



# Kirjallisuuskatsaus työnjakomalleista sisätautiosastolle

Henna Marttinen, Riikka Ratilainen

2019 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Kirjallisuuskatsaus työnjakomalleista  
sisätautiosastolle**

Henna Marttinen, Riikka Ratilainen  
Sairaanhoitajakoulutus  
Opinnäytetyö  
Lokakuu, 2019

Henna Marttinen, Riikka Ratilainen

### Kirjallisuuskatsaus työnjakomalleista sisätautiosastolle

Vuosi 2019 Sivumäärä 34

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa kirjallisuuskatsauksen avulla työnjakomalleista ja kuinka työnjakomalleja voitaisiin käytännössä soveltaa hoitotyössä. Tarkoituksena oli löytää näyttöön perustuvaa tietoa työnjakomalleista koskevista tutkimuksista ja käytännön kokemuksista eri paikoissa käytössä olevista työnjakomalleista eräälle Etelä-Suomen sairaalan vuodeosastolle. Opinnäytetyön tavoitteena oli löytää tilaajalle tietoa erilaisista hoitotyön työnjakomalleista, joista he voisivat valita itselleen sopivimman työnjakomallin osastolle.

Tietoperustassa perehdyttiin työnjakomalleina potilaskohtaiseen, tehtäväkeskeiseen, työpari- ja tiimityöskentelymalliin, modulaariseen sekä yksilövastuiseen hoitotyönmalliin. Systemaattinen aineistonkeruu tapahtui EBSCO-, Cinahl- ja Medic -tietokannoista. Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset on koottu 8 eri tutkimuksesta, jotka ovat julkaistu 1993 - 2014. Aineisto analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tulosten analysoinnissa käytettiin abstrahointia eli tulosten käsitteellistämistä.

Keskeisimpinä tuloksina opinnäytetyössä olivat, millaisia työnajako malleja on tällä hetkellä käytössä ja millaisissa ympäristöissä. Menetelmäosuudessa tiedonhaussa löydettiin tutkimustietoa yksilövastuisesta hoitotyöstä, omahoitajuudesta, tiimityö sekä työparityöskentelystä. Tutkimustulosten perusteella näitä eri työnajakomalleja käytetään terveyskeskuksissa, eri vastaanotoilla, vuodeosastoilla sekä kotisairaanhoidossa.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voitiin todeta, että eri hoitotyön toimintamalleja pidetään hyvänä pohjana hoitohenkilöstön toiminnan ohjaajina sekä voimavaroina. Hoitohenkilökunnan työntekijät olisivat valmiita kehittämään toimintamalleja hoitotyön laadun parantamiseksi. Hoitotyöntekijät kokivat laadun paranevan myös roolien selkiyttämällä ja hoitotyöntekijöiden koulutukseen panostamisella.

Väitöstasoisia suomenkielisiä tutkimuksia aiheesta oli vähän. Tulevaisuudessa voisi olla hyvä kehittämisidea saada työnjakomalleista ajankohtaisempaa tietoa eri toimintaympäristöissä sekä kehittää hoitotyöstä vielä tehokkaampaa ihmisarvoa ja etiikkaa unohtamatta.

Asiasanat: hoitotyön työnjakomallit, hoitotyön toimintamallit, potilaslähtöisyys

Henna Marttinen, Riikka Ratilainen

**Literature review concerning distribution of work models for internal medicine department**

Year	2019	Pages	34
------	------	-------	----

---

The purpose of this study was to produce knowledge of the distribution of work models with the help of literature review, and how these models of distribution of work could be utilized in care work. The purpose was to find evidence based information from studies concerning the models of distribution of work and practical experiences of these models in use in different places for a hospital ward in Southern Finland. The aim of the study was to find information to the commissioner of the thesis about different care work distribution of work models, so that the best distribution of work model could be chosen for the ward.

The theoretical framework was focused on patient centred, assignment centred, work couple and team work model, modular and individual responsibility based care work model. Systematic data gathering utilized EBSCO, Cinahl and Medic databases. The results of this literature review which were gathered from 8 different studies, having been published between 1993 - 2014. The information was analysed using material-based content analysis. Abstraction, meaning the conceptualizing of the results, was used in the analysis.

The crucial results in the study were what kinds of models of distribution of work are today used and in what kinds of environment. In the method part study information was found of individual responsibility based care work, of personal care work, teamwork and working in couples. The results show that these different models of work distribution are used in health centres, various surgeries, wards, and home health care.

The study results show that different care work operational models are used as a good base for the staff operations, as well as an asset. Members of the staff would be ready to develop operational models to improve the quality of care work. Health care workers felt that quality was better when the roles were clearer and the education of care workers was paid attention to.

Doctoral dissertations in Finnish are scarce. In the future it would be a good idea for further development to obtain more precise information of the division of labour model in different environments, and to render care work more effective, keeping in mind human dignity and ethics.

Keywords: health care work division of work models, health care work operating models, patient oriented approach

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Teoria.....	6
2.1	Hoitotyön etiikka.....	6
2.2	Hoitotyön työnjako .....	7
2.2.1	Potilaskohtainen hoitotyönmalli.....	8
2.2.2	Tehtäväkeskeinen hoitotyönmalli .....	9
2.2.3	Tiimityö ja työparimalli.....	9
2.2.4	Modulaarinen hoitotyönmalli.....	10
2.2.5	Yksilövastuinen hoitotyönmalli .....	11
3	Tutkimusmenetelmät .....	13
3.1	Kirjallisuuskatsaus .....	14
3.2	Aineiston keruu.....	15
3.3	Aineiston analyysi .....	17
4	Tulokset .....	18
5	Johtopäätökset ja pohdinta .....	21
5.1	Tutkimusetiikka .....	22
5.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	23
5.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	24

## 1 Johdanto

Terveydenhuollon päätavoitteena pidetään väestön terveyden ylläpitämistä sekä sen edistämistä. Se, kuinka terveydenhuollossa työskennelleet eri ammattiryhmät ovat tähän tavoitteen saavuttamiseen pyrkineet eri aikakausina, on vaikuttanut esimerkiksi historian aikana tapahtuneet erilaiset yhteiskunnalliset kehitykset. 1900-luvun loppupuolella on alettu kyseenalaistamaan potilaan roolia ja vallalla ollutta epätasapainoa terveydenhuollon asiantuntijoiden hyväksi. Kyseinen muutosajattelu on lähtenyt liikkeelle yhteiskunnan demokratiakehityksen johdosta. Tällä tarkoitetaan muutosta, jolla potilas voi itse niin halutessaan olla mukana tekemässä päätöksiä koskien omaa hoitoaan. Väestön lisääntynyt koulutus ja terveystietoisuus liittyvät vaatimukseen tasa-arvoisemmasta ja vuorovaikutuksellisista suhteista. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 13.)

Opinnäytetyössä syvennyttään kirjallisuuskatsauksen avulla työnajakomalleihin. Työn tarkoituksena oli löytää näyttöön perustuvaa tietoa työnjakomalleja koskevista tutkimuksista ja käytännön kokemuksista sekä eri toimintaympäristöissä käytössä olevista työnjakomalleista. Opinnäytetyön tavoitteena oli löytää tilaajalle tietoa eri työnjakomalleista ja kuinka he voisivat soveltaa sekä hyödyntää niitä tulevaisuudessa heidän toimintaympäristössään.

## 2 Teoria

Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä erään Etelä-Suomen sairaalan vuodeosaston kanssa. Osastolla hoidetaan muun muassa kansansairauksia, kuten sydän- ja verisuonisairauksia ja niistä toipumassa olevia potilaita. Potilaita tulee paljon myös jatkohoitoon osastolle muista sairaaloista. Osana osastoa toimii myös yleissisätautisia, neurologisia ja keuhkosairauspotilaita. Opinnäytetyössä kuvataan kirjallisuuskatsauksena erilaisia hoitotyönmalleja, joista työn tilaaja mahdollisesti voisi hyötyä valitessaan sopivaa mallia omalle osastolleen. Osastolla toiminta perustuu tällä hetkellä hoitaja-lääkäri työparimalliin, mutta opinnäytetyön valmistuttua osasto olisi mahdollisesti halukas muuttamaan toimintatapaa opinnäytetyön tulosten perusteella. Opinnäytetyö esitetään sen valmistuttua opinnäytetyön tilaavalle osastolle osastotunnilla.

### 2.1 Hoitotyön etiikka

Hoitotyössä sekä hoitamisessa keskeisiä piirteitä on arvoperusta ja etiikka. Toimintana hoitaminen on inhimillistä, jota toteutetaan yhteistyössä hoitotyöntekijän, potilaan eli asiakkaan, hänen omaistensa sekä muiden ammattikuntien kanssa. Toiminnan tavoitteena on potilaan eli asiakkaan hyvän terveyden määrittäminen, tukeminen sekä arviointi, jota ei ole mahdollista toteuttaa ilman yhteyttä toiminnan arvoperustaan. (Repo, Hupli, Salminen, Suhonen & Leino-Kilpi 2014, 2.)

Hoitotyötä ohjaavat eettiset periaatteet, joita ovat ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekeminen ja pahan välttäminen, oikeudenmukaisuus ja perusteltavuus. Ihmisarvon kunnioittamisella tarkoitetaan hoidettavan autonomian ja koskemattomuuden kunnioittamista sekä hyvinvoinnin edistämistä. Tähän kuuluu lisäksi myös muiden ammattilaisten kunnioittaminen. Hyvän tekemisen ja pahan välttämisen periaate tarkoittaa, että hoitotyöntekijä pyrkii toiminnallaan edistämään hoidettavan hyvää oloa ja välttämään pahaa. Näin ollen hän puolustaa hoidettavan oikeuksia ja ajaa hoidettavan asioita hänen parhaakseen. Oikeudenmukaisuuden periaatteella tarkoitetaan hoidettavien kohtelua samanarvoisesti ja perusteltavuuden periaate taas tarkoittaa, että hoitotyön tulee olla aina hyvin perusteltua ja luotettavaa. Hoidettavan henkilön tulee olla oikeus tietää perustelut hoitotyölle ja työntekijällä on velvollisuus pitää ammattitaitonsa ajan tasaisena. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 30.)

