

Arttu Railo

HOITOSUHTEEN SISÄLTÖ JA MERKITYS NOORMARKUN
VANHAINKODIN JA SAIRAALAN OSASTOILLA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2011

HOITOSUHTEEN SISÄLTÖ JA MERKITYS NOORMARKUN
VANHAINKODIN JA SAIRAALAN OSASTOILLA

Railo, Arttu
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2011
Ohjaaja: Flinck, Marja
Sivumäärä: 51
Liitteitä: 2

Asiasanat: hoitotyö, hoitotyön laatu, hoitosuhde

Hoitosuhteessa hyödynnetään potilaan omia voimavaroja hänen hyvinvoinnin edistämiseksi. Hoitosuhteen keskeisiä tekijöitä ovat muun muassa potilaan tai asukkaan ja hoitajan ikä, sukupuoli, koulutustausta, sosioekonominen asema ja henkilökohtaiset ominaisuudet. Vuorovaikutus kuuluu tärkeänä osana hoitosuhteeseen. Vuorovaikutuksen laatu toimii tärkeässä roolissa joko toimintaa edistävänä tai vaikeuttavana tekijänä kaikessa hoito- ja ihmissuhdetyöskentelyssä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia hoitajan ja asukkaan tai potilaan välistä hoitosuhdetta sekä sairaalan että vanhainkodin osastoilla. Tavoitteena oli selvittää miten laadukas hoitosuhde kehittyy ja millainen on sen sisältö hoitohenkilökunnan näkökulmasta katsottuna. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla Noormarkun vanhainkodin ja sairaalan henkilökunnalta tammikuussa 2011. Kyselylomakkeet sisälsivät erilaisia väittämiä, jotka liittyivät hoitosuunnitelmaan ja hoitotyön laatuun. Lomakkeita lähetettiin 60 kappaletta, joista vastattiin 40 kappaleeseen. Vastausprosentti oli 66 %.

Opinnäytetyössä on käytetty kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja analysoitiin Microsoft Excel-pohjaisella Tixel-ohjelmalla. Kohdejoukkona tässä opinnäytetyössä toimi Noormarkun vanhainkoti Mäntylinnan ja sairaalan hoitohenkilökunta.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös, kun halutaan kehittää laadukasta hoitosuhdetta kyseisten yksikköjen toiminnassa. Suurin osa henkilökunnasta on keski-ikäisiä sairaanhoitajia. 1-10 vuoden työsuhteessa oli 55 %. Vanhainkodissa on käytössä hoitosuunnitelma omahoitajan toimesta ja potilas on mukana siinä. Vanhainkodissa kirjaaminen tapahtuu erilliselle lomakkeelle, myös seuranta ja arviointi on siellä aktiivisempaa. Ammattitaitoa pidetään tärkeänä tekijänä laadukkaalle hoitosuhteelle. Laatukäsikirjalla ei nähty vaikutusta.

THE CONTENT AND CONSEQUENCE OF NURSING RELATIONSHIP IN NOORMARKKU'S RETIREMENT HOME AND HOSPITAL

Railo, Arttu

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

May 2011

Supervisor: Flinck, Marja

Number of pages: 51

Appendices: 2

Keywords: nursing, quality of nursing, relationship of nursing

In relationship of nursing benefits patient's own resources to advance his wellness. Central makers in relationship of nursing are for example patient's or resident's and nurse's age, sex, education background, socio-economic status and personal features. Interaction is very important part in relationship of nursing. The quality of relationship of nursing acts important role either advancing or complicating activity in everything which concern nursing and relationship working.

The purpose of this thesis was to research nursing relationship between nurse and resident or patient in both hospital and retirement home departments. The aim of research was find out, how the excellent relationship of nursing develop and what kind of content is point of view of nursing staff. The research material was collected from Noormarkku's retirement home and Noormarkku's hospital staffs in January 2011 using with questionnaires. Questionnaires contained different claims which concerned to nursing scheme and quality of nursing. A total of 60 questionnaires was distributed of which 40 were answered. Response rate was 66 %.

There were used the quantitative research method in the thesis. The data was analyzed using Microsoft Exel based Tixel program. The object of this thesis were Noormarkku's retirement home Mäntylinna and Noormarkku's hospital staffs.

The results of this thesis explains that the excellent quality of relationship of nursing consist of professional skills. The results of this thesis furthermore explains that both research destinations have the same policy that relationship of nursing is central role in nursing situations. Most of nurses were middle age. 55 % of nurses had worked one to ten years. There no impact to quality of relationship of nursing if uses quality guide. Research results can also be used when it is wanted to develop good quality in relationship of nursing.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	HOITOTYÖ	7
2.1	Hoitotyötä ohjaavat arvot.....	8
2.2	Hoitotyötä ohjaavat periaatteet	9
2.3	Hoitotyö ja viestintä.....	13
2.4	Hoitotyön kirjaaminen	14
2.5	Näyttöön perustuva hoitotyö.....	15
3	HOITOTYÖN LAATU	17
4	HOITOSUHDE	19
4.1	Vuorovaikutus hoitotyössä	21
5	OPINNÄYTYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	23
6	AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET.....	24
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	25
7.1	Tutkimusmenetelmä.....	25
7.2	Tutkimusaineiston keruu.....	26
7.3	Tutkimusaineiston analysointi	27
8	TUTKIMUSTULOKSET	27
8.1	Taustamuuttajat	27
8.1.1	Ikäjakauma.....	27
8.1.2	Vastaajien koulutustausta	28
8.1.3	Työsuhteen kesto	28
8.2	Omahoitajus	29
8.3	Hoitosuunnitelman laatiminen omahoitajan toimesta.....	30
8.4	Potilaan tai asukkaan osallistuminen hoitosuunnitelman laatimiseen	31
8.5	Omaisten mahdollisuus osallistua hoitosuunnitelman laatimiseen.....	31
8.6	Hoitosuunnitelman kirjaaminen erilliselle lomakkeelle	32
8.7	Hoitosuunnitelman toteutuksen seuraaminen	33
8.8	Hoitosuunnitelman tavoitteiden saavuttamisen arviointi.....	33
8.9	Kirjallisen yhteenvedon laatiminen	34
8.10	Hoitosuunnitelma työvälineenä	35
8.11	Laadukkaan hoitosuhteen koostuminen	36
8.12	Tekijät, jotka vaikuttavat hoitosuhteen onnistumiseen	36
8.12.1	Hoitajan persoona.....	37
8.12.2	Potilaan tai asukkaan persoona.....	37
8.12.3	Hoidon vaativuustaso	38

8.12.4 Hoitajan ammatillinen koulutus	39
8.12.5 Omaisten suhtautuminen hoitoon	39
8.12.6 Dokumentointi	40
8.12.7 Työyhteisön tuki	41
8.12.8 Selkeä työnjako	42
8.13 Hoitotyön laadun kehittämisen keinoja yksikössä	42
8.13.1 Yhteiset keskustelut	42
8.13.2 Täydennyskoulutukset	43
8.13.3 Uudet ammattikoulutukset	44
8.13.4 Laatukäsikirja	45
8.13.5 Potilas/asukas-palautteiden hyödyntäminen	45
8.14 Toiveita oman yksikön hoitotyön kehittämiseen jatkossa	46
9 POHDINTA	47
9.1 Tulosten yhteenveto ja pohdinta	47
9.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	48
9.3 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	50
LÄHTEET	51

LIITTEET

Liite 1 Yhteistyösopimuslomake

Liite 2 Kyselylomakkeen saatekirje ja kyselylomake

1 JOHDANTO

Hoitotyö perustuu perinteisesti sairaiden hoitamiseen. Hoitaja on toteuttanut sairaanhoitoon kuuluvia toimenpiteitä ja huolehtinut potilaan päivittäisistä toiminnoista sekä lievittänyt potilaan tuskaisuutta. Nykyisen käsityksen mukaan hoitotyöhön ei pelkästään sisälly sairaiden hoitamista, vaan hoitajat ovat ilmaisseet mielenkiintoaan myös yksilön, ryhmän tai yhteisön terveyttä kohtaan osana ihmisen hyvinvointia ja sen edistämistä. Hoitotyössä toiminta vaihtelee yksilön, ryhmän ja yhteisön sen hetkisen tavoiteltavan hyvinvoinnin mukaisesti. (Anttila, ym. 2007, 40.)

Hoitotyön laadun ja tehokkuuden kehittämisessä voidaan hyödyntää työn ja työprosessin tarkastelua, arviointia, luokittelua ja vertailua yleisiin tavoitteisiin. Kehittämiskohteiden löytämisen jälkeen on hyvä laatia tavoitteet muutoskohteille. Tavoitteet helpottavat uusien laadukkaiden ja tehokkaiden keinojen kehittämistä toimintaa varten. Esimerkiksi työyhteisö voi tutkia kehittämiskohteiden mahdollisuuksia neuvottelessa, jossa ehdotuksia otetaan huomioon ja toteutuskelpoiset vaihtoehdot valitaan yhteistyössä. (Anttila, ym. 2010, 80.)

Ammatillinen hoitosuhde muodostuu suurelta osin samalla tavalla kuin mikä tahansa ihmissuhde, jossa kaksi ihmistä tutustuu toisiinsa. Hoitosuhde poikkeaa toisista ihmissuhteista siten, että se on epäsäännöllinen. Vuorovaikutuksen perustana ovat potilaan tarpeet ja tavoitteena on niiden tyydyttäminen. (Anttila, ym. 2010, 71) Hoitosuhteessa hyödynnetään potilaan omia voimavaroja hänen hyvinvoinnin edistämiseksi. Hoitosuhteen keskeisiä tekijöitä ovat muun muassa potilaan tai asukkaan ja hoitajan ikä, sukupuoli, koulutustausta, sosioekonominen asema ja henkilökohtaiset ominaisuudet. Näitä ominaisuuksia ovat esimerkiksi ystävällisyys, empaattisuus, uskottavuus, ammattitaito ja kiinnostuneisuus. (Mäkelä, ym. 2001, 17.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia hoitajan ja potilaan välistä hoitosuhdetta sekä sairaalan että vanhainkodin osastoilla. Tavoitteena oli saada selville, miten laadukas hoitosuhde kehittyy ja millainen on sen sisältö hoitohenkilökunnan näkökulmasta katsottuna.

Keskeisiksi käsitteiksi tässä opinnäytetyössä muodostuvat hoitotyö, hoitotyön laatu ja hoitosuhde.

2 HOITOTYÖ

Hoitotyö perustuu perinteisesti sairaiden hoitamiseen. Hoitaja on toteuttanut sairaanhoitoon kuuluvia toimenpiteitä ja huolehtinut potilaan päivittäisistä toiminnoista sekä lievittänyt potilaan tuskaisuutta. Kuitenkin asteittain terveyden edistäminen ja sairauksien ennaltaehkäisy on todettu entistä enemmän tärkeämmäksi hoitotyössä. Nykyisen käsityksen mukaan hoitotyöhön ei pelkästään sisälly sairaiden hoitamista, vaan hoitajat ovat ilmaisseet mielenkiintoaan myös yksilön, ryhmän tai yhteisön terveyttä osana hyvinvointia ja edistämistä. Hoitotyössä toiminta vaihtelee yksilön, ryhmän ja yhteisön sen hetkisen tavoiteltavan hyvinvoinnin mukaisesti. (Anttila, ym. 2007, 40.)

Hoitotyöhön sisältyy vuorovaikutusta hoitoon liittyvien palveluiden käyttäjän ja hoitajan välillä. Yksilö, perhe tai ryhmä voi tarvita hoitotyön palveluita. Hoitotyö on samantyyppistä erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikoissa, joissa asiakkaita kohdataan. Hoitotyön arvot ja periaatteet ovat keskeisiä ohjeita hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksessa ja toiminnassa. (Anttila, ym. 2007, 40.)

Terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäisy ja hoitaminen, sairauden tai vamman heikentämän henkilön kuntoutuminen ja kuolevan hoitaminen ovat erittäin tärkeässä roolissa hoitotyössä. Lisäksi toivon antaminen ja kärsimyksen keventäminen liittyen potilaaseen ovat tärkeitä. Hoitotyö on aina yhteistyötä hoitajan ja potilaan välillä. Lisäksi potilaan itsensä omaavia voimavaroja vahvistetaan ja tuetaan. Myös potilaan itsetunnon ja toimintakyvyn kannalta on merkittävää, että hän myös itse osallistuu omaan hoitoonsa. Muun muassa auttaminen, tukeminen, tarkkailu, ohjaaminen ja elämänlaadun kohentaminen ovat hoitotyön menetelmiä. (Anttila, ym. 2007, 40–41.)

2.1 Hoitotyötä ohjaavat arvot

Pysyviä perusarvoja filosofiassa ovat eettiset, esteettiset ja tiedolliset arvot. Hoitotyössä eettiset arvot syntyvät potilaan tai asiakkaan moraaliseen hyvästä. Eettiset arvot ovat apuna tehtäessä hoitopäätöksiä ja valintoja potilaan parhaaksi hänen ollessa mukana niissä. Esteettiset arvot ovat korostuneet erittäin tärkeiksi hoitotyössä. Esteettisyys tulee esille hoitajan toimiessa potilaan kanssa, esimerkiksi ruokailutilanteissa. Esteettisyys ilmenee lisäksi hoitajan olemuksessa ja tavassa hänen kohdattaessaan potilaan. Potilaat odottavat hoitajilta muun muassa aitoutta, persoonallisuutta ja lämpöä. (Anttila, ym. 2007, 44.)

Yksi tiedon määritelmistä voisi olla usko totuudesta. Uutta tietoa syntyy ja se muokautuu jatkuvasti. Tiedolliset arvot ohjaavat ihmistä etsimään totuutta. Hoitotyössä tämä näkyy hoitajan haluna auttaa potilasta parhaalla mahdollisella tavalla. Käytännössä hoitamiseen sisältyy vastuullista toimintaa toisen terveydentilan hyväksi. Hoitotyöhön kouluttautuminen antaa hoitajalle valmiudet toimia omassa ammatissaan, ottaen huomioon sen, että hoitoala vaatii jatkuvaa itsensä kehittämistä. Myös huolellisuus ja rehellisyys ovat todella arvokkaita hoitajalle kuuluvia ominaisuuksia. Joskus myös erehdyksiä tapahtuu ja niistä on hyvä keskustella sekä potilaan että työtovereiden kanssa. (Anttila, ym. 2007, 44.)

Hoitajan ammatti-identiteetti rakentuu hänen omista henkilökohtaisista arvostuksista, joita ovat muun muassa kasvatus, koulutus, työkokemus ja elämäkokemuksen myötä omaksutut arvot. Jos potilaan tai asiakkaan arvot eroavat suuresti hoitajan omista arvoista, seurauksena voi syntyä arvoriiri. Esimerkkitalanne voisi olla sellainen, jossa potilas jatkaa tupakointia, vaikka hänellä on todettu sydänveritulppa. Hoitajalla on sellainen käsitys, että tupakoinnin jatkaminen on hyvinvoinnin kannalta potilaan edun vastaista, mutta lopullisen päätöksen tekee potilas. Hoitajalla on velvollisuus varmistaa, että potilas saa tarpeeksi tietoa tupakoinnin riskeistä, jotka vähentävät terveyttä. Hän voi myös yrittää motivoida potilasta tupakoinnin vähentämiseksi. (Anttila, ym. 2007, 45.)

2.2 Hoitotyötä ohjaavat periaatteet

Hoitamisen tarkoituksena on olla johdonmukaista ja sitä ohjaavat hoitotyön periaatteet. Ne tarkoittavat yleisesti vahvistettuja perusteita, joihin päätöksenteko hoitotyössä perustuu. Periaatteet toimivat keinoina ymmärtämään toimintaa ja löytämään menettelytapoja käytännön ongelmia ratkaistaessa. Hoitotyön oleellisin kysymys on, mikä on potilaan hyvä. Periaatteet toimivat opastuksena esimerkiksi hoitohenkilökunnan pohtiessa keinoja, mitä potilaan hyväksi voidaan tehdä. Hoitotyön periaatteet voidaan jaotella suhtautumisen mukaan potilaan hoitoa koskeviin periaatteisiin, joita ovat muun muassa yksilöllisyys, turvallisuus, omatoimisuus, kokonaisvaltaisuus, jatkuvuus ja kulttuurilähtöisyys. Hoitajan toimintaa koskevia periaatteita ovat muun muassa oikeudenmukaisuus ja vastuullisuus. (Anttila, ym. 2007, 45.)

