähtöisyyttä sekä palvelunkäyttäjien osallisuuden lisäämistä. Yksilöllisyyden kunnioittaminen on ollut yksi hoitotyön perusperiaatteista jo kauan. Potilaan vaikuttamisen mahdollisuudet oman hoitoonsa ovat silti edelleen rajalliset. Toisaalta kun asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollon johtavana periaatteena on otettu myös hallitusohjelmaan, on sillä entistä laajempi kannatus ja toteutumisen mahdollisuus. (Kiikkala 2000, 120.) Terveydenhoitaja Koikkalaisen sekä sairaanhoitaja Rauhalan artikkeli tarkastelee hyvin ajankohtaista aihetta; potilaslähtöisyyden toteutumista suomalaisen terveydenhuollon nykykäytännöissä. (Koikkalainen & Rauhala 2013, 44.)

Terveydenhuollossa potilas on totuttu kohtaamaan niin sanotusti potilaskeskeisesti, jolloin ihminen ongelmineen on nähty palvelujen keskiössä ja palvelut on muokattu niistä käsin. Näin toimittaessa on pääsääntöisesti kyse organisaatio- tai asiantuntijalähtöisestä toimintamallista potilaslähtöisyyden sijaan. Potilaslähtöinen malli voidaan nähdä potilaskeskeisyyden seuraavana vaiheena, tällöin potilas ei ole enää passiivinen toiminnan kohde, vaan hän osallistuu aktiivisesti yhdessä palvelun tarjoajan kanssa niin toiminnan suunnitteluun kuin toteutukseen. (Koikkalainen & Rauhala 2013, 44.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) astui voimaan vasta vuonna 1992. Tätä oli edeltänyt pitkä keskustelu potilaan asemasta ja oikeuksista, joissa todettiin olevan puutteita. Lain myötä terveydenhuollon toimintaa alettiin kehittää asiakaslähtöisempään suuntaan. (Kiikkala 2000, 112–113.) Lain potilaan asemasta ja oikeuksista nojalla potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitoaan järjestettäessä on huomioitava, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Kohtelun tulee olla yksityisyyttä ja potilaan vakaumusta kunnioittavaa. Potilaalla on oikeus saada selvitys omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Potilaan hoito tulee toteuttaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Kosklin 2013, 24.)

3.1 Potilaslähtöisyys

Monissa maissa potilaan osallisuuden lisäämiseen on jo panostettu. Esimerkiksi Tanskassa Odensen yliopistosairaalassa on toteutettu valtion innovaatio-ohjelmaan liittyvä hanke, jossa kehitettiin potilaslähtöisempiä käytäntöjä. Työskentelyyn osallistui potilaiden lisäksi heidän läheisiään sekä ammattihenkilöstöä. Tärkeimmiksi kehittämiskohteiksi valikoitui potilaan kohtaamiseen liittyviä asioita. Hankkeen pohjalta esimerkiksi sairaalan kutsukirjeitä yksinkertaistettiin potilaan kannalta ymmärrettävimmiksi. Heille jaettiin tietoa, kuinka he voivat valmistautua lääkärintervuudelle etukäteen. Hankkeen pohjalta syntyi myös internetpohjaisia ohjelmia, jotka mahdollistavat entistä paremmin potilaan osallistumisen oman sairautensa hoitoon ja lisäävät hänen tietoisuuttaan sairauden hoidosta ja hoitoprosessista. Mallin avulla myös vapaaehtoistoimijoiden sekä vertaistoimijoiden yhdistäminen aktiivisemmin osaksi potilaan hoitoprosessia oli yksi hankkeen kehittämiskohtia. (Koikkalainen & Rauhala 2013, 44–45.)

Potilaslähtöisyys on yksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin viidestä arvosta. Strategiseksi päämääräksi vuosille 2012–16 sairaanhoitopiiri on asettanut potilaslähtöisen ja oikea-aikaisen hoidon. Päämäärä sisältää useita tavoitteita, jotka koskevat muun muassa hoidon laatua, hoitoympäristöä, potilaan valinnanvapauden lisäämistä ja hoidon saavutettavuuden parantamista sekä pe-

rusterveidenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön lisäämistä. (HUS arviointikertomus, 2013.) Kaikki edellä mainitut asiat puhuvat potilaslähtöisyyden puolesta ja sen tärkeydestä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita kehitettäessä.

Potilaan valinnanvapauden lisääntyessä myös hänen vastuunsa omasta terveydestä ja omahoidosta kasvaa. Potilaasta tulee osallistuva ja valitseva asiakas, joka tulee huomioida toiminnan ohjaamisessa. Asiakaslähtöisyys on yksi terveydenhuoltolain (1326/2010, § 2) tavoitteista. Asiakkaat tulisi sitouttaa hoitoonsa ja ottaa mukaan hoitoaan koskevaan suunnitteluun ja päätöksentekoon. HUS:n toimintaa kehitettiin vuonna 2013 toimintansa aloittaneen potilastukipisteen OLKAN myötä potilaslähtöisempään suuntaan. Sen toiminta perustuu ohjaukseen, opastamiseen ja vertaistuen tarjoamiseen; toiminta toteutuu vapaaehtoisten ja kolmannen sektorin toimijoiden toimesta. OLKA koordinoi vapaaehtoistyön toteutumista sairaalassa. (HUS arviointikertomus, 2013.)

Perustana potilaslähtöiselle ajattelu- ja toimintatavalle on toisen ihmisen mielipiteiden ja arvojen kunnioittaminen sekä jokaisen ihmisen kohtaaminen yksilönä. Mallin mukaan terveyspalvelut tulisi järjestää potilaslähtöisesti. Tarkoituksena olisi rohkaista potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon hoitoalan ammattilaisten kanssa tasavertaisena. Näin ollen vastuu jakautuu potilaan ja häntä hoitavien tahojen välillä. (Kosklin 2013, 24.)

3.1.1 Potilaan kohtaaminen

Kohtaamisen taito on kaikkien sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tärkeimpiä osaamisvaatimuksia. Hoitotyöntekijät kokevat itsensä usein vuorovaikutuksen ammattilaisiksi ja asiantuntijoiksi. Vuorovaikutustaidossa kukaan ei tule koskaan täysin oppineeksi. Vuorovaikutustaidoissa kehitytään vain kohtaamalla ihmisiä ja oppimalla omista onnistumisista sekä epäonnistumisista. Potilailta tulee valituksia sosiaali- ja valvontavirastolle Valviralle kaikkein eniten juuri hoitoalan työntekijöiden vuorovaikutustaitojen puutteellisuudesta. Monissa tilanteissa

huono käytös kielletään tai sitä selitetään kiireellä tai olosuhteilla. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 7; 167–168.)

Tavoitteellinen vuorovaikutus on yksi keskeinen taito hoitotyössä. Tavoitteellisella vuorovaikutuksella tarkoitetaan sitä, että hoitaja kuulee, näkee ja havaitsee sekä sanallista että ei-sanallista (liikkeet, eleet, äänensävy, hiljaisuus ja kosketus) viestintää. Hoitajan on opeteltava läsnä olemisen taitoa ja eläytymistä, jotta hänellä olisi edellytyksiä ymmärtää potilaan viestit. Tavoitteena tulisi olla ihmisen auttaminen, erinäisten tehtävien teon sijaan. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168.)

Onnistuneen kohtaamisen perusedellytyksenä on hoitotyöntekijän ja potilaan tasavertaisuus. Potilas tietää tietyt asiat parhaiten (on oman elämänsä paras asiantuntija), kun taas hoitaja on hoitotyön asiantuntija. Hoitotyöntekijä ei voi tietää, mikä on potilaalle parasta kysymättä sitä ihmiseltä itseltään. Eräs metodi on auttava vuorovaikutus. Siinä pyritään niin sanottuun rakentavaan tietämättömyyteen, mikä tarkoittaa, ettei hoitotyöntekijä tiedä enempää, kuin mitä lause lauseelta potilaalta kuulee. Tämä saattaa auttaa potilasta näkemään asioita eri näkökulmista. Huolellinen perehtyminen potilaan tietoihin edeltä käsin ei estä hyvän vuorovaikutuksen syntymistä, kunhan työntekijä kykenee suhtautumaan keskusteluun avoimin mielin. Jos työntekijän asennoituu valmiiksi ennakkoluuloisesti tai varautuneesti, ei kohtaamista tai vuorovaikutusta synny. Negatiivisella asenteella suhtautuvan hoitajan voi olla vaikea arvioida ja tukea potilaan käytävissä olevia voimavaroja. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168–169.)

Kaikkia asioita ei ole mukava kohdata. Vaikeiden asioiden kohtaaminen on edellytys tilanteesta oppimiseen. Hoitajan asennoitumisella ja suhtautumisella potilaaseen on huomattava vaikutus potilaan kokemukseen tilanteesta. Potilaan voi kohdata monella tapaa; hoitaja voi olla kiinnostunut ainoastaan sairaudesta tai hän voi kohdata ihmisen kokonaisuutena ongelmiseen ja onnistumiseen. Kohtaamisen luonteeseen vaikuttaa ihmisten keskinäisten välien lisäksi tilanne, jossa kohtaaminen tapahtuu. Toisinaan auttajan tärkein tehtävä puhumisen sijaan on lähellä oleminen. Näin on esimerkiksi kohdatessa kriisissä olevan tai kuolevan potilaan. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 8; 172; 194.)

Elämäntarinaa kuuluu oleellisena osana myös tarinan loppuminen. Elämän tarinasta tulee kokonainen vasta kuoltuamme. Elämässä on vain yksi pakko ja se on kuolema, elämän päättyminen. Kaikissa muissa tilanteissa elämämme vaiheissa meillä on useampi vaihtoehto valittavana, mutta kuolemaa emme voi valita. Se tulee silloin kun sen aika on tulla. Toisaalta kuolema ei päättä ihmisen elämäntarinaa, vaan se jatkuu muiden ihmisten ja kulttuurin kautta, emme vain enää ole sitä todistamassa. Kuolevan ihmisen kohtaamisessa lähtökohtana on sen hyväksyminen, että kuolema kuuluu jokaisen elämään. Kuoleman hyväksyminen ja siitä ääneen puhuminen tekevät kuolevan ja hänen läheistensä elämästä inhimillisemmän. Vaikka asialle ei olisi mitään tehtävissä, ei voimattomuus estä kohtaamista. Kuolevan potilaan kohtaaminen, edellyttää hoitajalta hänen oman elämänsä rajallisuuden hyväksymistä. Tällöin hänen on mahdollista kohdata kuoleva potilas aidosti ja rehellisemmin. Kuolemasta puhuminen vaatii uskallusta, se on tärkeää siihen liittyvien ainutkertaisten tunteiden ja jäljellä olevan elämän tähden. Uskonnollisen viitekehyksen mukaan tuonti elämän viime hetkille saattaa olla kuolevalle tärkeää, vaikkei hän sitä itse osaisi pyytää, tällöin hoitajan herkkyys on tärkeässä asemassa. Myös hoitotahdon selvittäminen sekä hoitotyöntekijän uskallus puhua kuolemasta, on tärkeitä asioita kuoleman lähestyessä. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 201–202.)

3.1.2 Potilaan osallisuus

Kansalliset terveydenhuollon kehittämissuunnitelmat ovat korostaneet potilaan osallisuuden edistämistä. Osallisuuden edistäminen on kirjattu jopa hallitusohjelmaan. Osallisuus syntyy osallistumisen, toiminnan ja vaikuttamisen kautta. Sen tulisi olla tilanteiden muuttumista ennakoivaa, tulevaisuuteen suuntaavaa ja kokonaisvaltaista. Osallisuuden toimintakulttuurissa potilas asettuu ammattilaisen rinnalle jo sisältöjen ja toimintatapojen suunnitteluvaiheessa. Osallisuus voidaan jakaa tiedon saamisen oikeuteen, suunnitteluun osallistumiseen, päätöksentekovaltaan ja potilaan omaan toimintaan. (Kettunen & Kivinen 2012, 40.)