Terveydenhuollossa etiikkaa ja arvoperustaa pyritään monin eri keinoin edistämään mahdollisimman korkeatasoiseksi yhteiskunnassamme. Eräs keino on lainsäädäntö, jolla voidaan tukea etiikkaa. Näitä lakeja ovat esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785-1993) ja laki lääketieteellisistä tutkimuksista (488/1999 ja 794/2010). (Repo ym 2014, 2.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittää potilas terveyden- ja sairaanhoitopalveluiden käyttäjänä tai niiden kohteena olevaksi henkilöksi. Terveyden- ja sairaanhoito taas määrittää potilaan terveydentilan selvittämiseksi, palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi toteutettavia toimenpiteitä, jotka tapahtuvat terveydenhuollon erilaisissa yksiköissä. Terveydenhuollon ammattihenkilö määrittää terveydenhuollon ammattihenkilöstä laaditun laissa (559/94) määritellyä henkilöä (28.6.1994/560). Laissa käsitellään myös väestön oikeuksia terveydenhuoltoon. Laki määrittää, että kaikilla, jotka asuvat Suomessa pysyvästi on oikeus terveyden- ja sairaanhoitoon. Terveyden- ja sairaanhoidon toteuttamisen tulee olla laadultaan hyvää, hoito tulee toteuttaa ihmisarvoa kunnioittaen sekä huomioiden, ettei loukata hoidettavan henkilön yksityisyyttä tai vakaumusta. Potilaan itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan, että hoito tulee toteuttaa yhteisymmärryksessä hoidettavan henkilön kanssa. Mikäli hoidettava henkilö kieltäytyy hoidosta, tulee häntä hoitaa yhteisymmärryksessä mahdollisuuksien mukaan muulla lääketieteellisesti asianmukaisella menetelmällä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Lisäksi muita keinoja, joilla terveydenhuoltoa voidaan tukea, on erilaiset strategiset kannanotot ja ohjelmat kuten Euroopan Unionin terveysohjelmat (Repo ym 2014, 2).

## 2.2 Hoitotyön työnjako

Työnjako henkilöstöryhmien välisestä toiminnasta on tullut englanninkielisistä sanoista “advanced roles”, “role changes” ja “skill mix”, jotka tarkoittavat työntekijöiden taitojen, tehtäväkuvien sekä osaamisen yhdistämistä. Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään myös ylä- ja alakäsitteitä, jotka avaavat hoitajan laajennettuja tehtäväkuvia, kuten “advanced practice nurse”, “nurse consultant” ja “nurse-led clinics”. Kansallisen terveyshankkeen

selvityksessä työnjaolla tarkoitetaan koko työyhteisön kehittämistä toiminnan kautta niin, että toiminta ja tehtävät organisoidaan tarkoituksenmukaisesti tavalla hoidon kokonaisuuden sekä eri ammattiryhmien välisten osaamisen näkökulmasta. (Hyssälä. 2005.)

Hoitotyössä on erilaisia organisointitapoja kuten potilaskohtainen, tehtäväkeskeinen, ryhmätyö, modulaarinen sekä yksilövastuinen malli. Nämä toimintamallit (engl. nursing delivery systems) ovat muotoutuneet ajan myötä jokaisen terveydenhuollon yksikön toiminnan ja tarpeiden mukaan. Näiden toimintamallien tarkoituksena on ollut pyrkimys toteuttaa mahdollisimman tehokasta toimintaa sekä mukautua ympäristön eri olosuhteisiin. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 67-69.)

Vanhin hoitotyönmalli on potilaskohtainen hoitotyö, tästä toimintamallista löytyy kirjallisuutta jo vuodelta 1853. Tehtäväkeskeinen hoitotyö sai alkunsa, kun potilasmäärät kasvoivat huomasti ensimmäisen ja toisen maailmansodan aikana. Tehtäväkeskeisellä toimintatavalla haettiin tehokkuutta sekä nopeutta hoitotyöhön. Hoitotyö, jota toteutettiin ryhmätyöskentelyn näkökulmasta, sai alkunsa alun perin USA:ssa noin 1950-1960 luvuilla, Suomeen se rantautui vuonna 1970. Modulaarinen toimintamalli kuuluu vahvasti yksilövastuiseen hoitotyöhön, sen voidaan ajatella olevan esiaste yksilövastuiseen toimintaan. Yksilövastuista hoitotyönmalleja on alettu kehittää 1963, mutta vasta 1970-luvulla se alkoi laajenemaan. Suomeen yksilövastuinen hoitotyö rantautui 1980-luvulla. Yksilövastuisesta hoitotyöstä on paljon kirjallisuutta ja sen näkökulmat ja määritelmät ovat vaihdelleet. Yksilövastuisen hoitotyön viisi periaatetta ovat itsenäisyys, jatkuvuus, koordinointi, kattavuus sekä vastuullisuus. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 69-76.)

### 2.2.1 Potilaskohtainen hoitotyönmalli

Potilaskohtainen hoitotyö (engl. case nursing, case method, total patient care) on vanhin hoitotyön malli, jollaista jo Florence Nightingale kuvailee Notes on Nursing (1853) kirjassaan. Tässä hoitotyön mallissa sairaanhoitajat olivat ikään kuin ”omahoitajia” potilaille, joista he huolehtivat 24 tunnin ajan. Tämä tarkoitti sitä, ettei sairaanhoitajalla voinut olla kerrallaan kuin vain muutama potilas, joiden hoidosta hän vastasi. Eli käytännössä sairaanhoitaja asui potilaan kotona. Sairanhoitaja huolehti potilaan hoitotyön suunnitelmasta, toteutti hoitotyön sekä teki hoitotyön arvion. (Iivanainen, Jauhiainen & Korhikoski 1995, 26.) Kyseistä toimintatapaa yritettiin toteuttaa myös sairaalassa, mutta se oli haasteellista tuohon aikaan, kun koulutetusta henkilökunnasta oli pulaa (Voutilainen & Laaksonen 1994, 70).

Tämä hoitotyönmalli sai aikaan tehohoitoyksiköiden perustamisen ja malli siirtyi käytettäväksi pitkälti sinne. Ongelmana tässä hoitotyönmallissa kuitenkin on hoidon jatkuvuuden turvaaminen ja sen katkeaminen mahdollisesti työvuoron päättyessä. Hoidon koordinoijan tulee olla perillä potilasta hoitavista sairaanhoitajista, jotta hoitosuhde ei pääse katkeamaan. Potilaan kannalta mallissa on potentiaalia, sillä hän ei joudu kertomaan asioitaan monelle eri



ihmiselle, vaan hänen hoidostaan vastaava sairaanhoitaja oppii tuntemaan potilaansa hyvin. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 69-70.)

Potilaskohtaisessa hoitotyössä on mahdollisuuksia yksilövastuiseen hoitotyöhön, mutta siinä on haasteensa. Hoitotyö voi kääntyä lääketieteellisen hoidon voimistuessa toimenpiteiden suorittamiseksi ja lääkärin määräysten järjestelijäksi, jolloin potilaskohtaisen hoitotyön periaate kärsii. Lisäksi hoidon jatkuvuus, joka on yksi yksilövastuiseen hoitotyön pääperiaatteista, saattaa hiipua koska vastuu potilaasta on vain yhden vuorokauden ajan. (Iivanainen ym 1995, 26.)

### 2.2.2 Tehtäväkeskeinen hoitotyönmalli

Tutkimusten mukaan tehtävien pilkkominen mahdollisimman pieniksi paloiksi lisää tehokkuutta. Tämä ajattelu synnytti tehtäväkeskeisen hoitotyön mallin (engl. functional nursing). Sairaanhoitajista oli pulaa, joten tehtävät jaettiin ammattiryhmien taitojen ja koulutuksen perusteella. Sairaanhoitajat organisoivat hoitotyötä ja heistä tuli työnjohtajia, jotka jakoivat tehtäviä muulle henkilökunnalle. Tämän johdosta potilaan luona saattoi käydä useampia henkilöitä päivän aikana hoitamassa pieniä hoitotyön tehtäviä tai muita palveluita. Osastonhoitaja tai vastaava sairaanhoitaja johti koko toimintaa tehden erilaisia tehtävälisteriä, joita jokainen työntekijä hoiti omaan osaamiseen ja taitotason mukaan. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 70-71.) Esimerkiksi yksi hoitajista oli lääkehoitaja ja toinen sidoshoitaja ja he toteuttivat hoitotyötä näiden osalta. Tehtävälisterit osastoilla saattoivat olla muun muassa punnitsemis-, vatsantoiminta- verenspaine-, tai ulkoilutuslomakkeita. Nämä täytettiin tehtäväkohtaisesti. Tällaisessa työnjakomallissa työpäivät kuuluivat rutiininomaisesti suunniteltujen tehtävien suorittamisissa. (Iivanainen ym 1995, 28.)

Tehtäväkeskeisessä hoitotyönmallissa on ominaista suorittaa hoitotyön tehtävät pääasiassa kello seitsemän ja kolmen välillä. Tällä periaatteella viikonloppuisin ja juhlapäivinä yritetään tinkiä kaikesta ylimääräisestä, esimerkiksi potilaiden suihkuttamisista ja saunottamisista. Tästä johtuu osastojen kiireellisyys arkaamuisin, mikä tarkoittaa myös potilaiden aikaista heräämistä aamuisin, jotta hoitotoimenpiteet on mahdollista toteuttaa. (Iivanainen ym 1995, 28.)

Tehtäväkeskeisen hoitotyönmallin toiminta oli nopeatempoista ja tehokasta. Työtä saatiin tehtyä nopeaan tahtiin, mutta potilaan ja hoitohenkilöstön kannalta se koettiin epämiellyttäväksi. Mallissa ei ollut aikaa perehtyä potilaan asioihin ja potilaan kokonaisvaltainen hoitotyö ei ollut mahdollista. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 72.)

### 2.2.3 Tiimityö ja työparimalli

Työnjakoon kuuluu tiimityö ja moniammatillinen yhteistyö. Tiimityömalli (engl. team nursing) on ryhmä henkilöitä, jotka työskentelevät kiinteästi yhdessä. Tiimityömalliin siirryttäessä, koettiin työryhmän hierarkian olevan ongelma. Tiimityömallin uskottiin antavan enemmän

mahdollisuuksia ja parantavan hoitotuloksia. Mallissa uskottiin jokaiseen työyhteisön työntekijään ja tiimin työskentelyssä korostettiin jokaisen työpanosta ja sitoutumista samoihin tavoitteisiin. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 73.)

Tiimityöskentelyä alettiin ottaa käyttöön USA:ssa 1950- ja 60-luvuilla (Voutilainen & Laaksonen 1994, 73). Suomessa se otettiin käyttöön laajemmin 1970-luvulla, sillä tällä työskentelymallilla koettiin saatavan parempia tuloksia (Iivanainen ym 1995, 27). Tiimityön perustana on, että tiimissä täytyy olla sellaisia työntekijöitä, jotka pystyvät hoitamaan potilaan alusta loppuun saakka itsenäisesti. Tiimin jäsenten työskentelyä helpottaa, jos tiimin jäsenet tuntevat toisensa ja toistensa toimintatavat ja -mallit. Osastonhoitajalla on myös tärkeä rooli tiimityön toimimisen edistämiseksi. Hänen tulee ohjata, tukea ja kehittää henkilökuntaa. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 73.)

