



Omahoitajuuden toteutuminen vuodeosastolla

Janne Mäyränpää

Otto Plym

Tarja Vuorela

OPINNÄYTETYÖ
Syyskuu 2019

Sairaanhoitajakoulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

MÄYRÄNPÄÄ, JANNE & PLYM, OTTO & VUORELA, TARJA:
Omahoitajuuden toteutuminen vuodeosastolla

Opinnäytetyö 45 sivua, joista liitteitä 3 sivua
Syyskuu 2019

Yksilövastuisen hoitotyön keskeisiä periaatteita ovat potilaskeskeisyys, kokonaisvaltaisuus, vastuullisuus, jatkuvuus, koordinointi ja autonomia. Yksilövastuisessa hoitotyössä yksi hoitaja on vastuussa potilaasta kokonaisvaltaisesti sen sijaan, että monta hoitajaa tekisi potilaalle yksittäisiä hoidollisia toimenpiteitä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää omahoitajuuden toteutumista hoitajien näkökulmasta eräällä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaalan vuodeosastolla sekä tuoda esille omahoitajuuden toteutumiseen liittyviä tekijöitä. Työn tehtävinä oli selvittää, miten hoitajat käsittävät omahoitajuuden, mitkä asiat edesauttavat omahoitajuuden toteutumista vuodeosastolla ja mitkä asiat nähdään esteeksi omahoitajuuden toteutumiselle hoitajien näkökulmasta. Tavoitteena oli tuoda näkyväksi vuodeosaston hoitajien käsityksiä omahoitajuuden toteutumiseen liittyvistä tekijöistä ja näiden avulla edelleen vahvistaa omahoitajuutta osastolla. Hoitajien näkemyksiä omahoitajuudesta kerättiin kirjallisella kyselyllä, jonka vastaukset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Kyselyn perusteella yli puolet hoitajista koki omahoitajuuden toteutuvan. Vastauksien analyysin perusteella voidaan osoittaa, että hoitajat käsittävät omahoitajuuden kuten yksilövastuinen hoitotyö kirjallisuudessa yleisesti määritellään. Tuloksista ilmeni, että omahoitajuuden toteutumiseen liittyvät keskeisimmät tekijät ovat, riittämättömät resurssit, lyhyet hoitajaksot, työnjako, lisäkoulutuksen puute, osaston ohjeistukset ja yhteistyö hoitajien sekä hoitajien ja potilaiden välillä.

Jatkossa kannattaisi tutkia tarkemmin yksittäisiä omahoitajuuden toteutumista estäviä tekijöitä. Miten potilastyön kuormittavuutta mitataan ja säädelläänkö resursseja sen mukaan. Miten työnjakoa voisi edelleen kehittää ja siten työn kuormittavuutta edelleen vähentää. Minkälaisesta lisäkoulutuksesta hoitajat hyötyisivät ja millä tavoin omahoitajuutta tulisi työyhteisössä käsitellä ja esimiehen suunnalta tukea.

Asiasanat: yksilövastuinen hoitotyö, omahoitajuus

ABSTRACT

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

MÄYRÄNPÄÄ, JANNE & PLYM, OTTO & VUORELA, TARJA:
Implementation of primary nursing in hospital ward

Bachelor's thesis 45 pages, appendices 3 pages
September 2019

The purpose of this study was to find out how, primary nursing is being realized in one of the hospital wards in the district of the Tampere university hospital. In addition, the purpose was also to find out what are the factors that contribute to the realization of primary nursing and what are the factors that prevent it from happening.

The data was collected through questionnaires. Answering to these questionnaires was voluntary. The study was conducted with a qualitative approach and was analyzed by using qualitative content analysis.

Based on these questionnaires and their results, more than half of the nurses experienced primary nursing come true. Results show that nurses experience primary nursing as it is shown in literature. Results also show that for example, inadequate resources, short treatment periods, ward's instructions and co-operation between nurses and patients are the related factors in the realization of primary nursing.

Further studies on the subject, for example a qualitative study involving nursing staff, could yield important and interesting information on, and provide a better understanding of the factors that are preventing the realization of primary nursing.

Key words: primary nursing, primary nurse

SISÄLLYS

| | | |
|---|--|----|
| 1 | JOHDANTO | 6 |
| 2 | TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET | 7 |
| 3 | YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ JA OMAHOITAJUUS | 8 |
| | 3.1 Yksilövastuinen hoitotyö..... | 8 |
| | 3.2 Ihmiskäsitys yksilövastuisessa hoitotyössä..... | 10 |
| | 3.3 Omahoitajuuden malleja | 11 |
| | 3.4 Vuodeosaston malli omahoitajuudelle | 11 |
| 4 | MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT | 13 |
| | 4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä | 13 |
| | 4.2 Aineiston kerääminen..... | 13 |
| | 4.3 Aineiston analysointi | 14 |
| 5 | TULOKSET | 17 |
| | 5.1 Taustakysymyksien tulokset | 17 |
| | 5.2 Hoitajien käsitys omahoitajuudesta | 17 |
| | 5.2.1 Omahoitajuus on hoidon koordinointia | 18 |
| | 5.2.2 Omahoitajuus merkitsee kokonaisvaltaisuutta..... | 18 |
| | 5.2.3 Omahoitajuutta tukee pitkä hoitosuhde | 19 |
| | 5.2.4 Omahoitajuus merkitsee potilaskeskeisyyttä | 19 |
| | 5.2.5 Omahoitajuus on tiedon välittämistä..... | 20 |
| | 5.2.6 Omahoitajuus merkitsee vastuullisuutta | 20 |
| | 5.2.7 Omahoitajuus on vuorokohtaista | 21 |
| | 5.2.8 Omahoitajuus on myös yhteistyötä..... | 21 |
| | 5.3 Omahoitajuuden toteutumiseen liittyvät tekijät | 22 |
| | 5.3.1 Asenne | 23 |
| | 5.3.2 Esimies..... | 24 |
| | 5.3.3 Hoitosuhteen kesto..... | 24 |
| | 5.3.4 Suunnitelmallisuus..... | 25 |
| | 5.3.5 Tieto | 25 |
| | 5.3.6 Työkuorma | 26 |
| | 5.3.7 Yhteistyö..... | 27 |
| 6 | POHDINTA | 29 |
| | 6.1 Tulosten tarkastelu ja pohdinta | 29 |
| | 6.1.1 Hoitajien käsitys omahoitajuudesta | 29 |
| | 6.1.2 Omahoitajuuden toteutumiseen liittyvät tekijät | 33 |
| | 6.2 Opinnäytetyön luotettavuus..... | 35 |
| | 6.2.1 Tiedonhaku..... | 37 |

| | |
|--|----|
| 6.3 Eettiset kysymykset..... | 38 |
| 6.4 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet | 40 |
| LÄHTEET | 41 |
| LIITTEET | 43 |
| Liite 1. Kysely hoitajille | 43 |
| Liite 2. Esimerkki sisällönanalyysistä | 45 |

1 JOHDANTO

Yksilövastuisen hoitotyön ja omahoitajuuden toteuttamisen tehtävinä on mahdollistaa potilaan mahdollisimman ajantasainen ja laadultaan korkeatasoinen hoito. Potilaan mahdollisuudet osallistua omaan hoitoonsa ja päätöksentekoon omaa hoitoaan koskevista asioista toteutuvat yksilövastuisen hoitotyön myötä. Omahoitaja toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä niin, että tavoitteet ja periaatteet potilaslähtöisestä hoitotyöstä toteutuvat käytännössä. Hoitotyön mielekkyys on lisääntynyt hoitotyöntekijän näkökulmasta tehtävänkuvan ja vastuun laajenemisen myötä. Potilas käsitetään oman hoitonsa subjektiksi, joka osallistuu koko hoitajaksonsa ajan aktiivisesti hoitoaan koskeviin päätöksiin. Potilas nähdään yksilöllisenä hoidon saajana, jolle mahdollistetaan kokonaisvaltainen hoito. Omahoitaja työskentelee yhdessä omapotilaansa kanssa parhaalla mahdollisella terveyttä edistävällä tavalla. Omahoitajalta vaaditaan työtehtäviensä suorittamiseen pätevyyttä, valtuuksia, itsenäisyyttä ja vastuullisuutta. Omahoitaja on toiminnastaan vastuullinen sekä potilaalle että hänen perheelleen, työkaaveilleen sekä organisaatiolle, jossa työskentelee. Organisaation tehtävänä on antaa mahdollisuudet, tukea ja resursseja omahoitajuuden toteuttamiseen. Näiden kolmen elementin hyvästä yhteistyöstä syntyy laadukas perusta hoitotyölle. (Munnukka & Aalto 2002, 39-40.)

Tämä opinnäytetyö selvittää omahoitajuuden toteutumista vuodeosastolla. Vuonna 2013 erään Pirkanmaalaisen sairaalan vuodeosastolla aloitettiin projekti tehtäväkeskeisestä hoitotyönmallista omahoitajamalliin siirtymiseksi. Muutoksesta tehtiin kirjallinen suunnitelma, jota lähdettiin toteuttamaan 2014. Sittemmin vuodeosasto on liitetty yhteen toisen vuodeosaston kanssa. Toiminnot säilyvät fyysisesti kahdessa eri siivessä, näissä on myös eri henkilökunta osastonhoitajaa lukuun ottamatta.

Omahoitajamalliin siirtyminen ja osastojen yhdistyminen ovat tuoneet mukanaan suuria muutoksia osastojen toimintaan, omahoitajamallin toteuttaminen on koettu osin haastavaksi, eikä se kaikilta osin toteudu tällä hetkellä. Opinnäytetyössä on tarkoitus tarkastella vuodeosaston hoitohenkilökunnan käsityksiä omahoitajuudesta sekä kokemuksia ja näkemyksiä omahoitajuuden toteutumisesta.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää omahoitajuuden toteutumista vuodeosastolla hoitajien näkökulmasta ja tuoda esille omahoitajuuden toteutumiseen liittyviä tekijöitä.

Opinnäytetyön tehtävinä on selvittää:

- Miten hoitajat käsittävät omahoitajuuden?
- Mitkä asiat edesauttavat omahoitajuuden toteutumista vuodeosastolla hoitajien näkökulmasta?
- Mitkä asiat nähdään esteeksi omahoitajuuden toteutumiselle vuodeosastolla hoitajien näkökulmasta?

Työn tavoitteena on tuoda näkyväksi vuodeosaston hoitajien käsityksiä omahoitajuuden toteutumiseen liittyvistä tekijöistä, ja näiden avulla edelleen vahvistaa omahoitajuutta osastolla.