Hoitosuosituksia laativa National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) on ottanut potilaita mukaan jopa hoitosuositusten laatimis- ja arviointityöhön, Suomessa tällaista työskentelyä vasta harjoitellaan. Osallisuuden edistämässä edelläkävijöinä voidaan pitää mielenterveystyötä. Siellä on totuttu käyttämään kokemusasiantuntijoita, joilla on omakohtaisia kokemuksia sairaudesta eikä terveydenhuollon ammattipätevyyttä. Heidän toiminnan tarkoituksena on kokemusten jakaminen ja tiedon lisääminen niin potilaille kuin hoitohenkilökunnalle. (Kettunen & Kivinen 2012, 40–41.)

Ammattilaisten asenteet ja suhtautuminen potilaiden osallisuuteen välittyy potilaille jokaisessa vuorovaikutustilanteessa. Osallisuus edellyttää vuorovaikutuksen tasavertaisuutta. Työyhteisöllä on merkittävä vaikutus osallisuuden onnistumiseen yksikössä. Osallisuuden edistäminen edellyttää asenteiden muuttamista ja uudenlaisen yhteistoiminnan oppimista niin hoitotyöntekijöiden, -johtajien kuin potilaiden taholtakin. Osallisuus kasvattaa potilaan vastuuta omasta hoidostaan, jonka lisäksi se antaa hänelle myös valtaa koskien hoitonsa suunnittelua ja toteuttamista. Hoitotyön toimintamalleja kehitettäessä potilaiden osallisuuden vahvistaminen tulee huomioida. (Kettunen & Kivinen 2012, 41–42.)

Potilaan osallisuus ja osallistuminen on jatkumo, jossa osallisuudesta voidaan siirtyä kohti osallistumista siten, että potilaan rooli muuttuu passiivisesta hoidon ja palveluiden vastaanottajasta kohti aktiivista toimijuutta. Potilaan tarpeista lähtevän hoidon tulisi rohkaista potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Potilaan osallisuus on autonomiaa, itsehoitoa ja persoonallista vaikuttamista omaan hoitoonsa. Autonomiakokemus tarkoittaa, että potilas tuntee tulevansa arvostetuksi ja kunnioitetuksi ihmisenä ja yksilönä. Yksilön kokemus itsehoidon tukemisesta syntyy siitä, että eri ammattialojen edustajat osaavat laatia esimerkiksi hoito-ohjeet yksilön elämäntilanteeseen sopiviksi ja kykenevät näkemään potilaan mahdollisuudet ja edellytykset toteuttaa omaa hoitoaan. Kokemus oman terveyden asiantuntijana toimimisesta syntyy, kun potilas kokee yhteisymmärrystä hoitopäätöksistä ja pystyy itse vaikuttamaan niihin. (Kosklin 2013, 24–25.)

Potilaan osallisuuden kokemukseen liittyy hänen vastuunsa oman hoitonsa toteuttajana. Jotta hoidon toteuttaminen ylipäänsä on mahdollista, on hänen saatava potilasohjausta. Potilasohjaus on tärkeä osa hoitoprosessia, jossa potilaalla on keskeinen rooli tiedonhakijana, -käsittelijänä ja saamansa tiedon varassa hoitoaan toteuttavana yksilönä. Potilasohjaus on hoitohenkilöstön ja potilaan välistä aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka toteutuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Potilaalle annettavan ohjauksen tavoitteena on, että potilas tietää terveyteensä ja sen hoitoon liittyvistä asioista, ymmärtää saamansa tiedon ja kykenee toimimaan sen avulla.

Potilasohjauksen merkitys on korostunut viime vuosien aikana huomattavasti, koska hoitoajat osastoilla ovat lyhentyneet, yhä useammat toimenpiteet voidaan tehdä polikliinisesti, potilaiden koulutustaso on noussut sekä informaatioteknologia on lisääntynyt. Hoitoaikojen lyhentymisen sairaaloissa merkitsee potilaiden omahoitovalmiuksien ja vastuun lisääntymistä. Ohjauksen tulee olla potilaslähtöistä ja siinä tulee huomioida potilaan yksilölliset tarpeet. On todettu, että systemaattisella potilaslähtöisellä ohjauksella pystytään lisäämään potilaan tietämystä hoitoonsa liittyvistä asioista, hoitotyytyväisyyttä ja sitoutumista hoitoon. Ohjauksen on todettu lievittävän pelkoja ja vähentämään hoitoon liittyviä komplikaatioita. Potilaslähtöisen ohjauksen avulla kyetään lisäämään hoidon jatkuvuutta ja hoidon laatua. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014, 64–65.)

Potilaslähtöiseen ohjaukseen kohdistuneissa tutkimuksissa on pystytty havaitsemaan useita kehittämistarpeita liittyen annetun ohjauksen sisältöihin ja käytettyihin menetelmiin. Potilaat odottavat saavansa enemmän tiedollista ja psykososiaalista tukea. He toivovat saavansa aikaisempaa enemmän tietoa hoidon sivuvaikutuksista, jatkohoidon järjestämisestä sekä sairauden vaikutuksista elämään, myös sosiaalietuksista toivottiin enemmän informaatiota. Potilasohjauksessa käytetyt menetelmät ovat edelleen hyvin perinteisiä, keskittyen suulliseen ja kirjalliseen ohjaukseen. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014, 65.) Potilasohjauksen puutteista on tutkimusten avulla saatu hyvin konkreettista tietoa. Vaikuttaisi aiheen olevan hyvin ajankohtainen ja tärkeä, joten toivottavasti tarvittavia resursseja sen kehittämiseksi saadaan.

Potilaan osallisuus rakentuu hänen autonomiastaan ja mahdollisuudestaan vaikuttaa omaan hoitoonsa. Siihen lukeutuu myös hänen vastuunsa itsehoidosta. Potilaan kokemus oman terveystensä asiantuntijuudesta syntyy, kun hän kokee voineensa vaikuttaa tehtyihin hoitopäätöksiin. Tämä auttaa potilasta myös paremmin sitoutumaan omaan hoitoonsa. Potilaan osallisuuden ja osallistumisen myötä hänen roolinsa muuttuu passiivisesta hoidon ja palveluiden vastaanottajasta kohti omaan hoitoon osallistuvaa, palautetta antavaa sekä tätä kautta palveluita kehittäväksi aktiiviseksi toimijaksi. Eila Kujalan (2003) tutkimuksen pohjalta potilaslähtöisyys ja osallisuus voidaan nähdä toisiinsa rinnastettavina käsitteinä, jotka saavat sisältönsä potilaan osallisuuskokemuksen ja lain yksilölle takaaman ja määrittelemän hoidon toteutumisen kautta. (Kosklin 2013, 25.)

3.1.3 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisen yhteistyön -käsitteelle ei ole yhtä vakiintunutta määritelmää. Työskentelyä kuvaavina termeinä käytetään muun muassa moniasiantuntijuutta, jaettua asiantuntijuutta ja moniammatillista tiimityöskentelyä. Käytännössä tämän muotoisella työskentelyllä tarkoitetaan eri alan asiantuntijoiden yhteistyötä, jossa tavoitellaan ”moninäkökulmaisuuksien” kehittymistä, jolloin tieto ja osaaminen jaetaan. Moniammatillisen toimintakulttuurin kehittäminen vaatii osapuolilta uudenlaista asennoitumista yhdessä työskentelyyn. Se vaatii asiantuntijuuden lisäksi vuorovaikutustaitoja ja kykyä ratkaista ongelmia tiiminä. Tarkoituksena ja mahdollisuutena on oppiminen toinen toisilta. Moniammatillisen tiimin jäsenenä toimiminen edellyttää keskinäistä luottamusta, jotta yhteistyö toimii asiakkaan/potilaan parhaaksi. (Koskela 2013; Kangasniemi, Haapa, Tiihonen, Arala & Suutarla 2015, 37–38.)

Moniammatillisen yhteistyön aikaansaamiseksi tarvitaan tietoista pyrkimistä sellaiseen vuorovaikutukseen eri ammattiryhmien edustajien välillä, jossa tiedon ja eri näkökulmien yhteen saattaminen on mahdollista. Moniammatillisen ryhmän yhteistyön onnistumisen kulmakivenä on organisointikyky ja taito töiden jakamiseen. Moniammatillinen työskentely vaatii tekijöiltään joustavuutta, aktiivista tietojen vaihtoa ja toisten työtapojen kunnioitusta. Potilaan kannalta toimiva yh-

teistyö mahdollistaa yhteiset tavoitteet eri ammattiryhmien välillä asioidessa sekä yhtenäiset työtavat tavoitteisiin pääsemiseksi. Potilaan edun mukaista olisi, ettei häntä pompoteta paikasta toiseen, tämä vaatii työntekijöiltä keskinäistä kunnioittamista ja toisen ammattitaidon tunnustamista. (Närhi 2014.)

3.2 Tehtäväkeskeisyydestä potilaslähtöisyyteen

Muutos hoitotyön toteuttamisesta kohti potilaslähtöisempää suuntaa on vaatinut useita vuosia; tänä aikana hoitotyö on kehittynyt ja hoitokulttuuri muuttunut huomattavasti. Suunta on ollut oikea ja toki niin työmenetelmien kuin esimerkiksi teknologian kehittyminen ovat vaatineet aikaa. Esimerkiksi kirjaamisessa on menty vuosikymmenten aikana aimo harppaus eteenpäin; aiemmin potilaasta laadittiin kansio, joka sijaitti osastolla, nykyään niin hoitokertomukset kuin lääkärinmääräykset ovat koko moniammatillisen tiimin käytössä sähköisesti ja huomattavan nopeasti.

Hoitotyön muotoutuminen yksilölliseksi ja potilaan tarpeista lähteväksi, aiemman tehtäväkeskeisen mallin sijaan vaatii koko hoitotyön kulttuurin muuttumista. Muutos merkitsee uusien toimintatapojen sisäistämisen lisäksi luopumista aiemmista ajattelu- ja toimintatavoista. Työskentely- ja ajattelutavan muutos vaatii tekijöiltään pitkäjänteisyyttä ja johdonmukaista työskentelyä asetetun tavoitteen saavuttamiseksi. Muutoksen tarvetta hoitotyössä voidaan perustella monesta eri näkökulmasta; muun muassa väestön muuttuneet tarpeet sekä koulutus- ja tietotason kohoaminen edellyttävät uusia toimintatapoja. Muutoksen taustalla on oltava nähtävissä perustelu muutoksen välttämättömyydelle. Perusteluista tulee käydä ilmi miten muutos vaikuttaa potilaan saaman hoidon laatuun. Uusien toimintatapojen käyttöönottoa voidaan perustella myös resurssien tarkoituksenmukaisemman käytön, toiminnan laadun parantumisen tai potilastyytyväisyyden lisääntymisen lähtökohdista. (Voutilainen 1994, 55–56.)

3.2.1 Potilaskohtainen hoitotyö

Potilaskohtainen hoitotyön toimintamalli on vanhin hoitotyön organisointitapa. Jo Florence Nightingale kuvaa kirjassaan; *Notes on Nursing* (1853) kyseistä hoitotyön järjestämistapaa. Tapa oli yleisesti käytössä viime vuosisadan alussa, jolloin suurin osa potilaista hoidettiin kotona. Sairaanhoitaja saattoi asua potilaan luona vastaten hänen hoidostaan ympäri vuorokauden. Tästä syystä hoitajalla ei voinut olla muutamaa potilasta enempää. Sairaanhoitajan vastuulla oli koko hoitoprosessista vastaaminen, ja käytännössä hän määritteli hoidon tarpeen, suunnitteli miten siihen vastattiin ja vielä toteutti hoidon sekä sen arvioinnin. Samankaltaista toimintatapaa pyrittiin toteuttamaan myös sairaaloissa; etenkin tehohoitoyksiköissä mallia käytetään osin vieläkin. (Voutilainen 1994, 69–70.)