Tiiminjohtajana toimi sairaanhoitaja, joka osallistuu lääkärinkierroille ja raportoi potilaista seuraavan työvuoron alussa hoitajille (Iivanainen ym 1995, 27). Hänellä on siis vastuu potilasryhmän hoidosta ja informoisesta. Tiiminjohtaja jakaa hoitohenkilökunnan taitojen ja potilaiden tarpeiden perusteella potilaat hoitajille, vastaanottaa lääkäreiltä tulevat määräykset ja avustaa tarvittaessa tiimin jäseniä. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 73.) Tässä hoitotyön mallissa henkilökuntaa tulee olla riittävästi, jotta sen saa toimimaan. Raportointiin menee paljon aikaa, mutta se mahdollistaa potilaskeskeisen hoitotyön. (Iivanainen ym 1995, 27.)

#### 2.2.4 Modulaarinen hoitotyönmalli

Tehtäväkeskeinen hoitotyönmalli, tiimityöskentely ja yksilövastuinen hoitotyönmalli ovat verrattavissa usein keskenään. Ne eivät kuitenkaan sulje toisiaan pois, vaan sekoittuvat sekamuodoiksi. Yksi sekamuoto, joka on yhdistynyt ryhmätyöskentelystä ja yksilövastuisesta hoitotyönmallista on modulaarinen työnjakomalli. (Hegyvary 1991.) Modulaarista hoitotyönmallia pidetään siis yksilövastuisen hoitotyönmallin jonkinlaisena esiasteena. Lisäksi se voi toimia hyvin myös välivaiheena yksilövastuiseen hoitotyöhön siirryttäessä. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 74.) Siinä ajatuksena on, että henkilökunnan jäsenet eli myös opiskelijat ja hoitoapulaiset hoitavat tiimityöllä pientä potilasryhmää ja pätevä sairaanhoitaja on täydentämässä moduulia. Modulaarisessa työnjakomallissa potilaista ollaan vastuussa koko työvuoron ajan. (Hegyvary 1991.)

Modulaarisessa mallissa osasto jaetaan eri moduuleihin eli osioihin, joista vastaavat tietyt työntekijät. Nämä työntekijät vastaavat potilaan koko hoitotyöstä käsittäen suunnittelun, hoitotyön toiminnot ja arvioinnin. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 74-75.) Hoitotyön laadusta, työntekijöiden resurssoinnista sekä modulaarisen mallin toiminnasta vastaa pääosin osastonhoitaja. Tämä toimintamalli vaatii toimiakseen siis paljon panostusta ja tukea myös osastonhoitajilta tai esimieheltä. Modulaarisessa mallissa sairaanhoitajan päätehtävänä ei kuitenkaan ole ryhmänjohtajana toimiminen kuten tiimityöskentelymallissa, vaan he vastaavat oman

moduulinsa hoitotyöstä. (Iivanainen 1995, 27.) Sairaanhoidajan tehtävä on siis vastata kokonaisvaltaisesta potilaan hoidosta ja hoidon tarpeista sekä hoitotyön arvioinnista (Voutilainen & Laaksonen 1994, 75).

Yksittäisen moduulin sisällä potilaita voidaan edelleen jakaa useammalle henkilölle, omahoitajuutta toteutettaessa, jotta yksilövastuista hoitotyötä pystytään toteuttamaan paremmin. Moduulin muodostus riippuu aina kyseisen päivän hoitajaresursseista. Moduulin sisällä toimivien henkilöiden kanssa sovitaan päivän ohjelmasta ja suunnittelusta sekä jaetaan potilaat työntekijöille koulutus ja kokemus hyödyntäen mahdollisimman tehokkaasti. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 74-75.)

Modulaarisen hoitotyönmallin etuja ovat: hoitotyön jatkuvuus, johon panostetaan työvuoro-suunnittelussa ja yksilövastuuus, jolloin potilasta hoitaa vain moduulin työntekijät. Lisäksi työntekijälle modulaarinen hoitotyönmalli vaatii työntekijältä paljon vastuuta ja itsenäistä päätöksentekoa. Kirjaaminen on tärkeässä roolissa modulaarisessa hoitotyönmallissa, sillä sen avulla yksilöllinen hoitotyön toteuttaminen on mahdollista. Positiivisina puolina voidaan pitää myös hierarkian vähentymistä ja joustavuuden lisääntymistä sekä työntekijän yksilöllisten kykyjen huomiointia hoitotyössä. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 76.)

#### 2.2.5 Yksilövastuinen hoitotyönmalli

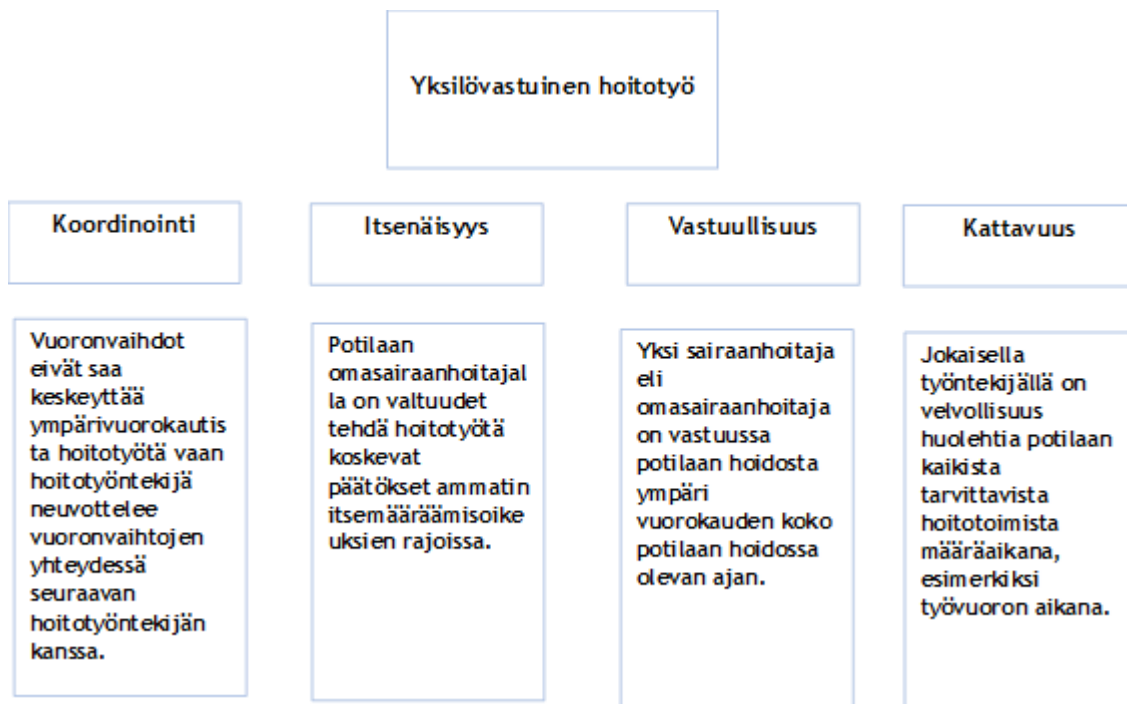
Toiminnan alkuna pidetään vuotta 1963, kun Lydia Hall otti käyttöön toimintamallin Loeb Centerissä New Yorkissa. Muutamia vuosia myöhemmin toimintamalli laajeni ympäri Yhdysvaltoja ja Englantia. Suomeen tämä hoitotyönmalli alkoi levitä 1980-luvulla. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 76.)

Voutilaisen ja Laaksonen mukaan (1994) Gloria Caliandro (1988) määrittelee yksilövastuisen hoitotyön filosofiana, jonka mukaan sairaanhoitaja toimii itsenäisesti ja kantaen vastuun hoitotyön laadusta. Työskentely tapahtuu yhdessä moniammatillisen työyhteisön kanssa tavoitteita hoitotyölle asettaen ja hoitotyötä toteuttaen sekä muita työntekijöitä hoitotyöhön koordinoien.

Omahoitajan tehtävänä on sovittaa yhteen potilaan hoitoa koskevat asiat kokonaisuudeksi. Omahoitajuuteen liittyy vahvasti ihmiskäsityksen tunteminen. Ihmiskäsityksellä tarkoitetaan asennoitumista toisiin ihmisiin. Ihmiskäsityksen syntymiseen vaikuttaa omaksumamme teoreettinen tieto, kulttuuriperimä, erilaiset kokemukset tiedostetuista ja tiedostamattomista asiakokonaisuuksista sekä uskomukset ja ideologian tarjoamat arvostukset. Eli syvemmin rajattuna käsite tarkoittaa filosofista analyysiä mitä on ihminen. (Munnukka & Aalto 2002.)

Kuviossa 1 esitellään yksilövastuinen hoitotyö, johon liittyy neljä eri pääkohtaa. Näitä ovat koordinointi, johon liittyy hoitotyöntekijöiden keskeytymätön hoitotyö sekä vuoronvaihtojen sujuvuus. Itsenäisyydellä tarkoitetaan yksilövastuisessa hoitotyössä, että potilaan hoitotyöstä

vastaavan sairaanhoitajan on oikeus tehdä päätöksiä potilaan hoitotyötä koskevissa asioissa. Vastuullisuudella taas tarkoitetaan sitä, että omasairaanhoitaja on vastuussa potilaasta ympäri vuorokauden. Kattavuudella tarkoitetaan, että hoitotyöntekijä vastaa kaikista potilaan tarvitsemista hoitotoimista ja hoitotyöstä. (Hegevary 1991.)



Kuvio 1: Yksilövastuuisen hoitotyön määritelmä (Hegyvary 1991, 17.)

Voutilainen ja Laaksonen (1994) määrittelee yksilövastuuisen hoitotyön viiteen pääperiaatteen, josta yksilövastuinen hoitotyö rakentuu. Näitä ovat itsenäisyys, jatkuvuus, kattavuus, koordinointi sekä vastuullisuus. Edellä mainittuja periaatteita tulisi tarkastella ensisijaisesti omahoitajan menettelytavan kautta.

Yksilövastuuisessa hoitotyössä itsenäisyydellä tarkoitetaan sitä, että omahoitajalla on velvollisuus sekä oikeus tehdä potilastyötä ottaen huomioon potilaan toiveet sekä kunnioittaen hänen itsemääräämisoikeuttaan. Pulmatilanteissa omahoitaja voi kysyä neuvoa muulta hoitohenkilökunnalta, mutta hänen vastuullaan on edelleen potilasta koskevat hoitotyön päätöksenteot. Itsenäisellä työskentelytyylillä ei kuitenkaan tarkoiteta, että työskentely tapahtuisi yksin. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 78.)