3 YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ JA OMAHOITAJUUS

3.1 Yksilövastuinen hoitotyö

Omahoitajakäytäntö, primary nursing, syntyi Yhdysvalloissa 1960-luvun lopulla vastaamaan tarpeeseen hoitaa potilaita yksilöllisemmin ja kokonaisvaltaisemmin. Ennen omahoitajakäytäntöä hoitotyössä olivat vallalla tehtäväkeskeinen ja ryhmätyönjakomalli, joissa potilaskeskeisyys, potilaan auttaminen kokonaisvaltaisesti ja potilaan hoitaminen eivät toteutuneet halutulla tavalla. (Harkila 1991, 2.)

Yksilövastuinen hoitotyö nähdään sekä hoitotyön filosofiana että organisaatiomallina. Hoitotyön filosofiassa korostuu hoitajan ja potilaan välinen yhteistyösuhde, johon hoitaja tuo mukanaan oman ammatillisuutensa ja potilas oman elämänsä asiantuntijuuden. Yhteistyösuhteessa hoitaja ja potilas ovat tasa-arvoisessa suhteessa toisiinsa nähden ja vuorovaikutuksen avulla hoitaja ja potilas oppivat tuntemaan toisensa. Vuorovaikutussuhteessa on tärkeää, että potilas tuntee itsensä yksilölliseksi, ainutlaatuiseksi, tärkeäksi ja saada potilaalle aikaan tunne, että hänestä välitetään ja pidetään huolta. Ihmisen yksilöllisyyden periaate ei toteudu ilman yksilövastuisen hoitotyön filosofiaa. (Munnukka 1993, 1; Munnukka & Aalto 2002; Harkila 1991, 4-5; Kiikkala 1985,13; Pukuri 1997, 6.)

Yksilövastuisen hoitotyön organisaatiomallissa perusajatuksena on, että sama hoitaja vastaa saman potilaan hoitotyöstä sairaalaan tulosta sairaalasta lähtöön saakka. Hoitajasta käytetään nimitystä omahoitaja, joka nimetään potilaalle hänen tullessaan sairaalaan. Omahoitaja vastaa työvuoronsa aikana potilaansa kaikista hoitotoimista ja potilaan hoitoon liittyvistä asioista, hoitotyön ollessa näin kokonaisvaltaista. Jos omahoitaja on poissa töistä siirtää hän vastuun toiselle, häntä korvaavalle hoitajalle. Korvaava hoitaja toteuttaa hoitotyötä omahoitajuuden periaatteiden mukaisesti. (Pukuri 1997, 6-7; Munnukka 1993, 1; Kiikkala 1985, 9-11; Hegyvary 1987, 17-18.)

Hegyvaryn mukaan yksilövastuinen hoitotyö sisältää neljä peruspiirrettä, jotka ovat vastuullisuus, autonomia, koordinointi ja kattavuus. Vastuullisuus määritellään yhden sairaanhoitajan vastuuksi potilaan ympärivuorokautisesta hoidosta

koko hänen sairaalajaksonsa ajan. Autonomia määritellään sairaanhoitajan valtuuksilla tehdä omaan työhönsä koskevia päätöksiä itsenäisesti, niiltä osin, kun se lainsäädännöllisesti ja ammatillisesti on mahdollista. Koordinointi määritellään jatkuvana potilaan hoitotyönä vuorokauden ympäri. Hoidon jatkuvuus taataan potilaalle katkeamattomana vuoronvaihdosta tai muista keskeytyksistä huolimatta. Kattavuus määritellään työntekijöiden yhteisenä vastuuna potilaan kaikista hoidollisista toimenpiteistä oikea aikaisesti. (Hegyvary 1987, 17.)

Omahoitajan tehtäviin kuuluu asettaa hoidolliset tavoitteet, seurata niiden toteutumista ja arvioida niitä yhdessä potilaan kanssa, tätä kutsutaan hoitotyössä potilaskeskeisyydeksi. Potilaskeskeisessä hoitotyössä hoitaja ja potilas toimivat yhteisesti tasa-arvoisessa suhteessa potilaan terveyden edistämiseksi. Potilas osallistuu omaa hoitoaan koskevaan päätöksen tekoon ja on näin ollen vastuullinen omalta osaltaan vaikuttamaan myönteisesti omaan hoitoonsa. Potilaskeskeytyteen liittyy läheisesti ihmiskeskeytyys, jossa hoitajalta edellytetään potilaan empaattista kohtaamista. (Pohjanheimo 1995, 1.)

Omahoitajan vastuulla on, että hoidollisia tavoitteita seurataan ja niihin tehdään muutoksia, jos potilaan tilanteessa tapahtuu muutoksia. Omahoitajan vastuullisuuden kuuluu myös henkilökohtainen vastuu potilaalle ja hänen perheelleen, vastuullisuus toisille työntekijöille ja hänet palkanneelle organisaatiolle. Lisäksi hoitajalla on lainsäädännöllinen vastuu toteuttaessaan hoitotyötä. (Hegyvary 1987, 18.)

Omahoitaja koordinoi potilaansa hoitoa yhdessä muiden potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien kanssa, ollen potilaansa asianajaja. Potilaan hoidon koordinoinnissa keskeisenä asiana on potilasta hoitavien sairaanhoitajien yhtenäiset tiedot, hoitosuunnitelma ja yhteinen käsitys potilaan hoidosta, näin taataan potilaan hoidon jatkuvuus vuorosta toiseen. Omahoitaja on myös vastuussa potilaan jatkohoidon koordinoinnista, jolla taataan potilaan hoidon jatkuvuus siirryttäessä hoitopaikasta toiseen tai hänen kotiutuessaan sairaalasta. (Hegyvary 1987, 18.)

Omahoitajan itsenäisyys hoitotyössä näyttäytyy mahdollisuutena tehdä hoitotyötä koskevia päätöksiä itsenäisesti ammattinsa sallimissa rajoissa. Nämä yksilövastuisen hoitotyön ja organisaatiomallien piirteet takaavat potilaan yksilöllisen

hoidon ja potilaskeskeisyyden hoitotyössä, joita ilman yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus eivät voi toteutua. (Pukuri 1997, 6-7; Harkila 1991, 4; Munnukka & Aalto 2002, 24; Kiikkala 1985, 11; Hegyvary 1987, 18.)

3.2 Ihmiskäsitys yksilövastuisessa hoitotyössä.

Yksilövastuisessa hoitotyössä korostuu ihmiskäsitys, jossa ihminen nähdään kokonaisuutena, eikä pelkästään osiensa summana. Filosofi Lauri Rauhala on luonut käsitteen holistinen ihmiskäsitys, jossa korostuu hoitotyön kannalta ihmisen kokonaisvaltainen hoito potilaan ja hoitajan välillä dialogisuuden kautta. Dialogissa vähintään kaksi ihmistä tuo toisilleen tietäväksi maailmankuvansa, omia käsityksiään ja tärkeitä asioita. Tärkeää siinä on luoda asioista uusi yhteinen näkemys. Dialogissa myös reflektoidaan kriittisesti omia näkemyksiä asioista. (Munnukka & Aalto 2002, 9-10, 15, 22, 23.)

Rauhalan mukaan holistinen ihmiskäsitys sisältää kolme elementtiä, joita kutsutaan tajunnallisuudeksi, kehollisuudeksi ja situationaalisuudeksi. Tajunnallisuus ilmenee ihmisen tapana kokea asioita tai ilmiöitä mielensä kautta. Mieli synnyttää ihmisen tajuntaan asioista tai ilmiöistä merkityksiä. Mieli näyttäytyy ihmiselle tajunnallisuutena, jonka avulla hän tekee elämässään valintoja ja havainnoi itseään ja ympäristöään. Kehollisuus ilmenee ihmisessä aina konkreettisella tasolla. Kehollisuus koetaan elintoimintoina, toistensa tehtävien täydentäjinä, välittäjinä ja kontrolloijina. Konkreettisena esimerkkinä sydän pumppaa verta ja verenkierto välittää happea kehon eri osiin. Situationaalisuus ilmenee ihmisen ainutlaatuisena elämäntilanteena, joka näyttäytyy ihmisen olemisena suhteessa toisiin ihmisiin ja ympäristöön. Situationaalisuus syntyy ihmiselle osittain valitsemalla, osittain kohtalonomaisesti. Esimerkiksi ihminen voi valita omaan elinpiiriinsä vaikuttavista asioista, mutta ei geeniperimäänsä. Nämä kolme holistisen ihmiskäsityksen elementtiä ovat toisistaan riippuvaisia. Jos yhdessä elementissä tapahtuu poikkeavuutta tai ilmenee ongelmia, se heijastuu ihmisen koko olemukseen. (Rauhala 1989, 27, 29, 32-33; Munnukka ym. 2002, 16, 19-21; Kiikkala 1985, 12.)

“Rauhalan ihmiskäsitys vahvistaa yksilövastuisten hoitotyön ontologista perustaa”. (Munnukka ym. 2002, 26). Näin ollen holistinen ihmiskäsitys on merkityksellinen omahoitajuuden toteutumisen kannalta.

3.3 Omahoitajuuden malleja

Omahoitajuutta voidaan toteuttaa erilaisilla omahoitajuuden malleilla. Potilaskohteisessa omahoitajamallissa yksi hoitaja toimii potilaan omahoitajana potilaan osastolle saapumisesta potilaan uloskirjautumiseen saakka. Omahoitajan ollessa poissa töistä joku toinen hoitaja toimii hänen sijaisenaan. Käytännössä omahoitaja huolehtii lähinnä hoidon koordinoinnista ja jatkohoidon järjestelystä.

Vuorokohtaisessa omahoitajamallissa omahoitajuus toteutuu vuorokohtaisesti. Vaikka hoitajan ja potilaan välille ei välttämättä muodostu pitkäaikaista hoitosuhdetta, noudattaa omahoitajuus yksilövastuisten hoitotyön periaatteita. Ajatuksena on, että omahoitajuus kattaa kaikki yksilövastuisten hoitotyön osa-alueet vuorokohtaisuudesta huolimatta.

Modulaarisessa potilasjaon mallissa tietyille hoitajille on määritelty moduuli, eli huoneet, joista he ovat vastuussa aina töissä ollessaan. Hoitajat suorittavat moduuleissa kaikki hoitotyön toiminnot yksilövastuisten hoitotyön periaatteiden mukaisesti.

3.4 Vuodeosaston malli omahoitajuudelle

Opinnäytetyössä tarkasteltavalla vuodeosastolla omahoitajuus noudattaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin määritelmää omahoitajuudesta.