Samankaltainen hoito ei sovi kaikille, vaan jokainen potilas tarvitsee tarkalleen omia tarpeitaan vastaavaa hoitoa. Potilaan yksilöllisillä tarpeilla on vaikutusta hoitotyön tavoitteisiin. Potilaan kyetessä osallistumaan omaan hoitoonsa, on korostettavaa, että tavoitteilla on vastinetta hänen käsityksille hoidosta ja toiveista. Hyvänä menettelytapana on järjestää potilaalle omahoitaja hoidon ajaksi, sillä se muun muassa keventää hänen yksilöllisyytensä huomioimista. Omahoitaja organisoii potilaan ja hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa suunnitelman, joka tarkistetaan säännöllisin väliajoin. (Anttila, ym. 2007, 45.)

Potilaan oikeuksiin sisältyy vapaus tehdä päätöksiä liittyen omaan hoitoonsa, vaikka hoitohenkilökunta voi olla eri mieltä siitä, ovatko ne hänen parhaakseen. Potilas voi kieltäytyä jostakin hoitotoimenpiteestä, esimerkiksi verit tuotteiden antamisesta uskonnollisen tai muun vakaumuksensa perusteella. Tässä vaiheessa hän ottaa itse vastuun päätöksestään. Kuitenkin useimmissa hoitoon liittyvissä tapahtumissa on löydettävissä kumpaakin osapuolta tyydyttävä ratkaisu. Turvallisuuteen sisältyvä perusluottamus muotoutuu vuorovaikutussuhteessa omiin vanhempiin ensimmäisen elinvuoden aikana. Perusluottamuksen avulla ihminen pystyy mukautumaan muuttuviin elämäntilanteisiin. (Anttila, ym. 2007, 45.)

Sairastumisesta johtuen syntyy yhtenäen epävarmuuteen ja pelkoon liittyviä tunteita. Hoitajan toimenkuvana on antaa vastinetta potilaan turvallisuuden tarpeisiin ja tuottaa potilaalle hyvää oloa. Potilaan turvallisuus voi olla joko ulkoista tai sisäistä. Hoitotyössä ulkoiseen turvallisuuteen kuuluvat ympäristön, menetelmien, toiminnan ja välineiden turvallisuus. Sisäinen turvallisuus on potilaan oman itsensä turvallisuuden tunnetta. (Anttila, ym. 2007, 46.)

Omatoimisuuden periaatteen avulla hoitaja ottaa selvää potilaan omista voimavaroista. Selvityksen jälkeen potilasta on helppo tukea voimavarojen käytössä. Potilasta tuetaan selviytymään niin paljon kuin on mahdollista itsenäisesti ja häntä autetaan vain kun on todella tarvetta. Kun potilas saapuu hoitoon, on hyvä selvittää miten hän kykenee selviytymään päivittäisissä toiminnoissaan ja paljonko hän apua tarvitsee. Potilaan omatoimisessa hoitokyvyssään hän toimii itse arvioijana, mutta myös hoitaja ja hänen läheisensä voivat osallistua. (Anttila, ym. 2007, 46.)

Ihmisen halu ja kyky pitää itsestään huolta liittyy hänen itsetuntoonsa. Huolehtiakseen itsestään hän tarvitsee tietoa, taitoa ja positiivisen asenteen omaan hoitoonsa. Hoitajalla on mahdollisuus vaikuttaa positiivisesti näihin alueisiin. Kokonaisvaltaisuuden rooli hoitotyössä on esimerkiksi se, että potilaan tarpeet huomioidaan monipuolisesti. Potilaalla ilmenevien oireiden ja niiden tarvitseman hoidon lisäksi otetaan selvää, minkälaisia seurauksia sairaudella tai vammalla on hänen päivittäisiin toimintoihin. (Anttila, ym. 2007, 46.)

Hoidon kokonaisvaltaisuutta korostaa hyvin sosiaali- ja terveyshuollon palvelujen yhdistäminen. Tavoitteena on varmistaa potilaalle potentiaaliset ja laaja-alaiset palvelut. Hoitotyössä potilaan tai asiakkaan hoito on moniammatillista yhteistyötä eri työryhmien välillä, joissa työskentelee sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoita hoidettavan tarpeiden mukaisesti. Potilaalla on tärkeä rooli liittyen omaan hoitoonsa ja hänen tulisi olla aktiivinen. (Anttila, ym. 2007, 46-47.)

Jatkuvuudella hoidossa voi olla eri rooleja. Se voi olla esimerkiksi antajakohtaista tai tiedon jatkuvuutta. Antajakohtaiseen jatkuvuuteen sisältyy ajallista, maantieteellistä, moniammatillista ja ihmisten vastavuoroista ulottuvuutta. On erityisen tärkeää, että tiedon kulku toimii hoitotyössä. Sairauskertomusjärjestelmä toimii apuna silloin, kun

potilaan tiedot tallennetaan yhdeksi tiedostoksi, josta hänen hoitoonsa osallistuvat henkilöt saavat tarvittavat tiedot. Salassapitovelvollisuus korostuu tässä tilanteessa.

(Anttila, ym. 2007, 47.)

Kulttuurilla kuvataan yleisten ideoiden ja käsitteiden, sekä sääntöjen ja merkitysten järjestelmiä, jotka eivät ole näkyvillä ja tulevat esille ihmisten elintavoissa. Kulttuuri toimii perintönä sukupolvien välillä. Sen avulla todetaan, miten ihmiset kokevat ja näkevät ympäröivän maailman ja miten ihmiset käyttäytyvät toisiaan kohtaan. Kulttuuri välittyy symbolien, kielen, taiteen ja rituaalien kautta. (Anttila, ym. 2007, 48.)

Termi terveystieteiden kulttuuri määrittyy ihmisten käsityksistä, joihin kuuluvat terveys, sairaus ja niiden hoitaminen. Eri kulttuureissa sairastuminen, kipu ja kuolema koetaan ja käsitetään eri tavoin. Arvot ja normit toimivat vaikuttajina yhteisön suhtautumiseen. Perinteillä, uskomuksilla ja asenteilla on merkitystä sairauskäyttäytymiseen. Kun tietoa on saatu lisää ja hoitomenetelmät ovat kehittyneet, on sairauksia opittu hoitamaan paremmin ja kansanparannuskeinot ovat hävinneet lääketieteen menetelmien voittaessa. (Anttila, ym. 2007, 48.)

Asiakkaan tai potilaan kulttuuritaustan huomioiminen on suuressa roolissa hoitoon vaikuttavana tekijänä. Euroopan yhdentyminen ja Suomen lisääntyvä kansainvälistyminen tuovat uusia ongelmia ja vaatimuksia suomalaiselle sosiaali- ja terveydenhuollolle. Hoitajan tulee ottaa selvää vieraasta kulttuurista peräisin olevan potilaan tavoista ja tottumuksista, jotta häntä kyetään hoitamaan kokonaisvaltaisesti.

(Anttila, ym. 2007, 48.)

Kristillisuus selittää oikeudenmukaisuutta siten, että se on ihmisen halua tehdä muille sellaista, mitä itselleen toivoo tehtävän. Hoitotyössä oikeudenmukaisuus ilmenee silloin, kun potilas saa mahdollisuuden kokea itsensä samanarvoiseksi muiden kanssa. Luottamukseen pyrkiminen hoitosuhteessa edellyttää molemmilta osapuolilta arvostavaa suhtautumista toisiinsa. Kun ihminen kykenee arvostamaan itseään, kykenee hän silloin arvostamaan toista ihmistä. Ammatillisen hoitotyön edellytyksenä on se, että hoitaja ei valikoi potilaitaan ja pitää heitä tarpeineen samassa arvossa. Joskus vaikeasti lähestyttävän potilaan luottamuksen saavuttaminen voi olla hoitajalle antoisempia hetkiä hänen työssään. (Anttila, ym. 2007, 49.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista tuli voimaan vuonna 1992. Se takaa potilaalle oikeuden hyvään terveyden- ja sairauden hoitoon ja niihin kuuluvaan kohteluun. Potilaalle on järjestettävä hoitoa ja häntä on kohdeltava loukkaamatta hänen ihmisarvoaan, ja hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään on kunnioitettava. Laki turvaa myös potilaalle pääsyn hoitoon ja oikeuden saada omaa hoitoaan koskevaa tietoa siten, että hän ymmärtää riittävästi sen sisällöstä. Laki määrää, että potilasasiakirjat ovat salassa pidettäviä, eivätkä potilaan tiedot saa päätyä ulkopuolisille. Potilaan ja hoitohenkilökunnan on oltava yksimielisiä liittyen potilaan hoitoon. Jos potilas on tyytymätön hänen saamaansa hoitoon, hänellä on oikeus tehdä siitä muistutus hoitohenkilökunnalle. Tällöin on myös hyvä ottaa yhteyttä potilasasiamieheen, joka neuvoo potilaita tämän lain soveltamiseen liittyvissä asioissa. (Anttila, ym. 2007, 49.)

Hoitajan hyvään ammattitaitoon sisältyy myös se, miten hän ottaa vastuuta työstään. Vastuun ottaminen potilaista kuuluu hoitajan eettiseen velvoitteeseen. Hoitajan itsensä omaava vastuu on tietoisuutta siitä, mitä hän tekee hoitotyössä. Esimerkiksi potilaan ollessa kykenemätön pitämään huolta eduistaan, voi hoitaja ottaa jonkin verran vastuuta joistain potilasta koskevista asioista. Tällaisessa tilanteessa hoitajalla on oltava hyvä moraalinen käsitys oikeasta ja väärästä sekä todellista auttamisen halua. (Anttila, ym. 2007, 49.)

Hoitajan oikeuksiin kuuluu päätöksenteko oman ammattinsa vastuualueella ja se asettaa myös hoitajan vastuuseen siitä, mitä hän tekee. Hän on myös vastuussa tekemisistään itselleen. Hoitajan jaksamiseen työssä ja itsensä kehittämiseen vaikuttavat muun muassa onnistumisen tunne, työorganisaation tuki, sekä palautteen antaminen ja saaminen. Vastuuseen sisältyy myös se, että tunnistaa itsessään esimerkiksi työkyvyttömyyden, kuten nuhakuumeen. Hoitaja on myös vastuussa antamastaan työsijoituksestaan työyhteisössä, jossa hän työskentelee, esimiehelleen ja koko yhteiskunnalle. Hänellä on velvollisuus lupautua työyhteisössään noudatettaviin arvoihin, periaatteisiin ja työmenetelmiin. Lisäksi hänellä on velvollisuus noudattaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevia lakeja ja asetuksia. (Anttila, ym. 2007, 49.)

2.3 Hoitotyö ja viestintä

Viestinnästä valtaosa on sanatonta. Sanattomien viestien lähettäminen on myös tiedostamatonta, joten niiden hallinta on hankalaa. Ihminen saa toisesta ihmisestä ensivaikutelman todella nopeasti sanattoman viestinnän avulla. Sanattoman viestinnän keinoihin kuuluvat muun muassa ilmeet, eleet, koskettaminen, äänensävyt, tauotus, painotus, persoonallinen tilankäyttö, etäisyys keskustelukumppanista ja ulkoiset asiat, kuten pukeutuminen ja korut. Viestinnän tärkeimpiä aisteja ovat näkö- ja kuuloaisti. Näköaisti on suuremmassa roolissa, koska suurin osa kommunikoinnista välittyy silmien kautta. Sanattoman viestinnän tarkoituksena on tukea, korvata, painottaa, täydentää tai kumota sanallista viestintää. Sanallinen eli kielellinen viestintä vaikuttaa enemmän järjen kautta, kun taas sanaton viestintä vaikuttaa tunteiden kautta. Kielellisen viestinnän keinoja ovat muun muassa puhuminen, kuunteleminen, puhetapa, sekä kirjoitettava ja luettava teksti. Ammatillisessa kielenkäytössä tärkeässä roolissa on asiatyyli, sillä vahvalla murteella tai slangilla voi olla viestin sisältöön vaikutusta. (Anttila, ym. 2007, 64-65.)

Teorian ja toiminnan lisäksi hoitotyöhön kuuluu myös erilaista, yhtäjaksoista viestintää. Sitä tarvitaan muun muassa hoitajien ja potilaiden välisissä tapahtumissa, myös työryhmien ja yhteistyökumppaneiden välillä. Keino, jota tarvitaan yksilölliseen ja kokonaisvaltaiseen hoitoon on esimerkiksi asiakkaan mahdollisimman hyvä tunteminen. Kun hoitoa aletaan suunnitella, on pohdittava, minkälaisia tietoja häneltä tarvitaan ja miksi. Hoitajan täytyy tiedostaa, mitä viestinnän tyylejä hänen tulisi hyödyntää terveyskasvatuksessa ja neuvonnassa. Kun asiakkaalla on todettu esimerkiksi korkea verenpaine, voidaan hänelle tilaisuuden auetessa kertoa terveellisemmästä ja verenpainetta alentavasta ruokavaliosta. Hoitaja valitsee potilaan kannalta yksilöllisen tavan, jolla hän kannustaa potilasta toimimaan omaksi parhaakseen. Potilas tuntee olonsa sitä turvallisemmaksi, mitä enemmän hän saa asiantuntevaa opastusta. Hoitajan lisäksi myös muiden työyhteisössä työskentelevien henkilöiden on saatava potilaasta tarkat tiedot, jotka vaikuttavat hoitoon. Tiedon välittämiseksi on tärkeää antaa raportti muun muassa potilaan voinnista ja uusista sairauksista. (Anttila, ym. 2007, 65.)

2.4 Hoitotyön kirjaaminen

Kirjaamisen tehtävänä on kuvata konkreettisesti potilaan hoidon tarpeita, hoitotyön tavoitteita, toteutusta ja saavutettuja tuloksia. Hoitotyön toiminnan kirjaaminen vaikuttaa myös positiivisesti työn tekemiseen. Kun kirjataan, saadaan monipuolista tietoa ja se vähentää esimerkiksi raportin antamista työvuorojen vaihtuessa. Käytännön työtä tehtäessä yleisin ongelma, joka liittyy kirjaamiseen on se, että tietoja ei ole kirjattu riittävästi eikä niistä löydy hoitoa koskevia oleellisia tietoja. Esimerkiksi potilaskertomukseen voidaan kirjata tieto, että potilaalle on kerrottu tulevasta leikkauksesta, mutta epäselvyyttä voi aiheuttaa se, mitä hänelle on kerrottu ja miten hän on suhtautunut tietoon. On myös hyvä kirjata hoidon vaikuttavuudesta potilaaseen ja sitä voidaan hyödyntää, kun suunnitellaan potilaan hoitoja tulevaisuudessa. Lisäksi se voi auttaa myös muiden potilaiden hoitamista. Hoitotyössä ei ole aina ollut yhdenmukaista hoitosanastoa, vaan jokaisessa hoitopaikassa on ollut omat määritelmät hoitotyön kirjaamisen käsitteistä. Hoitotietojen vertailu on ollut epäluotettavaa. Vuoden 2009 lopussa Sairaanhoidtajien koulutussäätiön julkaisema hoitotieteellinen asiasanasto Hoidokki on tarkentanut käsitteiden valintaa. (Anttila, ym. 2010, 58.)

Muun muassa potilaan hyvinvointi ja toimintakyky ovat kirjaamisen päämääriä. Kirjaamisen on oltava asiatyylisiä ja potilasta kunnioittavaa. Potilaan kanssa on hyvä keskustella, mitä kirjataan. Joskus on työlästä muotoilla vaikeita asioita niin, ettei potilas pahoita mieltään mutta josta kuitenkin asia ilmenee selkeästi. Potilaskertomus on hyvä tehdä selkeästi, sillä joskus saattaa tulla esimerkiksi tilanne, jossa halutaan tutkia, onko potilas saanut tarkoituksenmukaista hoitoa vai onko tehty jotain virhettä. Kirjaaminen toimii myös hoitohenkilöstön oikeusturvana. Potilasasiakirjat ovat laillisia asiakirjoja. (Anttila, ym. 2010, 58.)

Kelvollisella kirjaamisella on myös tunnusmerkkejä. Pätevyyden kriteeri täyttyy esimerkiksi siten, miten hoito on hyödyttänyt potilasta. Tiedoista ilmenee kaikki oleellinen hoitotyön toiminta, hoitotoimien vaikutukset ja se, miten hoidon tulokset on todistettu. Luotettavuutta tukee puolestaan se, että hoitajien kuvaus potilaan hoidon tarpeesta vastaa toisiaan. Jotta potilaan terveydentilaan ja hoitoon liittyviä tietoja tarkasteltaessa ne löydettäisiin mahdollisimman helposti, kirjaamisen tulisi olla käytäntöön soveltuva. Joustavuutta selittää se, että hoitosuosituksista haarautuessa

valinnan lähtökohdat ja potilaan näkemys asiasta kirjataan potilasasiakirjoihin. Selkeyden edellytyksenä ovat yhtenäinen ja yksinkertainen kieli. Potilaalla ja hoitajalla on hyvä olla sama mielipide asiasta. Tarkkuuden perusteita ovat muun muassa selkeästi ja perusteellisesti kuvattu hoitoprosessi ja potilaan saatavilla oleva helppo kuvaus hoitajakson toimenpiteistä. (Anttila, ym. 2010, 58.)