Käytännössä mallia toteutetaan tietyllä tapaa edelleenkin joillain osastoilla. Potilaalle nimetään vuoron ajaksi vastuuhoidtaja, joka vastaa hänen hoidon toteutuksesta kyseisen ajan. Potilaan kannalta vastuuhoidtajamalli voi olla saadun hoidon kannalta vaihtelevaa. Kuitenkin mahdollisuudet yksilölliseen hoitotyöhön ovat olemassa. Vaarana on kuitenkin hoitotyön kaventuminen ainoastaan lääkärin määräysten toteuttamiseksi ja toimenpiteiden suorittamiseksi. Yksi syy tähän voi olla sairaanhoitajan riittämätön ammattitaito. Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen ja hänen yksilöllisiin tarpeisiin vastaaminen saattaa mallia noudatettaessa jäädä vähemmälle. (Voutilainen 1994, 70.)

3.2.2 Tehtäväkeskeinen hoitotyö

Siirtyminen hoitotyössä tehtäväkeskeiseen toimintatapaan johtui useasta syystä. Taustalla olivat hoitotyöhönkin omaksutut liikkeenjohdon opit, joiden mukaan työn osittaminen pienempiin toimintoihin lisäsi toiminnan tehokkuutta. Potilasmäärät olivat nousseet huomattavasti ja esimerkiksi kirurgisen hoitotyön kehityttyä yhä useampi potilas selviytyi. Toisaalta koulutetuista hoitajista oli pulaa, ja näin ollen hoitotyötä jouduttiin toteuttamaan vähemmän koulutetun tai ilman

koulutusta olevien ihmisten toimesta. Sairaanhoidajien työstä tuli enemmänkin työtehtävien jakamisesta vastaavia työnjohtajia. Tämä tarkoitti, että potilaan luona kävi useita työntekijöitä tekemässä heille määrätyn tehtävän. Esimerkiksi yksi sairaanhoitaja vastasi kaikkien potilaiden lääkehoidosta ja perushoitaja esimerkiksi vitaalielintoimintojen mittaamisesta. Tämänkaltainen toiminta on sinänsä nopeata ja tehtäviä tulee hoidettua paljon lyhyessä ajassa. Malli on todettu kuitenkin niin potilaiden kuin hoitajienkin kannalta epätydyttäväksi. (Voutilainen 1994, 70–72.) Hoitajat eivät kokeneet työtään erityisen vastuulliseksi tai itsenäiseksi, vaan lähinnä osatehtävien suorittamiseksi. (Kalasniemi, Kuivalainen & Ryhänen 2004, 24).

Tehtäväkeskeisessä hoitotyön toteutusmallissa potilaan huomioiminen kokonaisvaltaisesti on mahdotonta. Kenelläkään ei ole kokonaiskäsitystä potilaan tilanteesta ja hoitotyön vaikuttavuutta on näin ollen erittäin vaikea arvioida. Tehtäviä suoritetaan rutiininomaisesti lääketieteellisen diagnoosin pohjalta, ei potilaan yksilöllisistä tarpeista lähtien. Tiedon välittämiseen kohdistuu haasteita. Karkeasti voidaan todeta, että yhden potilaan hoitamiseen tarvitaan monta hoitajaa. Tämän tyyppistä mallia hyödynnetään edelleen joltain osin paikoissa, joissa lukuisista potilaista huolehditaan pienellä työntekijämäärällä ja/tai lyhyen koulutuksen saaneella henkilöstöllä. (Voutilainen 1994, 72; Mäenpää, Mäkelä & Tiits 2003, 139.)

3.2.3 Ryhmätyönä toteutettava hoitotyö

Hoitotyöntekijät halusivat kehittää työtään paremmin potilaiden tarpeita vastaavaksi, mihin tehtäväkeskeinen malli ei antanut mahdollisuuksia. Pohdittiin ryhmätyön mahdollisuuksia vastaukseksi haluttuun tavoitteeseen pääsemiseksi. Erilaisten koulutusten omaavien työntekijöiden taitojen ja tietojen yhdistämisen ryhmän jäsenten välillä katsottiin parantavan hoidon laatua ja näin ollen mahdollistavan entistä paremmat hoitotulokset. Mallissa ryhmän johtajalla on suuri rooli; hän kantaa kokonaisvastuun potilasryhmän hoitotyöstä ja hänen tulee saada ryhmä toimimaan potilaiden tarpeiden mukaisesti jokaisen jäsenen kyvyt mahdollisimman kattavasti hyödyntäen. Ryhmän jäsenten tulee sitoutua asetet-

tuihin tavoitteisiin ja pyrkiä toimimaan potilaslähtöisesti hoitotyössä. Malli kehittää työntekijöiden yhteistyö- ja vuorovaikutustaitoja. Ryhmätyön onnistumiseksi vuorovaikutuksella ja oman työn raportoinnilla on keskeinen tehtävä. Ryhmätyönä toteutettavaa hoitotyötä käyttävä hoitohenkilökunta koki mallin mahdollistavan hyvin hoitotyön jatkuvuuden ja koordinoinnin. (Voutilainen 1994, 73; Kallasniemi, Kuivalainen & Ryhänen 2004, 24.)

Potilaan kannalta ryhmätyönä toteutettava hoitotyö mahdollistaa aikaisempaa paremmin yksilöllisyyden huomioimisen, ja vastuullisuus hoitotyössä jakautuu selkeämmin. Potilaan hoidosta vastaa moniammatillinen työryhmä, jonka mallin voidaan katsoa olleen pohjana tämän päivän moniammatilliselle hoitotyölle.

3.2.4 Yksilövastuinen hoitotyö

Yksilövastuinen hoitotyö on alun perin lähtöisin Yhdysvalloista. Toimintamallia lähdettiin kehittämään hoitajien toiveesta. He olivat tyytymättömiä hoitotyön pirstoutuneisuuteen, keskinäinen viestintä oli monimutkaista ja potilastyön osuus työssä vähäistä. Sairaanhoidajat kokivat olevansa työnjohtajia kansliassa, eivätkä hoitotyön tekijöitä potilaan vierellä alkuperäisen toimenkuvansa mukaisesti. Yksilövastuista toimintatapaa alettiin kehittää New Yorkissa Lydia Hallin toimesta 1960 -luvulla. (Voutilainen 1994, 76.) Yksilövastuisen hoitotyön ideana on potilaan ja hoitajan välinen hoitoa koskeva yhteistyö. Yhteistyösuhteen toiminnan osapuolina on kaksi tasavertaista jäsentä, jotka kumpikin työskentelevät saman päämäärän saavuttamiseksi, potilaan terveyden edistämiseksi. Potilas tuo suhteeseen kokemuksensa omasta tilastaan ja hoitaja hänen käyttöönsä oman ammatillisuutensa. (Virtanen 2002, 10, 23.)

Suomeen yksilövastuinen hoitotyö alkoi laajeta 80-luvulla. Niin sanottu omahoitajajärjestelmä oli ollut jo aikaisemmin käytössä, mutta kyseisen mallin periaatteet eivät toteutuneet täysin yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaisesti. Seuraavat viisi periaatetta kuvaavat yksilövastuisen hoitotyön mallia; vastuullisuus, itsenäisyys, koordinointi, kattavuus ja jatkuvuus. Periaatteiden toteutumista käsitellään omahoitaja-mallin toiminnan kautta. Työskentelymallin katsotaan mää-

rittelevän sekä käytännön työtä ohjaavana toimintamallina että laajemmin hoitotyön sisältöön vaikuttavana filosofiana. Yksilövastuisella hoitotyöllä tarkoitetaan organisointitapaa, jossa jokaiselle potilaalle nimetään hänen hoidostaan vastaava työntekijä. (Voutilainen 1994, 76–77; Kalasniemi, Kuivalainen & Ryhänen 2004, 22.)

Vastuullisuuden periaatteen toteutuminen tarkoittaa sitä, että potilaan nimetty omahoitaja vastaa hoitotyön laadusta 24 tuntia vuorokaudessa, koko hoitajakson ajan. Hän antaa muulle henkilöstölle ohjeet siitä, kuinka kyseistä potilasta hoidetaan hänen poissa ollessaan ja hoitaa häntä aina itse paikalla ollessaan. Omahoitaja huolehtii koko hoitoprosessista itse. Muun henkilöstön hän pitää ajan tasalla hoitotyön suunnitelman ja raportoinnin avulla. Käytännön näkökulmasta tämä toimintamalli asettaa mittavia vaatimuksia sairaanhoitajan ammattitaidolle. Hänellä tulee olla riittävä koulutus ja työkokemus pystyäkseen vastaamaan itsenäisesti koko hoitoprosessista. (Voutilainen 1994, 77–78.) Yksi hoitaja vastaa potilaan hoidon suunnittelusta, toteuttamisesta ja arvioinnista koko hoitajakson ajan (Haapala & Hyvönen 2003, 43).

Vastuullisuuden lisäksi omahoitajalta vaaditaan itsenäisyyttä ja kykyä itsenäiseen päätöksentekoon. Hänen velvollisuutensa on tehdä potilasta koskevat päätökset kunnioittaen potilaan toiveita ja hänen itsemääräämisoikeutta. Omahoitaja voi konsultoida esimerkiksi eri alojen asiantuntijoita, mutta hän ei voi siirtää vastuuta päätöksenteosta muille. Itsenäisyys ei tarkoita samaa kuin yksintyöskentely. Omahoitaja toimii yhteistyössä kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Kattavuus-periaatteen mukaan yksilövastuisella hoitotyöllä tarkoitetaan potilaan huomioimista kokonaisvaltaisesti. Käytännössä tämä merkitsee, että ihmistä on hoidettava kokonaisuutena, huomioiden fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Hoitotyötä toteutettaessa tämä ilmenee yksilöllisen hoitosuunnitelman laadintana, jossa huomioidaan potilaan yksilölliset tarpeet. Hoitotyö ei ole ainoastaan lääkärin määräysten noudattamista, eikä toteudu samoin jokaisen samaa sairautta sairastavan kohdalla. (Voutilainen 1994, 78–80.)

Yksilövastuista hoitotyötä pidetään kehittyneimpänä hoitotyön toimintamalleista. Toimintamallin etuna pidetään henkilöstön työtyytyväisyyden lisääntymistä, joskin osa kokee joutuneensa eristyksiin itsenäisessä työskentelytavassa. Omahoitaja toimiminen antaa ammatillisia haasteita ja niistä selviytymistä pidetään hoitohenkilöstön keskuudessa palkitsevina. Myös potilaiden kannalta toimintamalli koetaan hyväksi, potilaskeskeisyyden koetaan parantuneen hoitotyössä. (Voutilainen 1994, 81.) Eri hoitotyön malleista yksilövastuisen hoitotyön katsotaan mahdollistavan parhaiten potilaan huomioimisen yksilönä ja takaavan hänelle yksilöllisen hoidon. Haasteena mallin toteuttamiselle pidetään resurssipulaa ammattitaitoisesta hoitohenkilökunnasta. Kyselytutkimuksen mukaan niin hoitajat kuin kyselyyn osallistuneet potilaat kokivat, että työmäärä suhteessa henkilökunnan määrään oli liiallinen. Hoitajat kokivat, ettei heillä ollut mahdollisuutta paneutua riittävästi potilaiden asioihin. Potilaille tämä näyttäytyi kiireenä. (Kallasniemi ym. 2004, 22, 25–27.)

3.3 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus on keskeinen osa laadukasta ja vaikuttavaa hoitoa. Potilasturvallisuus käsittää sekä itse hoidon että laiteturvallisuuden. Hoidolla tarkoitetaan hoitomenetelmien ja hoidon toteutukseen liittyviä prosesseja. Laiteturvallisuus ei tarkoita ainoastaan laitteen turvallisuutta, vaan myös niiden käytön turvallisuutta. Potilasturvallisuus ja sen edistäminen ovat kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten vastuulla. Turvallisen hoitotyön lähtökohtana on sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen ja hänen kyky toimia potilaan parhaaksi osana moniammatillista työryhmää. (Ahonen ym. 2012,63.)