Hoitotyötä toteutetaan omahoitajaperiaatteiden mukaisesti, jolloin jokaisella potilaalla on oikeus omahoitajaan. Omahoitaja nimetään heti hoitojakson alussa koko hoitojakson ajaksi. Hän vastaa hoitotyön suunnittelusta ja osallistuu potilaan hoidon toteutukseen. Omahoitajan tehtävänä on myös vastata potilaan hoidon koordinoinnista sekä arvioida hoidon toteutumista ja vaikutuksia yhdessä hoitavan lääkärin, potilaan ja läheisten kanssa. Omahoitaja laatii hoitojakson

päätyessä yhdessä potilaan kanssa hoitotyön yhteenvedon. Omahoitajana toimiminen edistää hoitajan mahdollisuuksia tutustua potilaaseen, läheiseen sekä heidän yksilölliseen elämäntilanteeseensa. Omahoitajuus ei merkitse yksin työskentelyä vaan tiivistä yhteistyötä ja vuorovaikutusta muiden potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa. Omahoitajan poissa ollessa potilaan hoidon etene- misestä vastaavat työvuorokohtaisesti nimetyt hoitajat, jotka toteut- tavat omahoitajan laatimaa kirjallista hoitotyön suunnitelmaa.

Joillain osastoilla, joissa hoitoajat ovat vain muutaman päivän, on omahoitajamalli korvattu työvuorokohtaisesti nimetyllä hoitajalla. Tällöin jokaisella potilaalla on koko ajan nimetty hoitaja, mutta hoi- taja vaihtuu työvuorojen vaihtuessa. Työvuorokohtaisesti nimetty hoitaja vastaa potilaan hoidon suunnittelusta, toteutuksesta, koordi- noinnista ja arvioinnista työvuoronsa aikana. Hän vastaa myös yh- teistyöstä omaisten kanssa. Potilaan kotiuttamiseen osallistuva hoi- taja laatii hoitojakson päättyessä yhdessä potilaan kanssa hoitotyön yhteenvedon.

Malli seuraa yksilövastuisen hoitotyön periaatteita, mutta omahoitajuutta toteu- tetaan vuorokohtaisesti.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmää valittaessa ensisijaisesti lähdetään liikkeelle siitä, mitä tutkittavasta asiasta halutaan tietää ja mikä menettely siihen parhaiten sopii. Ihmistieteissä, kuten hoitotieteessä, käytetään sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia menetelmiä. (Hirsjärvi ym. 2015, 137; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 53-54.)

Opinnäytetyön menetelmä on kvalitatiivinen, eli laadullinen menetelmä. Laadullisella tutkimuksella yleensä selvitetään esimerkiksi tutkittavien kokemuksia, näkemyksiä tai käsityksiä tutkittavasta asiasta, kuvataan todellista elämää ja sieltä nousevia tosiasioita. Laadullista tutkimusta hyödynnetään silloin kun yritetään löytää tietoa aiheesta, josta sitä ei vielä ole tai löytää jo tutkitusta aiheesta uusia näkökulmia. (Hirsjärvi ym. 2015, 161; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65-66.)

Laadullisen menetelmän tavoitteena on ymmärtää tutkimuksen tiedonantajien näkemystä tutkittavaan ilmiöön, tässä työssä hoitajien näkemystä omahoitajuudesta ja sen toteutumisesta vuodeosastolla. Tyypillisesti laadullisessa tutkimuksessa halutaan nostaa esiin tiedonantajien eli tässä tapauksessa hoitajien kokemuksia omahoitajuuden toteutumisesta sekä käsityksiä mitä omahoitajuus tarkoittaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65-66.)

4.2 Aineiston kerääminen

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa kerätään yleensä joko havainnoimalla tai haastattelemalla. Havainnointia voidaan luokitella edelleen eri osa-alueisiin, samoin haastattelua. Haastattelua voidaan lukumäärän perusteella luokitella joko yksilö-, pari- tai ryhmähaastatteluun ja haastattelurungon perusteella strukturoituun, avoimeen tai teemahaastatteluun. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen

2013, 121-126.) Kysely on myös eräs tapa kerätä aineistoa (Hirsjärvi ym. 2015, 193).

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselylomakkeella (Liite 1.). Vaihtoehtoina olisi voinut olla myös haastattelu ja ryhmähaastattelu, kyselylomakkeella ajateltiin kuitenkin saatavan mahdollisimman laaja aineisto lyhyessä ajassa. Kyselylomakkeessa oli viisi kysymystä, näistä kahdella kerättiin taustatietoa ja kolmella avoimella kysymyksellä kokemuksia ja näkemyksiä omahoitajuuden toteutumisesta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Lisäksi ensimmäisen avoimen kysymyksen osana pyydettiin kertomaan, toteutuuko omahoitajuus omalla kohdalla tällä hetkellä, tämä kysymys on analysoitu määrällisesti.

Kysymykset muodostuivat opinnäytetyön tekijöiden oman pohdinnan tuloksena, haluttiin saada mahdollisimman laajoja ja kuvaavia vastauksia omahoitajuutta edistäviin ja estäviin tekijöihin sekä siihen, miten hoitajat omahoitajuuden käsittävät. Taustakysymyksillä haluttiin selvittää, saadaanko vastauksia molemmista siivistä sekä onko työntekijän palvelusvuosilla vaikutuksia vastauksiin. Taustakysymyksillä ei ole vaikutusta opinnäytetyön tuloksiin.

Kyselylomakkeet jätettiin osaston taukhuoneisiin saatekirjeen kera, sekä suljettu palautelaatikko, johon vastaukset oli mahdollista jättää anonyymisti. Opinnäytetyötä oli määrä esitellä osastotunnilla ennen kyselyn julkistamista, mutta tämä jäi pois aikataulullisista syistä. Vastausaikaa hoitajille annettiin kolme viikkoa. Vastauksia saatiin kaikkiaan 26 kappaletta ja ne sisälsivät tekstiä seitsemän A4 arkin verran rivivälin ollessa 1 ja fontin koko 12.

4.3 Aineiston analysointi

Laadullisessa tutkimuksessa kerätyn aineiston analyysi ja tutkimustulosten muodostaminen on haasteellisin osa tutkimusta. Analyysi saa osakseen kritiikkiä sen näkymättömyyden ja epäselvyyksien vuoksi, sekä minkälaisen prosessin tuloksena tutkimuksen päätelmät ovat muodostuneet. Perusanalyysimenetelmänä laadullisessa tutkimuksessa käytetään sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi jae-

taan hoitotieteessä enemmän käytössä olevaan induktiiviseen eli aineistolähtöiseen sekä deduktiiviseen eli teorialähtöiseen analyysiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163, 167.) Opinnäytetyön menetelmänä on aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi. Työn menetelmäksi muodostui aineistolähtöinen sisällönanalyysi, koska haluttiin saada hoitajien näkökulmia omahoitajuuden toteutumiseen yhteydessä olevista asioista esiin heidän vastaustensa kautta, ilman aiempaan tietoon pohjautuvaa analyysirunkoa (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7). Ajatuksena oli, että tällä tavalla saataisiin rehellisempää ja rikkaampaa aineistoa vastaamaan opinnäytetyön kysymyksiin.

Sisällönanalyysi lähtee usein liikkeelle aineiston puhtaaksikirjoittamisesta. Tällöin puhutaan litteroinnista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163.) Jos tutkimusaiheesta ei ole aiempaa tietoa, on perusteltua käyttää induktiivista, eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Opinnäytetyön aihetta ei ole tässä nimenomaisessa ympäristössä aiemmin tutkittu. Teoreettinen kokonaisuus tulisi muodostaa niin, ettei aiempi teoria tai olemassa oleva tieto ohjaile analyysiä, vaan raportointi lähtee aineistosta käsin. Induktiivisen analyysin vaiheet voidaan jakaa pelkistämiseen, ryhmittelyyn ja abstrahointiin. Tutkimustehtävät ja ongelma määrittelee kategoriointia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.)

Prosessin helpottamiseksi, aineiston analysointi aloitettiin siirtämällä kyselylomakkeiden vastaukset sähköiseen muotoon. Tämän jälkeen aineistosta etsittiin vastauksia opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin, ja ne pelkistettiin sanoja lisäämättä tai asiasisältöä muuttamatta. Pelkistykset ryhmiteltiin ja näitä yhdistelemällä muodostettiin kuvaavia alakategorioita. Abstrahointi eli aineiston käsitteellistäminen jatkui seuraavassa työvaiheessa yhdistelemällä alaluokkia kuvaaviksi yläkategorioiksi. Joistakin näistä pystyttiin edelleen muodostamaan yhdistäviä kategorioita. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-7.)

Liitteessä 2. esimerkki sisällönanalyysistä. Alkuperäisestä vastauksesta on muodostettu pelkistys, alakategoria ja tästä yhdistelemällä yläkategoria. Tulokset on kirjoitettu auki omassa kappaleessaan.

Kysymyksen "toteutuuko omahoitajuus omalla kohdallasi" vastaukset jaettiin kahteen luokkaan, "toteutuu" ja "ei toteudu tai toteutuu osittain". Jakauma esitetty tuloksissa numeerisesti.

Taustakysymykset analysoitiin erikseen, eikä niillä ole vaikutusta opinnäytetyön varsinaisiin tuloksiin. Työskentelyvuosista laskettiin keskiarvo ja mediaani, nämä esitetään tuloksissa. Vastaukset jaettiin ensin kahteen osaan sen perusteella, kummassa siivessä vastaaja työskentelee, näin varmistuimme, että olemme saaneet vastauksia molemmista siivistä. Sisällönanalyysin eri vaiheissa aineisto käsiteltiin yhtenäisenä.

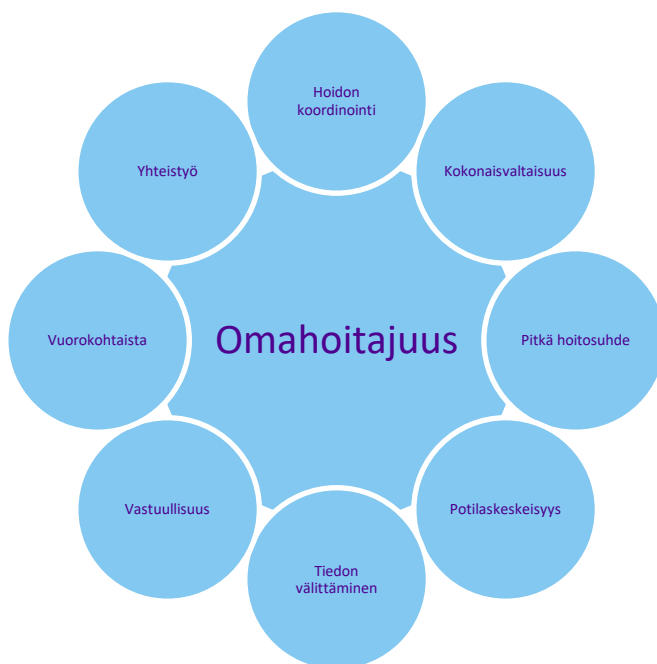
5 TULOKSET

5.1 Taustakysymyksien tulokset

Taustakysymyksissä tiedusteltiin osastoa, jolla hoitaja työskentelee sekä työvuosia osastolla. Vastauksien määrä ei jakaantunut tasaisesti osaston siipien välillä, vaan jakauma oli 1/3 vastaan 2/3. Kyselyyn vastanneet hoitajat olivat olleet töissä osastolla keskimäärin 9 vuotta, mediaani 6 vuotta.