2.5 Näyttöön perustuva hoitotyö

Näyttöön perustuvan hoitotyön määritelmänä toimii usein paras mahdollinen ajan tasalla oleva tiedon arviointi ja käyttö, joita voidaan hyödyntää potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyteen ja hoitoon liittyvässä päätöksenteossa ja myös toiminnan toteutuksessa. Silloin on kyse tiedosta, päätöksenteosta, toiminnan toteutuksesta, tuloksesta ja arvioinnista. Lähtökohtana toimii käsite ”näyttö”, jonka perusteella tulos arvioidaan. Näyttöön perustuvissa, toiminnasta kertovissa lähteissä jaetaan näyttö kolmeen osa-alueeseen, jotka ovat tutkitun tiedon tuottama näyttö, asiantuntijan kokemuksen tuottama näyttö ja potilaan omaan tietoon ja toimintaan liittyvä näyttö. Näyttö voidaan lohkoa kolmeen pääluokkaan silloin, kun se perustuu toimintaan, tulokseen ja arviointiin. Pääluokat ovat tieteellisesti havaittu tutkimusnäyttö, hyväksi havaittu näyttö ja kokemukseen perustuva näyttö. (Lauri. 2003, 7.)

Tieteellisesti havaittuun tutkimusnäyttöön sisältyy tutkimuksen avulla, tieteellisin indikaattorein saavutettu näyttö, joka liittyy toiminnan tuloksesta hoidettavan ihmisen terveyteen ja elämänlaatuun. Tutkijat laativat kyseessä olevaa tietoa, mutta sitä täytyy olla myös yhteiskunnan saatavilla. Silloin se tarkoittaa sitä, että tieteellisesti havaittua tutkimusnäyttöä voivat hyödyntää ammattilaiset, jotka arvioivat omaa toimintaansa. Myös potilaat voivat hyödyntää sitä. (Lauri. 2003, 8.)

Tieteellisen tiedon kartuttamiskeinoja ovat erilaiset tutkimusperinteet, joita valitaan sillä perusteella, minkälainen tieto ja tiedon yleistettävyyden on tarkoituksena. Tieteellinen tutkimusnäyttö rakentuu tavanomaisesti loogis-analyttisen ja positivistisen tutkimusperinteen ympärille. Silloin tavoitteena on yleistettävän, tieteellisesti seikka-peräisen tiedon tuottaminen. Luotettavin yleistys saavutetaan tutkimuksissa, joita saadaan aikaan satunnaistetuilla koe-kontrolliasetelmilla. (Lauri. 2003, 8.)

Fenomenologis-hermenauttinen tutkimusperinne liittyy myös tieteelliseen tutkimusnäyttöön. Se tarkoittaa ihmisten asioille antamien merkitysten ymmärtämistä, uusien todellisuuden liittyviä luokitteluja ja kuvausten tuottamista sekä ymmärtämistä asioiden moninaisuudesta. Sen perusteella voidaan ymmärtää yksilöllisiä kokemuksia ja luoda pohjaa suurempien joukkojen tutkimiselle, mutta tutkimustietoa ei voida yleistää suuriin ihmisjoukkoihin muokkaamatta. (Lauri. 2003, 8.)

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa tavoitteena on sekä yleistettävän tiedon että yksittäisten merkitysten ymmärtäminen. Näin eri tutkimusperinteiden hyödyntäminen on välttämätöntä sekä hoitotyön persoonallisen luonteen että hoitotieteellisessä tutkimuskentässä sijaitsevien tutkimattomien alueiden ansiosta. Kun hoitotyössä ilmenevistä ongelmista kerätään tietoa erilaisten tutkimusmenetelmien avulla, voidaan myös yleistettävä tieto saavuttaa. (Lauri. 2003, 8.)

Hyväksi havaitulla toimintänäytöllä kuvataan sellaista näyttöä, joka rakentuu terveydenhuollon organisaatioissa laadunarviointi- tai kehittämistarkoituksessa kerätystä tiedosta. Se ei kuitenkaan aina täytä tutkittavan tiedon tieteellisiä kriteereitä, mutta on joka tapauksessa järjestelmällisesti ja luotettavasti kerättyä tietoa. Erilaiset tilastotiedot, arviot laadunarviointisysteemien saavutuksista tai kehittämissuunnitelmissa kerta toisensa jälkeen kerätyt tiedot toimivat tässä tapauksessa esimerkkinä. Konsensus-lausumat (*konsensus* = yhteisymmärrys, jonkinasteinen yksimielisyys), joita terveydenhuoltoalalla työskentelevät ammattilaiset käyttävät, voidaan omalta osaltaan sovittaa kyseessä olevan näytön alueeseen. Konsensus-lausumat rakentuvat muun muassa tutkimuksista, järjestelmällisesti toiminannasta koottuun tietoon sekä kokemukseen ja asiantuntijoiden neuvotteluihin. (Lauri. 2003, 9.)

Kokemukseen perustuvaa näyttöä selitetään kahdesta eri näkökulmasta. Ensimmäisen selityksen mukaan se on alan ammattilaisten käytännön kokemuksen perusteella toteamaa vaikuttavuutta. Kyseinen kokemus löytyy sairaanhoitajalta esimerkiksi silloin, kun hän turvautuu työskennellessään aikaisemmin hyväksi todettuun toimintaan, vaikka hän ei kykene tarkasti erittelemään, miksi hän tekee niin. Toisena selityksenä on potilaan kokemus hoidon vaikuttavuudesta ja sen vastaavuudesta hänen tarpeisiinsa. Ammattilaisen koettu näyttö rakentuu kokemuksista, jotka liittyvät

erilaisiin hoitotapahtumiin (Lauri. 2003, 9). Terveyspalveluita hyödyntävän asiakkaan tai potilaan koettu näyttö rakentuu hänen yksilöllisistä henkilökohtaisista kokemuksista, joihin sisältyvät terveys, sairaus ja terveydenhuollon erilaiset palvelut. (Lauri. 2003, 10.)

3 HOITOTYÖN LAATU

Laatu terminä tarkoittaa muun muassa jonkin asian, esineen tai henkilön tilanteen mukaisia, olennaisia olemuksia tai ominaisuuksia, jotka tekevät ne siksi, mitä ne ovat. Myös laji, luokka tai ryhmä kuuluu laatua selittävään termiin. Vastaavia adjektiiveja ovat muun muassa laadukas ja hyvälaatuinen, vastakohtana huonolaatuinen. Laatu-sanaa käytettäessä substantiivina, se voidaan käsittää piirteenä, joka voi saada positiivisia tai negatiivisia arvoja. Laatuun liittyvät tärkeät ominaisuudet voivat vaihdella hyvän ja huonon välillä. Usein se, mistä hyvä alkaa, on sovittua, samoin myös se, miten tavoitellaan hyvää laatua. Laadusta voidaan tuoda esille myös eri määritelmiä. Toisenlaiset antavat keinoja laadun määrittämiseen ja ne ovat melko hyväksyttäviä. Toisenlaisiin määritelmiin kuuluvat muun muassa ne, mitkä kuvaavat hyvää laatua hoitotyössä tai terveydenhuollossa. (Pelkonen, ym. 1993, 61.)

Hoitotyön laadun ja tehokkuuden kehittämisessä voidaan hyödyntää työn ja työprosessin tarkastelua, arviointia, luokittelua ja vertailua yleisiin tavoitteisiin. Kehittämiskohteiden löytämisen jälkeen on hyvä laatia tavoitteet muutoskohteille. Tavoitteet helpottavat uusien laadukkaiden ja tehokkaiden keinojen kehittämistä toimintaa varten. Sen jälkeen on hyvä kokeilla uusia toimintatapoja käytännön työssä ja niitä on myös hyvä arvioida ja verrata tavoitteisiin. Esimerkiksi työyhteisö voi tutkia kehittämiskohteiden mahdollisuuksia neuvottelussa, jossa ehdotuksia otetaan huomioon ja toteutuskelpoiset vaihtoehdot valitaan yhteistyössä. (Anttila, ym. 2010, 80.)

Hoito- ja huolenpitotyön laadun ja tehokkuuden mittaamiseen löytyy useita keinoja. On sekä laadullisia että määrällisiä mittareita, joita voidaan hyödyntää yksittäisesti hetkellisen tilanteen selvittämiseen tai määräaikaaisesti pitkän aikavälin seurannassa. Esimerkiksi Amerikassa kehitetty RAI-mittari (resident assesment instrument) on Suomessa todettu olevan hyvä ja uusi keino mitata pitkäaikaishoidossa olevan van-

huksen tarpeita, sekä hoidon tason ja kustannusten vaatimuksia. Mittaamisen avulla voidaan suunnitella moniongelmaisen vanhuksen näyttöön perustuvaa hoitamista ja palveluja. Yleensä ensimmäinen mittaus toteutetaan kahden viikon kuluttua potilaan hoitoon saapumisesta ja tarvittaessa tehdään lisämittauksia, jos esimerkiksi potilaan tilanteessa tapahtuu muutoksia. Vanhuksen fyysistä ja psyykkistä tilaa seurataan 12 laatusektorin avulla. Tietoja tutkitaan atk-järjestelmällä ja niitä käytetään vain kyseessä olevan potilaan hoidon laadun kehittämiseksi. Seurattavia laatusektoreita ovat onnettomuudet, käytös ja tunne-elämä, kliininen hoito, kognitio, virtsan ja ulosteen pidätyskyky, infektioiden hallinta, ravinto ja syöminen, toimintakyky, psyykenlääkkeiden käyttö, elämän laatu, aistit, sekä ihon hoito. Mittarin ominaisuuksiin kuuluu myös osaston tarpeiden tarkastelu tehtäessä suunnitelmia ja päätöksiä liittyen vanhusten pitkäaikaishoidon resursseihin. (Anttila, ym. 2010, 82.)

Hoitotyön laadun edellytyksiin kuuluu myös se, että työssä voimavarat ovat riittävät. Sen tutkimiseen on hyvänä keinona esimerkiksi työilmapiirin mittauksen suorittaminen. Mittauksessa tutkitaan henkilöstön voimavaroihin vaikuttavia tekijöitä, joita ovat esimerkiksi työympäristö, työyhteisö, työajat, ammattitaidon riittävyys ja tehtävien laatu. Kun mittaus on suoritettu, kyseisiä tekijöitä eheytetään ja kehitetään mahdollisuuksien mukaan niin, että ne vastaavat haluttua tasoa. Henkilöstön voimavarojen tilastollisten keinojen kuvaajia ovat muun muassa sairauspoissaolot, kouluttautumisaktiivisuus, työhön liittyvä tyytyväisyys ja suora asiakaspalaute. (Anttila, ym. 2010, 82.)

Hoito- ja huolenpitotyön laadun tarkasteluun löytyy myös eri näkökulmia, joita ovat esimerkiksi potilaan, työntekijöiden ja työorganisaation näkökulmat. Tarkasteltaessa palveluiden toimivuutta, on potilaan mielipide tärkeää. Hänelle terveystalouden sisältämä laatu muun muassa tarkoittaa hyviä hoitotuloksia, hoidon saatavuutta ja sen jatkuvuutta. Potilas vertailee ystävällisyyttä, kiireettömyyttä, turvallisuutta ja tiedon-saantia ja samalla arvioi saamaansa palvelua. Hoitoon tai lääkärin vastaanotolle pääsemisen luontevuus, vaivaton ajanvarausmahdollisuus ja lähetejärjestelmän toimivuus sisältyvät hoidon saatavuuteen. Hoidon jatkuvuus muodostuu esimerkiksi saamalla saman lääkärin tai hoitajan vastaanoton palveluita seuraavilla hoitokerroilla. Hyvän hoidon kriteereitä ovat muun muassa potilaan toimintakyvyn ja voimavarojen hyödyntäminen, jotta hän selviytyy sairaudesta. (Anttila, ym. 2010, 78-79.)

Työntekijöiden käsityksen mukaan laadukas johtaminen ja esimiehen työskentely synnyttävät työyhteisössä vallitsevan hyvän ilmapiirin ja terveyttä edistävä toiminta lisääntyy. Objektiiivisuus, tasapuolisuus ja oikeiden päätöksien tekemisen kyky kuuluvat hyvän esimiehen ominaisuuksiin. Hyvällä hoito- ja huolenpitotyöllä saavutetaan tuloksia ja se edellyttää hoitajien osalta tarpeeksi aikaa ja osaamista potilaiden hoitamiseksi eettisten arvojen ohjeistamana. Kun potilaat saavat hyvää ja riittävää hoitoa, heidän sairaudet paranevat, vaivat vähenevät ja komplikaatioiden riski pienee. Laadukas hoitotyö rakentuu työn innostavuudesta ja vaihtelevuudesta, työssä jaksamisesta ja viihtyvyydestä. (Anttila, ym. 2007, 79.)

Työorganisaatiossa laatu ilmenee tarkoituksenmukaisuutena. Paras mahdollinen tehokkuus ja tuottavuus saavutetaan, kun henkilöstön määrä ja sen riittävä osaaminen suunnitellaan täsmällisesti, työskentelytilat ja hoitoon tarvittavat laitteistot toimivat ja ajankäyttö arvioidaan oikein. Yleensä ainoa keino arvioida organisaation laatua on tutkia palvelujen kustannusten suhdetta saavutettuun hyötyyn.

(Anttila, ym. 2007, 79.)

Poliittisen päätöksentekosysteemin mukaan hoitotyön laatu rakentuu koulutuksesta, väestön terveydentilasta, sairastuvuudesta, kuolleisuudesta, palvelujen hyödyntämistästeesta ja tuloksellisuudesta. Yhteiskunnan taloudellinen tilanne on rinnastettuna terveydenhuollon järjestämiseen ja ylläpitämiseen tarkoitettuihin varoihin. Lakisääöksillä todennetaan henkilöstön koulutus ja tutkintojen yhtäläisyys sekä hoidossa käytettävien laitteiden turvallisuus ja tehokkuus. Näin voidaan olla varmoja siitä, että hoitohenkilökunta on ammattitaitoista ja käytössä. (Anttila, ym. 2007, 80.)

4 HOITOSUHDE

Kaikki hoitaminen muiden siihen kuuluvien asioiden ohella on myös vuorovaikutusta. Ammatillinen hoitosuhde muodostuu suurelta osin samalla tavalla kuin mikä tahansa ihmissuhde, jossa kaksi ihmistä tutustuu toisiinsa. Hoitosuhde poikkeaa toisista ihmissuhteista siten, että se on epäsäännöllinen. Vuorovaikutuksen perustana ovat potilaan tarpeet ja tavoitteena on niiden tyydyttäminen. Hoitajalla on oma

yksityinen elämänsä ja siihen kuuluvat ongelmat, mutta näiden asioiden käsitteleminen ei ole ammatillista hoitotyötä. Hoitajan ei toisaalta tarvitse olla persoonaton omassa työssään. Sen sijaan kokeneen hoitajan persoonallinen tyyli tehdä työtä vahvistaa varmasti suhdetta. Jos hoitaja kulkee pilke silmäkulmassa ja viljelee huumoria, se voi rohkaista potilasta enemmän kuin mikään muu. (Anttila, ym. 2010, 71.)

Jonkin ajan kuluttua raja ystävyysuhteen ja ammatillisen suhteen välillä voi muuttua ongelmalliseksi, ennen kaikkea jos potilaalla ei juuri ole muita kontakteja. Hoitajalta vaaditaan suurta määrää herkkyyttä ja hienotunteisuutta kyetä säilyttämään ammatillinen hoitosuhde niin, ettei potilas koe, että hänet hylätään potilaana. Voitokkaassa tapauksessa potilaan itsevarmuus kohoaa hoitosuhteen etenemisen mukana ja hän saa edelleen enemmän energiaa terveytensä edistämiseen. Kuitenkin joskus voi käydä niin, ettei potilas heti kykene luottamaan hoitajaan, vaan luottamuksen kehittymiseen tarvitaan usein aikaa. (Anttila, ym. 2010, 71.)

Hoitosuhde voi edetä esimerkiksi siten, että luodaan ensivaikutelma, tutustutaan ja kerätään informaatiota. Ajan kuluessa hoitosuhde syvenee ja tiedot tulevat tarkemmiksi. Lisäksi potilaan taito itsehoitoon hahmottuu. Hiljalleen luottamus lisääntyy ja arkaluontoisiakin asioita voidaan käydä läpi. Kun on aika irrottautua hoitosuhteesta, on molemmilla helpottunut olo, koska tavoitteet on saavutettu. Joskus eroaminen saattaa olla haikeaa. (Mäkelä, ym. 2001, 17.)