Jatkuvuuden merkitys yksilövastuuisessa hoitotyössä on merkittävä. Ideaali ajatus tässä on, että potilaan hoito jatkuu saumattomasti ja muuttumattomana henkilöltä toiselle, työvuorosta sekä yksiköstä toiseen. Kattavuuden näkökulmasta yksilövastuuisessa hoitotyössä tärkeää on potilaan huomioiminen kokonaisvaltaisesti. Tällä tarkoitetaan, että jokaisessa hoitotyön eri vaiheessa huomioidaan potilaan tajunnallista sekä kehollista olemassa oloa. Tällainen

työskentelytapa vaatii omahoitajalta perehtymistä potilaan tietoihin laajemmin. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 80-81.)

Koordinointi liittyy vahvasti edellä mainittuihin piirteisiin. Sillä tarkoitetaan, että suunniteltu työ toteutetaan sujuvasti ja johdonmukaisesti, jotta päästään suunniteltuihin tavoitteisiin. Työskentelyssä on tärkeää suora kommunikointi muiden osapuolten kesken, osallistuminen potilasta koskeviin tapaamisiin, yhteistyö omaisten kanssa sekä raportoiminen työvuoron päätteeksi seuraavalle potilaan hoitajalle. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 79.)

Viimeinen pääpiirre yksilövastuisessa hoitotyössä Voutilaisen ja Laaksonen (1994) mukaan on vastuullisuus. Vastuullisuudella tarkoitetaan karkeasti, että omahoitaja on vastuussa potilaalle, ammattikunnalle, organisaatiolla, itselleen sekä yhteiskunnalle. Hän on vastuussa potilaan laadullisesta hoidosta koko hoitajakson ajan. Omahoitajaan vastuulla on hoitaa potilasta aina ollessaan työvuorossa ja jakaa tarvittavat tiedot muulle henkilökunnalle potilaan hoidosta ollessaan vapaalla. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 77-78.)

Yksilövastuinen hoitotyö on näkemys potilaskeskeisestä toimintamallista. Ajatuksena on, että potilaan hoito pyritään järjestämään tietyn hoitohenkilön vastuulle aina potilaan saapumisesta tämän kotiutumiseen. Vastuullisuus on yksi keskeisimmistä käsitteistä yksilövastuisessa hoitotyön mallissa. Tällä ei suinkaan tarkoiteta vastuuta hoitotyöstä vaan yhden sairaanhoitajan vastuuta potilaasta työvuoron aikana. Näiden lisäksi sairaanhoitaja on vastuullinen työtovereilleen sekä organisaatiolle, joka hänet on palkannut, jotta hän toimii ammattinsa edellyttämällä tavalla. Näiden lisäksi hän on vastuussa työnsä lainsäädännön mukaisuudesta. (Heggyvary 1991.)

### 3 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa kirjallisuuskatsauksen avulla työnjakomalleista ja kuinka niitä voitaisiin käytännössä soveltaa hoitotyössä. Lisäksi tarkoituksena oli löytää näyttöön perustuvaa tietoa työnjakomalleja koskevista tutkimuksista ja käytännön kokemuksista sekä eri paikoissa käytössä olevista työnjakomalleista. Opinnäytetyön tavoitteena oli löytää tilaajalle tutkimuskysymyksiin vastauksia, jota he voisivat hyödyntää tulevaisuudessa.

Tutkimuskysymykset olivat:

Millaisia työnjaon malleja on ollut käytössä?

Miten hoitotyön työnjakomalleja on hyödynnetty erilaisissa hoitotyön ympäristöissä?

### 3.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on merkittävä menetelmä muodostettaessa kokonaiskuvaa tarkoin määritellystä asiakokonaisuudesta tai aihealueesta. Hoitotieteessä kirjallisuuskatsauksia sovelletaan usein hahmottamaan jonkin ilmiön tai aihealueen tutkimustarvetta. Lisäksi se voi olla tutkimusmenetelmä, jonka avulla luodaan synteesi aikaisemmasta tutkimustiedosta. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 4.)

Tärkein tehtävä kirjallisuuskatsauksessa on kehittää käsitteistöä ja teoreettista ymmärrystä sekä arvioida ja kehittää olemassa olevaa teoriaa. Kirjallisuuskatsaus ja -haku tehdään tutkimusaiheeseen suuntautuneisiin aikaisempiin tutkimuksiin, jokaisen tutkimuksen yksittäisen tai laajan tutkimushankkeen perustaksi. Kirjallisuuskatsauksen voidaan ajatella olevan systemaattinen tutkimusmenetelmä, joka perustuu prosessimaiseen tieteelliseen mekanismiin. Eri-tyisesti järjestelmällisiä ja systemaattisia kirjallisuuskatsauksia voidaan käyttää terveydenhuollon toiminnan kehittämisessä näyttöön perustuvan tiedon opettamisessa. (Stolt ym 2016, 7.)

Salmisen (2011) mukaan kirjallisuuskatsauksia on useita tyyppejä: kuvaileva, systemaattinen ja meta-analyysi kirjallisuuskatsaus. Yleisimmin käytössä oleva kirjallisuuskatsauksen tyyppi on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Yleisesti ottaen kuvaileva tyyppi on laajemmat rajat omaava, jolloin tutkimuskysymykset voidaan asetella väljemmin. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus omaa kaksi eri muotoa: narratiivinen ja integroiva.

Integroivan kirjallisuuskatsauksen vaiheet voidaan jakaa karkeasti: tutkimusongelman määrittämiseen, aineiston keruuseen, arviointiin, analyysiin ja tulkintaan ja tulosten esittämiseen (Salminen 2011). Tämän opinnäytetyön menetelmäksi valittiin integroiva kirjallisuuskatsaus. Tällöin tutkittavaa asiaa voitiin tarkastella monelta eri kannalta, jolloin asiasta saatiin tarpeeksi laaja kuva.

Suomessa käytetään integroivasta kirjallisuuskatsauksesta myös nimitystä integroitu kirjallisuuskatsaus. Tämä kirjallisuuskatsaus tarjoaa systemaattiseen katsaukseen asetettuna kiistämättä laajemman kuvan aihetta käsittelevistä kirjallisuuksista sekä tutkimuksista. Sille on tyypillistä, että katsauksen taustaksi esitellyt tutkimuskysymykset ovat laajoja ja tarkoituksena on havainnollistaa tutkittavaa ilmiötä monipuolisesti. Integroitu kirjallisuuskatsaus on mahdollistanut kvalitatiivisen eli laadullisen ja kvantitatiivisen eli määrällisten tutkimusten tulosten yhdistämisen. Integroidulla kirjallisuuskatsauksella on paljon yhtymäkohtia systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kanssa. Viime vuosina integroitu kirjallisuuskatsausmenetelmä on yleistynyt hoitotieteessä. PubMed-tietokannasta löytyy tammikuusta 2014 toukokuuhun 2015 noin 149 hoitotieteen lehdistä artikkeleita, jotka ovat käyttäneet tätä menetelmää. (Stolt ym 2016, 107-109.)

Integroiva kirjallisuuskatsaus muodostuu vaihe vaiheelta selkeästi ja loogisesti. Tiivistettynä se koostuu viidestä vaiheesta 1) tutkimuskysymyksen/tutkimusongelman laittaminen, 2) tutkimusaineiston haku ja hakeminen 3) aineiston keruu, 4) tutkimusaineiston laadun arviointi ja 5) aineiston analysointi. Keskeisenä lähtökohtana onnistuneelle integroivalle kirjallisuuskatsaukselle pidetään hyvää suunnittelua ja paneutumista aiheeseen. (Stolt ym 2016, 107-111.)

### 3.2 Aineiston keruu

Systemaattinen kirjallisuushaku tarkoittaa tunnistamista löytää kaikki tutkimuskysymykseen vastaava materiaali. Yleensä alkuperäistutkimukset ovat ensisijaisia aineistoja kirjallisuuskatsauksissa. Tiedonhauk, jotka tehdään sähköisesti ovat kustannustehokkaita, mutta negatiivisena seikkana ilmenee, etteivät ne välttämättä tavoita kaikkia katsaukseen soveltuvia aineistoja. Tämän vuoksi on syytä käyttää lisänä manuaalista tiedonhakua. (Stolt ym 2016, 25.)

Tässä opinnäytetyössä tietolähteet valittiin sen perusteella, minkälaisiin ongelmiin haluttiin vastaukset. Aineiston keruu toteutettiin kahden tutkijan toimesta ja tehtiin etukäteen suunniteltuun tapaan. Kuvailuvissa tutkimuksissa on erityisen tärkeää huolehtia mahdollisimman monipuolisesta laadusta sekä sen esille tuonnista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 367.)

Aineistoa kerättiin erilaisista tietokannoista, joista oli hyötyä opinnäytetyötä tehdessä. Tietokantoina käytettiin Medic:ia, EBSCO:a ja Cinahl:ia. Taulukossa 1 on kuvattu opinnäytetyössä käytettyjä tietokantoja.

<b>Medic</b>	Kotimainen terveystieteellinen tietokanta, johon valitaan artikkelita ammattilehdistä sekä tieteellisistä julkaisuista. (Terikko navigator. 2018).
<b>EBSCO</b>	Kansainvälinen monitieteinen e-kirjakokoelma. (Tietokantojen op-paat: Ebsco. 2018).
<b>Cinahl</b>	Kansainvälinen terveysalojen tietokanta, aihealueena mm hoitotiede. (E-aineistojen ohjeet: Cinahl Complete (EBSCOhost. 2018.)

Taulukko 1: Opinnäytetyössä käytettäviä tietokantoja

Opinnäytetyön keskeisiä hakusanoja ovat työnjakomallit, työnjako, tiimityö, yksilövastuinen hoitotyö, modulaarinen hoitotyönmalli, potilaskohtainen hoitotyö, tehtäväkeskeinen hoitotyö ja yksilövastuinen hoitotyö sekä englanninkieliset primary nursing, case nursing, functional nursing, team nursing ja modular nursing.