5.2 Hoitajien käsitys omahoitajuudesta

Ensimmäisen kysymyksen osana pyydettiin mielipidettä siitä, kuinka omahoitajuus toteutuu tällä hetkellä. 15 vastaajaa 26:sta arvioi omahoitajuuden toteutuvan, 4 arvioi omahoitajuuden toteutuva osittain tai ei ollenkaan. 7 hoitajaa ei vastannut kysymykseen. Seuraava kysymys käsitteli omahoitajuutta, miten se käsitetään.



Kuvio 1 Omahoitajuus

Kuviossa 1 esitetty tekijät, joista omahoitajuus hoitajien vastauksien perusteella koostuu, tekijät esitelty jäljempänä tarkemmin.

5.2.1 Omahoitajuus on hoidon koordinointia

Oman potilaan hoidon koordinointi nousi esiin yhtenä omahoitajuuden elementtinä. Hoidon koordinointiin käsitetään kuuluvan kokonaiskuvan muodostaminen potilaasta, hoitotyön suunnittelu ja hoidon ja jatkohoidon järjestäminen. Hoidon suunnittelu sisältää hoitosuunnitelman tekemisen tulovaiheessa, sekä arvioinnin ja muokkaamisen tarpeen mukaan. Hoidon ja jatkohoidon järjestämiseen käsitetään kuuluvan myös mm. tutkimuksien ja verikokeiden järjestämisen. Lisäksi omahoitaja vastaa päivittäisestä kirjaamisesta ja tiedon jakamisesta.

| Yläluokka | Alaluokka |
|----------------------|---------------------------------|
| Hoidon koordinointia | Hoidon koordinointi |
| | Hoitosuunnitelman ylläpito |
| | Jatkohoidon järjestäminen |
| | Kokonaiskuva yhdellä hoitajalla |
| | Tiedon jakaminen ja kirjaaminen |

“Omahoitaja tietää potilaan asioista kaiken hoidon kannalta merkittävän ja vastaa jatkohoidon järjestämisestä lääkärin ohjeiden mukaisesti.”

5.2.2 Omahoitajuus merkitsee kokonaisvaltaisuutta

Kokonaisvaltaisuus potilaan omahoitajana käsittää potilaan huomioimisen kokonaisuutena, ottaen huomioon myös läheiset. Kokonaisvaltainen hoito pitää sisällään mm. lääkehoidon, puhtauden, ravitsemuksen, jatkohoitoasiat potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Hoito ei ole tehtäväkeskeistä, useamman hoitajan tekemiä yksittäisiä hoitotoimia, vaan potilaalla on pääasiassa yksi hoitaja työvuoron ajan, joka vastaa niin lääkehoidosta kuin perushoidosta sekä hoidon suunnittelusta. Hoitaja huolehtii sekä potilaan asioista että hoidon tarpeista.

| Yläluokka | Alaluokka |
|----------------------|------------------------------|
| Kokonaisvaltaisuutta | Kokonaisvaltaista hoitamista |
| | Ei tehtäväkeskeistä |

“Omahoitajana on myös tärkeää huomioida läheiset, heidän jaksaminen, tiedon saanti.”

5.2.3 Omahoitajuutta tukee pitkä hoitosuhde

Vastauksissa omahoitajuuteen liittyy ajatus mahdollisimman pitkästä hoitosuhteesta. Pidemmän hoitosuhteen koetaan edistävän omahoitajuuden toteutumista. Aina kun vain on mahdollista, pyritään jatkamaan samoilla potilailla ja potilashuoneilla. Esimerkiksi, hoitaja joka iltavuorossa on hoitanut potilasta, saisi seuraavana päivänä aamuvuorossa jatkaa saman potilaan kanssa. Pidempi hoitosuhde helpottaa hoidon arviointia ja voinnin seuranta.

| Yläluokka | Alaluokka |
|------------------|-------------------------------------|
| Pitkä hoitosuhde | Samojen potilaiden hoitamista |
| | Samojen potilashuoneiden hoitamista |

“Mahdollisuuksien ja työvuorojen mukaan hoitosuhde pyritään jatkamaan niin, että hoidat samoja potilaita useamman vuoron.”

5.2.4 Omahoitajuus merkitsee potilaskeskeisyyttä

Omahoitaja kuvataan potilaan asioiden ajajaksi, joka pitää potilaan puolia ja puhuu hänen puolestaan. Omahoitaja on perillä potilaan tilanteesta ja tietää hoidon kannalta merkittävät asiat. Omahoitaja huomioi potilaan yksilöllisesti ja hoito on potilaaseen keskittyvää. Omahoitaja perehtyy potilaaseen haastatteleamalla potilasta ja hänen läheisiään.

| Yläluokka | Alaluokka |
|---------------------|-----------------------------|
| Potilaskeskeisyyttä | Perehtymistä potilaaseen |
| | Potilaan asioiden ajaja |
| | Potilaskeskeistä hoitamista |

”Otetaan potilaan tarpeet yksilöllisesti huomioon”

5.2.5 Omahoitajuus on tiedon välittämistä

Tiedon välittäminen nousi vastauksissa yhdeksi omahoitajuuden osaksi. Tietoa välitetään potilaan lisäksi myös omaisille, sekä suullisesti että kirjallisesti. Vastauksista nousi myös esille tiedon esittäminen potilaalle ymmärrettävässä muodossa.

| Yläluokka | Alaluokka |
|---------------------|--------------------------------|
| Tiedon välittämistä | Tiedon välittäminen omaisille |
| | Tiedon välittäminen potilaalle |

”Omahoitaja perillä potilaan tilanteesta ja selvittää asiat potilaalle ymmärrettävässä muodossa.”

5.2.6 Omahoitajuus merkitsee vastuullisuutta

Vastauksien perusteella yksi omahoitajuuden peruspilareista on vastuu potilaan hoidosta. Yksi hoitaja on vastuussa potilaasta työvuoronsa ajan, vastuullisuus käsittää hoidolliset toimenpiteet ja hoidon suunnittelun potilaan kohdalla.

| Yläluokka | Alaluokka |
|-----------------|------------------------|
| Vastuullisuutta | Hoitovastuu potilaasta |
| | Vastaa lääkähoidosta |
| | Vastaa perushoidosta |

”Täyttää vastuuta oman/omien potilaiden huolehtimisesta. Hoitotoimet, lääkkeet, päivittäiset toimet (vessa, vaipat) ym.”

5.2.7 Omahoitajuus on vuorokohtaista

Vastauksissa omahoitajuus käsitetään vuorokohtaiseksi, hoitajat puhuvat sekä vuorokohtaisesta omahoitajuudesta että vuorokohtaisista omapotilaista. Muutamassa vastauksessa tuotiin kuitenkin esiin käsitys, että yksi hoitaja toimii omahoitajana koko hoitojakson ajan. Yleisesti vastauksissa vuorokohtainen omahoitajuus käsitetään siten, että pääasiassa yksi hoitaja on vastuussa potilaan hoidosta työvuoronsa ajan. Yksittäisessä vastauksessa vuorokohtainen omahoitajuus koetaan ei-pitkäjänteisenä.

| Yläluokka | Alaluokka |
|----------------|-------------------------------|
| Vuorokohtaista | Vuorokohtaista omahoitajuutta |
| | Vuorokohtaiset omapotilaat |

“Omahoitajuus tällä hetkellä vuorokohtaista, ei välttämättä pitkäjänteistä”

“Meille annetaan joka vuorossa omat potilaat, joita hoidamme sen vuoron.”

5.2.8 Omahoitajuus on myös yhteistyötä

Hoitajien vastauksissa omahoitajuus koetaan myös yhteistyönä. Vaikka jokaisella hoitajalla on omat potilaat, koettiin avun saaminen ja antaminen työyhteisössä tärkeäksi. Apu voi olla konkreettista apua hoitotyössä tai konsultaatioapua. Vastauksista nousi esille myös yhteistyö moniammatillisessa työryhmässä. Kaikki yhdessä vastaavat potilaan hoidosta.

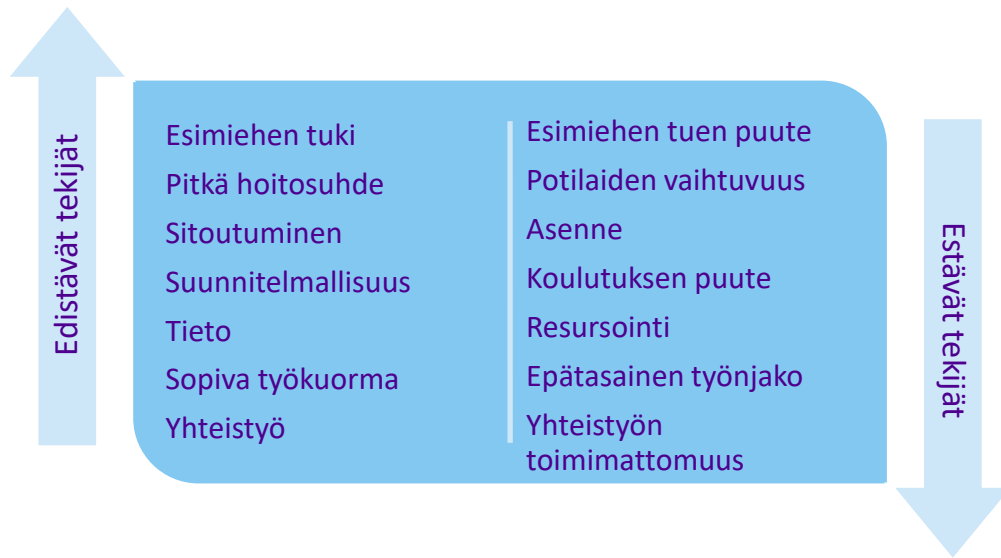
| Yläluokka | Alaluokka |
|-------------|------------------------------|
| Yhteistyötä | Avun antaminen |
| | Avun saaminen |
| | Ei tarkoita yksin hoitamista |
| | Moniammatillista yhteistyötä |

“Omahoitajuus ei tarkoita potilaan hoitamista yksin vaan apua täytyy saada työ-kavereilta, kun pyytää/myös konsultaatioapua.”

5.3 Omahoitajuuden toteutumiseen liittyvät tekijät

Aineiston analyysin esille tuomat omahoitajuuden toteutumiseen liittyvät estävät ja edistävät tekijät on esitetty kuviossa 2.

suu



Kuvio 2 Omahoitajuuden toteutumiseen liittyvät estävät ja edistävät tekijät

Aineistoa analysoitaessa sekä omahoitajuuden toteutumista estävistä että edistävistä tekijöistä nousi esiin samoja tekijöitä, joten tuloksissa käsittelemme nämä kokonaisuutena ja puhumme omahoitajuuden toteutumiseen liittyvistä tekijöistä. Omahoitajuuden toteutumiseen liittyvät tekijät on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3 Omahoitajuuden toteutumiseen liittyvät tekijät

Omahoitajuuden toteutumiseen liittyviä tekijöitä käsitellään yksityiskohtaisemmin omissa kappaleissaan.