Terveydenhuollon eri toimintaympäristöissä tapahtuu jatkuvasti monia potilasturvallisuuteen vaikuttavia asioita. Terveydenhuollon palvelujärjestelmien jakautuminen monen eri toimijan alaisuuteen voi vaikeuttaa potilaskeskeisen, turvallisen hoidon toteutumista. Vaara- ja haittatapahtumat ovat huolimatta henkilöstön hyvästä ammattitaidosta ja työhön sitoutumisesta kuitenkin mahdollisia. Potilasturvallisuuden toteutumiseen vaikuttaa moni seikka. Henkilöstövaje sekä henkilökunnan tiheä vaihtuvuus vaikeuttavat turvallisen hoidon toteuttamista ja näin

ollen lisäävät vaara- ja haittatapahtumien riskiä. Tärkeä lähtökohta on tunnistaa toimintayksikköön ja siellä toteutettaviin hoitoprosesseihin liittyvät turvallisuusriskit, jotta voidaan ennakoida ja kehittää toimintatapoja riskien toteutumisen ehkäisemiseksi. Haittatapahtumien asianmukainen raportointi on olennainen osa potilasturvallisuuden edistämistä. Raportoinnin avulla voidaan tunnistaa toimintayksikön riskikohdat ja -toiminnot. (Ahonen ym. 2012, 63–64.)

Suomessa perustettiin vuonna 2005 potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä sosiaali- ja terveysministeriön alaisuuteen Työskentelyn myötä potilasturvallisuuden edistämistä on kehitetty. Vuonna 2009 julkaistiin Suomessa kansallinen potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009–2013. Sitä täydennettiin kahden vuoden kuluttua Potilasturvallisuusoppaalla. Potilasturvallisuus on sairaanhoidon perusta. Potilas on aktiivinen toimija potilasturvallisuuden edistämistä. Tarkoituksena on jakaa potilaalle tietoa, kuinka hän voi itse vaikuttaa hoidon turvallisuuteen esimerkiksi lääkelistansa ajantasaisuudesta huolehtimalla. (Ahonen ym. 2012, 64.)

Terveystieteissä potilaan kannalta kriittisissä tilanteissa tulisi turvallisuustason aina olla sama riippumatta hoitopaikasta tai työntekijästä Turvallisuuden tasoa voidaan parantaa käyttämällä vakioituja toimintatapoja turvallisuuden kannalta oleellisissa tilanteissa, kuten potilasta tunnistettaessa esimerkiksi lääkkeen annon yhteydessä tai käyttämällä eri tilanteisiin luotuja tarkistuslistoja. Tarkistuslistoihin kirjatut toiminnot tarkistetaan systemaattisesti; listoja on käytössä ainakin leikkausosastoilla. Tarkistuslistoja tulisi käyttää vain, jos tilanteeseen katsotaan liittyvän riskejä tai ongelmatilanteita. Lisäksi niiden käytön tulee lisätä potilaan turvallisuutta tai vähentää vahingon tapahtumisen riskiä. Listat tulee laatia toimipaikkakohtaisesti ja niitä tulee päivittää säännöllisesti. (Peltonen 2013, 108.)

4 KOLLEGIAALISUUS POTILASLÄHTÖISESSÄ TYÖSKENTELYSSÄ

Ammattikorkeakoulusta valmistuneella sairaanhoitajalla on laajaa ja monipuolista osaamista asiantuntijuuden kehittymisen lähtökohtana. Asiantuntijana hän osaa etsiä työhönsä tarvittavia ratkaisuja tutkittuun tietoon perustuen. Hänellä on ammattiin ja tehtäviin vaadittavaa tietoa ja taitoa. Asiantuntijuuttaan kehittävä työntekijä käsittelee kokemuksiaan kriittisesti. Asiantuntijaksi kehittyäkseen työntekijä tarvitsee tutkivaa työtettä. Hänen tulee arvioida kriittisesti omaa toimintaansa ja pystyä perustelemaan tekemiään valintojaan ammatillisesti. (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005, 15–16.)

Potilaslähtöisessä työssä ja moniammatillisen tiimin jäsenenä toimittaessa yhteistyötaitojen merkitys korostuu. Hoitoalalla asiantuntijuuteen ei voi kehittyä toimien yksin, vaan yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa ja verkostoitumalla. Ammatillinen kehittyminen on jatkuvasti muuttuva ja kehittyvä prosessi. Pätevyys ja kehittyminen kohti ammatillista asiantuntijuutta vaatii itsensä kehittämistä, se lisääntyy kokemusten ja uuden oppimisen pohjalta. Työelämän vaatimukset ja koulutuksen antamat valmiudet; tieto ja taito, mahdollistavat ammatillisen osaamisen kehittymisen. Asiantuntijuus on jatkuvasti kehittyvä piirre, joka kehittyäkseen vaatii uuden oppimista ja käytännön kokemuksia työelämästä. (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005, 16–17; Aalto, Koskimaa, Kurtti & Siljanpää 2015, 46.)

Kollegiaalisuus ei tarkoita yksimielisyyttä asioista tai erilaisten mielipiteiden kieltämistä, vaan edellyttää työskentely-ympäristöltä rakenteita, joissa keskustelu ja puuttuminen epäkohtiin ovat mahdollisia ja turvallisia. (Knuutila 2014, 5.) Hoitotyötä johtavilla esimiehillä on vastuu kollegiaalisuuden mahdollistavien rakenteiden luomisesta. (Sairaanhoitajaliitto 2014.) Kollegiaalisuuden perusta on yhteinen tavoite. Kollegiaalinen työyhteisö on merkityksellinen sekä potilasturvallisuuden että hoidon laadun kannalta. (Knuutila 2014, 5.) Hoitotyön toimintaa HUS:ssa ohjaa viisi periaatetta, näistä yksi on kollegiaalisuus. Loput neljä ovat potilaskeskeisyys, näyttöön perustuvuus, potilasturvallisuus ja moniammatillisuus. (Junttila 2015, 14.)

Sairaanhoitajien kollegiaalisuusohjeet velvoittavat sairaanhoitajia toimimaan kollegiaalisesti toisiaan kohtaan. Sairaanhoitajien kollegiaalisuuden työsken- telyn päämääränä on potilaan parhaan mahdollisen hoidon takaaminen. Kollegiaali- suus vaikuttaa sairaanhoitajien keskinäiseen ammatilliseen yhtenäisyyteen ja laajemmin ammattikunnan asemaan yhteiskunnassa. Kollegiaalisuuden perus- tana on toimia eettisesti oikealla tavalla. Näin toimiessaan sairaanhoitaja suh- tautuu kunnioittavasti ja luottaen kollegoihin ja toimii itse luottamuksen arvoises- ti. Tämä koskee niin toimintaa kuin keskinäistä kommunikaatiota. Sekä toisen että oman ammatillisen osaamisen tunnustaminen kuuluu kollegiaalisuusohjei- siin. Kollegan toiminnan uhatessa potilasturvallisuutta on sairaanhoitajan velvol- lisuutena puuttua siihen. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Kliinisessä harjoittelussa opiskelijanohjaus on kollegiaalista, ja opiskelija näh- dään tulevana kollegana. Opiskelijaa kohdellaan kollegiaalisuusperiaatteiden pohjalta arvostavasti, niin potilaiden kuin muunkin henkilökunnan edessä. Oh- jaajan tulisi muistaa se aika, jolloin hän itse oli noviisi ammatissaan. Tällöin hä- nen on myös helpompi asettua opiskelijan asemaan, joka on vasta rakenta- massa ammatillista minuuttaan. Kollegiaalisuuteen kuuluu rakenta- van palautteen anto. Positiivisen palautteen antaminen on monesti helpompaa, mutta usein negatiivinen palaute asiallisesti annettuna muistetaan paremmin ja otetaan käyttöön todennäköisemmin. Kollegiaalinen opiskelijanohjaus on oman ammatin välittämistä eteenpäin; parhaimmillaan se saattaa edistää hoitotyötä ja niin sanottu hiljainen tieto jatkaa uuden, tulevan ammattilaisen matkassa. (Haa- pa 2013.)

Kollegiaalisuutta estäviä tekijöitä on muun muassa yksilön pätemisen halu tai vallan käyttö. Osaston huono ilmapiiri ja keskustelukulttuurin puuttuminen vai- keuttavat kollegiaalisuuden toteutumista. Myös kateus, ennakkoluulot, sukupol- vien väliset erot sekä persoona- ja henkilökemiat voivat estää kollegiaalisuuden syntymistä. Kollegiaalisuutta puolestaan edistää ilmapiiri, jossa on toimivat ih- missuhteet ja yhteistyö kulttuuri. Ammatillisuus, oman työn reflektointi ja ikä ovat myös kollegiaalisuutta lisääviä elementtejä. Nuorempien hoitajien katso- taan olevan valmiimpia kollegiaalisuuteen käyttäytymiseen. (Haapa 2013.)

5 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ

Tutkimusympäristönä on Meilahden sairaalan akuutti infektio-osasto 2B. Osastolla hoidetaan erikoissairaanhoidoa vaativia infektiosairauksia sekä potilaita, joiden diagnostiikka tai hoito on erityisen haasteellista. Pääasiassa potilaat tulevat osastolle päivystyspoliklinikoilta, tehostetun valvonnan osastoilta tai teho-osastolta. Osastolle siirtyy potilaita myös muiden erikoisaloiden, esimerkiksi kirurgian, vuodeosastoilta infektio-ongelmien jatkohoitoon. Osaston henkilökunta on koulutettu hoitamaan uusia yleisvaarallisia tartuntatauteja ja niiden uhkia, kuten verenvuotokuumeet. Osastolla on 14 potilaspaikkaa.

Opinnäytetyömme tekoprosessin aikana osastolla oli käynnissä pilottihanke opiskelijamoduuli. Osastolla oli tällöin seitsemän opiskelijaa yhtä aikaa harjoittelussa. Opiskelijoille oli nimettyä vastuuohjaajapari. Opinnäytetyössämme harjoitteluympäristöllä oli iso rooli, koska olimme itse sairaanhoidon opiskelijoina mukana harjoittelemassa hankkeessa. Pilottihanke vaikutti osaston normaaliin opiskelijaohjaus käytäntöön poikkeavasti, koska aiemmin osastolla oli ollut vain yksi opiskelija ohjaajan ohjauksessa kerrallaan. Moduulin ajan osastolla oli aamuvuorossa neljä sairaanhoidon opiskelijaa, ja iltavuorossa kolme opiskelijaa.

Pedagogisten tavoitteiden onnistuminen on riippuvainen toimintaympäristöstä, joka luo edellytykset ohjaajan toiminnalle. Ongelmallisiksi opiskelijat ovat kokeneet häiriöttömän työskentelytilan puuttumisen muun muassa ohjauskeskustelu- ja kirjallisia töitä varten. Henkilöstöresurssit on myös koettu riittämättömäksi. Henkilökohtaisen ohjaajan nimeäminen on positiivinen, asia mutta joskus vuorojen yhteensovittaminen opiskelijan kanssa on haasteellista ja ohjaajan lomaaikaan jopa puutteellista. (Hinkkanen, Lukkari & Eriksson 2010, 20.)

Jääskeläisen (2009) ja Hinkkasen, Lukkarin ja Erikssonin (2010) tutkimuksissa on todettu, että oppimisen salliva ilmapiiri, harjoitteluyksikön ohjauskäytänteet, potilashoidon laatu ja yksikön sosiaaliset rakenteet määräävät oppimisympäristön laatua. Parhaaseen mahdolliseen näyttöön perustuvan toiminnan harjoitte-

luyksikössä tulee olla taattua ja opiskelijanohjausta sekä potilashoidossa yksikön arvoihin perustuvaa.