Luomalla sisäänotto- ja poissulkukriteerit kirjoittaja löytää olennaisimmat tutkimukset tutkimuksensa kysymyksiin. Kriteerien avulla tarkastelija antaa ymmärrettävän kuvan tutkittavasta aiheesta sekä määrittää rajat tutkittavalle aineistolle. (Leinonen 2014.) Taulukossa 2 on esitettyinä tässä opinnäytetyössä käytettävät kriteerit. Perusteluina näille kriteereille oli, että tutkimustieto olisi ajankohtaista ja tähän opinnäytetyöhön sopivaa.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Julkaisut 1991-2019</li> <li>• Suomen ja englanninkieliset julkaisut</li> <li>• Hoitotieteen ja -työn näkökulmasta</li> <li>• Tieteellinen tutkimus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Julkaisut, jotka alle 1991</li> <li>• Vieraskieliset julkaisut, huomioiden englanninkieliset julkaisut</li> <li>• Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt</li> </ul>

Taulukko 2: Tutkimuksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Aineiston keruu tehtiin systemaattisesti erilaisia hakusanoja ja tietokantoja käyttäen. Tutkimuksista valikoitui lähempään tarkasteluun tutkimukset, joissa aiheet viittasivat tutkimusaiheeseemme ja tutkimuskysymyksiin mahdollisimman hyvin. Hakutulokset olivat suuria etenkin yksilövastuisesta hoitotyöstä etsittäessä, mutta jatkotarkastelussa selvisi, että kaikki tutkimukset eivät vastanneet kuitenkaan tutkimuskysymyksiin. Etenkin englanninkielellä oli haastava löytää tutkimuksia, jotka viittaisivat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Tähän vaikutti esimerkiksi tutkijoiden heikko englannin kielen taito. Yhteensä jatkotarkasteluun valikoitui kaiken kaikkiaan 17 tutkimusta eri hoitotyön malleihin liittyen. Opinnäytetyöhön valikoitui lopulta 8 tutkimusta. Tutkimukset olivat melko vanhoja, vuosilta 1994-2014, sillä tieto ei ollut muuttunut juurikaan eikä uudempaa tutkimustietoa aiheista ollut saatavilla.

Taulukossa 3 on havainnollistettu tietokannoissa suoritettuja hakuja. Taulukko rakentuu tietokannasta, käytetyistä hakusanoista, osumista, jatkotarkasteluun valikoituneista sekä lopulliseen opinnäytetyöhön valikoituneista aineistoista.

Medic	Hakusanat	Osumat	Jatkotarkasteluun valikoituneet	Opinnäytetyöhön valikoituneet
	hoitotyö* AND työnjako*	9	2	2
	yksilövast* AND sisät*	1	1	0
	yksilövast*	167	6	3
	potilasläht*	27	1	1
	tiimityö*	74	3	2

Taulukko 3: Systemaattinen aineiston keruu



EBSCO (CINAHL)	Hakusanat	Osumat	Jatkotarkasteluun valikoituneet	Opinnäytetyöhön valikoituneet
	Modular nursing AND experience	20	1	0
	Primary nursing AND experience AND teamwork	93	1	0
	Advanced nursing AND experience AND medical ward	25	1	0
	Primary nursing AND experience AND internal disease	13	1	0

Taulukko 4: Systemaattinen aineiston keruu

Tutkimusaineiston jäsentely on hyvä käytäntö ja lisäksi se helpottaa aineistojen käsittelyä (Helsingin yliopisto 2019). Liitteessä 1 on kuvattu valikoituneiden tutkimusten tekijät, vuosi, tutkimuksen nimi, tarkoitus, tavoite sekä keskeiset tulokset, joista opinnäytetyön tulokset koottiin.

### 3.3 Aineiston analyysi

Integroivan kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysissä tavoitteena on puolueeton ja tarkka katsaukseen sisällytettyjen tutkimusten ja teoreettisten aineistojen tulkinta ja yksittäisten tutkimus tulosten yhdistäminen (Stolt ym 2016, 112-113). Tässä opinnäytetyössä sovellettiin laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmää, joka oli aineistolähtöinen sisällönanalyysi.

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan toteuttaa yksittäisenä metodina tai luoda erilaisia analyysikokonaisuuksia. Aineiston tarkastelu sisällönanalyysiä käyttäen tapahtuu erittelemällä, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien sekä niitä tiivistäen. Sisällönanalyysi kuvataan menettelytapana, jossa tavoitellaan analysoida dokumentteja järjestelmällisesti, suunnitellusti, puolueettomasti sekä täsmällisesti. Dokumentilla tarkoitetaan esimerkiksi artikkeleita, raportteja tai keskusteluja, eli käytännössä dokumentti voi olla melkein mitä vain, mikä on voitu saattaa kirjalliseen muotoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 103-104.)

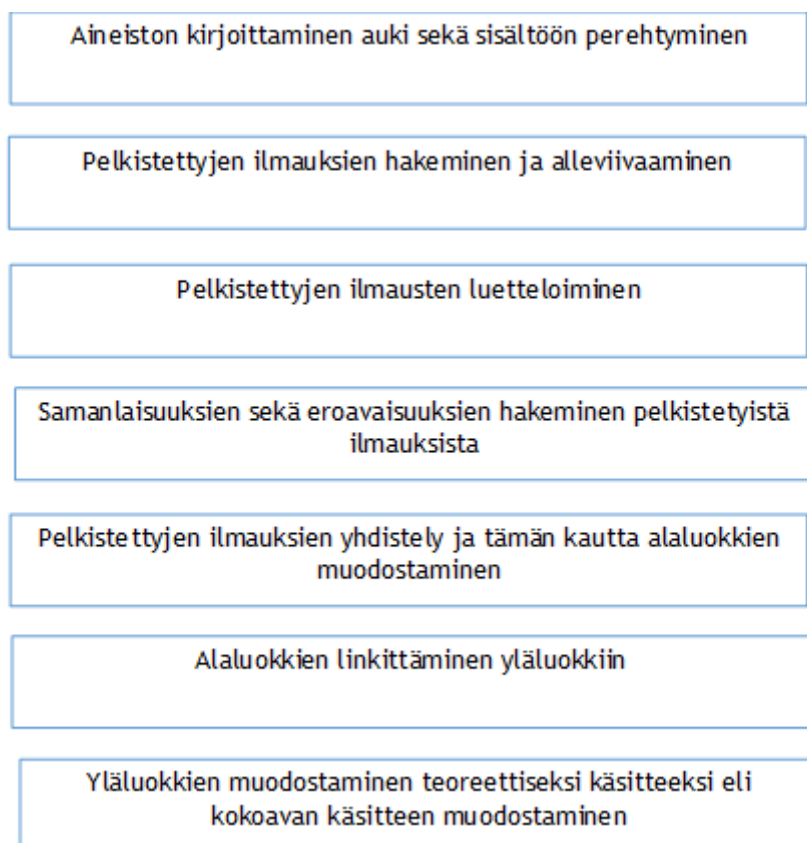
Aineistolähtöinen sisällönanalyysi kuvataan kolmiosaisena prosessina eli ensimmäisenä on aineiston pelkistäminen eli redusointi, toisena vaiheena tulee aineiston ryhmittely eli klusterointi ja viimeinen vaihe on teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. Aineiston redusoinnilla tarkoitetaan aineiston keräämistä niin, että aineistosta karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat pois. Toisessa prosessivaiheessa klusteroidaan eli aineisto käydään tarkasti läpi ja tutkimuksista etsitään eroavaisuuksia ja/tai

samankaltaisuuksia. Klusteroinnissa käytetään tavallisesti apuna luokittelua eli pelkistetyt ilmaukset jaotellaan alaluokkiin, tämän jälkeen yläluokkiin ja nämä yhdistettynä tulee pääluokka. Luokittelua apuna käyttäen saadaan aineistoa tiivistettyä. Viimeisessä vaiheessa aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä karsitaan pois epäolennaisimmat asiat tutkimuksen kannalta ja valikoituneiden tiedostojen pohjalta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tarkoituksena on siis yhdistellä käsitteitä ja tavoitteena saada vastauksia tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-111.)

Sisällönanalyysissä on jonkin verran haasteita. Esimerkiksi on olemassa tutkimuksia, joita on kritisoitu, koska ne on toteutettu sisällönanalyysiä käyttäen. Tällä tarkoitetaan, että saatu aineisto on järjestetty johtopäätöksiä varten. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.)

#### 4 Tulokset

Opinnäytetyön tulokset abstrahoitettiin eli käsitteellistettiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111). Kuviossa 2 on havainnollistettu analyysin etenevä vaihe vaiheelta.

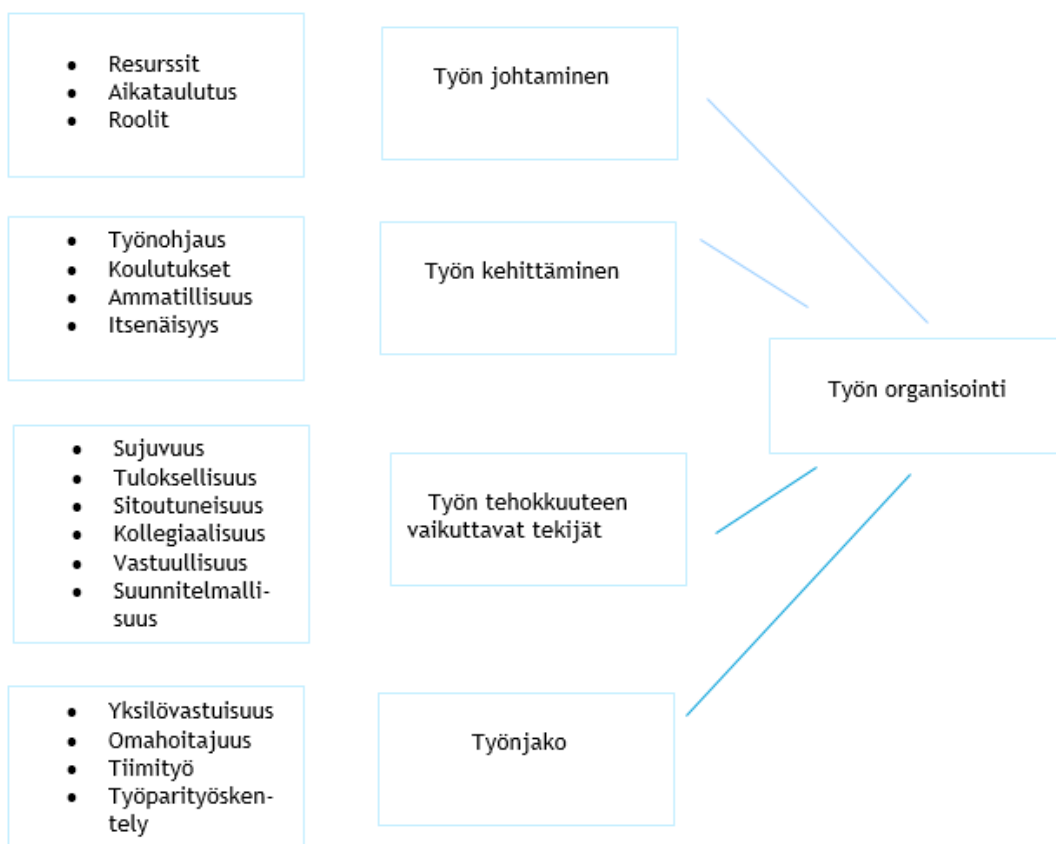


Kuvio 2: Analyysi vaihe vaiheelta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109).