5.3.1 Asenne

Kyselyn vastauksissa nousee esiin hoitajien asenne työntekoon ja sitoutuminen omahoitajuuteen. Asenne voidaan kokea sekä edistävänä että estävänä tekijänä. Omahoitajuuteen sitoutumiseen vaikuttavat yhteinen ajatus omahoitajuudesta, työhön ja hyvään hoitotyön tekemiseen sitoutuminen sekä innostunut ilmapiiri.

| Yläluokka | Alaluokka |
|-----------------------------|---------------------|
| Asenne (edistävä tekijä) | Innostuneisuus |
| | Positiivinen asenne |
| | Sitoutuminen |
| Asenne (estävä tekijä) | Asenne |

”Myönteinen asenne työntekoon”

”Kaikkien yhteinen sitoutuminen omahoitajuuteen ja sen toteuttamiseen”

5.3.2 Esimies

Esimiehen rooli nähdään omahoitajuuden toteutumisen kannalta tärkeänä, esimieheltä odotetaan tukea ja ohjausta omahoitajuuden toteuttamiseen.

| Yläluokka | Alaluokka |
|---|---------------------------|
| Esimiehen tuki (edistävä tekijä) | Esimiehen tuki |
| Esimiehen tuen puute (estävä tekijä) | Esimiehen ohjauksen puute |
| | Esimiehen tuen puute |

”Jos omahoitajuutta ei tueta tai ohjata esimiehen avulla”

5.3.3 Hoitosuhteen kesto

Yksi vastauksissa eniten esiintynyt omahoitajuuden toteutumiseen liittyvä tekijä on hoitajan ja potilaan välisen hoitosuhteen kesto. Potilaiden vaihtuminen vuorosta toiseen koetaan erittäin ongelmallisena, hoidettavat potilaat saattavat myös vaihtua, vaikka he eivät kotiutuisi. Hoitosuhteen kestoon vaikuttaa potilaiden lyhyet sairaalajaksot, vuorotyö, työvuorosuunnittelu ja sijaiset, sekä kiertävät hoitajat.

| Yläluokka | Alaluokka |
|--|---------------------------|
| Pitkä hoitosuhde (edistävä tekijä) | Hoitajalla samat potilaat |
| | Työvuorosuunnittelu |
| Potilaiden vaihtuvuus (estävä tekijä) | Lyhyet hoitajaksot |
| | Potilaiden vaihtuminen |
| | Sijaiset |
| | Vuorotyö |

”Myös lyhyet hoitoajat hankaloittavat: omahoitajasuhde ei ehdi muodostua”

”Potilaat vaihtuvat tiuhaan, vaikka ei kotiudu”

5.3.4 Suunnitelmallisuus

Suunnitelmallisuus nähtiin omahoitajuuden toteutumiseen liittyvänä tekijänä, suunnitelmallisuus muodostuu hyvästä hoitosuunnitelmasta ja hoitojakson suunnitelmallisuudesta. Hoitojakson suunnitelmallisuuden ja hyvän hoitosuunnitelman koetaan helpottavan omahoitajana toimimista.

| Yläluokka | Alaluokka |
|---|---------------------------|
| Suunnitelmallisuus (edistävä tekijä) | Hyvä hoitosuunnitelma |
| | Hoidon suunnitelmallisuus |

”Kuntoutusjaksot suunniteltuja”

5.3.5 Tieto

Tieto ja osaaminen omahoitajuuden toteutumiseen liittyvinä tekijöinä nousee esille useassa vastauksessa.

| Yläluokka | Alaluokka |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| Tieto (edistävä tekijä) | Hyvä kirjaaminen |
| | Selkeät käytännöt |
| | Tieto omahoitajuudesta |
| Koulutuksen puute (estävä tekijä) | Ei keskustelua omahoitajuudesta |
| | IV-lääkkeet |
| | Osaamisen puute |
| | Tiedon puute |

Selkeät toimintaohjeet ja osaston käytännöt nähdään tärkeinä.

”Selvät ”hoitoprotokollat” ja osaston käytänteet”

Vuorokohtaisessa omahoitajuudessa hiljaista raportointia käytettäessä kirjauksien merkitys tiedon lähteenä korostuu.

”Hyvät kirjaukset edellisessä vuorossa”

Omahoitajuuden toteutumista estävinä tekijöinä nähdään koulutuksen ja osaamisen puute, esimerkkinä on mainittu mm. hankala tietokoneohjelma. Hoitajien erilaisista tutkinnoista johtuen osa töistä myös jakaantuu epätasaisesti, esimerkiksi IV-lääkkeitä voi käsitellä ainoastaan sairaanhoitaja.

”Lisäkoulutuksen puute”

”Jos vain yksi sairaanhoitaja vuorossa ja joutuu ainoana sairaanhoitajana vastaamaan kaikkien potilaiden iv-lääkehoidosta”

Myös tieto siitä, mitä omahoitajuus merkitsee, ei vaikuta olevan kaikille selvää.

”Hoitajien yhteinen ajatus omahoitajuudesta, kaikki toimivat asian eteen”

5.3.6 Työkuorma

Hoitajan kohtuullisen työkuorman nähdään edistävän omahoitajuuden toteutumista. Hoitotyö voi kuormittaa liiaksi, jos osastolla on liian alhainen hoitajamäärä ja potilasjako on epätasainen. Liian pieni miehitys työvuorossa ja kuormittavat tilanteet johtavat kiireeseen, jolloin työntekijät uupuvat eivätkä jaksaa huolehtia omista potilaistaan. Huolellisella etukäteen tehtävällä potilasjaolla edistetään seuraavan vuoron työhön perehtymistä ja taataan tasaisempi työkuorma. Potilasjaon toivotaan olevan selkeä ja tasapuolinen. Riittävällä miehityksellä tuetaan omahoitajuuden toteutumista. Esiin nousee myös raskaiden potilaiden kierrättäminen, tämän nähdään vaikuttavan myönteisesti hoitajien jaksamiseen, mutta toisaalta hankaloittavan omahoitajuuden toteutumista.

| Yläluokka | Alaluokka |
|---|--------------------------------|
| Sopiva työkuorma (edistävä tekijä) | Ei liikaa potilaita hoitajille |
| | Hoitajilla tasainen työkuorma |
| | Potilaiden jako ennalta |
| | Potilaiden jako huolellisesti |
| | Potilaiden tasapuolinen jako |
| | Riittävät resurssit |
| | Selkeä työnjako |
| Resursointi (estävä tekijä) | Alhainen miehitys |
| | Työn kuormittavuus |
| Epätasainen työnjako (estävä tekijä) | Epätasainen potilasjako |
| | Epätasainen työnjako |
| | Liian suuri potilasmäärä |

”Epätasaisesti tehty potilasjako, jolloin potilaita joudutaan vaihtamaan useammin”

”Jos osastolla on paljon potilaita, hoitajaparilla on monta hoidettavaa, jopa 8 potilasta, on vaikea omaksua kaikkien potilaiden asioita”

5.3.7 Yhteistyö

Yhteistyö tai sen toimimattomuus koetaan tärkeäksi omahoitajuuden toteutumiseen liittyväksi tekijäksi. Yhteistyötä on monen eri tahon välillä, potilaan ja hoitajan välistä, hoitajien keskinäistä sekä myös eri ammattiryhmien välistä. Yhteistyö potilaan kanssa saatetaan kokea haastavaksi, jos potilas ei ole orientoitunut tai potilaan kyky kommunikoida on heikentynyt. Avun antaminen ja sen saaminen koetaan erityisen tärkeäksi yhteistyön ilmentymäksi.

| Yläluokka | Alaluokka |
|--|--|
| Yhteistyö (edistävä tekijä) | Avun antaminen |
| | Hoitajien yhteistyö |
| | Moniammatillinen yhteistyö |
| | Yhteistyö potilaan kanssa |
| Yhteistyön toimimattomuus (estävä tekijä) | Yhteistyön toimimattomuus hoitajien kesken |
| | Yhteistyön toimimattomuus potilaan kanssa |

“Jos potilaan ja hoitajan kemia ei kohtaa.”

“Se jos osastolla ei auteta toinen toistamme.”

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu ja pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää omahoitajuuden toteutumista vuodeosastolla hoitajien näkökulmasta ja tuoda esille omahoitajuuden toteutumiseen liittyviä tekijöitä. Hoitajien käsityksiä omahoitajuudesta selvitettiin kyselyllä, johon vastasi 26 hoitajaa. Vastaukset analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin keinoin. Seuraavissa kappaleissa tarkastellaan saatuja tuloksia ja verrataan niitä aiempiin tutkimustuloksiin.

6.1.1 Hoitajien käsitys omahoitajuudesta

Kyselyn vastauksista ilmeni, miten osaston kahdessa eri siivessä työskentelevät hoitajat käsittävät omahoitajuuden. Vastauksissaan hoitajat olivat käsitelleet omahoitajuutta yleisellä tasolla sekä osaston omiin toimintatapoihin liittyen. Yli puolet vastanneista koki omahoitajuuden toteutuvan vuodeosastolla.

Vastauksien analysoinnissa nousi esiin omahoitajuuteen liittyviä asioita, kuten kokonaisvaltaisuus ja hoidon koordinointi. Omahoitajan tehtäviin kuuluu huolehtia potilaan kaikista hoitoon liittyvistä asioista kokonaisvaltaisesti, muun muassa vastata perushoidosta ja lääkehoidosta, kokonaisvaltaisuuteen liitettiin myös läheisten huomiointi. Vastausten perusteella omahoitaja koordinoi kaikkia potilaan hoitoon liittyviä asioita, kuten piti yllä ajantasaista hoitosuunnitelmaa, huolehti jatkohoidosta sekä kartoitti potilaan tilanteen ja muodosti siitä kokonaiskuvan.

Aiemmin tehtyjä tutkimuksia siitä minkälaisia käsityksiä omahoitajuuteen liitetään, löytyy melko niukalti. Yksi niistä on Marjo Hjerpen (2008) tekemä pro gradu "Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen omahoitajan arvioimana". Hjerpen (2008) tutkimus oli toteutettu ryhmähaastatteluna yliopistollisen sairaalan vuodeosastoilla työskentelevien hoitajien kesken. (Hjerpe, 2008.)