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten potilaslähtöinen työskentely toteutuu opiskelijanohjauksessa. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää osaston opiskelijaohjausta opiskelijan itseohjautuvuutta tukevaksi. Lisäksi opinnäytetyössä tuotetaan tietoa osasto 2B:n työntekijöille potilaslähtöisen työskentelytyylin toteutumisesta. Tietoa voidaan hyödyntää tulevaisuudessa opiskelijanohjauksessa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten potilaslähtöisyys ilmenee opiskelijan ohjauksessa?
2. Miten ohjaaja mahdollistaa potilaslähtöisyyden oppimisen?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään muun muassa antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta ilmiölle, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa. Tiedonantajiksi valitaan henkilöt, joilta oletetaan saata-
van parhain tieto tutkittavasta ilmiöstä. Heitä kutsutaan eliittiotannaksi. Tiedon
antajien eli haastateltavien valinnan tulee olla sopiva tutkittavaan asiaan. (Tuomi,
Sarajärvi 2003, 87–88.) Lähtökohtana on aineiston monitahoinen ja yksityis-
kohtainen tarkastelu.

7.2 Haastattelututkimus

Tiedonkeruumenetelmänä käytimme teemahaastattelua, joka on puolistrukturoi-
tu haastattelumenetelmä. Se sijoittuu avoimen- ja lomakehaastattelun välille.
Teemahaastattelu soveltuu hyvin ihmisen vapaasti kertomien kokemusten ja
merkitysten tutkimiseen ja kuvailemiseen. Sen sijaan, että keskityttäisiin yksi-
tyiskohtaisiin kysymyksiin, haastattelu etenee tiettyjen, keskeisten teemojen
varassa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48.) Periaatteessa teemat perustuvat tutkitta-
vasta ilmiöstä jo tiedettyyn eli tutkimuksen viitekehykseen (Tuomi & Sarajärvi
78).

7.3 Haastatteluteemojen laatiminen

Muodostimme haastattelun teema-alueet kirjallisuuden ja opinnäytetyömme
tutkimuskysymyksiä perusteella. Kysymyksiä laadittaessa on oleellista muistaa
tutkimusongelma, joka lopuksi sitoo kokonaisuuden yhteen (Eskola & Vastamä-
ki 2010, 35). Opinnäytetyömme haastatteluteemat olivat potilaslähtöisyys ja
opiskelijaohjaus. Näiden teema-alueiden pohjalta teimme haastattelurungon.
Teemojen tulee olla sopivan väljiä, jotta saadaan mahdollisimman kattava ja

monipuolinen keskusteluaineisto. Haastattelutilanteessa teema-alueet tarkennetaan kysymyksillä. Kysymykset toimivat haastattelijan muistilistana ja ohjaavat keskustelua. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 66–67.) Opinnäytetyömme teemat perustuvat asiantuntija tietoon ja kirjallisuuteen. Muokkasimme kysymyksiä asiantuntijan avulla, jotta saimme vastauksia tutkimuskysymyksiimme.

Haastatteluun osallistuvien motivaatiolle on erilaisia motiiveja. Eskola ja Vastamäki (2010) toteavat, että haastateltaville tarjoutuu mahdollisuus tuoda esiin omat mielipiteensä, kertoa omista kokemuksistaan muille ja/tai edeltävät hyvät kokemukset haastattelu tutkimuksesta.

7.3.1 Ryhmähaastattelu

Toteutimme teemahaastattelun kahtena ryhmähaastatteluna. Ryhmähaastattelulla voidaan tavoittaa toisentyypistä haastattelumateriaalia kuin yksilöhaastatteluissa (Eskola & Vastamäki 2010, 29). Menetelmän etuina ovat sen joustavuus, nopeus sekä kohtuulliset resurssit. Ryhmähaastattelu mahdollistaa monitahoisen informaation keräämisen kiinnostuksen kohteena olevasta aiheesta. Osanottajat tuottavat monipuolista tietoa tutkittavasta asiasta melko spontaanisti. Ryhmähaastattelun avulla voidaan saada kollektiivinen näkemys asioihin. (Pötsönen, Välimaa 1998, 6–7; Hirsjärvi & Hurme 2000, 61.) Ryhmähaastatteluun osallistujat valitaan kohdistetusti, tutkimuksen tarkoituksen ja kohderyhmän mukaisesti. Sopiva ryhmä on neljä- kymmenen henkilöä. (Pötsönen, Välimaa 1998, 6–7.)

Pienessä ryhmässä haastateltavat voivat kokea olonsa turvallisemmaksi ja varmemmaksi, kuin liian suuressa ryhmässä, jossa vuoroaan saattaa joutua odottamaan kauankin. Ryhmähaastattelun etuna on, että aihe tuottaa vastauksia monitahoisesti, aihetta voi syventää ja esittää lisäkysymyksiä haastattelun edetessä. (Pötsönen, Välimaa 1998, 3–4)

7.3.2 Aineiston keruu

Tutkimuksen osallistajat olivat infektio-osasto 2B:n työntekijöistä ja osaston työharjoittelijoista. Toteutimme suunnitellusti kaksi ryhmähaastattelua. Haastatelimme neljää osaston sairaanhoitajaa ja viittä sairaanhoidon opiskelijaa. Haastateltavat saivat opinnäytetyötämme koskevan tiedotteen (LIITE 1) ennen haastattelua. Tiedotteessa kerrottiin opinnäytetyöstämme. Tiedotteen myötä haastateltaville oli tarkoitus luoda käsitys haastattelumme viitekehuksesta. Ennen haastatteluun osallistumista pyysimme haastateltavilta kirjallisen suostumuksen haastattelun toteuttamiseen (LIITE 2).

Toisinaan haastattelu sujuu kuin itsestään ja toisinaan se vaatii enemmän panostusta ja haastateltavien motivoimista. Haastattelusta tulisi pyrkiä tekemään keskustelunomainen tilanne. Muistiinpanojen taakse ei voi piiloutua. (Eskola & Vastamäki 2010, 36–38.) Haastatteluissa vallitsi kollegiaalinen ja rento ilmapiiri. Haastattelukysymysrunko vei haastattelua mukavasti eteenpäin ja helpotti teemoissa pysymistä.

Haastattelutiloina toimivat osasto 2B:n raporttihuone ja osastonhoitajan huone. Huoneen ilmapiiristä luotiin mahdollisimman luonteva asettamalla tuolit vierekkäin pöydän ääreen. Näin haastattelijan ja haastateltavan on helpompi ymmärtää ja tulla ymmärretyksi. (Eskola & Vastamäki 2010, 31.) Haastattelut nauhoitettiin osallistujien suostumuksella (LIITE 2).

Ennen varsinaista haastattelua jaoin osallistujille haastattelurungon (LIITE3). Kysymysten runko pysyi samana sekä opiskelijoiden, että ohjaajien haastatteluissa. Opiskelijoiden kysymykset muokkautuivat opiskelijoiden näkökulmaa ajatellen. Ohjaajien haastatteluissa säilytettiin samat teemat mutta kysymykset pyrittiin muodostamaan ohjaajien näkökulmasta.

Toteutimme haastattelut viimeisellä harjoitteluviikollamme. Haastattelut nauhoitettiin osaston tiloissa työvuorojen yhteydessä. Sairaanhoitajaopiskelijoiden haastattelun suoritimme 10.11.2014. Koimme sen helpoksi toteuttaa työajan puitteissa. Hoitajien haastattelun suoritimme 11.11.2014. Koimme sen haas-

teelliseksi suorittaa, koska hoitajilla oli aikapainetta työn suunnalta. Molempiin haastatteluihin olimme varanneet 45 minuuttia aikaa. Opiskelijoiden haastattelu kesti 35 minuuttia. Hoitajien haastattelu kesti 34 minuuttia.

7.3.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysointitapaa on hyvä miettiä jo aineiston keräämisvaiheessa (Hirsjärvi & Hurme 2008). Olimmekin päättäneet opinnäytetyömme analysointitavan ennalta, kuten myös perustelut haastattelututkimuksen tekemiseen.

Litteroimme nauhoitetun haastatteluaineiston kirjalliseen muotoon. Yhden nauhoituksen purkamiseen kului noin viisi tuntia. Litteroituna tekstiä sairaanhoitajaopiskelijoiden haastatteluista tuli kahdeksan sivua. Hoitajien haastatteluista saimme tekstiä seitsemän sivua.

Luimme aineistot läpi useaan kertaan. Palautimme mieleen tutkimuskysymykset, joihin haimme vastauksia. Alleviivasimme aineistosta samaa tarkoittavia vastauksia. Käsittelimme aineistot ensin erillään. Tämän jälkeen etsimme aineistoista vastaavuuksia, joita löytyikin hyvin. Jaoimme aineiston tutkimuskysymysten ja teemojen mukaisesti. Apuna käytimme miellekarttoja, joihin merkitsimme yksittäisten sanojen lisäksi niiden esiintyvyyksiä. Käsittelimme tulokset tutkimuskysymyksistä lähtöisin. Tulosten kuvailussa esittelemme myös suoria lainauksia haastatteluista.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Potilaslähtöisyys opiskelijaohjauksessa

Potilaslähtöisyys oli haastateltaville käsitteenä entuudestaan tuttu. Haastateltavat ymmärsivät käsitteen lisäksi potilaslähtöisyyden merkityksen hoitotyössä. Sairaanhoidon opiskelijat kokevat potilaslähtöisyyden tarkoittavan potilaan ottamista mukaan oman hoitonsa suunnitteluun. Tämän lisäksi hoitajan toiminnan tulee olla potilaan hyvän ja edun kannalta katsottuna parasta. Hoida muita niin kuin toivoisit itseäsi hoidettavan.

Potilaslähtöisyys merkitsee alalla pitkään työskennelleille hoitajille potilaan yksilöllistä huomioimista potilaan tarpeista lähtien. Potilaan lisäksi läheisten ja omaisten huomiointi sisältyy potilaslähtöisyyden toteuttamiseen. Sen lisäksi, että hoitajat halusivat toteuttaa potilaslähtöistä toimintaa työssään, heillä on siihen myös laillinen velvoite. Haastattelun tuloksista nousi yksiselitteisesti ilmi, että potilaslähtöisyys on osaston työskentelyn perusta. Osastolla vallitsee hyvä ryhmähenki, joka puoltaa potilaslähtöistä toimintaa.

Potilaslähtöisyys toimii sitä paremmin mitä paremmin ryhmä toimii.

Opiskelijalta vaaditaan itseohjautuvuutta ja taitoja toimia moniammatillisessa tiimissä. Osaston henkilökunta kokee opiskelijanohjauksen olevan vankalla ja hyvällä pohjalla heidän osastollaan. Potilaslähtöisen toiminnan toivotaan siirtyvän opiskelijoille heidän työskentelymallinsa mukaisesti. Haastateltavat kertovat panostavansa opiskelijanohjaukseen. Ohjaajat kokevat, etteivät harjoittelun ohjauksen peruspiirteet ole muuttuneet vuosien myötä. Opiskelijanohjaus on kehittynyt sen myötä, kun kliiniset opettajat ja opiskelijanohjauksen käsikirja ovat tulleet Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiriin.

Haluaisi, että potilaslähtöisyys olisi itsestään selvää. Kyllä se näkyy meidän työssä.

Otetaan oma potilas, jota hoidetaan ja otetaan vastaan, opiskelija tekee hoito-suunnitelma ja kaikki tämmöiset, missä on yksilöllistä ja potilaskeskeistä opiskelijanohjaukseen.

Täällä se toimii. Kaikki tekee parhaansa.

Meillä on pääosin positiivinen henki. Pääasiallinen tehtävä olla potilaita varten.