Hoitosuhteessa hyödynnetään potilaan omia voimavaroja hänen hyvinvoinnin edistämiseksi. Hoitosuhteen keskeisiä tekijöitä ovat muun muassa potilaan tai asukkaan ja hoitajan ikä, sukupuoli, koulutustausta, sosioekonominen asema ja henkilökohtaiset ominaisuudet. Näitä ominaisuuksia ovat esimerkiksi ystävällisyys, empaattisuus, uskottavuus, ammattitaito ja kiinnostuneisuus. (Mäkelä, ym. 2001, 17) Tämän lisäksi hoitosuhteessa, joka toimii potilaan tai asukkaan ja hoitajan välillä, on hoidettavalla mahdollisuus puhua itsestään, elämästään, kokemuksistaan, tunteistaan ja ajatuksistaan hoitajalle. Hoitajalla ei ole tällaista mahdollisuutta, sillä suhteen ammatillisen puolen vuoksi potilaalla on oikeus odottaa, että tämä suhde on potilaan auttamiseksi. (Mäkelä, ym. 2001, 23.)

4.1 Vuorovaikutus hoitosuhteessa

Vuorovaikutus kuuluu tärkeänä osana hoitosuhteeseen. Vuorovaikutuksen laatu toimii tärkeässä roolissa joko toimintaa edistävänä tai vaikeuttavana tekijänä kaikessa hoito- ja ihmissuhdetyöskentelyssä. Tässä vuorovaikutuksen esimerkkinä toimii hoitajan ja iäkkään henkilön välinen vuorovaikutus. Hoitajan on helpompi rakentaa tehokasta hoitosuhdetta iäkkään ihmisen kanssa, kun hänellä on käsitystä vuorovaikutukseen vaikuttavista tekijöistä ja kanssakäymisen tyyleistä. Ajatukset, tunteet ja käyttäytymisen kieli kuuluvat vuorovaikutuksen kommunikointikeinoihin. Kokeemukset, uskomukset, arvot ja niihin sisältyvät tunteet ovat siinä mukana sekä hoitajan että hoidettavan ilmaisemina. Ihmisen viestittäessä toiselle ei aina tapahdu tietoisesti. Ihmisen vanhetessa hänen aistien heikkeneminen ja ruumiintoimintojen muuttuminen voivat mahdollisesti vaikeuttaa vuorovaikutusta. Yleensä apulaitteet, kuten kuulokojeet ja silmälasit, ovat usein tärkeässä asemassa. (Aejmelaesus, ym. 2007, 85.)

Kyvykyys reagoida viesteihin hidastuu asteittain ikääntymisen edetessä. On tärkeää, että hoitaja varaa riittävästi aikaa iäkkään kanssa keskusteluun ja odottaa, jos iäkkäällä on vaikeuksia esimerkiksi puhumisen hitaudessa tai hän toistelee sanojaan. Lisäksi hoitajan on hyvä myös itse valmistautua toistamaan asiansa ja kohdentamaan puhe tarkemmin, jotta iäkäs kuulisi asian. Iäkkäällä saattaa olla ongelmia myös kirjoittamisessa, jos hänen nivelissään ja lihaksissaan on jäykkyyttä. Toisaalta iäkkäällä henkilöillä on paljon elämäkokemusta ja runsaslukuisia näkökulmia asioihin, mitkä avartavat keskustelua ja vuorovaikutusta. (Aejmelaesus, ym. 2007, 85-86.)

Vuorovaikutus rakentuu ja sitä pidetään yllä viestinnän keinoilla. Hoitaja koettaa koko ajan ymmärtämään, tuntemaan, kuuntelemaan, näkemään ja havainnoimaan, mitä iäkäs puhuu tai muulla tavoin viestittää ja mitä hänen elämässään tapahtuu. Lisäksi hoitajan on myös koetettava ilmaisemaan itseään hänelle. Hoitajan tulee myös tiedostaa iäkkäällä ilmenevät viestintävaikeudet, joita keskustelutilanteissa tulee esille. Iäkkäiden henkilöiden näkö ja kuulo ovat yleensä heikentyneet ja lisäksi he saattavat kärsiä masennuksesta tai dementiaasta tai olla ahdistuneita vaikean kriisin vuoksi. Myös hoitajan ja iäkkään kieleen ja kulttuuritaustaan sisältyvät asiat voivat tuottaa ongelmia. Heidän välillään voi myös olla sukupolvien välinen kuilu tai vääriä ennak-

kokäsityksiä. Hoitajan on hyvä edetä viestinnässä rauhallisesti, puhua selkeästi ja ymmärrettävästi eikä lannistaa iäkästä liian sakealla viestinnällä.

(Aejmelaeus, ym. 2007, 86-87.)

Vanhustyössä esiintyviä, kiperimpiä kysymyksiä on ollut jo monia vuosia se, että iäkkäitä on alistettu työn kohteiksi. Iäkkäitä on pidetty ja voidaan edelleen pitää ulkopuolisina henkilöinä liittyen heidän omaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Iäkästä ihmistä voidaan pitää jopa niin sairaana ja heikkona, ettei hänelle anneta mahdollisuutta osallistua hänen omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin ja niiden toteuttamiseen. Modernin vanhustyön oleellisena tavoitteena on kuitenkin ikääntyneiden tasavertainen osallisuus. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että hoidettavana oleva iäkäs henkilö todetaan tietoiseksi osapuoleksi, joka loppujen lopuksi itse tekee päätöksen siitä, millaisia ratkaisuja hänen elämäntilanteensa muokkaamiseksi tehdään. Iäkäs, hoitaja tai muu ammattihenkilö todetaan tasavertaisiksi yhteistyökumppaneiksi. Hoitohenkilökunnan ei tule hyödyntää asiantuntijavaltaansa iäkkään asiakkaan päätösten yli, vaan sen tarkoituksena on vahvistaa hänen itsenäisyyttään ja riippumattomuuttaan ja näin pitää yllä hänen tukemistaan tulla oman elämänsä subjektiksi.

(Aejmelaeus, ym. 2007, 87.)

Iäkäs asiakas pitäisi nähdä ennemmin hoitajan yhteistyökumppanina kuin työn kohteena. Kuitenkaan ei ole olemassa mitään yleistä vanhustyön asiakasta, vaan kyseessä on aina toimiva, tunteva ja tahtova ihminen, jonka hoitaja kohtaa työssään. Vanhustyössä kohde on oivallettava hoidettavaa laajemmaksi käsitteeksi. Kohteena ovat iäkkään koko elämäntilanne, jossa kytkeytyvät yhteen ihminen yksilönä, hänen perheensä ja laajempi ympärillä oleva yhteiskunta. Vanhustyön tarkoituksena on pyrkiä muuttamaan tätä iäkkään ja hänen ympäristönsä välillä olevaa suhdetta.

(Aejmelaeus, ym. 2007, 88.)

Hoitotyötä tehdään minkä tahansa ikäisen potilaan tai asiakkaan ja hoitajan välisessä ammatillisessa hoitosuhteessa, joka poikkeaa tavallisesta ihmissuhteesta siten, että ammatillisella suhteella on aina olemassa jokin päämäärä ja tarkoitus sekä rajallinen kesto. Ammatillinen suhde alkaa siitä, kun iäkäs henkilö tuo esille hoitajalle avuntarpeensa ja hoitaja puolestaan osoittaa haluavansa antaa asiantuntemuksensa iäkkään käyttöön. Vuorovaikutuksen onnistuminen eri-ikäisten kanssa, tässä tapauksessa iäk-

käiden henkilöiden, edellyttää hoitajalta tietoja ja taitoja sekä arkijärkeä ja tunneälyä. Hän tarvitsee havainnollista tietoa vuorovaikutuksesta ja siihen liittyvistä menetelmistä. Tietoa hyödyntämällä hoitajan on helppo kehittää asiantuntemustaan taidoiksi ja hankkia oppimiskokemuksia sekä laatia menetelmiä vuorovaikutuksen rakentamiseksi. Opitun asian reflektointi ja sen avulla vuorovaikuttajana kehittyminen ovat tärkeitä. Reflektointi tarkoittaa oman toiminnan arviointia suhteessa tavoitteisiin ja muihin tilannetekijöihin. (Aejmelaesus, ym. 2007, 89.)

Koulusta saadun tiedon ohella ihmisellä on myös runsaasti arjen kokemuksista kerääntynyttä tietoa. Käsite arkijärki on jotain ihmisen oppimaa elämänsä aikana. Vaikka arkijärki on hyvä tiedonlähde, on kuitenkin muistettava, että se tukeutuu henkilökohtaiseen kokemusmaailman eikä sillä tavoin ole yleistettävää tietoa. Vuorovaikutustilanteissa tarvitaan lisäksi tunneälyä. Lahjakkuus, kuten esimerkiksi matemaattinen lahjakkuus tai musikaalisuus, vaihtelee yksilöittäin. Ihminen voi olla lahjakas myös tunne-elämän koordinoinnissa ja vuorovaikutuksessa. Juuri tätä nimitetään tunneälyksi tai sosiaalisesti lahjakkuudeksi. (Aejmelaesus, ym. 2007, 89.)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella hoitajan ja potilaan välistä hoitosuhdetta sekä sairaalan että vanhainkodin osastoilla. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää laadukkaan hoitosuhteen kehittymistä ja sisältöä hoitohenkilökunnan näkökulmasta katsottuna.

Tutkimuskysymykset

1. Mitä laadukkaalla hoitotyöllä tarkoitetaan hoitohenkilökunnan kokemana?
2. Mitä merkityksiä hoitosuhteelle annetaan potilaan hoidossa hoitohenkilöstön kokemana?
3. Mistä laadukas hoitosuhde koostuu sairaalassa ja vanhainkodissa?

6 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Aikaisempia tutkimuksia hoitotyöstä ja hoitosuhteesta sekä molempiin liittyvästä laadusta löytyi muutamia. Tutkimukset olivat muiden henkilöiden tekemiä opinnäytetöitä.

Esimerkiksi Ollikaisen ja Vuoren 2008 opinnäytetyössä tarkoituksena oli kuvata naisten kokemuksia hoitosuhteesta kohdunkaulan solumuutosten hoitoprosessissa siinä vaiheessa, kun naiset saivat tiedon solumuutoksesta. Opinnäytetyö liittyy Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian ja Sanofi Pasteur MSD:n yhteistyöhankkeeseen. Kyseisen opinnäytetyön tavoitteena on toimia apuna naistentautien hoitotyön kehittämisessä. Aineisto kerättiin teemahaastattelemalla neljää naista, jotka olivat vastanneet hankkeessa mukana olevan hoitotyön tutkijaryhmän laatimaan lehti-ilmoitukseen. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella menetelmällä. Laadullisen tutkimuksen aineisto litteroitiin tekstiksi ja analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Tulosten mukaan naiset kokivat pelkoa ja epätietoisuutta saatuaan niukkasanaisten tiedon solumuutoksista postitse kotiin. Kaikki haastatteluun osallistuneet naiset hakeutuivat internetiin saadakseen lisätietoa, mutta sieltä saatu tieto oli vain lisännyt naisten kokemaa ahdistusta. Naisilla oli tarve puhua kokemuksistaan ja peloistaan. He kaipasivat hoitosuhdetta ammattitaitoisen terveydenhuoltohenkilöstön kanssa, joka olisi voinut antaa tietoa ja tukea. (Ollikainen, Vuori, 2008, 15)

Hoitotyön laatuun liittyvä tutkimus oli pro-gradu –tutkimus. Lonkilan 2006 tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien käsityksiä hoitoisuusluokituksen käytöstä osana hoitotyön laadun arviointia. Tutkimuksen mukaan hoitajat työskentelivät erilaisissa hoitotyön tehtävissä ylihoitajina, osastonhoitajina ja sairaanhoitajina. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa siitä, millainen merkitys hoitoisuusluokituksen käytöllä on hoitotyössä, mikä on laatua hoitotyössä ja miten hoitoisuusluokitusta voidaan hyödyntää osana hoitotyön laadun arviointia. Tutkimuksen lähestymistapa oli laadullinen. Tutkimusaineisto koostui hoitajien teemahaastatteluista. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Tutkimustulosten perusteella hoitoisuusluokituksen merkitys perustui sen käyttöön potilashoidon välineenä, hoitotyön perusteiden selkeyttäjänsä, välineenä hoitotyön dokumentoinnissa sekä johdon rapor-

toinnissa ja päätöksenteossa. Potilaan kokonaistilanteen hahmottaminen, yhteinen asiantuntijuus sekä hoitotyön ja hoidon suunnittelu ovat potilashoidon välineitä, johon hoitoisuusluokitusta tarvitaan. Myös ajankäytön ja työn sisällön hahmottamisen sekä hoidon kirjaamisen ja hoitotyön dokumentoinnin hoitajat kokivat keskeisinä hoitoisuusluokituksen käyttötarkoituksina omassa työssään. (Lonkila, 2006, 20)

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

7.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista kyselylomaketta, joka koostui erilaisista väittämistä tutkimusongelmien selvittämiseksi. Kvantitatiivinen aineisto eli määrällinen aineisto on aineisto, joka sisältää numeromuodossa esitettyä tietoa. Keskeisiä asioita ovat tutkimusasetelma, mittaaminen, kyselylomake, mittaamisen reliabiliteetti (luotettavuus, tarkkuus ja pysyvyys) ja validiteetti (pätevyys eli mitataan ko tarkoitettua asiaa), otanta sekä tulosten yleistettävyys. (Taanila, A. 2010.)

Keskeistä kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat aiemmista tutkimuksista tehtävät johtopäätökset ja aiemmat teoriat. Lisäksi keskeisiä asioita ovat erilaisten hypoteesien l. olettamusten esittäminen, määrälliseen tutkimukseen sopiva havaintoaineisto ja sitä varten mahdollisesti tehdyt koejärjestelyt tai tutkittavien henkilöiden valinta. Tutkimuksen koehenkilöiden valinta ja tutkimuksen suunnittelu ovat myös oleellisia asioita kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Määrällisen tutkimuksen ollessa kyseessä, tärkeää on pystyä muodostamaan aineisto tilastoitavaan muotoon ja tehdä päätelmiä tilastolliseen analysointiin perustuen. (Hirsjärvi, ym. 2003, 129–130.)

Tutkimusongelmia lähdettäessä mittaamaan, joudutaan usein kehittämään tutkimusta varten kyselylomake. Tämä johtuu siitä, että aina ei ole valmista kyselylomaketta, joka mittaisi juuri haluttua asiaa. Lisäksi jo olemassa olevat mittarit voivat olla huonosti sovellettavissa tutkimuskohteeseen, jota halutaan tutkia. Hyvin muotoillut kysymykset ja oikea kohderyhmä ovat perustana kyselylomakkeella toteutetun tutki-

muksen onnistumiseksi. Eniten kyselylomaketta laatiessa tulee välttää väärinymmärryksen mahdollisuutta eli kysymysten ja vastausohjeiden tulee olla yksiselitteisiä. Lisäksi kyselylomakkeen tulee edetä loogisesti. Näin vältetään parhaiten tulosten vääristyminen. (Heikkilä, 2004, 47–49)

Aineistonkeruumenetelmäksi opinnäytetyöhön valittiin kyselylomake, jonka avulla pyrittiin saamaan tietoa hoitohenkilökunnan tiedoista ja taidoista liittyen laadukkaaseen hoitosuhdetyöskentelyyn. Samalla tarkoituksena oli tarkastella hoitotyön ja hoitosuhteen sisältöä sekä Noormarkun sairaalassa että Noormarkun vanhainkodissa hoitohenkilöstön näkökulmasta katsottuna. Kyselylomake valittiin mittariksi tähän opinnäytetyöhön, koska näin saadaan laaja otos ja väittämät pystytään esittämään jokaiselle vastaajalle täysin samassa muodossa. Tällä keinoin pyrittiin saamaan mahdollisimman tarkkaa tietoa mahdollisimman monen hoitohenkilökuntaan kuuluvan tiedoista ja taidoista. Tätä opinnäytetyötä varten kehitettiin kyselylomake kerätyn teorian pohjalta. Kyselylomake sisälsi neljä taustatietoa koskevaa kysymystä, kaksitoista väittämää sekä yhden avoimen kysymyksen. Kyselylomake jaoteltiin taustatietoihin, hoitosuunnitelmaan liittyviin väittämiin ja hoitotyön laatuun liittyviin väittämiin.

7.2 Tutkimusaineiston keruu

Opinnäytetyön kyselyn toteuttamiseksi tehtiin asianmukaiset yhteistyösopimukset (Liite 1) Noormarkun vanhainkodin osastonhoitajan ja Noormarkun sairaalan johtavan hoitajan kanssa marraskuussa 2010. Yhteistyösopimukset hyväksyi Satakunnan ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusjohtaja.