Hjerpen tutkimuksessa hoitajat kokivat kokonaisvaltaisuuden olevan potilaan fyysisiin, sosiaalisiin sekä myös emotionaalisiin tarpeisiin vastaamista. Hoitotyö koettiin kokonaisvaltaisemmaksi, kun kaikkiin näihin osa-alueisiin pystyttiin vastaamaan. Hoitajat kokivat, että ihmisläheisyys ei toteudu läheskään niin paljoa kuin siihen olisi tarvetta. Lääketiede yhdistettynä hoitotyöhön vastaa potilaan hoidontarpeisiin kokonaisvaltaisesti. (Hjerpe 2008, 39-40.)

Hjerpen tutkimuksessa hoitajat kokivat hoidon suunnitteluun kuuluvan myös hoidon tarpeiden ennakointi. Potilaan hoitotarpeet määrittävät hoidon suunnittelua. Hyvällä hoitajan oman työn organisoimisella ja suunnittelulla työt tulevat tehdyksi ajallaan. Tavoitteellista hoitoa tukee se, että hoitotyön kirjaukset ovat linjassa hoitosuunnitelman kanssa ja näin tieto siirtyy myös seuraavalle vuorolle. (Hjerpe 2008, 27-28.)

Palolampi on tehnyt ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä toimintatutkimuksen, jossa selvitettiin muun muassa terveyskeskuksen vuodeosastolla työskentelevien sairaanhoitajien sekä lähi- ja perushoitajien käsityksiä yksilövastuisesta hoitotyöstä. Hoitajien keskuudesta nousi esiin käsitteet kokonaisvaltaisuus sekä potilaskeskeisyys ja omahoitajuus. (Palolampi 2008, 36.)

Vertailtaessa eri tutkimusten tuloksia opinnäytetyön tuloksiin huomataan, että yhtäläisyyksiä löytyy. Yksilövastuinen hoitotyö, vuorokohtainen omahoitajuus on se suuntaus, johon monessa sairaalassa ollaan siirtymässä tai siihen ollaan jo siirtynyt. Kokonaisvaltaisuus ja koordinointi ymmärretään omahoitajuuden toteuttamisen kannalta keskeisiksi käsitteiksi. Kokonaisvaltaisuus potilaan hoidossa ei rajoitu vastausten ja aiempien tutkimusten mukaan potilaan fyysisiin rajoihin ja hoidollisiin toimenpiteisiin vaan käsittää myös esimerkiksi potilaan sosiaalisen ympäristön. Koordinoinnista nousee esiin vastausten ja aiempien tutkimusten mukaan hoitosuunnitelman merkitys ja potilaan hoidollisten tarpeiden huomiointi.

Suurin osa vastaajista on sitä mieltä, että osastolla on vuorokohtainen omahoitajuus. Vuorokohtaisuus tarkoittaa sitä, että hoitaja on omahoitajana vastuussa potilaastaan työvuoronsa ajan, jonka jälkeen seuraava työvuoroon tuleva hoitaja jatkaa potilaan omahoitajana. Vaikka omahoitajuus kestää yhden työvuoron ajan,

useamman työvuoron kestävä hoitosuhde saman potilaan kanssa koettiin edistävän potilasturvallisuutta ja helpottavan voinnin arviointia ja seurantaa. Hoitajien kesken tapahtuvassa potilasjaossa siihen pyrittiin työvuorojen mukaan, esimerkiksi iltavuorosta aamuvuoroon tulevalla hoitajalla olisi samoja potilaita. Hoitotyössä omahoitaja otti laajemman vastuun potilaasta. Omahoitajan vastuu oli kokonaisvaltainen, hän vastasi muun muassa potilaan lääkehoidosta ja perushoidosta. Tämä tarkoitti myös sitä, että hoitaja ei pysty luistamaan ikävistä työtehtävistä omapotilaan kohdalla.

Vastuullisuus ja vuorokohtaisuus nousi esiin myös Hjerpen tutkimuksessa. Vastuu koettiin yhtä lailla kokonaisvaltaiseksi. Vastauksissa eroteltiin vastuu ja vastuullisuus, joista jälkimmäinen koettiin laajempaan käsitteenä. Hoitajien keskuudesta nousi myös ajatus siitä, että vastuu ei siirry omahoitajalta, vaikka hän pyytäisikin neuvoa muilta hoitajilta. Vastuuseen liitettiin myös omaiset. Viimeistään työvuoron päätyttyä vastuu potilaan hoidosta siirtyy seuraavalle työntekijälle. (Hjerpe 2008, 29-30.)

Vastauksista käy ilmi, että vaikka omahoitajuus nähdään vuorokohtaisesti toteutuvana, niin hoidon jatkuminen samojen potilaiden kanssa seuraavissa vuoroissa edistää niin potilasturvallisuutta kuin potilaan hoidon arviointiakin. Vastuu koetaan vastausten ja aiempien tutkimustulosten valossa vuorokohtaisena vastuuna. Omahoitajan vastuu potilaasta koetaan kokonaisvaltaisena.

Potilaskeskeisyys ilmeni vastauksissa niin että, omahoitaja oli perehtynyt potilaan asioihin ja piti potilaan puolia. Potilaan tarpeet huomioitiin yksilöllisesti ja hoito oli potilaaseen keskittyvää.

Hjerpen tutkimuksessa hoitajat näkivät omahoitajan roolin tässä asiassa hyvin keskeisenä. Perehtyminen oman potilaan asioihin ja rohkeus nostaa asiat esille koettiin hoitajan oikeutena ja velvollisuutena. (Hjerpe 2008, 33-34)

Potilaskeskeisyys nousee esiin molemmista tutkimuksista. Potilas on hoitotyön ydin, jonka puolesta hoitaja niin sanotusti taistelee. Nähdään, että omahoitaja on lähinnä potilasta, parhaiten selvillä hänen asioistaan ja voi siksi tuoda esiin asioita, jotka on voinut jäädä muilta huomaamatta. On selvää, että hoitajan kyky

omaksua uusien potilaiden asioita on rajallinen, joten uusia potilaita työvuorossa ei voi olla liian monta. Jos potilaita on liikaa, perehtyminen potilaiden asioihin jää vaillinaiseksi ja hoitaja ei pysty ajamaan potilaan asioita niin tehokkaasti ja perusteellisesti kuin olisi suotavaa.

Analyysin perusteella tiedon välittäminen on yksi omahoitajan tärkeistä tehtävistä. Omahoitaja varmistaa, että potilas on ymmärtänyt häntä koskevat asiat ja potilas pystyi tarvittaessa palaamaan niihin esimerkiksi kirjallisen materiaalin avulla. Tiedon välittäminen omaisille koettiin myös tärkeänä. Omaisten ja potilaan on hyvä tietää, kuka potilaan omahoitaja on ja mitä se merkitsee.

Hjerpen (2008, 25-26) tutkimuksessa osa omahoitajan todentumista oli omahoitajan esittäytyminen potilaalle ja omahoitajan roolista kertominen hänelle.

Tiedon välittäminen potilaalle ja tarvittaessa hänen omaisilleen nousee esille molemmista tutkimuksista. Sen merkitys hoitotyössä on erittäin tärkeä. Jos hoitamme potilaan sairauden, mutta potilas ei ymmärrä miten hänen tulisi toimia jatkossa, voi se pahimmillaan johtaa potilaan uuteen sairaalajaksoon. Toki on myös tilanteita, jossa potilas on ymmärtänyt mitä hänen tulisi tehdä, mutta ei ole siihen motivoitunut syystä tai toisesta. Se että potilas ja mahdollisesti omaiset tietävät kuka omahoitaja on, lisää potilaan turvallisuuden tunnetta ja helpottaa kommunikointia, kun potilas tietää kenen kanssa hänen tulee keskustella, jos esimerkiksi kokee voinnissaan muutoksia.

Analyysin mukaan omahoitajana toimiminen on myös yhteistyötä sekä potilaan, omaisten että muun potilasta hoitavan henkilökunnan kanssa. Moniammatilliseen työryhmään kuuluu lääkärin lisäksi myös muita ammattiryhmiä tarpeen mukaan. Avun saaminen muilta hoitajilta oli tärkeää. Tarvittaessa pitää saada kysyä neuvoa, toista mielipidettä tai käsiparia hoitotyöhön. Vaikka potilaalla on yksi omahoitaja työvuorossa, kaikki yhdessä huolehtivat potilaan hyvästä hoidosta.

Yhteneväisyyksiä yhteistyöstä löytyi myös Hjerpen tutkimuksesta. Yhteistyö potilaan kanssa koettiin tasavertaisena. Kun oli mahdollista, hoitajat tekivät päätöksiä yhdessä potilaan kanssa, varsinkin, kun mietittiin hoitovaihtoehtoja ja jatkohoidon tarvetta. Omaisten kanssa yhteistyö oli isommassa roolissa kotiutusvaiheessa,

kotona pärjäämisen sekä kotiapujen miettimisen yhteydessä. Omaiset osallistuvat myös erilaisia hoitoon liittyviä päätöksiä tehtäessä, jos potilas ei esimerkiksi itse niitä kyennyt tekemään. Yhteistyö eri ammattilaisten kuten lääkärin ja esimerkiksi sosiaalihoitajan kanssa liitettiin myös hyvään hoitotyöhön. (Hjerppe 2008, 34-37.)

Yhteistyötä oli molempien tutkimusten mukaan jaettu useaan eri suuntiin. Jos yhteistyö tai kommunikaatio potilaan kanssa ei syystä tai toisesta toimi, hoitaja ei pysty huomioimaan potilaan mielipidettä ja motivointi omahoitoon jää vajaaksi. Potilas voi puhua eri kieltä, potilas voi olla tajuton tai hänellä voi olla muistisairaus, jotka kaikki vaikuttavat yhteistyön sujuvuuteen. Esimerkiksi muistisairaana tai tajuttoman potilaan kohdalla yhteistyö omaisten kanssa korostuu ja voi olla ainoa reitti selvittää potilaan tahtoa hoidon suhteen. Yhteistyö esimerkiksi lääkärin kanssa on potilaan hoidon kannalta erittäin tärkeää. Se jos hoitaja ei esimerkiksi huomaa kertoa potilaan voinnissa tapahtuneita muutoksia, voi johtaa potilaan hoitoa väärään suuntaan. Tai jos akuutissa hoitotilanteessa hoitaja ei kuule tai ymmärrä lääkärin antamia hoito-ohjeita, voi tapahtua hoitovirhe. Yhteistyö myös muiden ammattiryhmien kuten esimerkiksi fysioterapeutin tai toimintaterapeutin kanssa, tekee potilaan hoidosta laadukkaampaa ja myös laajempaa.