Tänäänki potilas sano mulle, et se on niin kiva ku täällä on näin kivat hoitajat. Siitä tulee niin hyvä fiiliis ja kyl mä uskon et se on paljon sitä et kohtaa ja juttelee ja kuuntelee sitä potilasta et menee hänen toiveiden/mahdollisuuksien mukaan.

Nykyään hoitajalta odotetaan itsenäisempää työskentelyä ja vastuutetaan enemmän potilashoittoon.

8.2 Ohjaaja potilaslähtöisen oppimisen mahdollistajana

Ohjausmallilla on vaikutusta potilaslähtöisen hoitotyön toteuttamiseen. Ohjaaja mahdollistaa potilaslähtöisyyden oppimisen sairaanhoitajaopiskelijalle omalla työskentelytyylillään. Voi olla, ettei opiskelija opi työskentelemään potilaslähtöisesti, jos ohjaajalla ei ole potilaslähtöinen työskentelytapa. Opiskelija osallistuu ammattilaisten yhteisön toimintaan ja saavuttaa siinä vähitellen ammatin tiedot ja taidot.

Jos tällä yksiköllä ei olisi ollut vahvat perinteet ja osaaminen opiskelijan ohjaukseen ni tänne ei olis moduulimallia lähdetty kokeilemaan.

Opiskelijat kokevat, ettei harjoitteluympäristöllä (moduuli) ole vaikutusta potilaslähtöisen työskentelytavan ohjaamiseen tai oppimiseen. Moduuliharjoittelussa koettiin olevan monen ihmisen tuki, kun taas yksilöohjaus mallissa on tiiviimpi tuki ohjaajalta. Osaston henkilökuntaa keuhuttiin hyväksi opiskelijanohjaajiksi, jotka omalla ohjaustyylillään mahdollistavat potilaille kokonaisvaltaisen hoidon, jonka opiskelijat sisäistävät omaan työskentelytyyliinsä.

Koko hoitoyhteisöllä on vaikutusta osaston potilaslähtöiseen toimintaan. Osaston kollegiaalisuus ja tiimi vaikuttavat niin opiskelijan ohjaukseen kuin potilaslähtöisyyden toteutumiseen. Osaston moniammatillinen työryhmä teki töitä kollegiaalisesti, mutta monessa työpaikassa toimitaan toisin.

Täällä potilasta ajatellaan ja kuunnellaan.

Oikeasti kuunnellaan ja tehdään yhdessä päätökset.

Niin, että potilas saa oikeasti sanan, koska mä oon nähny sellasii tilanteita, että lääkäri kertoo mitä on suunnitelmassa ja potilas jää suu auki just sillai et olis halunnu kysyy mut lääkäri menee jo seuraavan potilaan luo. Ja hoitajana oot siinä sit sillai niin että tässä olis ollu vielä tallasii juttui.

Opiskelijat kokevat kiireettömän ilmapiirin opiskelijaohjauksessa ja oman potilaan saamisen osastolla edesauttavan potilaslähtöisyyden oppimista. Tällöin on helpompi hahmottaa potilaan kokonaistilannetta. Osaston ohjaajien haluttaisiin osaavan vastuuttaa opiskelijaa hoitamaan potilasta oman vuoronsa ajan kokonaisvaltaisesti. Sen opiskelijat kokevat edesauttavan toimimaan potilaslähtöisesti. Opiskelijat oppivat tällöin ottamaan potilaan mukaan omaan hoitoonsa ja ajattelun ja tekemisen kautta opiskelijat oppivat parhaiten. Oppimiseen vaikuttaa myös opiskelijan oma motivaatio, opintojen taso ja itseohjautuvuus.

Opiskelijan näkökulmasta ohjaajalta vaaditaan taitoa huomata opiskelijan omaamat hoitotyön taidot ja niiden pohjalta vastuuttaa opiskelijaa. Opiskelijat toivovat ohjaajilta motivaatiota ja pysyvyyttä ohjauksessa.

Ohjaajan omalla työskentelytyylillä on vaikutusta opiskelijan oppimaan työskentelytyyliin. Ohjaussuhteessa on aina kysymys myös ammattiperinteen siirtämisestä nuoremmalle kollegalle. Sairaanhoidajat kokivat, että uran alkuaikoina potilaslähtöistä toimintaa omassa työskentelyssä ei tiedosteta. Pidempään työskenneltyä siihen osaa kiinnittää eritavoin huomiota, vaikka työskentely on aina ollut potilaslähtöistä.

Jos ajattelee alkuaikoja niin ei se niinkään silloin alkuaikoina ollut. Omahoitajamallin mukana ruvettiin kiinnittämään huomiota. Yksilöllisyys aina ollut mukana.

Potilas on kuitenkin aina ollut lähtökohta.

Samanlainen kokemus oli sairaanhoidon opiskelijoilla. Haastatteluissa opiskelijat totesivat vasta silloin ajatelleensa potilaslähtöisyys-käsitettä sovellettuna käytäntöön. Tämän he kokivat johtuvan osastonhoitajien työskentelytavasta: potilaan kokonaisvaltaisesta hoitamisesta.

8.3 Mahdollisuudet ja haasteet potilaslähtöisessä ohjauksessa ja oppimisessa

Opiskelijoiden haastattelussa haastateltavat kokivat henkilökunnan mahdollistavan potilaslähtöistä toimintaa toimintaympäristöä enemmän. Osa haastateltavista koki pilottihankkeella ”Opiskelijamoduuli” olevan merkitystä opiskelijanohjaukseen positiivisesti. Suurin osa haastateltavista ajatteli, ettei itse harjoittelumallilla ole merkitystä, vaan ohjaajien ohjaustaidoilla. Osaston ohjaajat suhtautuvat opiskelijoihin rikkautena.

Osaston työntekijöiden näkökulmasta katsottuna potilaslähtöisyyttä edistäviksi asioiksi koettiin muun muassa osaston rakenteelliset seikat, kuten osaston pieni koko, pienet potilashuoneet ja osaston uudet tilat. Edistäviksi asioiksi mainittiin myös osaston henkilöstöressit, jotka ovat hyvät sekä henkilökunta, joka on erikoistunut ja osaston hyvä työilmapiiri.

Seuraava kollega jatkaa siitä mihin edeltävä jäi.

Asiakastytyväisyys näkyy potilaiden palautteista. Asiakastytyväisyys ilmaisee potilaan itse kokemana hoitonsa positiiviset/ negatiiviset asiat. Potilastytyväisyyttä voidaan tarkastella myös mittareiden avulla. Tilastotietoon perustuvat tapaturmien ja potilasvahinkojen määrä osastolla on pieni. Osastolla hoidettavien potilaiden lukumäärään suhteutettuna poikkeamia tulee vähän. Asiaa voi tarkastella potilashoidon poikkeamat tilastoimassa HAIPRO:ssa.

Hoitajien haastattelussa suurimmaksi potilaslähtöisyyttä estäväksi tekijöiksi mainittiin työntekijästä lähtevät syyt. Tällaisiksi syiksi mainittiin oma käytös, asenne ja motivaation puute. Työn haastavuuden ja oman luovuuden käytön puute saattaa tuoda henkilökunnalle turhautuneisuuden tunteen, joka purkautuu välinpitämättömyytenä potilaita kohtaan. Välillä myös potilaan toiveiden toteuttamisen vaikeus ja näkemuserot saattavat vaikuttaa sairauskeskeiseltä työskentelyltä, vaikka toiminta olisi potilaslähtöistä. Esimerkkeinä mainittiin muistisairaat ja narkomaanit.

Keskusteltaessa ja perustellen potilaan kanssa asioista. Potilaalle jää kuitenkin parempi olo kuin, että vain näin tehdään.

Esimerkiksi uskonnolliset ja perhe voi olla haastava, jos vaikka vastustaa hoitoa.

Opiskelijat kokivat osaston tilanteen vaikuttavan potilaslähtöiseen kohtaamiseen ja hoidon toteutumiseen. Esimerkiksi vuoronvaihto- ja ruuhkatilanteiden aikana potilaslähtöisyyden koettiin kärsivän. Hoitajat ajattelivat resurssipulan ja kiireen syövän potilaslähtöisyyttä. Diagnoosikeskeinen toiminta nähtiin epäeettisenä toimintana.

Mä oon vaan miettiny sitä et oikeesti mä niin toivon et ku menee oikeisiin töihin ni ei olis niin kiire, et pystyy antaa aikaa niille potilaille.

Opiskelijat näkivät mahdollisuuden viedä harjoittelumallia eteenpäin tietoiskujen muodossa. Läheskään kaikissa työharjoittelupaikoissa opiskelijanohjaus ei ole yhtä hyvällä tasolla, kuin HUS:ssä, jossa panostetaan opiskelijaohjauskoulukseen.

9 POHDINTA

HUS:n arvot ovat potilaslähtöisyys, ihmisten yhdenvertaisuus, luovuus ja innovatiivisuus, korkea laatu ja tehokkuus sekä avoimuus, luottamus ja keskinäinen arvostus (HUS arviointikertomus 2013). Ennen haastatteluita meillä ei ollut ennakkoajatusta haastateltavien tietoperustasta opinnäytetyömme aiheeseen. Oman kokemuksemme mukaan arvot toteutuivat opiskelijan näkökulmasta kyseisellä osastolla hyvin. Osastonhoitajalta saamamme tiedon mukaan osasto on saanut potilailta hyvää palautetta toiminnastaan. Myös osaston vähäiset HAIP-RO – ilmoitukset puoltavat käsitystä osaston käytänteiden toimivuudesta.

9.1 Opinnäytetyön tulosten pohdinta

Opinnäytetyömme tuloksien perusteella voimme todeta, että infektio-osasto 2B:n moniammatillisen henkilökunnan työskentely on potilaslähtöistä. Lisäksi opiskelijoiden positiiviset kokemukset osaston harjoittelujaksolta kertovat osaston potilas- ja opiskelijälähtöisestä toiminnasta. Osaston henkilökunta on hyvin sitoutunut, joustava ja motivoitunut työhönsä. Nämä asiat luovat hyvää työilmapiiriä, joka vaikuttaa koko osaston moniammatilliseen henkilökuntaan.

Päätelimme haastattelun tuloksista, että on opiskelijoiden etu, kun he voivat keskittyä vain muutamaankin potilaaseen työvuorossa ja mieluiten koko potilaan hoitopolun ajan. Saimme haastatteluista useita konkreettisia esimerkkejä, joka helpotti aineiston analysointi vaihetta. Potilaslähtöisesti työskentelevä hoitaja velvoittaa potilasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja paranemisestaan.

Tulosten analysointivaiheessa huomasimme, että haastattelussa olimme lähteneet tarkentamaan työmme kannalta merkityksellisiä asioita. Jälkeenpäin ajateltuna meidän olisi pitänyt pysyä tarkemmin haastattelu-teemoissa ja lähteä syventämään niitä. Toisaalta nämä asiat toivat hyviä konkreettisia esimerkkejä opinnäytetyön tuloksiin ja syvensivät meidän tietoperustaamme aiheesta.

Tanskassa Odensen yliopistosairaalassa toteutettu hanke kuulostaa hyvin käytännönläheiseltä ja olisi mahdollisuuksien mukaan hyvä kehittämishanke toteuttavaksi Suomessakin. Samat aiheet tuovat hankaluuksia täälläkin, kuten kaavakkeiden ja toimintaohjeiden vaikeaselkoisuus sekä haasteet potilaan ammatillisessa kohtaamisessa. Muita opinnäytetyömme pohjalta mielenkiintoisia tutkimuskohteita ovat sairaanhoitajaopiskelijoiden kliinisen harjoittelun kehittämiseen liittyvät aiheet ja siihen läheisesti liittyvä opiskelijaohjauksen muotoutuminen hoitotyöhön paremmin soveltuvaksi. Olisi myös ollut mielenkiintoista tutkia potilaiden mielipiteitä osaston potilaslähtöisyydestä ja opiskelijoiden potilaslähtöisestä toiminnasta heidän näkökulmastaan.