Kohdejoukkona tässä opinnäytetyössä toimi Noormarkun sairaalan ja vanhainkoti Mäntylinnan hoitohenkilökunta eli yhteensä noin 60 henkilöä. Kyselylomakkeita lähetettiin 60 kappaletta. Kysely toteutettiin kahden viikon aikana, hoitohenkilökunnan työaikataulujen eroavaisuuksien vuoksi. Ennen lomakkeiden jakoa opinnäytetyön tekijä kertoi vastaajille vastaamisen vapaaehtoisuudesta, sekä tutkimuksen

aiheen, tarkoituksen ja tavoitteen. Lisäksi kyselylomakkeen alussa oli saatekirje hoitohenkilöstölle. Kyselyyn vastasi neljäkymmentä hoitajaa kuudestakymmenestä hoitajasta. Vastausprosentti oli n. 67 %.

7.3 Tutkimusaineiston analysointi

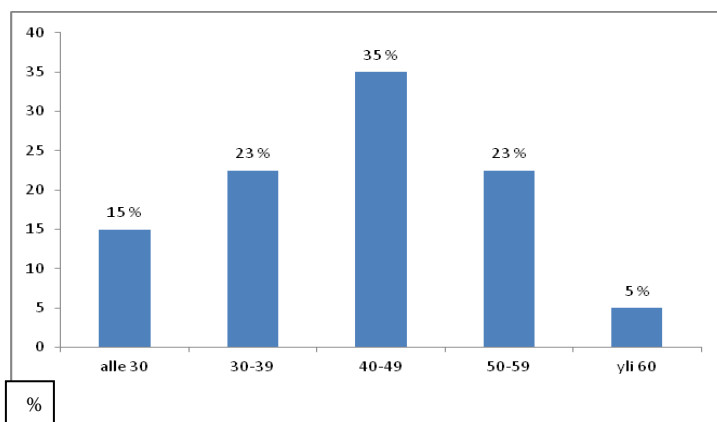
Ennen tietojen syöttämistä tietokoneelle kaikki kyselylomakkeet numeroitiin. Tämä helpotti aineiston analysointia ja samalla vältettiin mahdollisia epäselvyyksiä kyselylomakkeiden välillä. Tiedot syötettiin Microsoft Excel-ohjelmaan ja aineiston analysointiin käytettiin Microsoft Excel-pohjaista Tixel-ohjelmaa. Tulokset esitetään prosentteina, frekvensseinä ja kuvioina. Vastausvaihtoja vertailtiin Noormarkun vanhainkodin hoitohenkilökunnan ja Noormarkun sairaalan hoitohenkilökunnan välillä.

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Taustamuuttujat

8.1.1 Ikäjakauma

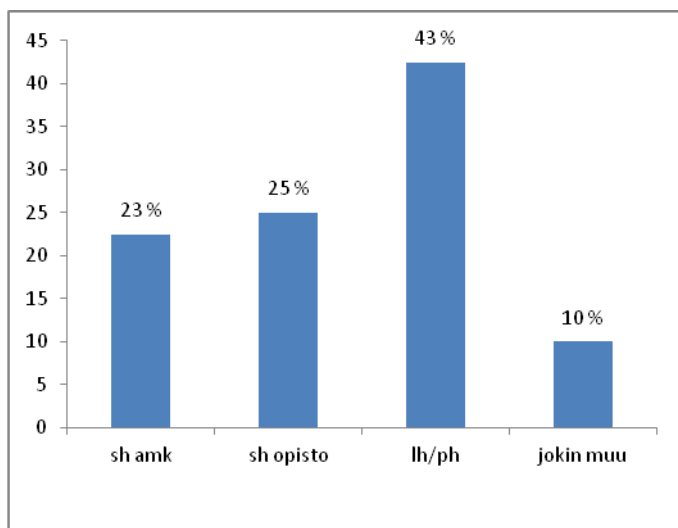
Vastaajista alle 30-vuotiaita oli 15 % (n=6), 30–39-vuotiaita 23 % (n=9), 40–49-vuotiaita 35 % (n=14), 50–59-vuotiaita 23 % (n=9) ja yli 60-vuotiaita oli 5 % vastaajista (n=2). (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Ikäjakauma.

8.1.2 Vastaajien koulutustausta

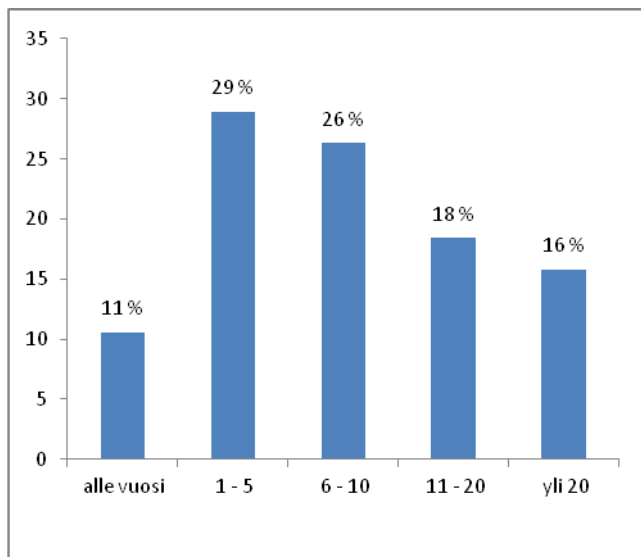
Vastaajista sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita oli 23 % (n=9) ja sairaanhoitajan opistotason tutkinnon suorittaneita oli 25 % (n=10). Lähihoitajan tai perushoitajan tutkinnon suorittaneita oli 43 % (n=17) ja jonkin muun tutkinnon suorittaneita tai opiskelijoita oli 10 % (n=4) vastaajista. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Koulutustausta.

8.1.3 Työsuhteen kesto

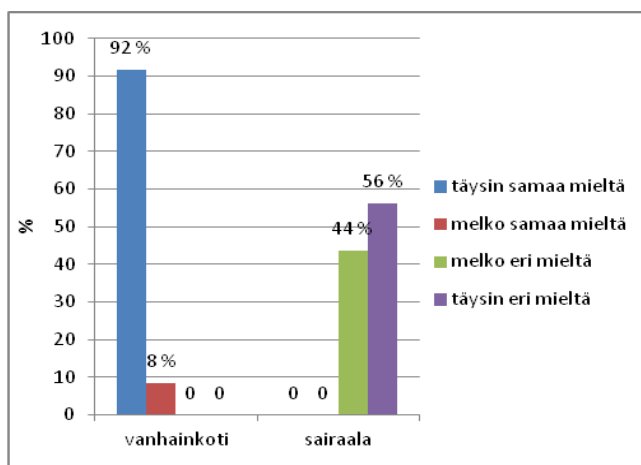
Vastaajista alle vuoden työsuhteessa olleita oli 11 % (n=4). Työsuhteessa 1-5 vuotta olleita oli 29 % (n=11). Työsuhteessa 6-10 vuotta olleita oli 26 % (n=10). Työsuhteessa 11–20 vuotta olleita oli 18 % (n=7). Yli 20 vuotta työsuhteessa olleita oli 16 % (n=6). (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Työsuhteen kesto.

8.2 Omahoitajuus

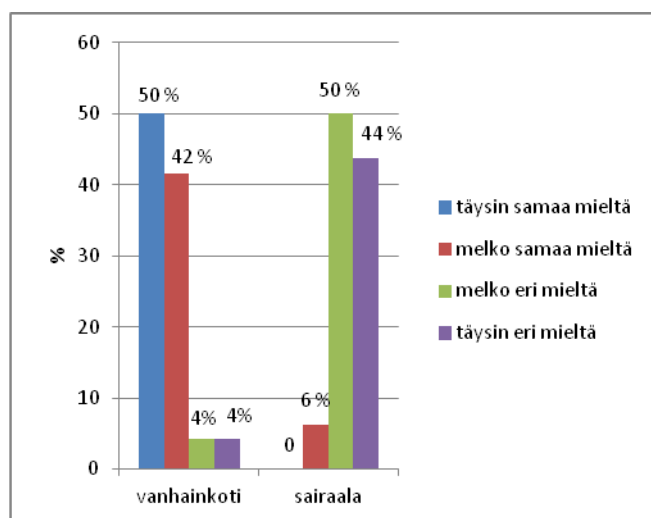
Kysymykset koostuivat väittämistä, joista vastaaja valitsi sen vaihtoehdon, joka edusti hänen näkemystään. Väittämät olivat 1= täysin eri mieltä, 2= melko eri mieltä, 3= melko samaa mieltä ja 4= täysin samaa mieltä. Noormarkun vanhainkodin hoitohenkilökunnasta täysin samaa mieltä oli 92 % (n=22). Melko samaa mieltä kyseisestä henkilökunnasta oli 8 % (n=2). Muihin vastausvaihtoehtoihin ei vastattu Noormarkun vanhainkodissa. Noormarkun sairaalan henkilökunnasta kukaan ei ollut täysin samaa eikä melko samaa mieltä. Melko eri mieltä heistä oli 44 % (n=7) ja täysin eri mieltä oli 56 % (n=9). (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Omahoitajuus

8.3 Hoitosuunnitelman laatiminen omahoitajan toimesta

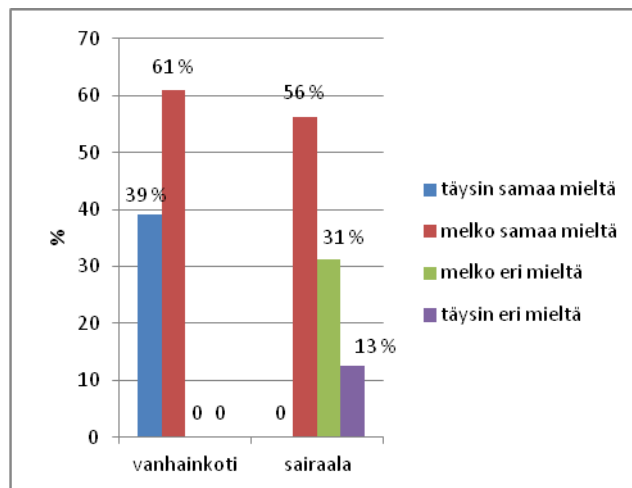
Toisessa väittämässä väitettiin, että omahoitaja huolehtii hoitosuunnitelman laatimisesta. Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta täysin samaa mieltä oli 50 % (n=12). Melko samaa mieltä oli 42 % (n=10) vastaajista. Melko eri ja täysin eri mieltä oli molemmissa vaihtoehdoissa 4 % (n=1) vastaajista. Noormarkun sairaalan henkilökunnasta kukaan ei ollut täysin samaa mieltä. Melko samaa mieltä oli 6 % (n=1) vastaajista. Melko eri mieltä oli 50 % (n=8) vastaajista ja täysin eri mieltä oli 44 % (n=7) vastaajista. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Hoitosuunnitelman laatiminen omahoitajan toimesta.

8.4 Potilaan tai asukkaan osallistuminen hoitosuunnitelman laatimiseen

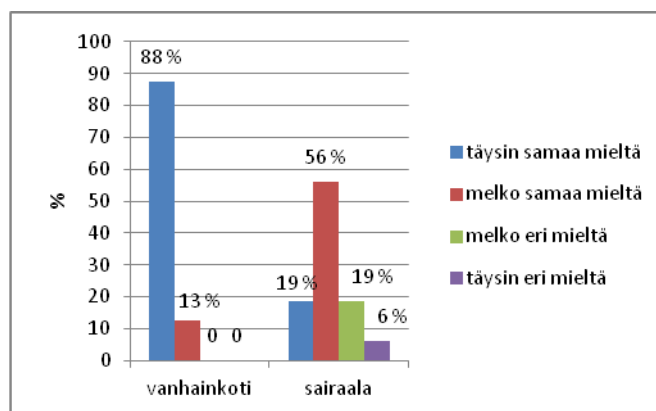
Kolmannessa väittämässä väitettiin, että potilas tai asukas osallistuu hoitosuunnitelman laatimiseen. Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta täysin samaa mieltä oli 39 % (n=9) vastaajista ja melko samaa mieltä oli 61 % (n=14) vastaajista. Muihin vaihtoehtoihin ei vanhainkodin henkilökunta vastannut. Noormarkun sairaalan henkilökunnasta kukaan ei valinnut vaihtoehtoa täysin samaa mieltä. Melko samaa mieltä oli 65 % (n=9) vastaajista. Melko eri mieltä vastaajista oli 31 % (n=5) ja täysin eri mieltä heistä oli 13 % (n=2). (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Potilaan/asukkaan osallistuminen hoitosuunnitelman laatimiseen prosentteina.

8.5 Omaisten mahdollisuus osallistua hoitosuunnitelman laatimiseen

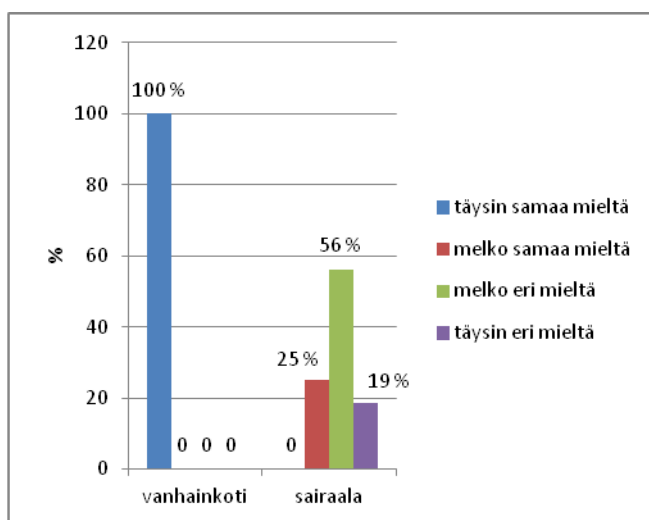
Neljännessä väittämässä väitettiin, että omaisilla on mahdollisuus osallistua hoitosuunnitelman laatimiseen potilaan tai asukkaan salliessa sen. Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta täysin samaa mieltä oli 88 % (n=21). Heistä melko samaa mieltä oli 12 % (n=3). Muihin vastausvaihtoehtoihin ei vanhainkodissa vastattu. Noormarkun sairaalan henkilökunnasta täysin samaa mieltä oli 19 % (n=3) ja melko samaa mieltä oli 56 % (n=9). Melko eri mieltä oli 19 % (n=3) vastaajista ja täysin eri mieltä oli 6 % (n=1). (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Omaisten mahdollisuus osallistua hoitosuunnitelman laatimiseen.

8.6 Hoitosuunnitelman kirjaaminen erilliselle lomakkeelle

Viidennessä väittämässä väitettiin, että hoitosuunnitelma kirjataan erilliselle, omalle lomakkeelleen. Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta täysin samaa mieltä oli 100 % (n=24). Noormarkun sairaalan henkilökunnasta kukaan ei ollut täysin samaa mieltä. Heistä melko samaa mieltä oli 25 % (n=4), melko eri mieltä oli 56 % (n=9) ja täysin eri mieltä oli 19 % (n=3). (Kuvio 8.)

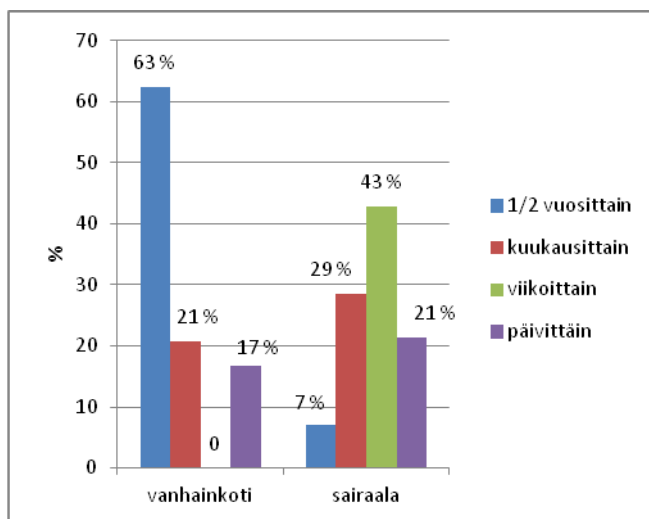


Kuvio 8. Hoitosuunnitelma kirjaaminen erilliselle lomakkeelle.