6.1.2 Omahoitajuuden toteutumiseen liittyvät tekijät

Asenne työntekoa ja omahoitajuutta kohtaan, sekä sitoutuminen omahoitajuuteen koettiin merkittäviksi omahoitajuuden toteutumiseen liittyviksi tekijöiksi. Yhtenevään tulokseen on päätynyt myös Hjerppe (2008, 52) tutkielmassaan, jossa hän on esittänyt myönteisen asenteen ja sitoutuneisuuden yksilövastuiseen hoitotyöhön ja sen kehittämiseen omahoitajuutta edistäviksi tekijöiksi. Myös Selinin (2018, 50) työssä tulee esiin sitoutumattomuuden negatiivinen vaikutus omahoitajuuden toteutumiseen.

Esimiehen rooli omahoitajuuden ohjaamisessa ja tuen saaminen esimieheltä koettiin tärkeäksi. Vastauksista kävi myös ilmi, että omahoitajuudesta ei keskustella riittävästi ja sen merkitystä ei kaikilta osin ymmärretä. Tässä näemme esimiehen roolin keskustelun käynnistäjänä ja omahoitajuuden ohjaajana tärkeänä. Saman

kaltaisia havaintoja on tehnyt myös Hjerppe (2008, 78) tutkielmassaan, jossa hän käsittelee muun muassa esimiehen taitoa tukea ja johtaa, sekä esimiehen roolia sitouttajana ja edelläkävijänä.

Hyvä hoitosuunnitelma ja työn sekä hoitajaksojen suunnitelmallisuus koettiin omahoitajuuden toteutumista edistävinä tekijöinä. Työn suunnittelu yhtenä omahoitajuuden toteutumisen haasteena nousee esiin myös Selinin (2018, 48) työssä. Suunnitelmallisuuden lisäksi edellisten työvuorojen huolellisten kirjausten koettiin edesauttavan omahoitajuuden toteutumista. Huolellisten kirjausten ja hoitosuunnitelman merkitys korostuu etenkin omien potilaiden vaihtuessa usein.

Potilaiden vaihtuminen vuorosta toiseen, sijaiset ja lyhyet hoitajaksot nähtiin yhdeksi suurimmista omahoitajuuden toteutumiseen liittyvistä ongelmista. Työvuorosuunnittelun kautta ei ole välttämättä paljoa tehtävissä, mutta huolellisella potilasjaolla tilannetta voidaan jossakin määrin helpottaa. Hjerppe (2008, 73) on tehnyt samoja havaintoja tutkielmassaan, lisäksi hän on nostanut esiin yhtenä ongelmana kolmivuorotyöhön liittyvät pitkät vapaajaksot.

Potilasjaon osalta toivottiin, että se olisi tehty jo ennalta ja siinä huomioitaisiin raskashoitoisten potilaiden kierrätys. Huolellisella potilasjaolla ajateltiin saatavan tasaisempi työkuorma hoitajien kesken ja samat potilaat pysyisivät vuorosta toiseen. Ennalta tehty potilasjako taas nopeuttaisi orientoitumista työvuoron alussa. Työn fyysinen ja henkinen kuormittavuus, joka osin myös epätasaisesti jakautuu hoitajien välillä, ja näistä aiheutuvat ongelmat hoitajien jaksamisessa nousee esiin myös Hjerpen (2008) ja Selinin (2018) töissä. Aineistomme osoittaa liiallisen työkuorman olevan hyvin merkittävä omahoitajuuden toteutumista estävä tekijä.

Omahoitajuuden toteutumiseen liitettiin myös hoitajien tietotaito ja koulutus. Yhtenä selkeänä suurempana ongelmana nähtiin lähi- ja perushoitajien rajoitetut oikeudet lääkehoidossa ja tästä aiheutuva lisäkuorma vuorossa oleville sairaanhoitajille. Lisäkoulutusta kaivattiin yleisesti, koettiin että monet erityisosaamista vaativat työt kasaantuvat herkästi tietyille hoitajille, esimerkkinä mainittiin vaativat haavanhoidot ja avanteen hoitaminen. Myös tietokoneohjelma koettiin hankalaksi. Koulutuksen lisäksi kaivattiin selkeitä käytäntöjä osastolle sekä hyviä oh-

jeistuksia. Myös Hjerppe (2008) puhuu omassa tutkielmassaan hoitajien ammattitaidon puutteesta, tutkielmassa esitetään säännöllistä käytännönläheistä ammatillista osaamista edistävää koulutusta sekä koulutusta yksilövastuisesta hoitotyöstä.

Yksi tärkeimmistä omahoitajuuden toteutumiseen vaikuttavista tekijöistä on vastauksien perusteella yhteistyö. Yhteistyötä voi tapahtua potilaan ja hoitajan välillä, hoitajien välillä, tai se voi olla moniammatillista. Yhteistyöhön voi vaikuttaa esimerkiksi potilaan orientaatio tai heikko kommunikointi henkilökunnan välillä. Ei ehkä ymmärretä tai uskalleta pyytää apua. Yhteistyön merkitys tulee vahvasti esiin myös Hjerpen (2008) ja Selinin (2018) töissä, avun pyytäminen ja antaminen sekä toimiva moniammatillinen yhteistyö nähdään tärkeinä. Yhteistyöhön liittyen mielenkiintoisena yksityiskohtana Selinin (2018, 50) työssä nousi esiin omahoitajuuden myötä tullut negatiivinen muutos kollegiaalisuudessa, joka ilmenee hoitajien välisen yhteistyön heikkenemisenä.

Opinnäytetyön tulokset ovat liki yhteneväiset aiempiin tutkimuksiin verrattaessa, Hjerpen (2008) tutkielmassaan esiin tuomat omahoitajuuden toteutumista estävät tekijät ovat edelleen ajankohtaisia, tämä herättää paljon kysymyksiä.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta ollaan huolissaan useissa metodia käsittelevissä kirjoissa. Usein tutkija työskentelee yksin aineiston parissa ja voi näin ollen sokaistua omalle tutkimusaineistolleen. Joskus voi käydä niin että tutkijan mielestä tutkimustulokset kuvaavat todellisuutta, vaikka näin ei olisikaan. Tässä voi olla silloin kyseessä virhepäätelmä tai holistinen harhaluulo. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.)

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on mahdollisimman luotettavan tiedon tuottaminen. Kun luotettavuutta arvioidaan, keskitytään siihen, kuinka totuudenmukaista tutkimustietoa on saavutettu. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole yksiselitteistä vastausta. Eri tutkijoilla on omat näkemyksensä siitä,

kuinka laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida. (Kylmä & Juvakka 2012, 127.)

Kylmä ja Juvakka (2012, 127–129) nostavat kirjassaan esiin neljä luotettavuuskriteeriä, joilla voidaan arvioida laadullista tutkimusta; uskottavuuden, vahvistettavuuden, reflektiivisyyden ja siirrettävyyden. Kyseiset kriteerit ovat muodostuneet monien eri tutkijoiden toimesta. (Kylmä & Juvakka 2012, 127-129.)

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimustulosten ja itse tutkimuksen uskottavuutta. Tutkijan tulee varmistaa, että tutkimustulokset ovat yhtä tutkimukseen osaa ottaneiden henkilöiden käsitysten kanssa itse tutkittavasta kohteesta. Tällöin tutkimustulokset voidaan palauttaa osallistujille ja pyytää arvioimaan kuinka hyvin tulokset pitää paikkaansa. Toisaalta voidaan myös keskustella tuloksista ja itse tutkimusprosessista samaa aihepiiriä tutkivien kanssa. Tutkimusraportissa tulee avata analyysi ja sen eri vaiheet mahdollisimman tarkasti. Uskottavuutta lisää myös tutkijan työskenteleminen tarpeeksi kauan tutkittavan asian kanssa, sekä tutkimuspäiväkirja, jossa tutkija voi miettiä kokemuksiaan ja avata valintojaan tarkemmin. Triangulaatio, eli tutkimuskohteen lähestyminen useasta eri näkökulmasta lisää myös tutkimuksen luotettavuutta. (Kylmä & Juvakka 2012, 128; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Vahvistettavuudessa tarkastellaan itse tutkimusprosessia. Tavoitteena on kirjata tutkimuksen eteneminen niin että toinen tutkija voi seurata sitä. Esimerkiksi tutkimuspäiväkirjassa tutkimuksen tekijä kuvaa miten on muodostanut tulokset ja johtopäätökset. Tämän kriteerin ongelma on siinä, että toinen tutkija ei ehkä tee samoja johtopäätöksiä ja saa samoja tuloksia samasta tutkittavasta aineistosta. Tämä on täysin hyväksyttävää laadullisessa tutkimuksessa eikä suinkaan vähennä sen luotettavuutta. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.)

Refleksiivisyys tarkoittaa sitä, että tutkija arvioi omia lähtökohtiaan ja ennakoasetelmiaan tutkittavaan kohteeseen. Tekijän on oltava tietoinen näistä ja kerrottava tutkimusraportissaan näistä sekä siitä, miten ne voivat vaikuttaa tutkimusprosessiin. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.)

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten ja johtopäätösten siirrettävyyttä muuhun kontekstiin eli esimerkiksi toiseen sairaalan vuodeosastoon. Jotta lukija voi päättää onko tulokset siirrettäviä vai ei, edellyttää se, että mm. osallistujista ja tutkimusympäristöstä annetaan riittävästi tietoa sekä itse analyysi on hyvin auki kirjoitettu. (Kylmä & Juvakka 2012, 129; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Opinnäytetyön tekemiseen kulunut pitkä aika, lähes vuosi, lisää työn uskottavuutta. Opinnäytetyön tekijöitä on ollut kolme, joten useamman eri tutkijan työskentely materiaalin parissa lisää sisällönanalyysin ja tutkimustulosten uskottavuutta. Sisällönanalyysin eri vaiheissa alakategorioita ja yläkategorioita on verrattu alkuperäisiin vastauksiin ja siten testattu ala- ja yläkategorioiden luotettavuutta ja läpinäkyvyyttä.

Siirrettävyyttä on testattu vertaamalla saatuja tutkimustuloksia aiempiin samaa aihetta käsitteleviin tutkimustuloksiin. Kohdeympäristö ja osallistajat on kuvattu työssä ja itse analyysin kulkua on työssä käsitelty ja esimerkein kuvattu. Tämä lisää myös työn vahvistettavuutta.

Opinnäytetyöprosessin aikana tekijät ovat osallistuneet seminaareihin, jossa ovat pohtineet ajatuksiaan työhön liittyen ja työn sekä analyysin käsittely ja pohdinta ovat jatkuneet tapaamisissa ohjaavan opettajan kanssa sekä tekijöiden kesken työn edetessä. Työympäristö oli tekijöille ennestään tuntematon, joten ennakkokäsityksiä omahoitajuuden toteutumisesta tällä osastolla ei ollut.