9.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Yhdenmukaista ohjetta laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa (Tuomi & Sarajärvi 2003, 135.). Laadullisen tutkimuksen ongelmana voi olla tutkijan omat asenteet ja ennakkoluulot tutkittavaa ilmiötä kohtaan, sekä tutkijan omat tulkinnat ja havainnot kuulemastaan (Tuomi & Sarajärvi 2003, 133.). Olemme pohtineet vaikuttiko oma osallisuutemme moduuliharjoittelussa opinnäytetyömme tuloksiin. Tiedostimme asian opinnäytetyötä tehdessämme. Teimme haastattelut viimeisellä harjoitteluviikolla eli olimme olleet jo kuusi viikkoa osastolla harjoittelussa. Meille oli muodostunut ennakkokäsitys osaston potilaslähtöisestä työskentelystä ja vahvasta opiskelijanohjaukselta. Ongelmaksi voi muodostua, että oman työn ulkopuolelle asettuminen voi olla haasteellista. Emme kuitenkaan koe tämän asian vaikuttaneen opinnäytetyömme tuloksiin. Uskomme, että haastattelut olivat helpommat tehdä, kun haastateltavat olivat entuudestaan tuttuja. Luulemme, että se vapautti haastattelun ilmapiirin rennoksi.

Koko opinnäytetyön tekemisprosessi on ollut oppimista. Tutkimuksen luotettavuutta heikentävänä tekijänä näemme sen, että meillä ei ole aikaisempaa kokemusta tämänkaltaisen tutkimuksen tekemisestä. Tuomi ja Sarajärvi (2003) toteavat, että tutkimuksen luotettavuutta parantavaa tutkijakollegoiden arviointi. Olemmekin keränneet vertaisarviointia opiskelijatovereiltamme, jotka osallistui-

vat moduuliharjoitteluun ja tekevät samalle osastolle opinnäytetyötään. Arvioimme ajankäyttömme ja aikataulumme opinnäytetyön tekemiseen riittäväksi.

Sairaanhoitajien haastattelusta saamiimme tuloksiin saattoi vaikuttaa osallistujat ja heidän mielenkiintonsa aiheuttamme kohtaan. Haastattelu toteutettiin työajalla, mikä rajoitti osallistujien määrää. Olimme sopineet ennakkoon meitä moduulis- sa eniten ohjanneiden kahden sairaanhoitajan sekä osastonhoitajan osallistu- misesta haastatteluun. Neljäs sairaanhoitaja valikoitui työvuoron ja hänen oman halukkuutensa mukaan. Voidaan todeta haastatteluun valikoituneen aiheesta kiinnostuneita ja siihen perehtyneitä sairaanhoitajia. Tämä osaltaan saattaa vai- kuttaa tulosten yhdenmukaisuuteen. Toisaalta haastattelu eteni luontevasti ja kaikilla osallistujilla oli mielipiteitä aiheistamme. Osallistujilla on takanaan pitkä työhistoria osastolla, olisiko saadut tulokset ollut erilaisia, jos haastatteluun olisi osallistunut vasta uransa alussa oleva ja lyhyen aikaa kyseisellä osastolla työ- kennellyt sairaanhoitaja.

Haastatteluun osallistuneiden opiskelijoiden, sairaanhoitajien ja meidän omasta näkökulmasta työskentely infektio-osastolla on pääosin potilaslähtöistä, kuten myös opiskelijaa ohjataan toimimaan. Olisi mielenkiintoista saada tietoa potilail- ta, kuinka he kokevat hoitajien työskentelyn. Onko se heistä enemmän yksilöä ja hänen tarpeitaan huomioivaa. Kokevatko potilaat osaston työskentelytavan potilaslähtöiseksi. Potilaiden haastattelemisen oli alkuun eräs tiedonkeruu muo- to opinnäytetyömme aiheen saatuamme, tämä ei kuitenkaan osaston puolelta onnistunut. Jatkotutkimusideana olisi kuitenkin mielenkiintoista saada tietoa heidänkin näkökulmastaan.

Sairaanhoitajan toimintaa ohjaavat hoitotyön eettiset ohjeet, sosiaali- ja tervey- denhuollon lainsäädäntö ja ihmisoikeudet. (OPM 2006, 64) Tutkimuksen lähtö- kohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen (Kuula 2006, 108.). Opinnäyte- työmme tutkimusaihe tuli HUS:n osasto 2B:n ja Diakonia-ammattikorkeakoulun aloitteesta. Informoimme haastattelututkimukseen osallistuvia hyvissä ajoin, joten heillä oli aikaa tutustua aiheeseen. Tutkimusta on vaikea lähteä yleistä- mään muille sisätautiosastoille osaston yksilöllisen rakenteen vuoksi. Sen sijaan opinnäytetyötä voisi hyödyntää kehittämishankkeena sekä opiskelijanohjauk-

sessä, että potilaslähtöisyyttä edistävänä työskentelytyylinä. Vaikka osallistujamäärämme on pieni, vastaa se tutkimuksemme tarkoitusta.

Opinnäytetyölle myönnettiin tutkimuslupa 7.11.2014. Osallistujille kerrottiin, että haastattelut nauhoitetaan. Samalla osallistujille kerrottiin mahdollisuudesta kieltäytyä haastatteluun osallistumisesta missä vaiheessa tahansa. Informoimme osallistujia haastattelumateriaalin käytöstä vain opinnäytetyömme tarkoituksiin. Kun opinnäytetyö on valmis, haastattelumateriaali hävitetään silppuamalla.

Tutkimuksessamme ilmenee tarkat lähdemerkinnät, jotta tutkija voi halutessaan palata alkuperäiseen lähdemateriaaliin. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää tutkijalta eettisesti kestävää tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Luotettavuuden ja uskottavuuden takaa hyvien tieteellisten menettelytapojen noudattaminen myös opinnäytetyössä, jolloin harjoitellaan tutkimuksen tekemistä ensimmäistä kertaa. (Kuula 2006, 34.)

9.3 Ammatillinen kasvu sairaanhoitajuuteen

Ammatillisesti koemme opinnäytetyömme aiheen tärkeäksi. Potilaslähtöinen työskentely tulee kuulumaan oleellisesti tulevaan ammattiimme, opinnäytetyöprosessi vahvasti ajatteluamme entisestään. Sairaanhoitajan työtä voidaan kuvata ammatillisten osaamiskuvausten eli kompetenssien kautta. Niistä ensimmäinen on asiakaslähtöisyys, joka meidän työssämme on tärkeässä roolissa. Muutoinkin käsittelemme työssämme useita kompetensseissa vaadittuja asioita. Uskomme tämän näkyvän ammatillisen ajattelun kehittymisenä.

Opinnäytetyöprosessi oli pitkä ja monella tavoin opettava. Teimme työn parina, mikä toimi kohdallamme hyvin. Pystyimme hyödyntämään kummankin vahvuuksia työn aikana ja aikataulusta oli helpompi pitää kiinni, koska kyseessä oli molempien työ. Opinnäytetyön teko kesti reilun vuoden. Aiheemme vaihtui ja sitä muokattiin vielä viime syksynä, mutta kaikki vaiheet veivät työtä eteenpäin. Opinnäytetyö prosessi oli kummallekin ensimmäinen näin laaja kirjallinen työ, joten opittavaa oli paljon ja monessa asiassa työn aikana kehityimme.

Hyödynsimme opinnäytetyön tekemisen aikana saamaamme palautetta. Palautetta saimme seminaareissa, ohjaavien opettajien kanssa käydyissä yksilöohjauksissa sekä opiskelutovereilta. Saamamme palaute ja ohjaus mahdollistivat työn eteenpäin saattamisen. Tärkeässä roolissa oli myös keskinäiset keskustelut prosessin aikana sekä toisen antamat ideat ja näkökulmat käsiteltävään sisältöön. Työelämässä ja kliinisissä harjoitteluissa palautteen saaminen työskentelystä on tärkeää uuden oppimisen mahdollistajana ja omien vahvuuksien sekä kehittämisalueiden tunnistamisessa. Itse-reflektio on hyvä työkalu oman oppimisen arvioinnissa ja itsensä kehittämisessä. Saimme ohjausta esimerkiksi tiedonkeruumenetelmänä käyttämämme haastattelun aineiston purkuun ja luettavaan muotoon saattamiseen. Hyödynsimme myös kirjaston henkilökuntaa tiedon haussa.

Työmme selkeät pääkäsitteet ovat opiskelijaohjaus ja potilaslähtöisyys. Lähikäsitteet tuottivat jonkin verran haastetta. Tärkeää on, että ne liittyvät läheisesti aiheeseen ja palvelevat kokonaisuutta mahdollisimman hyvin. Työ on pituudeltaan ja käsitteiden määrän huomioiden mielestämme riittävän laaja opinnäytetyöksi. Valitsemamme teemat on hyvin perusteltuja ja nivoutuvat pääkäsitteisiin hyvin. Työn runko rakentui prosessin edetessä, tässä olisimme voineet toimia toisin eli suunnitelmallisemmin. Toisaalta emme usko sen vaikuttavat suuresti lopputulokseen tai sisältöön ylipäätään. Mahdollisuutena tavassamme toimia olisi voinut olla, että työ kasvaa suunnattoman laajaksi, jolloin johdonmukaisuus sekä kokonaisuus saattaisivat kärsiä. Näin ei kuitenkaan käynyt.

Useita opinnäytetyön tekemisen aikana käyttämiämme ja oppiamme menetelmiä pystymme hyödyntämään sairaanhoitajan työssä. Teimme työtä varten kaksi haastattelua, joiden aikana opimme muun muassa haastattelukysymysten laadintaa, itse haastattelun tekoa ja saamamme aineiston läpikäyntiä. Myös sairaanhoitajan työssä tehdään esimerkiksi tulohaastatteluita potilaille. Oleellisen tiedon löytäminen ja sen käyttäminen on niin opinnäytetyössä kuin potilastyössä tärkeää. Haastatteluja varten saimme asiantuntija-apua kysymysten laadinnassa, jotta saisimme vastauksia juuri tutkimuskysymyksiimme. Haastattelutilanteet olivat luontevia ja kaikki haastateltavat osallistuivat keskusteluun

aktiivisesti, koska he kokivat aiheemme tärkeäksi hoitotyössä. Haastattelukysymyksiin olemme tyytyväisiä, mutta näin jälkikäteen ja nyt jo tuloksia kirjoitettua olisimme voineet panostaa enemmän tarkentavien kysymysten tekoon. Ensi kertaa varten osaamme valmistautua tilanteeseen paremmin.

Tiedonhaku on oleellinen osa opinnäytetyön tekoa. Siinä tulee hyödyntää laajaa lähdekirjallisuutta ja suhtautua löydettyyn aineistoon lähdekriittisesti. Käytettyjen lähteiden tulee olla korkeatasoisia ja luotettavia. Edistymme opinnäytetyön tekemisen aikana huomattavasti tiedonhaussa. Sairaanhoidajan työssä aktiivinen tiedon haku ja oman tietämyksen päivittäminen on tärkeää. Omaksuimme huomattavasti lisää tietoa käsiteltävästä aiheesta prosessin aikana. Uskomme suhtautuvamme aiempaa kriittisemmin saatavilla olevaan tietoon ja sen uskottavuuteen opinnäytetyöprosessin ansiosta.