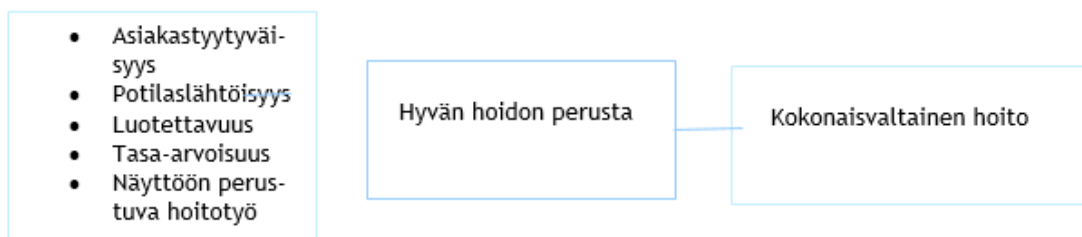
Tutkimuksista nousi esiin yhteisiä tekijöitä, jotka on jaettu karkeasti alla olevissa kuvioissa pääluokiksi sekä ylä- ja alaluokiksi. Luokkien muodostaminen tapahtui käymällä

jatkotarkasteluun valikoituneita aineistoja tarkasti läpi etsimällä pelkistettyjä ilmauksia. Pelkistetyistä ilmauksista haettiin samanlaisuuksia sekä eroavaisuuksia. Saatujen tulosten yhdistelyiden kautta saatiin alaluokat muodostetuksi ja alaluokat linkitettiin yläluokkiin. Pääluokat muodostettiin ala- ja yläluokkien kokoavana käsitteenä. Pääluokat ovat työn organisointi, kokonaisvaltainen hoito ja työnjako.

Kuviot 3 ja 4 toteutettiin yhdistelemällä tutkimuksista löytynyttä tietoa ja asioita, jotka nousivat esiin näiden pohjalta.



Kuvio 3: Työn organisointi



Kuvio 4: Kokonaisvaltainen hoito

Tutkimukset olivat pääosin eri toimintaympäristöissä tehtyjä tutkimuksia ja mukana oli niin terveyskeskuksessa (Merkel 2011), vastaanotoilla (Peltonen 2009), kotisairaanhoidossa (Gynther 2011) kuin vuodeosastoilla (Merkel 2011; Munnukka 1993) tehtyjä tutkimuksia. Tutkimuksista kävi ilmi hoitotyön työnjaon mallien soveltuvuus eri toimintaympäristöissä ja kuinka erilaisia hoitotyön työnjakomalleja on sovellettu käytännössä.

Hoidon organisointi koettiin haastavaksi, (Hjerppe 2008; Koivuselkä 2007; Nyman 2006; Peltonen 2009) mutta hoitotyön työnjakomallit koettiin toisaalta taas hyväksi tavaksi organisoida hoitotyötä (Merkel 2011). Työn organisointia heikentävinä tekijöinä pidettiin sairauksien laaja-alaisuutta. Asiakkaat kokivat tyytyväisyyttä henkilöstön toimintaan, hoitohenkilökunnan asiantuntijuuteen sekä jatkohoidon suunnitteluun. (Peltonen 2009.) Hoitotyön organisointimallia uudistamalla ja selkeyttämällä voidaan helpottaa hoitotyön laadun lisäksi omahoitajuutta (Hjerppe 2008) Työn rasittavuuteen vaikuttivat muun muassa henkilöstöressurit ja niiden puute, joka koettiin suurena rasitteena hoitotyölle. Tällöin hoitotyön toiminta kärsi ja asioita jäi hoitamatta (Merkel 2011; Nyman 2006; Peltonen 2009.) Myös kiireen tuntu koettiin hoitotyötä rasittavaksi hoitotyöntekijöiden osalta (Hjerppe 2008; Merkel 2011; Peltonen 2009.) Kiireellä oli negatiivinen vaikutus hoitosuosituksen noudattamiseen ja omaksumiseen ja lisäksi potilaat kokivat kiireellisyyden heikentäneen asiakaspalvelua (Peltonen 2009). Epäselvyyksinä esille nousi myös työntekijöiden roolit ja työtehtävät. Hoitotyöntekijöillä ei ollut selkeää jakoa siitä, mitkä tehtävät kuuluvat kenellekin (Gynther 2011; Merkel 2011.)

Suurimmassa osassa valikoituneista tutkimuksista nousi esille koulutuksen puute (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014; Hjerppe 2008; Koivuselkä 2007; Merkel 2011; Peltonen 2009). Työntekijät kokivat, että kaipaisivat lisää koulutuksia, jolla voisivat kehittää omaa ammattitaitoaan ja hoitotyön laatu paranisi. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014 Hjerppe 2008; Koivuselkä 2007; Merkel 2011; Peltonen 2009.) Toisaalta taas hoitotyöntekijöillä oli paljon taitoja, joita he eivät päässeet kunnolla hyödyntämään tehtäväkeskeisessä hoitotyössä (Munnukka 1993). Jatko- ja lisäkoulutusta toivottiin käytännönläheisyydessä, yksilövastuisessa hoitotyön työnjaon mallissa, ohjauksessa, erilaisista tehtävistä suoriutumisessa, ammattitaidon ylläpitämisessä, itsenäisen työn toteuttamisessa ja työpari työskentelyssä. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2008; Hjerppe 2008; Peltonen 2009.)

Potilasohjaus määriteltiin tärkeäksi osaksi hoitoprosessia. Viime aikoina on alettu kiinnittää huomiota enemmän ohjauksen siirtymisestä potilaslähtöisemmäksi. Potilaslähtöinen ohjaus määritellään tutkimuksissa potilaiden yksilölliset tarpeet ja tilanteet huomioiden. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2013.) Tutkimuksissa nousi esiin heikko potilasohjaus. Heikkouksina on mainittu muun muassa ohjaustarpeen arviointi ja ohjauksen tuloksellisuus. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2013; Merkel 2011; Munnukka 1993 Nyman 2006; Peltonen 2009.) Potilaat toivoivat hoitohenkilökunnalta enemmän ohjausta ja kokivat sen olevan tärkeää kokonaisuuden kannalta (Hjerppe 2008; Peltonen 2009).

Omahoitajakäytäntö oli yleisesti ottaen hyvin toivottu, niin potilaiden kuin hoitajienkin mielestä (Hjerppe 2008; Koivuselkä 2007; Munnukka 1993; Nyman 2006; Peltonen 2009). Omahoitajien koettiin kuitenkin olevan yksin hoitosuhteessa potilaan kanssa, eivätkä hoitajat koe saavansa tarpeeksi tukea työyhteisöltä vaan toivoivat enemmän kollegiaalisuutta hoitotyöhön (Koivuselkä 2007). Työpari- ja tiimityömallia toteutettiin perusterveydenhuollossa terveyskeskuskeskuksilla (Peltonen 2008). Työpariterveyskeskusten toiminta erottui tiimityöterveyskeskusten toiminnasta, työpariterveyskeskuksissa otettiin suoraan yhteyttä omaan hoitajaan. Asiakkaat kokivat saavansa ammattitaitoista, luotettavaa sekä huolellista hoitoa perusterveydenhuollossa. Lääkärit ja hoitajat kokivat kehittämisen tarpeena työajan selkiyttämässä. (Peltonen 2008). Yksilövastuista hoitotyön toteuttamista estävinä tekijöinä pidettiin resurssien puute, epätarkoituksenmukaiset työvälineet, puutos ammattitaidossa, toimimaton yhteistyö, psyykkisen ja fyysisen työn rasittavuus, kielteiset kokemukset tai asenteet, epäselvät työjärjestelyt tai epäsäännölliset työajat. Yksilövastuista hoitotyötä edistävinä tekijöinä pidettiin myönteisiä kokemuksia ja palautteita, kollegiaalinen työympäristö, riittävät resurssit, esimiesten taidot, tuki ja johtaminen, myönteinen asenne, omistautuneisuus sekä halu kehittää yksilövastuista hoitotyötä (Hjerppe 2008.) Työnohjausta pidettiin tärkeänä osa-alueena työhyvinvoinnissa (Hjerppe 2008; Koivuselkä 2007; Peltonen 2009).

## 5 Johtopäätökset ja pohdinta

Tuloksia analysoitaessa tutkimuksista kävi ilmi, että hoitotyön toimintamallit nähtiin hyvänä pohjana hoitohenkilöstön toiminnan edesauttajana ja voimavarana (Hjerppe 2008; Merkel 2011; Peltonen 2009.) Yksilövastuista toimintamallia pidettiin hyvänä tapana tukea potilasläh- töistä hoitotyötä ja hoitotyöntekijöiden helpommin hallittavaksi kokonaisuudeksi yksilövastu- isen toimintamallin myötä (Munnukka 1993).

Tutkimuksissa kävi ilmi, että työntekijät olisivat valmiita kehittämään toimintaa hoitotyön laadun parantamiseksi. (Merkel 2011; Munnukka 1993; Peltonen 2009.) Työnjakoa on mietit- tävä etenkin työntekijöiden osaamisen kannalta, jotta voidaan parantaa ja kehittää työntekoa parhaalla mahdollisella tavalla (Merkel 2011). Kolmessa tutkimuksessa (Hjerppe 2008; Koivu- selkä 2007; Peltonen 2009) pidettiin työnohjausta tärkeänä tekijänä sekä edesauttajana työssä jaksamiseen. Työntekijöiden mahdollisuudet osallistua työnohjaukseen olivat häilyväi- siä, ja tähän toivottiin muutosta (Hjerppe 2008; Koivuselkä 2007; Peltonen 2009).

Kahdessa tutkimuksessa painotettiin näyttöön perustuvaa hoitotyötä (Koivuselkä 2007; Pelto- nen 2009). Terveystieteiden tulisi tukeutua näyttöön perustuvaan tietoon eli toiminnan tulisi perustua laadukkaaseen ja ajan tasalla olevaan tutkimustietoon perustuviin toimintatapoihin tai menetelmiin yksinomaaisesti potilasta tai koko väestöä koskevassa päätöksien ratkaisemi- ssa ja menettelytavoissa (Peltonen 2009). Lisäksi esille tuli erilaisia työnjakoon ja sen valin- taan vaikuttavia tekijöitä, joilla pystyttiin lisäämään tai heikentämään työnteon tehokkuutta. Olennaisena osana työnjakoa oli myös potilaan laadukas hoito ja työn kehittäminen.

(Hjerppe 2008; Merkel 2011; Nyman 2006; Peltonen 2009.) Yksilövastuista hoitotyötä tukevana tekijöinä pidettiin esimiesten sekä kollegoiden tukea ja koulutuksia liittyen yksilövastuiseen hoitotyöhön sekä omahoitajuuteen (Hjerppe 2008).