6.2.1 Tiedonhaku

Suoritimme tiedonhakuja aiheesta Tampereen yliopiston kirjaston (Tunilib) kokoelmista. Hakusanoina käytimme omahoitaja, yksilövastuinen hoitotyö ja potilas-keskeisyys. Sisäänottokriteerit olivat julkaisukieli: suomi, Suomessa tehty tutkimus, aineistotyyppi: kirja, Pro gradu- tutkielma, väitöskirja, lissensiaatintyö. Lisäksi lähdemateriaali valikoitui otsikon ja tiivistelmän perusteella. Vuosilukua emme hauissamme rajanneet, lähdemateriaali koostui vuosina 1985-2002 tehdyistä tut-

kimuksista. Lisäksi luimme muiden AMK-opinnäytetöitä omahoitaja ja yksilövastuinen hoitotyö aiheista, joiden lähdeluetteloista saimme vinkkejä omiin lähdemateriaaleihimme.

Opinnäytetyömme lähdemateriaali on osin varsin iäkästä, pohdiskelimme tätä paljon työn kirjoittamisen aikana. Tosiasia kuitenkin on, että yksilövastuisen hoitotyön perusteet on luotu jo varhain ja suurin myllerrys asian tiimoilla lienee ollut 80 – 90-luvun taitteessa, myös keskeisimmät asiaa käsittelevät kirjat on julkaistu 90-luvulla, eikä peruskäsitteisiin liene enää tullut merkittäviä muutoksia viime vuosina.

6.3 Eettiset kysymykset

Eettisyys ei sinänsä ole lailla säädeltyä, mutta esimerkiksi henkilötietolaki (1999/523) on laadullisessa tutkimuksessa otettava huomioon. Luotettavuuden näkökulmasta on tärkeää tutkimuksessa esittää, miten tutkija on päätenyt niihin johtopäätöksiin, joihin on päätenyt. Tästä syntyy yhteys aineiston ja tutkimuksen toimijoiden väliin. Autenttiset lainaukset vastauksista tulee käsitellä niin että tunnistettavuus häviää vaikuttamatta silti vastauksen lopputulokseen. Myös Suomen perustuslaissa (731/1999 2luku) on säädetty henkilökohtaisesta koskemattomuudesta ja yksityisyyden suojasta. (Kylmä & Juvakka 2012, 139-141, 154-155.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta, joka toimii opetus ja kulttuuriministeriön alaisena, on julkaissut vuonna 2012 ohjeistuksen, joka käsittelee hyviä tieteellisiä käytäntöjä ja antaa ohjeita loukkausepäilyjen käsittelemiseksi Suomessa. Määritelmän mukaan tieteellinen tutkimus ja sen tulokset ovat luotettavia vasta kun se on tehty hyvän tieteellisen käytännön vaatimusten mukaan. Ohjeen mukaan keskeisiä lähtökohtia tutkimuseetiikan puolesta hyvälle tieteellisille käytännöille on se, että rahoitukset tai muut kytkökset tuodaan julki ja tutkimuslupa on ennen työn aloittamista saatu. Tutkimuksen jokaisessa työvaiheessa toimitaan rehellisesti ja huolellisesti. Tämä koskee itse tutkimustyötä, tulosten esittämistä sekä arviointivaihetta. Aineistot tutkimusvaiheista ja raportoinnista tallennetaan asianmukaisesti. Tulosten julkaisun yhteydessä kiinnitetään huomiota avoimuuteen sekä vastuulliseen tiedeviestintään. Vaikka ensisijaisesti jokainen tutkija vastaa itse

omasta toiminnastaan ja sen eettisyydestä, samalla vastuuta kantaa koko tiedeyhteisö. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7.)

Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset jaotellaan kahteen kategoriaan, jotka ovat ”vilppi tieteellisessä toiminnassa” ja ”piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä.” (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8.)

Nämä voivat jopa mitätöidä tutkimuksella saadut tulokset. Vilppi on jaettu neljään eri alaluokkaan; sepittäminen, havaintojen vääristäminen, plagiointi ja anastaminen. Sepittäminen voi tarkoittaa keksittyjä, ei -todellisia havaintoja tai tuloksia. Havaintojen vääristelyyn lasketaan mukaan tutkimukseen olennaisesti liittyvien tietojen tai tulosten esittämättä jättäminen sekä havaintojen muokkaamista tahallisesti niin että tulos vääristyy. Plagioinnissa tutkija väittää jonkun muun tuottamaa tekstiä omakseen. Anastaminen on Suomessa haluttu käsitellä omana alaluokkana poiketen kansainvälisistä ohjeistuksista. Anastamisella tarkoitetaan jonkun muun henkilön idean, havainnon tai muun sellaisen anastamista omiin nimiin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8-9.)

Piittaamattomuudesta puhuttaessa tarkoitetaan välinpitämättömyyttä hyviin tieteellisiin käytäntöihin sekä vastuutonta toimintamenettelyä. Vastuuttomuus voi olla esimerkiksi haamukirjoittajan lisääminen tutkimukseen, lähdeluettelon tahallinen paisuttaminen, perätön ilmianto toisen tutkijan työstä tai muuten työn edistymisen vaikeuttaminen. Välinpitämättömyys voi olla tulosten vajavainen kirjaaminen tai harhaanjohtaminen sekä muiden vähättely. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8-9.)

Haastatteluilla saatujen vastausten analyysivaiheessa on eettisesti tärkeää huomioida kaikki kysymykset, joihin tutkittavat ovat vastanneet. Tutkimustulosten raportoinnissa rehellisyys on tärkeää. Kyseisessä vaiheessa on tärkeää huomata myös tutkijan mahdolliset omat ennakoasenteet, jotka voivat tiedostamatta vaikuttaa tuloksiin tai aiheuttaa vääristymiä. Esimerkiksi halu saada merkittäviä tutkimustuloksia voi saada tutkijan tietoisesti vääristämään tutkimustuloksia. (Leino-Kilpi 2008, 369-370.)

Opinnäytetyö ja siinä käytettävä kyselylomake hyväksyttiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirillä, joka myönsi opinnäytetyölle tutkimusluvan. Kyselyyn vastaaminen tapahtui anonyymisti ja vapaaehtoisuuteen perustuen. Kyselylomakkeiden keräyslaatikosta tehtiin sellainen, että siellä olevia täytettyjä kyselylomakkeita ei ole mahdollista nähdä ja kyselylomakkeet hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyön raporttiin ei viety sellaisia suoria lainauksia, joista vastaajan voisi helposti tunnistaa esimerkiksi hänen käyttämänsä murteen mukaan. Jokaisessa työvaiheessa toimittiin rehellisesti ja huolellisesti salassapitovelvollisuus huomioiden.

6.4 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää omahoitajuuden toteutumista vuodeosastolla hoitajien näkökulmasta ja tuoda esille omahoitajuuden toteutumiseen liittyviä tekijöitä. Työssä nousi esiin useita omahoitajuuden toteutumista estäviä tekijöitä. Olisi mielenkiintoista perehtyä näihin tekijöihin tarkemmin ja tutkia miten omahoitajuus saataisiin toteutumaan paremmin.

Työn kuormittavuus nousi vastauksista esiin merkittävänä estävänä tekijänä, miten työn kuormittavuutta mitataan nyt ja säädetäänkö resursseja sen mukaan? Myös työnjako hoitajien kesken on isossa roolissa työnkuormittavuuden kannalta, miten työnjakoa voisi edelleen kehittää?

Lisäkoulutuksen puute sekä tieto mitä omahoitajuus tarkoittaa, nousi vastauksista esille. Olisi hyödyllistä tutkia tarkemmin, minkälaisesta koulutuksesta hoitajat kokisivat hyötyvänsä ja miten ymmärrystä omahoitajuudesta voisi syventää.

LÄHTEET

Harkila, A. 1991. Muutosprosessi siirryttäessä omahoitajakäytäntöön. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintyö.

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

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hjerppe, M. 2008. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen hoitajien arvioimana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY

Kiikkala, I. 1985. Omahoitaja. Tampereen yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 2-12.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

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

Palolampi, N. 2008. Yksilövastuiseen hoitotyöhön siirtyminen terveyskeskuksen vuodeosastolla hoitajien kuvaamana. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma. Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK-tutkinto.

Pohjanheimo, M. 1995. Potilaskeskeisyys. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Pukuri, T. 1997. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen hoitohenkilöstön arvioimana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Rauhala, L. 1989. Ihmisen ykseys ja moninaisuus. Karisto Oy.

Selin, M. 2018. Yksilövastuisen hoitotyön ja omahoitajamallin kehittäminen syöpätautien poliklinikalla. Turun ammattikorkeakoulu. YAMK opinäytetyö.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittelyminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Opetus- ja kulttuuriministeriö. Luettu 6.11.2018. www.tenk.fi

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

LIITTEET

Liite 1. Kysely hoitajille

Kysely hoitajilla omahoitajuuden toteutumisesta

Hyvä hoitaja

Olemme Tampereen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää omahoitajuuden toteutumista osastollanne, sekä tuoda näkyväksi työntekijöiden käsityksiä omahoitajuuden toteutumiseen yhteydessä olevista tekijöistä. Tämä kysely liittyy opinnäytetyöhömmme ja toivoisimme teiltä mahdollisimman rikkaita ja monisanaisia vastauksia. Voit tarvittaessa jatkaa paperin kääntöpuolelle. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu anonyymisti. Kyselylomakkeen palautus nn.nn.2019 mennessä osastolla olevaan palautuslaatikkoon. Jos sinulla on kysyttävää opinnäytetyöhön liittyen, voit ottaa meihin yhteyttä sähköpostitse.

| | |
|-----------------|---------------------|
| Janne Mäyränpää | janne.mayranpaa@x.x |
| Otto Plym | otto.plym@x.x |
| Tarja Vuorela | tarja.vuorela@x.x |

Kuinka monta vuotta olet työskennellyt tällä vuodeosastolla?

Kummassa siivessä työskentelet?

Kuvaile omin sanoin, mitä omahoitajuus mielestäsi tarkoittaa ja toteutuuko se tällä hetkellä omalla kohdallasi.

Kerro omin sanoin, mitkä asiat mielestäsi edesauttavat omahoitajuuden toteutusta vuodeosastolla.

Kerro omin sanoin, mitkä asiat mielestäsi hankaloittavat omahoitajuuden toteutusta vuodeosastolla.

Liite 2. Esimerkki sisällönanalyysistä

Esimerkki sisällönanalyysin kulusta.

| Alkuperäinen lause | Pelkistys | Alaluokka | Yläluokka |
|---|-----------------------------------|--------------------------|---------------------|
| Omahoitajuus tarkoittaa sitä, että perehtyy potilaaseen hyvin | perehtyy potilaaseen hyvin | Perehtymistä potilaaseen | Potilaskeskeisyyttä |
| Parempaa perehtymistä potilaaseen | parempaa perehtymistä potilaaseen | Perehtymistä potilaaseen | Potilaskeskeisyyttä |
| Omahoitaja pitää potilaansa puolia ja tietää hänen asiansa. | pitää potilaan puolia | Potilaan asioiden ajaja | Potilaskeskeisyyttä |