8.7 Hoitosuunnitelman toteutuksen seuraaminen

Kuudennessa väittämässä väitettiin, kuinka usein hoitosuunnitelman toteutusta seurataan. Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta 63 % (n=15) oli sitä mieltä, että hoitosuunnitelman toteutusta seurataan puolen vuoden välein. Vastaajista 21 % (n=5) oli sitä mieltä, että toteutusta seurataan kuukausittain. Kukaan ei valinnut vaihtoehtoa viikoittain. Vastaajista 17 % (n=4) oli sitä mieltä, että toteutusta seurataan päivittäin. Noormarkun sairaalan henkilökunnasta 7 % (n=1) oli sitä mieltä, että hoitosuunnitelman toteutusta seurataan ½ vuosittain. Vastaajista 29 % (n=4) oli sitä mieltä, että toteutusta seurataan kuukausittain. Vastaajista 43 % (n=6) oli sitä mieltä, että toteu-

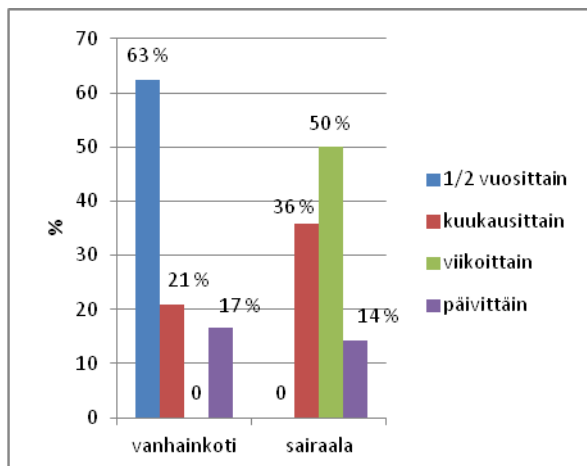
tusta seurataan viikoittain. Vastaajista 21 % (n=3) oli sitä mieltä, että toteutusta seurataan päivittäin. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Hoitosuunnitelman toteutuksen seuranta.

8.8 Hoitosuunnitelman tavoitteiden saavuttamisen arviointi

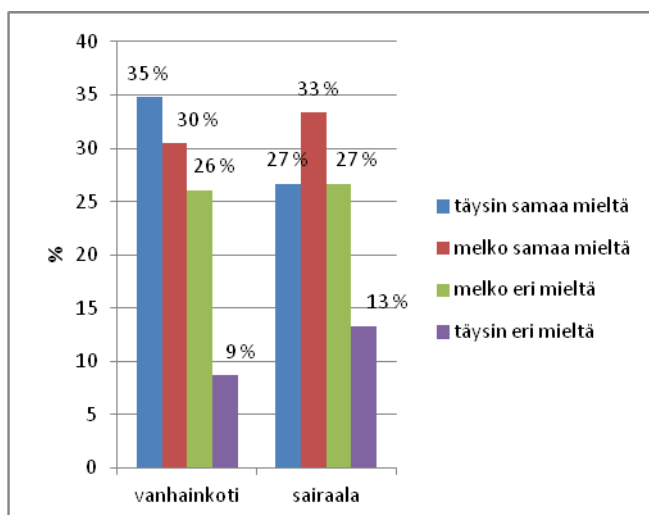
Seitsemännessä väittämässä väitettiin, kuinka usein arvioidaan hoitosuunnitelman tavoitteiden saavuttamista. Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta 63 % (n=15) oli sitä mieltä, että hoitosuunnitelman tavoitteiden saavuttamista arvioidaan puolen vuoden välein. Vastaajista 21 % (n=5) oli sitä mieltä, että hoitosuunnitelman tavoitteiden saavuttamista arvioidaan kuukausittain. Kukaan ei valinnut vaihtoehtoa viikoittain. Vastaajista 17 % (n=4) oli sitä mieltä, että hoitosuunnitelman tavoitteiden saavuttamista arvioidaan päivittäin. Noormarkun sairaalan henkilökunnasta kukaan ei ollut sitä mieltä, että hoitosuunnitelman tavoitteiden saavuttamista arvioidaan puolen vuoden välein. Vastaajista 36 % (n=5) oli sitä mieltä, että hoitosuunnitelman tavoitteiden saavuttamista arvioidaan kuukausittain. Vastaajista 50 % (n=7) oli sitä mieltä, että hoitosuunnitelman tavoitteiden saavuttamista arvioidaan viikoittain. Vastaajista 14 % (n=2) oli sitä mieltä, että hoitosuunnitelman tavoitteiden saavuttamista arvioidaan päivittäin. (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Hoitosuunnitelman tavoitteiden saavuttamisen arviointi.

8.9 Kirjallisen yhteenvedon laatiminen

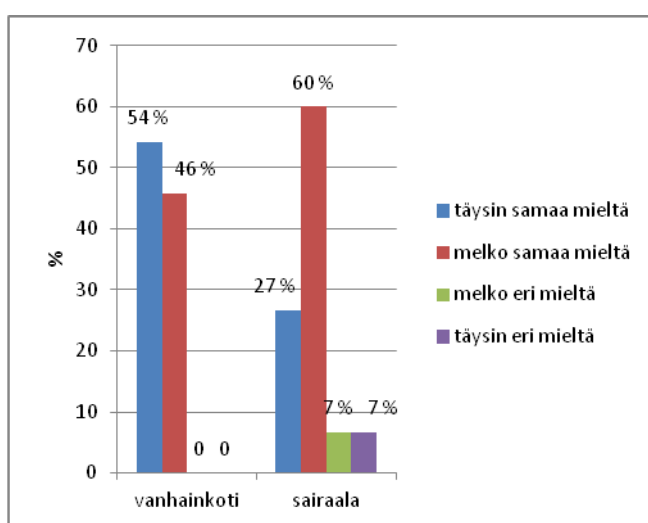
Kahdeksannessa väittämässä väitettiin, että omahoitaja laatii kirjallisen yhteenvedon potilaan tai asukkaan hoidosta. Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta 35 % (n=8) oli täysin samaa mieltä ja melko samaa mieltä oli 30 % (n=7). Vastaajista 26 % (n=6) oli melko eri mieltä ja täysin eri mieltä oli 9 % (n=2). Noormarkun sairaalan henkilökunnasta täysin samaa mieltä oli 27 % (n=4) ja melko samaa mieltä oli 33 % (n=5). Vastaajista melko eri mieltä oli 27 % (n=4) ja täysin eri mieltä oli 13 % (n=2). (Kuvio 11.)



Kuvio 11. Kirjallisen yhteenvedon laatiminen.

8.10 Hoitosuunnitelma työvälineenä

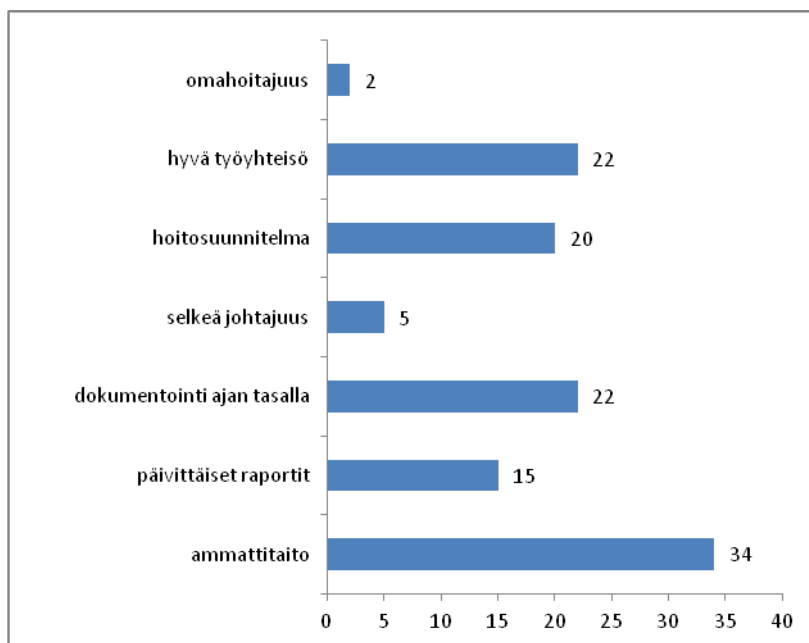
Yhdeksännessä väittämässä väitettiin, onko hoitosuunnitelma keskeisenä työvälineenä potilaan tai asukkaan hoidossa. Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta 54 % (n=13) oli täysin samaa mieltä ja melko samaa mieltä oli 46 % (n=11). Kukaan ei ollut melko eri tai täysin eri mieltä. Noormarkun sairaalan henkilökunnasta täysin samaa mieltä oli 27 % (n=4) ja melko samaa mieltä 60 % (n=9). Melko eri mieltä ja täysin eri mieltä oli molemmissa vaihtoehtoissa erikseen 7 % (n=1) vastaajista. (Kuvio 12.)



Kuvio 12. Hoitosuunnitelma työvälineenä.

8.11 Laadukkaan hoitosuhteen koostuminen

Kymmenennessä väittämässä pyydettiin vastaajaa valitsemaan kolme tärkeintä asiaa seitsemästä vaihtoehdosta, jotka vaikuttavat laadukkaan hoitosuhteen koostumiseen. Vaihtoehdot olivat omahoitajuus, hyvä työyhteisö, hoitosuunnitelma, selkeä johtajuus, dokumentointi ajan tasalla, päivittäiset raportit ja ammattitaito. Eniten kannatusta sai ammattitaito, jota piti tärkeänä 34 vastaajaa. Toiseksi eniten kannatusta sai hyvä työyhteisö ja sitä piti tärkeänä 22 vastaajaa. Saman verran kannatusta sai dokumentointi ajan tasalla ja myös sitä piti tärkeänä 22 vastaajaa. Kolmanneksi eniten kannatusta sai hoitosuunnitelma ja sitä piti tärkeänä 20 vastaajaa. (Kuvio 13.)



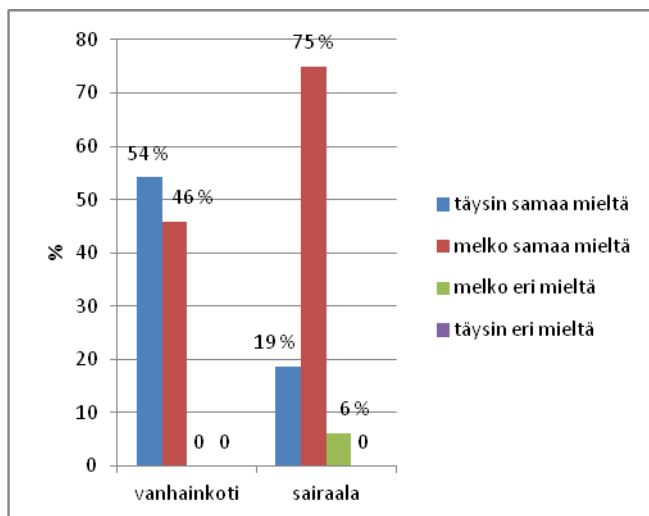
Kuvio 13. Laadukas hoitosuhde.

8.12 Tekijät, jotka vaikuttavat hoitosuhteen onnistumiseen

Väittämässä yksitoista oli väittämiä eri tekijöistä, jotka vaikuttavat hoitosuhteen onnistumiseen. Tekijöitä oli kahdeksan ja ne olivat hoitajan persoona, potilaan tai asukkaan persoona, hoidon vaativuustaso, hoitajan ammatillinen koulutus, omaisten suhtautuminen hoitoon, dokumentointi, työyhteisön tuki ja selkeä työnjako. Vastausvaihtoehtoja oli neljä ja ne olivat täysin samaa mieltä, melko samaa mieltä, melko eri mieltä, täysin eri mieltä.

8.12.1 Hoitajan persoona

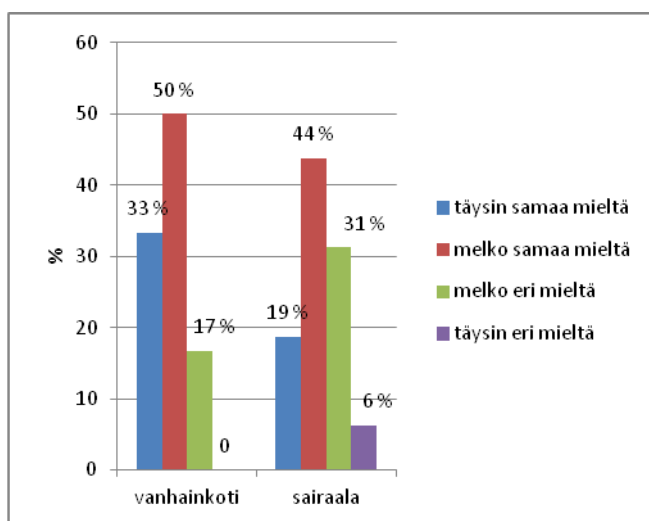
Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 54 % (n=13), että hoitajan persoona hoitosuhteen onnistumisen kannalta on tärkeä tekijä. Melko samaa mieltä oli 46 % (n=11) vastaajista. Melko eri mieltä ja täysin eri mieltä ei ollut kukaan. Noormarkun sairaalan henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 19 % (n=3), että hoitajan persoona hoitosuhteen onnistumisen kannalta on tärkeä tekijä. Melko samaa mieltä oli 75 % (n=12) ja melko eri mieltä oli 6 % (n=1) vastaajista. Kukaan ei ollut täysin eri mieltä. (Kuvio 14.)



Kuvio 14. Hoitajan persoonan merkitys.

8.12.2 Potilaan tai asukkaan persoona

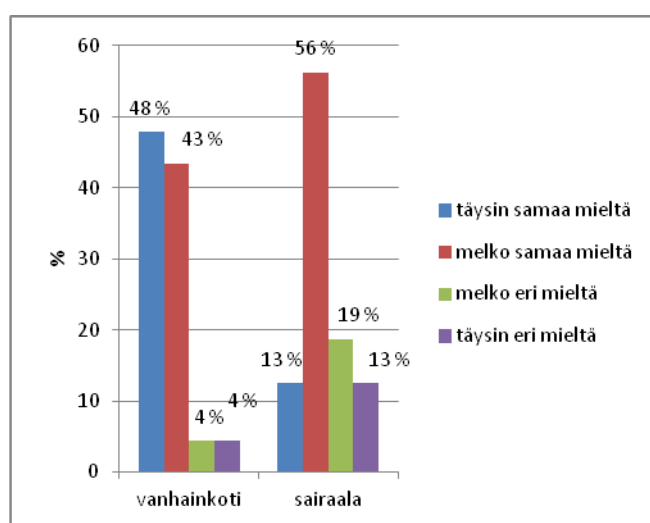
Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 33 % (n=8), että potilaan tai asukkaan persoona hoitosuhteen onnistumisen kannalta on tärkeä tekijä. Melko samaa mieltä oli 50 % (n=12) ja melko eri mieltä oli 17 % (n=4) vastaajista. Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä. Noormarkun sairaalan henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 19 % (n=3), että potilaan tai asukkaan persoona hoitosuhteen onnistumisen kannalta on tärkeä tekijä. Melko samaa mieltä oli 44 % (n=7) vastaajista, melko eri mieltä oli 31 % (n=5) ja täysin eri mieltä oli 6 % (n=1). (Kuvio 15.)



Kuvio 15. Potilaan persoonan merkitys.

8.12.3 Hoidon vaatavuustaso

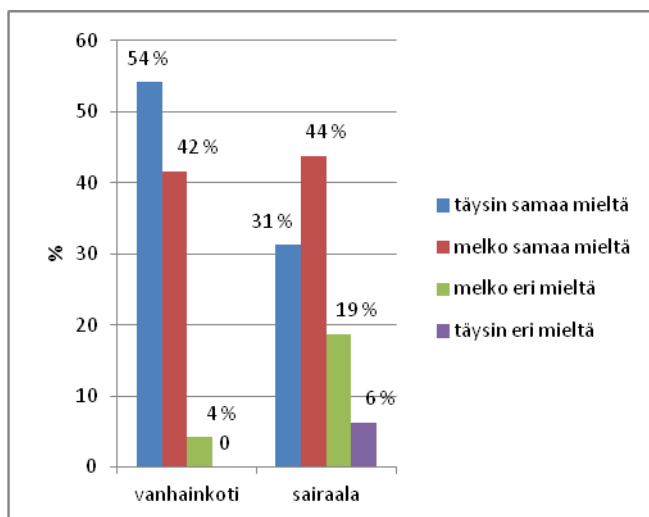
Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 48 % (n=11), että hoidon vaatavuustaso hoitosuhteen onnistumisen kannalta on tärkeä tekijä. Melko samaa mieltä oli 43 % (n=10) vastaajista. Melko eri mieltä ja täysin eri mieltä oli molemmissa 4 % (n=1) vastaajista. Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 13 % (n=2), että hoidon vaatavuustaso hoitosuhteen onnistumisen kannalta on tärkeä tekijä. Melko samaa mieltä oli 56 % (n=9) vastaajista, melko eri mieltä oli 19 % (n=3) ja täysin eri mieltä oli 13 % (n=2). (Kuvio 16.)