Koivuselän (2009) mukaan kiinnittäessä huomiota osastonhoitajien ja ylihoitajien koulutuksessa henkilöstöjohtamiseen ja tämän myötä tutkimusmyönteisyyteen sekä tutkimustaitojen kehittämiseen, näyttöön perustuva hoitotyö kehittyisi. Myönteisyyttä ja kehittämistä voidaan tukea lisäksi keskustelemalla uusista tutkimustuloksista ja soveltamalla niitä omaan työympäristöön sopiviksi. Lisäksi Peltolan (2009) tutkimustulosten mukaan lääkärit ja hoitajat saivat laajentaa tiedonhakua ammattikirjallisuudesta.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että opinnäytetyön haasteita oli tutkimuksien löytäminen sisäänotto- ja poissulkukriteereihin perustuen. Koivuselän (2007) pro gradussa todettiin, että yksilövastuista hoitotyötä on tutkittu paljon 1900-luvulla, viime vuosina ei niinkään, joten tällä hetkellä ei ole ajankohtaista tutkimusnäyttöä saatavilla. Suomessa asian tiimoilta ei juurikaan ole väitöstasoisia julkaisuja. Eniten tutkimustietoa löydettiin yksilövastuista hoitotyöstä, kun taas modulaarisesta mallista tutkimustietoa ei löydetty.

## 5.1 Tutkimusetiikka

Opinnäytetyö tulee toteuttaa hyviä tieteellisiä normeja noudattaen, tällöin puhutaan tutkimusetiikasta. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tieteellinen tutkimus tulee toteuttaa hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Ainoastaan silloin tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava sekä tutkimuksen tulokset ovat uskottavia. Hyviä tieteellisen tutkimuksen käytäntöjä ovat muun muassa rehellinen toiminta ja tarkka työtapo. (TENK. 2018.) Edellä mainittujen lisäksi on tärkeää, että potilaiden tiedoilla ja näkemyksillä, kuin myös ammattilaisten kokemusten tuomalla tiedolla on merkitystä tieteellisissä perusteissa (Repo ym 2014, 2-3).

Hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluu, että tutkijat toteuttavat tutkimustyötä huolellisesti, rehellisesti ja tarkasti tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä tutkimusten arvioinnissa. Edellä mainittujen lisäksi on tärkeää, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu sekä raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteellisten asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132-133.) Koska tässä opinnäytetyössä käytettiin hyviä tieteellisiä käytäntöjä, työtä voitiin pitää melko luotettavana sekä uskottavana. Opinnäytetyössä sovellettiin tutkimuksissa eettisesti kestäviä ja kriteerien mukaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja aineistomenetelmiä sekä käytettiin tieteelliseen tiedon luonteeseen liittyvää avoimuutta tutkimustulosten julkaisemisessa.

## 5.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimuksella tarkoitetaan tutkimusmenetelmää, jota ei pystytä numeroimaan. Tarkoituksena on pyrkiä ymmärtämään tutkimuksen ongelman ominaisuuksia, laatua sekä merkityksiä kokonaisvaltaisesti. (Koppa. 2015.) Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa moni seikka, mutta siihen ei ole olemassa mitään yksiselitteisiä ohjeita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 133.) Tässä opinnäytetyössä sovellettiin laadullisen tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimusta tehtäessä kiinnitetään huomiota luotettavuuteen. Laadullista tutkimusta arvioi-  
dessa on hyvä huomioida alusta alkaen työn kohde ja tavoite, oma sitoutuminen tutkijana, aineiston keruu, aineiston analysointi, tutkimuksen luotettavuus sekä tutkimuksen raportointi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140-141). Tutkimusta tehtäessä tulee olla lähdekriittinen. Tietoja tulee pystyä muokkaamaan, yhdistelemään ja normitettava, jotta tiedot ovat yhdessä vertailukelpoisia keskenään. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2013, 189.) Tutkimuksessa aineisto kerätään systemaattisesti luotettavista tietolähteistä. Osa luotettavuutta on myös, kun tutkijoita on useampi. Laadullisissa tutkimuksissa on hyödynnetty myös luotettavuuskriteereitä, jotka ovat uskottavuus, siirrettävyys, vahvistettavuus sekä riippuvuus. (Repo ym 2014, 11.) Tutkimusraportissa tulee ilmetä, miten aineisto on kerätty sekä analysoitu, täten pystytään arvioimaan työn luotettavuutta. Aineiston keruu ja aineiston analyysi tulee kirjoittaa auki selkeästi, johdonmukaisesti sekä loogisesti, tämä selventää lukijalle, kuinka työn tuloksiin on päästy. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 157.) Reliaabelius eli tulosten toistettavuus syntyy, kun useampi tutkija päätyy samaan tulokseen ja sattumanvaraisia tuloksia ei synny. Tutkimusta tehtäessä on tärkeää selittää tutkittavat asiat ja vaiheet mahdollisimman tarkasti, jotta tutkimusta voidaan pitää luotettavana ja päteväenä eli validina. Tutkijoiden tulee kertoa rehellisesti tutkimuksen eri vaiheissa millä perustein he tekevät tulkintoja ja mihin he perustavat omat tulkintansa. (Hirsjärvi ym 2013, 232-233.)

Opinnäytetyö toteutettiin tutkijaparien havainnoimana rehellisesti, saatua tutkimustietoa muokkaamatta, tarkasti ja huolellisesti. Opinnäytetyö toteutettiin parityöskentelynä, jotta opinnäytetyön laadukkuus voitiin varmistaa kahden eri tutkijan toimesta. Työskentely toisen tutkijaparin kanssa oli rikastuttavaa työn kannalta, sillä esille tuli paljon erilaisia kehittämisideoita ja näkökulmia, joita ei välttämättä olisi tullut esille yksittäisen tutkijan työskennellessä. Lisäksi parityöskentelyssä opinnäytetyötä arvioi ja toteutti jatkuvasti kaksi tutkijaa, joka lisäsi työn luotettavuutta.

Tiedonhankinnassa käytettiin apuna tiedonhaun ja tiedonhallinnan ammattilaista, jotta löydettyt aineistot olisivat mahdollisimman laadukkaita sopien opinnäytetyöhön. Opinnäytetyötä tehtäessä saimme asiantuntijalta apua, kuinka käyttää erilaisia tietokantoja sekä kuinka määrittää sopivat hakusanat. Tiedonhankinta erilaisista tietokannoista voi tuottaa tuhansia osumia tai tuloksia, joten on erityisen tärkeää löytää juuri olennaisimmat tutkimukset

opinnäytetyötä ajatellen. Tiedonhaussa käytiin kaikki hakusanoilla saadut osumat läpi, josta valikoitiin otsikoiden sekä tiivistelmien kautta olennaisimmat ja osuvimmat tutkimukset. Valikoitunut kirjallisuus noudatti sisäänotto- ja poissulkukriteereitä, se oli relevanttia, joka vastasi tutkimuskysymyksiin. Saatu aineisto on niukka, tämä selittyy sillä että, tutkittua tietoa löytyi vähän suomenkielellä. Aineiston analyysi suoritettiin vaihevaiheelta aineistolähtöisen sisällönanalyysin mukaisesti, näin ollen lukija on tietoinen, miten työn tuloksiin on päästy. Pohtien tulosten ja johtopäätösten luotettavuutta voitiin todeta, että tuotokset on toteutettu ilman ennakko-oletuksia ja tutkimustietoja ole muokattu niitä tutkittaessa.

### 5.3 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimusehdotuksena voitiin todeta, että tutkimustietoa eri työnjakomalleista eri toimintaympäristöissä olisi hyvä saada lisää. Monet tutkimukset olivat melko vanhoja ja eri toimintaympäristöissä erilaisia toimintamalleja ei olla tutkittu kovinkaan paljoa. Yleisin tutkimuksen kohde oli ehdottomasti yksilövastuinen hoitotyö, mutta myös muista työnjakomalleista olisi hyvä saada lisää tutkimustietoa. Väitöstasoisia tutkimuksia eri työnjakomalleista oli vähemmän saatavilla ja suurin osa näistäkin keskittyi yksilövastuiseen hoitotyönmalliin.

Hoitotyön kehittäminen on paljon otsikoissa nykypäivänä ikääntyvän väestön ja hoitotyöntekijöiden pulan vuoksi, joten aihe olisi ajankohtainen varmasti myös useamman kymmenen vuoden päästä. Tulevaisuudessa tarvitaan laadukkaampaa ja tehokkaampaa toimintaa hoidettaessa potilaita. Ihmisarvon kunnioittaminen ja etiikka kulkee myös käsi kädessä hoitotyötä toteutettaessa. Nämä asiat eivät saa kuitenkaan unohtua, vaikka hoitotyön tekeminen olisikin tehokasta. Hoitotyö tulee saada pysymään yhtä tehokkaana ja muuttumaan vielä tehokkaammaksi tulevaisuudessa. Tutkimuksia etsittäessä ei löydetty tutkimuksia modulaarisesta hoitotyönmallista. Tämä hoitotyönmalli on kuitenkin hyvin toteuttamiskelpoinen, joten jatkotutkimuksia olisi tästä myös hyvä saada, jotta voidaan vertailla eri hoitotyön työnjakomalleja keskenään.



## Lähteet

### Painetut

Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede*, 26;1. 63-73.

Gynther, M. 2011. Tehokas tiimityö ja sen edellytykset. Haastattelututkimus kotisairaanhoidossa. Pro-gradu - tutkielma. *Hoitotiede*. Itä-Suomen yliopisto.

Hegyvary, ST. 1991. Yksilövastuinen hoitotyö. Suom. Suistola, A & Virtanen, T. Kirjayhtymä, Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Korhonen, L. 1995. Hoitotyön käsikirja. Kirjayhtymä, Helsinki.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY, Helsinki.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Helsinki.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Sanoma Pro Oy, Turku.

Munnukka, T. & Aalto, P. 2002. Minun hoitajani: näkökulmia omahoitajuuteen. Tammi, Helsinki.

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Vammalan kirjapaino Oy, Vammala.

Repo, H., Hupli, M., Salminen, L., Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. 2014. Eettisiä kysymyksiä hoitotyössä ja terveydenhuollossa -katsaus hoitotieteellisiin opinnäytetutkimuksiin. Turun yliopistossa. Tutkimuksia ja raportteja, Turku.

Stolt, M., Axelin, M. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisu. Tutkimuksia ja raportteja, Turku.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.

Voutilainen, P. & Laaksonen, K. 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö askel eteenpäin. Kirjayhtymä, Helsinki.