LÄHTEET

- Aalto, Pirjo; Koskimaa, Tapio; Kurtti, Juha & Sillanpää, Kirsi 2015. Kollegiaalisuuden vahvistaminen hoitotyössä. Teoksessa Eve, Becker; Nina, Hahtela & Iiri, Ranta (toim.) Kollegiaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Fioca, 43–49.
- Ahonen, Outi; Blek-Vehkaluoto, Mari; Ekola, Sirkka; Partamies, Susanna; Sulo-saari, Virpi & Uski-Tallqvist, Tuija 2012. Kliininen hoitotyö. 1.–2. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Hoitotyön koulutusohjelman harjoittelupolku. Viitattu 30.11.14
- Eloranta, Sini; Katajisto, Jouko & Leino-Kilpi, Helena 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Hoitotiede 26 (1) 63–73.
- Eskola, Jari; Vastamäki, Jaana 2010. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Toim. Juhani Aaltola, Rainne Valli. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Haapa, Toni 2013. Kollegiaalinen opiskelijanohjaus. HUS opiskelijanohjaajakoulutus.
- Haapa, Toni; Arala, Katariina; Korhonen, Anne & Kangasniemi, Mari 2014. Kollegiaalisuus: puheista toimintaan. Viitattu 20.3.2015. HUS. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2014/10/Haapa-ym-2014-Sairaanhoitajapäivät-2014-Kollegiaalisuus-puheista-toimintaan.pdf>
- Haapa, Toni; Eckardt, Margit; Koota, Elina; Kukkonen, Pia; Pohjamies-Molander, Netta; Ruuskanen, Susanna 2014. HUS Opiskelijanohjauksen käsikirja. Helsinki.
- Haapala, Tarja & Hyvönen, Kaija 2002. Omahoitajan toiminnan itsearviointikriteerien laatiminen ja niiden arviointi. Teoksessa Terttu, Munnukka & Pirjo, Aalto (toim.) Minun hoitajani – näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Tammi, 38–55.

- Hakala, Juha 2010. Tutkimusmenetelmän valinnasta. Teoksessa: Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Toim. Juhani Aaltola, Raine Valli. Jyväskylä: Ps-kustannus.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013. Tarkastuslautakunnan arviointikertomus vuodelta 2013. Viitattu 22.1.2015.
http://niinidigi.kopioniini.fi/HUS/HUS_arviointikertomus2013_FI/index.html#/4/
- Hinkkanen, Leena; Lukkari, Liisa; Eriksson, Elina 2010. Hoitotyön harjoittelun ohjauksen laatusuosituksen. Terveystyöntekijä 1/2010, 20–24.
- Hirsjärvi, Sirkka; Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Janhonen, S & Vanhanen-Nuutinen, L 2005. Kohti asiantuntijuutta. 1. Painos. Porvoo: WSOY.
- Junttila, Kristiina 2015. HUS:n hoitotyön ammatillinen toimintamalli. HUS.
- Jääskeläinen, Liisa 2009. Sairaanhoitaja opiskelijan käytännön harjoittelun ohjaajana. Tampereen yliopisto. Pro gradu. Viitattu 30.11.14
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80663/gradu03611.pdf?sequence=1>
- Kalasniemi, Maarit; Kuivalainen, Leena & Ryhänen, Arja 2004. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen erikoissairaanhoidossa potilaiden ja henkilökunnan arvioimana. Tutkiva hoitotyö vol. 2, 22–27.
- Kangasniemi, Mari; Haapa, Toni; Tilander, Eva, Arala, Katariina & Suutarla, Anna 2015. Ammattien välinen kollegiaalisuus. Teoksessa Eve, Becker; Nina, Hahtela & Iiri, Ranta (toim.) Kollegiaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Fioca, 25–42.
- Kattainen, Eija & Koota, Elina 2014. Opiskelijamoduuli esittely DIAKssa-3.pptx
- Kettunen, Tarja & Kivinen, Tuula 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. Tutkiva Hoitotyö 10 (4) 40–42.
- Kiikkala, Irma 2000. Asiakslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Susanna, Nouko-Juvonen; Pekka, Ruotsalainen & Irma, Kiikkala (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi, 112–121.
- Koikkalainen, Päivi & Rauhala, Liisa 2013. Potilaslähtöisyys – uhka vai mahdollisuus? Tutkiva hoitotyö vol.11, 44–46.

- Koivunen, Junkkarinen & Knuutila 2014. Osaamisen johtaminen osastonhoitajan työssä, esimerkkinä ryhmäkehityskeskustelu. Diat 24.9.2014.
- Koskela, Seija 2013. Tarkastelussa moniammatillinen yhteistyö ja sen edellytykset. Elinikäisen ohjauksen verkkolehti.
<http://verkkolehdet.jamk.fi/elo/2013/03/28/tarkastelussa-moniammatillinen-yhteistyö-ja-sen-edellytykset/>
- Kosklin, Ritva 2013. Potilaslähtöisen tiedon käyttö terveydenhuollon johtamisessa. Teoksessa Weronica Gröndahl & Helena Leino-Kilpi (toim.) Potilaslähtöinen hoidon laatu – näkökulmia arviointiin. Turku: Turun yliopisto.
- Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Gummerus kirjapaino oy: Jyväskylä.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Viitattu 23.3.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Luoja, Katja 2011. Ammattitaitoa edistävän harjoittelun ohjauksen toimintamalli. Ohjaajien näkökulma. Akateeminen väitöskirja: Tampereen yliopisto. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66696/978-951-44-8315-8.pdf?sequence=1>
- Manninen, Katri 2014. Experiencing authenticity – The core of student learning in clinical practice. Stockholm, Sweden: Karolinska Institutet.
- Manninen, Katri; Welin Henriksson, Elisabet; Welin, Scheja, Max & Silen, Charlotte 2012. Authenticity in learning – nursing students` experiences at a clinical education ward. Health education vol.113 No.2 2013. 132–143.
- Mattila, Emilia 2015. Opiskelijoiden kokemus kollegiaalisuudesta. Teoksessa Eve, Becker; Nina, Hahtela & Iiri, Ranta (toim.) Kollegiaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Fioca, 51–61.
- Mogensen, Ester; Elinder, Göran; Widström, Ann-Marie; Winbladh, Birger 2002. Centres for Clinical Education(CCE): Developing the Health Care Education of Tomorrow – A Preliminary Report. Education for Health, vol 15, No.1, 10–18.
- Mäkisalo-Ropponen, Merja 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi
- Närhi, Ulla 2014. Moniammatillisuus sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisessa. Sosiaali- ja terveysministeriö.

http://www.fimea.fi/download/25908_Moniammatillisuus_sosiaali_ja_terveydenhuollon_uudistamiessa.pdf

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Viitattu 23.3.2015.

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Peltomaa, Karolina 2013. Laadunhallinnan keinoja terveydenhuoltoon – potilasturvallisuuden varmistaminen tarkistuslistoilla. Teoksessa Weronica Gröndahl & Helena Leino-Kilpi (toim.) Potilaslähtöinen hoidon laatu – näkökulmia arviointiin. Turku: Turun yliopisto.

Pötsönen, Riikka & Välimaa, Raili 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylän yliopisto, terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9/1998. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino

Romppanen, Maija 2012. Hoitotyön opiskelijan merkitykselliset hoitamisen kokemukset ohjauksen ja johtamisen haasteena. Pro Terveys 4/2012, 6–8.

Ruotsalainen, Pekka 2000. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia.

Teoksessa Susanna, Nouko-Juvonen; Pekka, Ruotsalainen & Irma, Kiikkala (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi, 7–32.

Sairaanhoitajien kollegiaalisuusohjeet 2014. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu

20.3.2015. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2014/10/Sairaanhoitajien-kollegiaalisuusohjeet.pdf>

Sarajärvi, Anneli 2011. Asiantuntijuus näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Teoksessa Raija, Nurminen (toim.) Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa. Turun ammattikorkeakoulu: Turku. Viitattu 23.3.2015 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162038.pdf>

Tuomi, Jouni; Sarajärvi, Anneli 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Työelämävalmiudet eli kompetenssit. Kajaanin ammattikorkeakoulu i.a. Viitattu 29.3.15. (<http://www.kamk.fi/includes/loader.aspx?id=662d3942-1fcf-4205-9a9b-24904f2724fb>)

- Virtanen, Mika 2002. Yksilövastuisen hoitotyön filosofinen tarkastelu. Teoksessa Terttu, Munnukka & Pirjo, Aalto (toim.) Minun hoitajani – näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Tammi, 9–30.
- Voutilainen, Päivi & Laaksonen, Katriina (toim.) 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä.

LIITE 1: Tiedote haastattelusta

TIEDOTE OPINNÄYTETYÖN HAASTATTELUISTA

10.11.14

Olemme tekemässä opinnäytetyötämme opiskelijanohjauksesta potilaslähtöiseen työskentelyyn. Tarkoituksena on tutkia työharjoittelussa potilaslähtöisyyden toteutumista. Lisäksi tarkastelemme opiskelijanohjausta niin sanotussa perinteisessä harjoitteluympäristössä sekä uudessa osastollanne tapahtuvassa pilottihankkeessa: opiskelijamoduulissa.

Tutkimuksissa on todettu, että hoitoalan opiskelijoille on ollut vaikeaa yhdistää koulussa opittu teoretieto harjoitteluympäristöön. Olet ollut osana kehittämässä uutta opiskelijanohjaus mallia osastollanne. Malli keskittyy opiskelijalähtöisyyteen. Opiskelija pystyy tuomaan teoretietonsa käytäntöön, harrastamaan itse reflektointia ja keskittymään potilaslähtöiseen hoitotyöhön, johon sairaanhoitajaopiskelu tähtää.

Potilaslähtöisessä hoitotyössä potilas ei ole passiivinen toiminnan kohde, vaan hän osallistuu aktiivisesti yhdessä palveluntarjoajan kanssa niin toiminnan suunnitteluun kuin toteutukseen. Sairaanhoitajan työn pohjana toimii potilaslähtöinen hoitotyö, joten tuntui luonnolliselta lähteä tutkimaan sen toteutumista pilottihankkeessa. Potilaslähtöisyys- aiheena on myös työelämän toive tutkimuskohteeksi.

Tutkimus toteutetaan haastatteluina pvm. Haastatteluun ei tarvitse valmistautua etukäteen. Haastattelu kestää arviolta noin 45 minuuttia. Suostumuksellasi haastattelu nauhoitetaan.

Ystävällisin terveisin,

Riina Huvila, riina.huvila@student.diak.fi

Sini Lempinen, sini.lempinen@student.diak.fi

LIITE 2: Suostumus haastatteluun

SUOSTUMUS HAASTATTELUUN

10.11.14

Minua on pyydetty osallistumaan opinnäytetyön haastattelututkimukseen. Olen saanut suullista tietoa tutkimuksesta ja tiedän mahdollisuksistani esittää tutkijoille tarkentavia kysymyksiä opinnäytetyöhön liittyen.

Annan suostumukseni siihen, että Diakonia-ammattikorkeakoulun opiskelijat Riina Huvila ja Sini Lempinen saavat haastatella minua opinnäytetyönään tekemäänsä tutkimukseen liittyen. Annan luvan käyttää haastattelussa antamiani tietoja heidän opinnäytetyössään.

Suostun siihen, että haastattelu nauhoitetaan. Ymmärrän, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Opinnäytetyön valmistuttua haastattelunauhat hävitetään. Haastatteluaineistoa käytetään vain opinnäytetyön tekemiseen. Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja, että minulla on mahdollisuus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa ilmoittamatta syytä.

Päiväys

Allekirjoitus ja nimenselvennys

LIITE 3: Haastattelun teemat

HAASTATTELUKYSYMYKSET

- Mitä ajattelet potilaslähtöisyyden tarkoittavan?
- Toteutuuko potilaslähtöisyys työyhteisössänne? Omassa työskentelyssänne?
- Kuvaa omin sanoin, kuinka toteutat potilaslähtöisyyttä työssäsi? Kerro esimerkein
- Kerro, millaiset asiat edistävät potilaslähtöisyyttä?
- Kerro, mitä näyttää, jos ei ole potilaslähtöisyyttä
- Kuvaa, kuinka opetat potilaslähtöisyyttä opiskelijan ohjauksessa?
- Koetko ympäristöllä olevan vaikutusta potilaslähtöisyyden toteutumiseen työelämässä?
- Kerro omin sanoin kuinka toteutat opiskelijanohjausta