Kuvio 16. Hoidon vaatavuustason merkitys.

8.12.4 Hoitajan ammatillinen koulutus

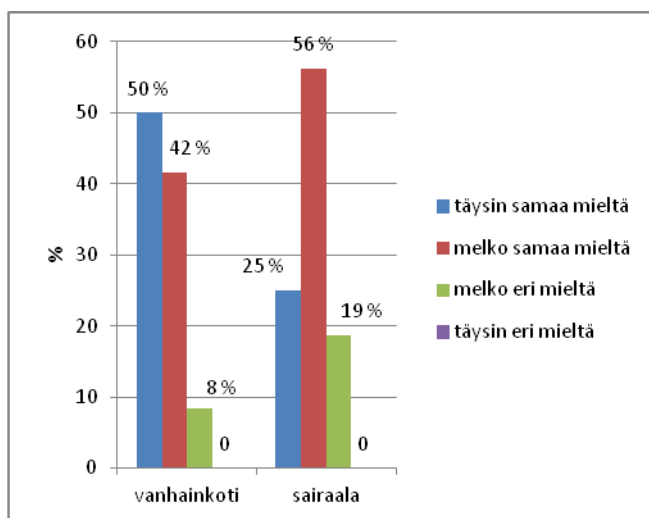
Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 54 % (n=13), että hoitajan ammatillinen koulutus on tärkeä tekijä hoitosuhteen onnistumisen kannalta. Melko samaa mieltä oli 42 % (n=10) vastaajista ja melko eri mieltä oli 4 % (n=1). Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä. Noormarkun sairaalan henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 31 % (n=5), että hoitajan ammatillinen koulutus on tärkeä tekijä hoitosuhteen onnistumisen kannalta. Melko samaa mieltä oli 44 % (n=7) vastaajista, melko eri mieltä oli 19 % (n=3) ja täysin eri mieltä oli 6 % (n=1). (Kuvio 17.)



Kuvio 17. Hoitajan ammatillinen koulutuksen merkitys.

8.12.5 Omaisten suhtautuminen hoitoon

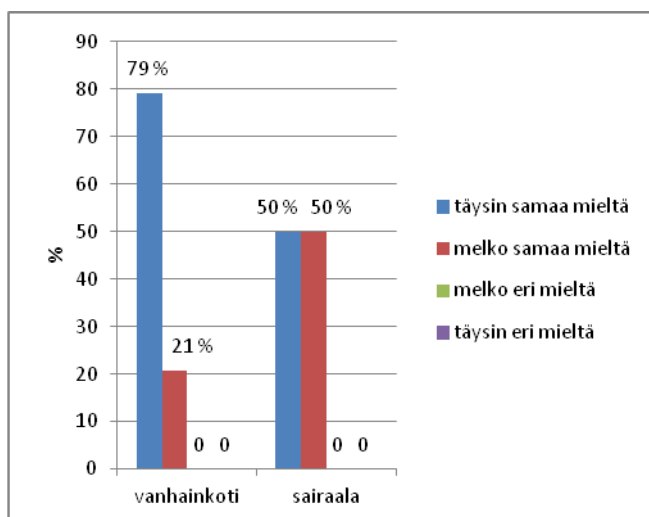
Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 50 % (n=12), että omaisten suhtautuminen hoitoon on tärkeä tekijä hoitosuhteen onnistumisen kannalta. Melko samaa mieltä oli 42 % (n=10) vastaajista ja melko eri mieltä oli 8 % (n=2). Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä. Noormarkun sairaalan henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 25 % (n=4), että omaisten suhtautuminen hoitoon on tärkeä tekijä hoitosuhteen onnistumisen kannalta. Melko samaa mieltä oli 56 % (n=9) vastaajista ja melko eri mieltä oli 19 % (n=3). Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä. (Kuvio 18.)



Kuvio 18. Omaisten merkitys.

8.12.6 Dokumentointi

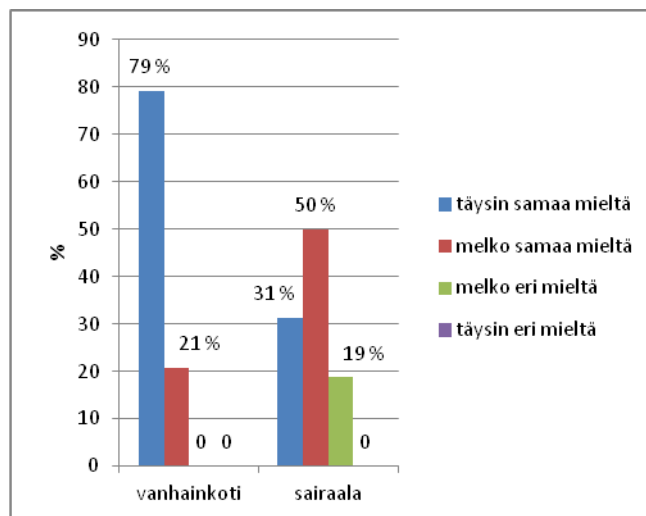
Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 79 % (n=19), että dokumentointi on tärkeä tekijä hoitosuhteen onnistumisen kannalta. Melko samaa mieltä oli 21 % (n=5) vastaajista. Kukaan vastaajista ei ollut melko eri mieltä tai täysin eri mieltä. Noormarkun sairaalan henkilökunnasta täysin samaa mieltä oli 50 % (n=8) ja melko samaa mieltä oli 50 % (n=8), että dokumentointi on tärkeä tekijä hoitosuhteen onnistumisen kannalta. Kukaan vastaajista ei ollut melko eri mieltä tai täysin eri mieltä. (Kuvio 19.)



Kuvio 19. Dokumentoinnin merkitys.

8.12.7 Työyhteisön tuki

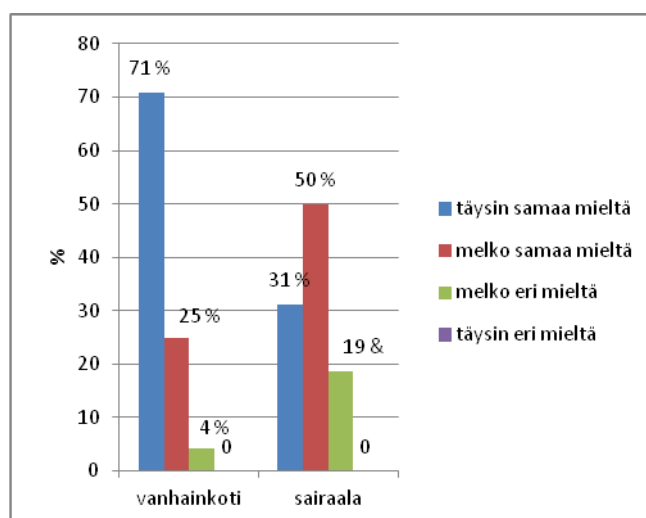
Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 79 % (n=19), että työyhteisön tuki on tärkeä tekijä hoitosuhteen onnistumisen kannalta. Melko samaa mieltä oli 21 % (n=5) vastaajista. Kukaan vastaajista ei ollut melko eri mieltä tai täysin eri mieltä. Noormarkun sairaalan henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 31 % (n=5), että työyhteisön tuki on tärkeä tekijä hoitosuhteen onnistumisen kannalta ja melko samaa mieltä oli 50 % (n=8). Melko eri mieltä oli 19 % (n=3) vastaajista. Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä. (Kuvio 20.)



Kuvio 20. Työyhteisön merkitys.

8.12.8 Selkeä työnjako

Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 71 % (n=17), että selkeä työnjako on tärkeä tekijä hoitosuhteen onnistumisen kannalta. Melko samaa mieltä oli 25 % (n=6) ja melko eri mieltä oli 4 % (n=1). Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä. Noormarkun sairaalan henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 31 % (n=5), että selkeä työnjako on tärkeä tekijä hoitosuhteen onnistumisen kannalta ja melko samaa mieltä oli 50 % (n=8). Melko eri mieltä oli 19 % (n=3) vastaajista. Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä. (Kuvio 21.)



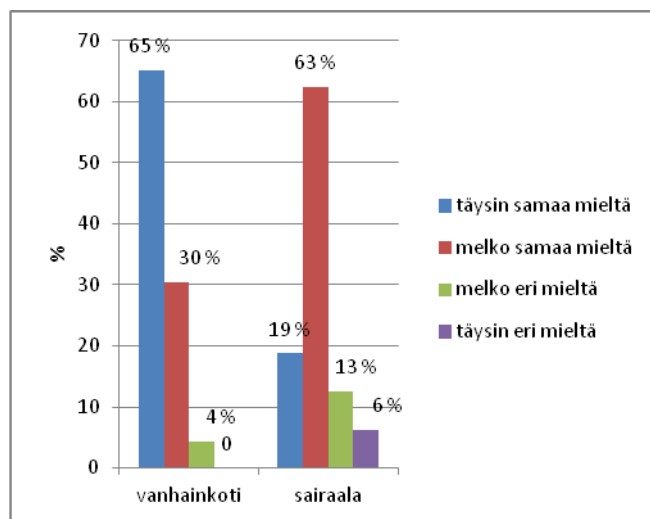
Kuvio 21. Työnjaon merkitys.

8.13 Hoitotyön laadun kehittämisen keinoja yksikössä

Väittämässä kaksitoista oli väittämiä eri keinoista hoitotyön laadun kehittämiseksi yksikössä. Kehittämiskeinojen vaihtoehtoja olivat yhteiset keskustelut, täydennyskoulutukset, uudet ammattikoulutukset, laatukäsikirjan avulla ja potilas/asukas-palautteet.

8.13.1 Yhteiset keskustelut

Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 65 % (n=15), että hoitotyön laatua kehitetään yhteisillä keskusteluilla. Melko samaa mieltä oli 30 % (n=7) vastaajista ja melko eri mieltä oli 4 % (n=1). Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä. Noormarkun sairaalan henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 19 % (n=3), että hoitotyön laatua kehitetään yhteisillä keskusteluilla. Melko samaa mieltä oli 63 % (n=10) vastaajista, melko eri mieltä oli 13 % (n=2) ja täysin eri mieltä oli 6 % (n=1). (Kuvio 22.)

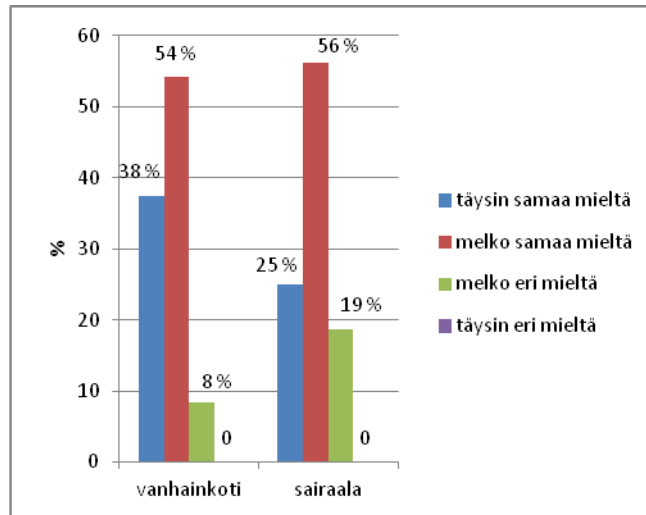


Kuvio 22. Yhteisten keskustelujen merkitys.

8.13.2 Täydennyskoulutukset

Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 38 % (n=9), että hoitotyön laatua kehitetään täydennyskoulutuksilla. Melko samaa mieltä oli 54 %

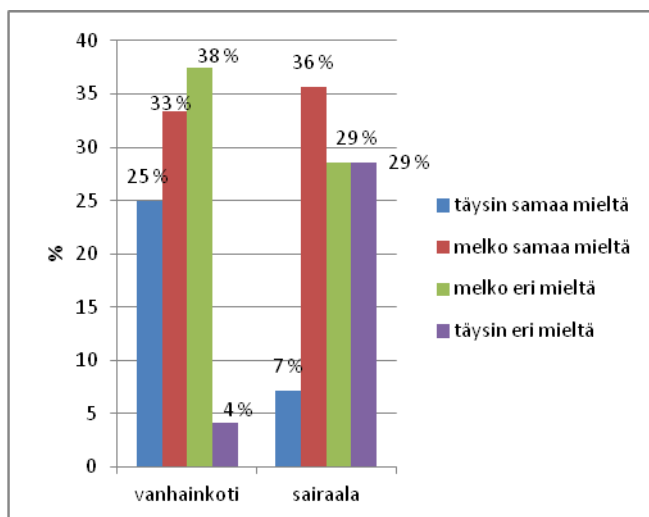
(n=13) vastaajista ja melko eri mieltä oli 8 % (n=2). Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä. Noormarkun sairaalan henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 25 % (n=4), että hoitotyön laatua kehitetään täydennyskoulutuksilla. Melko samaa mieltä oli 56 % (n=9) vastaajista, melko eri mieltä oli 19 % (n=3). Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä. (Kuvio 23.)



Kuvio 23. Koulutuksen merkitys.

8.13.3 Uudet ammattikoulutukset

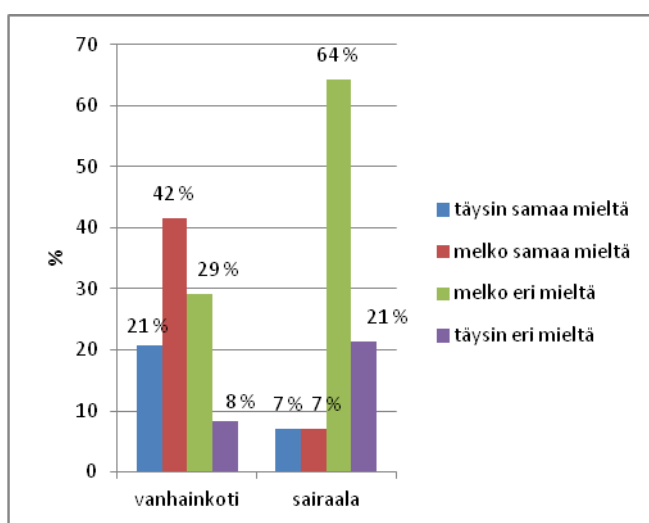
Uusi ammattikoulutus voi olla esimerkiksi kouluttautumista lähi- tai perushoitajasta sairaanhoitajaksi. Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 25 % (n=6), että hoitotyön laatua kehitetään uusilla ammattikoulutuksilla. Melko samaa mieltä oli 33 % (n=8) vastaajista, melko eri mieltä oli 38 % (n=9) ja täysin eri mieltä oli 4 % (n=1). Noormarkun sairaalan henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 7 % (n=1), että hoitotyön laatua kehitetään uusilla ammattikoulutuksilla. Melko samaa mieltä oli 36 % (n=5) vastaajista, melko eri mieltä ja täysin eri mieltä oli molemmissa 29 % (n=4). (Kuvio 24.)



Kuvio 24. Uusien ammattikoulutusten merkitys.

8.13.4 Laatukäsikirja

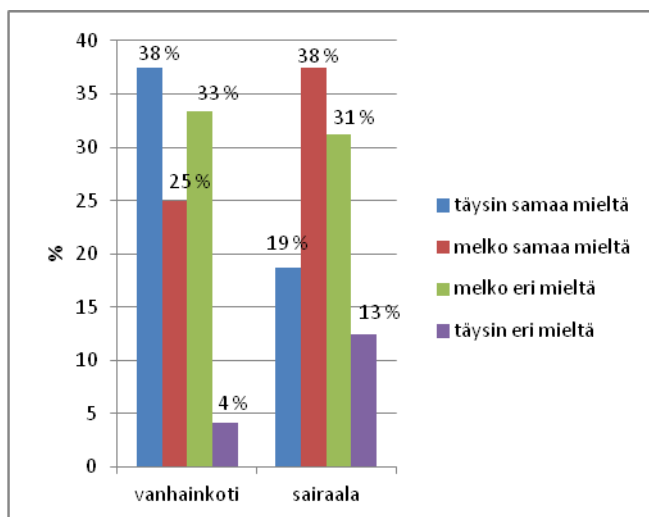
Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 21 % (n=5), että hoitotyön laatua kehitetään laatukäsikirjan avulla. Melko samaa mieltä oli 42 % (n=10) vastaajista, melko eri mieltä oli 29 % (n=7) ja täysin eri mieltä oli 8 % (n=2). Noormarkun sairaalan henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 7 % (n=1), että hoitotyön laatua kehitetään laatukäsikirjan avulla. Melko samaa mieltä oli 7 % (n=1) vastaajista, melko eri mieltä oli 64 % (n=9) ja täysin eri mieltä oli 21 % (n=3). (Kuvio 25.)