## Sähköiset

Aineistonhallinta. 2019. Helsingin yliopisto. Viitattu 16.08.2019 <https://www.helsinki.fi/fi/tutkimus/tutkimusymparisto/aineistonhallinta#section-71596>

Hjerppe, M. 2008. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen omahoitajien arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen Yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Tampere. Viitattu 27.3.2018 <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80430/gradu03423.pdf?sequence=1>

Hyssälä, L. 2005. Ministeri Hyssälä hoidon saatavuuden parantamisesta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 15.05.2018 [https://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/ministeri-hyssala-hoidon-saatavuuden-parantamisesta](https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/ministeri-hyssala-hoidon-saatavuuden-parantamisesta)

Koivuselkä, J. 2007. Osastonhoitajan tehtävät ja yksilövastuinen hoitotyö. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 19.7.2019 <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/78212/gradu01979.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Koppa. 2015. Laadullinen tutkimus. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 01.02.2018 <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex. Viitattu 15.08.2019 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilaan%20asema%20ja%20oikeus#highlight2>

Leinonen, E. 2014. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kansainvälisesti tutkimuksesta. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 15.05.2018 <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/43690/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201406122009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Merkel, T. 2011. Hoitotyön työnjako ja työn sisältö Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksen sairaaloiden vuodeosastoilla. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 19.7.2019 [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120011/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120011.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120011/urn_nbn_fi_uef-20120011.pdf)

Nyman, A. 2006. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 19.7.2019 <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93490/gradu01126.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Viitattu 19.7.2019 [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1078-2/urn\\_isbn\\_978-951-27-1078-2.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1078-2/urn_isbn_978-951-27-1078-2.pdf)

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasan yliopisto. Viitattu 14.5.2018 [https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

TENK. 2018. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 14.5.2018 <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Tietokantojen oppaat: Ebsco. Oulun yliopisto. Viitattu 15.05.2018 <http://libguides oulu.fi/c.php?g=58666&p=377164>

## Kuviot

Kuvio 1: Yksilävastuisen hoitotyön määritelmä (Hegyvary 1991, 17.) .....	12
Kuvio 2: Analyysi vaihe vaiheelta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). .....	18
Kuvio 3: Työn organisointi .....	19
Kuvio 4: Kokonaisvaltainen hoito .....	19

## Taulukot

Taulukko 1: Opinnäytetyössä käytettäviä tietokantoja .....	15
Taulukko 2: Tutkimuksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit .....	16
Taulukko 3: Systemaattinen aineiston keruu .....	16
Taulukko 4: Systemaattinen aineiston keruu .....	17

## Liitteet

Liite 1: Ensimmäinen liite .....	30
----------------------------------	----

## Liite 1: Ensimmäinen liite

Tekijä ja vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen tavoite	Keskeiset tulokset
Gynther, M. 2011	Tehokas tiimityö ja sen edellytykset. Haastattelututkimus kotisairaanhoidossa. Pro-gradu - tutkielma.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kotihoidon tiimityön tehokkuutta ja sitä parantavia ja heikentäviä tekijöitä.	Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tutkimusta terveysalan muuttuneesta toimintaympäristöstä ja lisätä tietoa työelämän uusista vaatimuksista kotihoidossa.	Tutkimuksessa todettiin tiimityön olleen hyvä toimintamalli kotihoidossa. Kotihoidon tehokkuutta ja toimivuutta tulee tehostaa, sillä suuret ikäluokat tulevat tarvitsemaan kotihoidon palveluita enenevässä määrin. Työntekijöiden työhyvinvointiin tulee kiinnittää huomiota myös jatkoa ajatellen, jotta kotihoidossa tiimityö toimii ja työntekijöiden pysyvyys voidaan taata. Sairaanhoidajat kokivat olevansa yksin työssään ja näin ollen kokevat tarvitsevansa enemmän kollegiaalista tukea.
Munnukka, T. 1993	Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Väitöskirja	Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata ja arvioida kuinka tehtäväkeskeisestä hoitotyöstä siirrytään yksilövastuiseen hoitotyöhön, kuinka	Tutkimuksen tavoitteena on käydä läpi siirtymää tehtäväkeskeisestä hoitotyöstä ja saada yksilövastuiseen hoitotyönmalli käyttöön.	Tutkimuksen tulokset tukivat ajatusta yksilövastuiseen hoitotyön sopivuutta yliopistolliseen sairaalaan. Siirtymistä yksilövastuiseen hoitotyöhön voidaan edistää yhteisillä tavoitteilla ja

		hoito-työ muuttuu ja verrata yksilövastuisen- ja tehtäväkeskeisen hoitotyön rakenteita, prosesseja ja tuloksia yliopistolaisen sairaalan kahdella tutkimus- ja kahdella vertailuosastolla		koulutuksen ja työohjauksen avulla. Yksilövastuisella hoitotyöllä voidaan edistää potilaiden terveyttä ja hyvinvointia, jos omahoitajuus suhde on sellainen, jossa potilas voi saada turvaa omahoitajaltaan.
Hjerppe, M. 2008	Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen omahoitajien arvioimana. Pro gradu -tutkielma	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuinka omahoitajat tuottavat yksilövastuista hoitotyötä sekä kuinka omahoitajat arvioivat yksilövastuisen hoitotyön edellytyksiä. Lisäksi selvittää miten omahoitajat kokevat tarvitsevänsä tukea yksilövastuisen hoitotyön tuottamisessa.	Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa yksilövastuisen hoitotyön mallista, millaisia edistäviä ja estäviä tekijöitä omahoitajat kokivat.	Tutkimuksen keskeisiä tuloksia oli, että omahoitajat tuloksivat käyttävänsä yksilövastuista hoitotyötä tai ainakin pyrkivät tähän. Edistävinä tekijöinä koettiin mm kollegiaalisuus, esimiehen tuki, hyvät resurssit, myönteinen kokemus ja palaute. Estävinä tekijöinä koettiin mm ammattitaidottomuus, puutteellinen yhteistyö, epäsäännöllisyys työvuoroissa, puutteelliset työvälineet sekä kielteiset asenteet.  Yksilövastuista hoitotyön toteuttamista

				tuki esimiehen tuki, kollegiaalisuus sekä koulutukset.
<b>Koivuselkä, J. 2007</b>	Osastonhoitajan tehtävät ja yksilövastuinen hoitotyö. Pro gradu -tutkielma	Tutkimuksen tarkoituksena oli hahmottaa, mitkä ovat osastonhoitajan tehtävät yksilövastuisessa hoitotyössä hoitohenkilökunnan ja lähiesimiesten perspektiivistä. Sekä lisäksi kuinka osastonhoitaja voi menettelytavallaan vahvistaa omahoitajuutta ja missä tarvitaan lisäkoulutuksia.	Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa osastonhoitajien tehtävistä, koulutustarpeista sekä odotuksista.	Tutkimuksen keskeisiä tuloksia oli, että osastonhoitajien tärkeimpiä tehtäviä oli tiedottaminen, keskusteluiden ylläpitäminen, tiedottaminen sekä vastuunkanto työympäristä. Vähemmän tärkeitä pidettäviä tehtäviä oli tutkimusmyönteisyys, hoitotyöhön osallistuminen sekä vastuunotto omahoitajuuden toteutumisesta. Osastonhoitajat voivat tukea hoitohenkilökunnan mukaan omahoitajuutta mm henkilöstöhallinnalla etenkin henkilöstöresurssit ja aidolla läsnäololla. Osastonhoitajat/lähiesimiehet kokivat tarvitsevansa lisäkoulutuksia.
<b>Merkel, T. 2011</b>	Hoitotyön työnjako ja työn sisältö Helsingin terveyskeskusten sairaaloiden vuodeosastoilla. Pro gradu -tutkielma.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Helsingin terveyskeskuksen sairaaloiden vuodeosastojen tehtävien ja	Tavoitteena on parantaa terveydenhuollon palveluita hoitotyöntekijöiden ja asiantuntemuksen ja osaamisen kehittyessä.	Hoitotyöntekijät kokivat, ettei aika riitä tehtävien hoitamiseen ja työnjakoon tulisi näin ollen kiinnittää enemmän huomiota. Työtehtävät jakautuivat usein päällekkäin,



		tukipalvelujen määrää ja sisältöä. Sekä selvittää millaisia kehittämisen kohteita hoitotyöntekijät huomavat työn sisällössä, työnjaoissa ja vuodeosastojen tehtävien organisoinnissa		jolloin se kuormitti työntekijöiden voimavaroja ja aikaa. Potilaan tilaan vaikuttavista tehtävistä hoitotyöntekijät kokivat suoriutuneensa kuitenkin hyvin kiireestä riippumatta.
<b>Nyman, A. 2006</b>	Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana. Pro gradu -tutkielma	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten yksilövastuisen hoitotyön peruseriaatteet toteutui potilaan mielestä. Lisäksi tutkimuksessa arvioidaan, kuinka tärkeänä potilaat pitävät yksilövastuisen hoitotyön toteutumista.	Tavoitteena on parantaa terveydenhuollon palveluita hoitotyöntekijöiden ja asiantuntemuksen ja osaamisen kehittyessä.	Hoitotyöntekijät kokivat, ettei aika riitä tehtävien hoitamiseen ja työnjakoon tulisi näin ollen kiinnittää enemmän huomiota. Työtehtävät jakautuivat usein päällekkäin, jolloin se kuormitti työntekijöiden voimavaroja ja aikaa. Potilaan tilaan vaikuttavista tehtävistä hoitotyöntekijät kokivat suoriutuneensa kuitenkin hyvin kiireestä riippumatta.
<b>Peltonen, E. 2009</b>	Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamallien	Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella perusterveydenhuollossa tapahtuvaa vastaanottotoimintaa	Tutkimuksen tavoitteena oli saada luotua toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaan.	Tutkimuksen keskeisiä tuloksia oli, että työpariterveyskeskuksissa asiakkaat pääsivät kiireettömässä asioissa nopeammin vastaanotolle kuin

	leina perusterveydenhuollossa. Väitöskirja.	asiakkaiden ja hoitotyöntekijöiden arvion avulla.  Lisäksi selvitellään lääkäreiden ja hoitajien tiimi- ja työparityöskentelyä.		työpariterveyskeskuksessa, lisäkoulutusta ammattitaidon ylläpitämiseen kaivattiin molemmissa terveyskeskuksissa, terveyskeskuksissa oli erilaisia näkemuseroja, kuinka hoitaa pitkäaikaissairaita lisäksi asiakkaat kokivat saamansa palvelun luotettavana.
<b>Eloranta, S., Katajisto, J. &amp; Leino-Kilpi, H. 2014.</b>	Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? Hoitotiede-lehti	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitotyöntekijöiden tuottamaa potilaslähtöistä ohjausta sekä arvioida millaisia muutoksia viime vuosina on saatu.	Tutkimuksen tavoitteena oli saada verrannollista tietoa potilasohjauksesta ja sen kehittämisestä.	Tutkimuksen keskeisimpiä tuloksia oli, että hoitohenkilökunta arvioi potilasohjaustaitonsa yleisvaikutelmalta paremmiksi vuonna 2010 kuin vuonna 2001. Suurimpia eroavaisuuksia oli, että vuonna 2001 käytettiin enemmän eri potilasohjausmenetelmiä kuin vuonna 2010, toisaalta taas potilasohjaus osaamista pidettiin korkeampana vuonna 2010 kuin vuonna 2001.