Kuvio 25. Laatukäsikirjan merkitys.

8.13.5 Potilas/asukas-palautteiden hyödyntäminen

Noormarkun vanhainkodin henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 38 % (n=9), että hoitotyön laatua kehitetään potilas/asukas-palautteita hyödyntämällä. Melko samaa mieltä oli 25 % (n=6) vastaajista, melko eri mieltä oli 33 % (n=8) ja täysin eri mieltä oli 4 % (n=1). Noormarkun sairaalan henkilökunnasta oli täysin samaa mieltä 19 % (n=3), että hoitotyön laatua kehitetään potilas/asukas-palautteita hyödyntämällä. Melko samaa mieltä oli 38 % (n=6) vastaajista, melko eri mieltä oli 31 % (n=5) ja täysin eri mieltä oli 13 % (n=2). (Kuvio 26.)



Kuvio 26. Potilas/asukas-palautteiden merkitys.

8.14 Toiveita oman yksikön hoitotyön kehittämiseen jatkossa

Kyselylomakkeen lopuksi ja viimeisenä kysymyksenä oli avoin kysymys. Siinä vastaajilta kysyttiin toiveita oman yksikön hoitotyön kehittämiseksi jatkossa. Vastauksia alettiin analysoida lukemalla ne läpi. Samat asiat sisältävät vastaukset laskettiin yhteen. Tässä käytettiin myös kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Avoimen kysymyksen vastauksista hahmottui kolme pääluokkaa, joissa toivottiin lisää koulutusta, selkeämpää työnjakoa ja yhteistyötä muiden tahojen kanssa. Yhteensä kysymykseen vastasi 55 % (n=22) hoitajista.

Lisää koulutusta toivoi 36 % (n=8) hoitajista.

”Säännöllinen henkilökunnan kouluttaminen ja kaikilla mahdollisuus kouluttautua.”

Selkeämpää työnjakoa toivoi 22 % (n=5) hoitajista.

”Tiiviimmällä tiimityöskentelyllä. Työnjaon kehittämisellä. Aikaa lisäämällä hoitosuunnitelman tekoon. Palautteella.”

Yhteistyötä muiden tahojen kanssa toivoi 18 % (n=4) hoitajista.

”Yhteistyötä eri tahojen kanssa.”

9 POHDINTA

9.1 Tulosten yhteenveto ja pohdinta

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli tutkia ja tarkastella hoitajan ja asukkaan tai potilaan välistä hoitosuhdetta Noormarkun vanhainkodin ja Noormarkun sairaalan osastoilla. Opinnäytetyön tavoitteena on saada selville, miten laadukas hoitosuhde kehittyy ja mitä se sisältää hoitohenkilökunnan näkökulmasta katsottuna. Lisäksi tutkittiin muun muassa omahoitajuutta ja hoitosuunnitelman laadintaa. Opinnäytetyön kyselyyn vastanneet hoitotyön tekijät ovat voineet väittämien avulla kertoa omista kokemuksistaan, tiedoistaan ja taidoistaan koskien laadukasta hoitosuhdetta. Kyselyn avulla suoritettiin myös vertailua hoitosuhteeseen liittyvistä asioista vanhainkodin ja sairaalan hoitohenkilöstön välillä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää, kun halutaan saada selville, mitä laadukas hoitosuhde sisältää. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös, kun halutaan kehittää laadukasta hoitosuhdetta.

Kyselylomakkeen ensimmäisessä kysymyksessä tutkittiin vastaajien ikäjakaumaa. Tutkimustulosten perusteella sekä Noormarkun vanhainkodin henkilökuntaan että Noormarkun sairaalan hoitohenkilökuntaan kuuluu eniten 40–49-vuotiaita. Toisessa kysymyksessä tutkittiin vastaajien koulutustaustaa. Vastaustulosten perusteella saatiin tasainen jako sairaanhoitajien ja lähi- tai perushoitajien kesken ja muun koulutuksen saaneita oli vai muutama. Kolmannessa kysymyksessä kysyttiin vastaajan työyksikköä. Neljännessä kysymyksessä tutkittiin hoitotyön tekijöiden työsuhteen kestoa. Vastaajista 66 % oli ollut kymmenen vuotta tai alle työsuhteessa.

Viidennessä kysymyksessä eli ensimmäisessä väittämässä oli väittämä omahoitajuudesta. Tutkimustulosten perusteella omahoitajuus on käytössä Noormarkun vanhainkodissa, kun taas Noormarkun sairaalassa se ei ole käytössä. Noormarkun sairaalassa omahoitaja-potilasjärjestelmä olisi hyvä, mutta hoitajia tarvittaisi enemmän, että kyseisen järjestelmän toteutus onnistuisi. Noormarkun vanhainkodissa omahoitaja myös laati hoitosuunnitelman mutta Noormarkun sairaalassa näin ei ole. Vastaustulosten perusteella Noormarkun vanhainkodissa myös potilas tai asukas osallistuu hoi-

tosuunnitelman laatimiseen. Myös Noormarkun sairaalassa potilas osallistuu hoitosuunnitelman laatimiseen.

Vastaustulosten perusteella omaisilla on mahdollisuus osallistua hoitosuunnitelman laatimiseen sekä Noormarkun vanhainkodissa että Noormarkun sairaalassa. Tämä on erittäin tärkeää laadullisen hoidon toteutumiseksi. Noormarkun vanhainkodissa hoitosuunnitelma kirjataan erilliselle lomakkeelle ja Noormarkun sairaalassa se kirjataan vain osittain erilliselle lomakkeelle. Noormarkun vanhainkodissa suunnitelman toteutusta seurataan puolen vuoden välein, kun Noormarkun sairaalassa sitä seurataan viikoittain. Noormarkun vanhainkodissa hoidettavana oleva henkilö on siellä pidemmän ajan, kun taas Noormarkun sairaalassa olevan potilaan hoitoaika vaihtelee. Vastausten perusteella molemmissa tutkimuskohteissa oltiin lähes yhtä mieltä siitä, että kirjallinen yhteenveto potilaan hoidosta laaditaan ja molemmissa tutkimuskohteissa oltiin suurin piirtein yhtä mieltä siitä, että hoitosuhde on keskeisessä roolissa hoitotilanteissa.

Laadukas hoitosuhde koostuu eniten ammattitaidosta, toiseksi hyvästä työyhteisöstä ja kolmanneksi dokumentoinnin ajantasaisuudesta. Molemmat henkilökunnat olivat lähes yhtä mieltä hoitosuhteeseen vaikuttavista tekijöistä. Eniten vaikutusta sisältävinä tekijöinä olivat dokumentointi ja työyhteisön tuki, toisena tekijänä hoitajan persoona, kolmantena selkeä työnjako, neljäntenä hoitajan ammatillinen koulutus, viidentenä omaisten suhtautuminen hoitoon, kuudentena hoidon vaatavuustaso ja seitsemäntenä potilaan tai asukkaan persoona. Eniten laatua kehitetään yhteisillä keskusteluilla, toiseksi eniten täydennyskoulutuksilla kolmanneksi eniten hyödyntäen potilas/asukas-palautteita ja neljänneksi eniten laatua kehitetään uusilla ammattikoulutuksilla. Kaikkein vähiten sai kannatusta laatukäsikirja. Siitä kannattaisi tehdä tutkimus ja selvittää sitä lähemmin.

9.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten tarkkuutta. Tutkimuksen tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia ja siltä vaaditaan toistettavuutta samanlaisin tuloksin. Tutkimuksen luotettavuuteen liittyy myös tutkimuksen validius. Validius eli päte-

vyys tarkoittaa tutkimuksen tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä mitä on tarkoitus mitata. (Heikkilä, 2004, 29–30.)

Kyselyyn oli aikaa vastata kaksi viikkoa. Tutkimustilannetta ei ehditty kontrolloida ja luotettavuus saattoi vähentyä jonkin verran. Opinnäytetyön tekijän ohjeistuksen avulla voitiin varmistua, että kyselyyn vastasi se henkilö, jolle kysely on tarkoitettu.

Ennen kyselyn toteuttamista tehtiin asianmukaiset yhteistyösopimukset Noormarkun vanhainkodin osastonhoitajan ja Noormarkun sairaalan johtavan hoitajan kanssa marraskuussa 2010. Yhteistyösopimukset hyväksyi Satakunnan ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusjohtaja. Opinnäytetyön tekijä itse jakoi kyselylomakkeet vastaajille. Ennen lomakkeiden jakoa opinnäytetyön tekijä kertoi vastaajille tutkimukseen vastaamisen olevan vapaaehtoista, sekä tutkimuksen aiheen, tarkoituksen ja tavoitteen. Kyselylomakkeen alussa oli lisäksi saatekirje hoitohenkilöille.

Kyselyyn tutkimusmenetelmänä liittyy aina myös heikkouksia. Tutkija ei voi varmistua, kuinka vakavasti vastaajat suhtautuvat tutkimukseen ja kuinka rehellisesti ja huolellisesti he ovat esitettyihin väittämiin vastanneet. Väärinymmärryksiä saattaa tulla väittämien asettelun tai vastausvaihtoehtojen osalta. Vastausvaihtoehdoista voi olla vaikeaa valita mieleisin vaihtoehto ja vastaajasta jokin vaihtoehto saattaa puuttua. Lisäksi tutkija saattaa ymmärtää väärin tulkittavia vastauksia ja vastaamattomat väittämät muuttavat tuloksia, kun niitä analysoidaan. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia ja tarkastella hoitajan ja asukkaan tai potilaan välistä hoitosuhdetta sekä vanhainkodin että sairaalan osastoilla, eli mitata heidän taitojaan ja tietojään sen toteuttamisessa. (Heikkilä, 2004, 50–51.)

Tärkeimpiä eettisiä perusteita tutkimusta tehdessä ovat tutkimustulosten paikkansapitävyys, yleistettävyyys ja julkistaminen. Tulosten luotettavuus perustuu rehellisyyteen ja siihen ettei mahdollisia virheitä peitellä. Tuloksia pitäisi myös tarkastella kriittisesti. (Heikkilä, 2004, 52.)

9.3 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tavoitteena oli kyselyn vastausten perusteella saada tietoa laadukkaasta hoitosuhteesta ja keinoista sen sisällön kehittämiseksi. Opinnäytetyö tehtiin Noormarkun vanhainkodin ja sairaalan hoitohenkilöstölle, joka voi halutessaan hyödyntää saatuja tuloksia kehittämään laadukasta hoitosuhdetta ja hoitosuunnitelmia.

LÄHTEET

- Aejmelaeus, R., & Kan, S. 2007. Erikoistu vanhushoitotyöhön. 1. painos. Helsinki: Wsoy Oppimateriaalit.
- Anttila, K. & Hirvelä, M. 2007. Sairaanhoido ja huolenpito. 7. painos. Helsinki: Wsoy Oppimateriaalit.
- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L., Vihunen, R. 2007. Hoitamalla hyvää olo. 11.painos. Helsinki: Wsoy Oppimateriaalit.
- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L., Vihunen, R. 2010. Hoitamalla hyvää olo. 14. uudistettu painos. Helsinki: Wsoy Oppimateriaalit.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osittain uudistettu. painos. Helsinki: Otava.
- Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. 1. painos. Porvoo: WSOY.
- Lonkila, M. 2006. Hoitoisuusluokituksen käyttö osana hoitotyön laadun arviointia. Hoitohenkilökunnan näkökulma. Oulu: Oulun yliopisto LTK, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Mäkelä, A. & Ruokonen, T. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Tammi.
- Ollikainen, A. & Vuori, T. 2008. Hoitosuhde kohdunkaulan solumuutosten hoitoprosessissa. Helsinki: Stadia Helsingin ammattikorkeakoulu.
- Pelkonen, M. & Perälä, M-L. 1993. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. 1-2. painos. Helsinki: Tammer-Paino.
- Taanila, A. 2010. MÄÄRÄLLISEN AINEISTON KERÄÄMINEN. <http://myy.helia.fi/~taaak/t/suunnittelu.pdf>

Yhteistyösopimus

LIITE 1

LIITE 2

Arvoisa hoitohenkilökuntaan kuuluva

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa Sosiaali- ja terveydenhuollon Porin toimipisteessä sairaanhoitajaksi. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella hoitotyön ja hoitosuhteen sisältöä sekä Noormarkun sairaalassa että vanhainkodissa hoitohenkilöstön näkökulmasta katsottuna. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää laadukkaan hoitosuhteen kehittymistä ja sisältöä hoitohenkilökunnan näkökulmasta katsottuna

Tutkimusaineisto kerätään kyselylomakkeella. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja se suoritetaan täysin nimettömänä. Kaikki saadut tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja saatuja tietoja käytetään vain tämän opinnäytetyön tekemiseen. Opinnäytetyöni on tarkoitus valmistua kevään 2011 aikana.

Vastauksesi on erittäin tärkeä tutkimuksen tavoitteen ja luotettavuuden kannalta. Vastaa mieluiten kaikkiin kysymyksiin, jolloin tietojen käsittely ja analysointi helpottuu.

Opinnäytetyötäni ohjaa lehtori, KT Marja Flinck

Ystävällisin terveisin,
Arttu Railo
Satakunnan AMK, Porin toimipiste

Tarvittaessa voitte ottaa minuun yhteyttä sähköpostilla:
arttu.ju.railo@student.samk.fi

Ympyröi mielestäsi oikea vaihtoehto kunkin väittämän kohdalta.

Taustatiedot

1. Ikäryhmä

1. Alle 30 vuotta
2. 30-39 vuotta
3. 40-49 vuotta
4. 50-59 vuotta
5. 60 vuotta tai yli

2. Koulutus

1. Sairaanhoitaja AMK
2. Sairaanhoitaja opistotaso
3. Lähihoitaja/perushoitaja
4. Jokin muu

3. Yksikkö, jossa työskentelen _____

4. Työsuhteen kesto tässä yksikössä

1. Alle vuosi
2. 1-5 vuotta
3. 6-10 vuotta
4. 11-20 vuotta
5. yli 20 vuotta

Hoitosuunnitelma

5. Jokaisella potilaalla/asukkaalla on omahoitaja

Täysin samaa mieltä Melko samaa mieltä Melko eri mieltä Täysin eri mieltä

4

3

2

1

LIITE 2

6. Omahoitaja huolehtii hoitosuunnitelman laatimisesta

Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
4	3	2	1

7. Potilas/asukas osallistuu hoitosuunnitelman laatimiseen

Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
4	3	2	1

8. Omaisilla on mahdollisuus osallistua hoitosuunnitelman laatimiseen, jos potilas/asukas sallii sen

Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
4	3	2	1

9. Hoitosuunnitelma kirjataan erilliselle omalle lomakkeelleen

Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
4	3	2	1

10. Hoitosuunnitelman toteutusta seurataan

½ vuosittain	kuukausittain	viikoittain	päivittäin
4	3	2	1

11. Hoitosuunnitelman tavoitteiden saavuttamista arvioidaan

½ vuosittain	kuukausittain	viikoittain	päivittäin
4	3	2	1

LIITE 2

12. Omahoitaja laatii kirjallisen yhteenvedon potilaan/asukkaan hoidosta

Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
4	3	2	1

13. Hoitosuunnitelma on keskeinen työväline potilaan/asukkaan hoidossa

Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
4	3	2	1

Hoitotyön laatu**14. Laadukas hoitosuhde koostuu [valitse kolme (3) tärkeintä]**

1. Omahoitajuus
2. Hyvä työyhteisö
3. Hoitosuunnitelma
4. Selkeä johtajuus
5. Dokumentointi ajan tasalla
6. Päivittävät raportit
7. Ammattitaito

15. Hoitosuhteen onnistumiseen vaikuttavat tekijät

	Täysin samaa mieltä		Täysin eri mieltä	
- hoitajan persoona	4	3	2	1
-potilaan/asukkaan persoona	4	3	2	1
- hoidon vaativuustaso	4	3	2	1

LIITE 2

-hoitajanammattillinen koulutus	4	3	2	1
- omaisten suhtautuminen hoitoon	4	3	2	1
- dokumentointi	4	3	2	1
- työyhteisön tuki	4	3	2	1
- selkeä työnjako	4	3	2	1

16. Hoitotyön laatu kehitetään yksikössäni

	Täysin samaa mieltä			Täysin eri mieltä
- yhteisön keskusteluin	4	3	2	1
- täydennyskoulutuksin	4	3	2	1
- uusien ammattikoulutuksin	4	3	2	1
- laatukäsikirjan avulla	4	3	2	1
- potilas/asukas-palautteilla	4	3	1	1

17. Mitä toivoisit oman yksikkösi hoitotyötä kehitettävän jatkossa?

Yhteistyöstä kiittäen!

