



Osaamista  
ja oivallusta  
tulevaisuuden  
tekemiseen

Sini Huotari ja Vilhelmiina Hynninen

# Psykiatristen potilaiden kokemukset omahoitajamallin mukaisesta toiminnasta

Kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Sairaanhoitotyön tutkinto -ohjelma

Opinnäytetyö

21.5.2020

Tekijät Otsikko	Sini Huotari, Vilhelmiina Hynninen Psykiatristen potilaiden kokemukset omahoitajamallin mukaisesta toiminnasta  Kirjallisuuskatsaus
Sivumäärä Aika	22 sivua + 2 liitettä 21.5.2020
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Sairaanhoitotyön tutkinto -ohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja	Lehtori Marianne Sipilä
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen keinoin kuvata psykiatristen potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta. Opinnäytetyön tavoitteena on hyödyntää saatua tietoa omahoitajuuden laadun kehittämiseksi Auroran sairaalassa. Tutkimuskysymyksiä olivat: 1. Mitä mieltä psykiatriset potilaat ovat omahoitajamallin mukaisen työskentelyn toteutumisesta? 2. Onko omahoitajamallin mukainen toiminta auttanut potilaita? Opinnäytetyö on osa Omahoitajamalli-hanketta ja se on toteutettu yhteistyössä Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluiden ja Auroran sairaalan kanssa.</p> <p>Aineisto kerättiin tekemällä tiedonhakuja tieteellisiin tietokantoihin. Tiedonhaussa hyödynnettyjä tietokantoja olivat Cinahl, Pubmed, Ovid Medline, Medic, Social Care Online, Emerald Insight, SwePub sekä MetCat Finna. Lisäksi teimme manuaalisia hakuja. Opinnäytetyöhön mukaan valikoitui viisi tieteellistä julkaisua, jotka on julkaistu vuosina 2002–2008. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin mukaisesti.</p> <p>Tuloksista kävi ilmi, että käytänteet omahoitajuuden suhteen ovat vaihtelevia. Toisaalta potilaat kokivat omahoitajajärjestelmän onnistuneeksi ja omahoitajasuhteen kaikkein merkityksellisimmäksi hoitomuodoksi. Omahoitajasuhde vahvisti potilaiden turvallisuuden tunnetta ja luottamusta hoitoonsa. Toisaalta potilaat kokivat osittain jäävänsä ilman asiantuntevaa hoitoa, eikä nimettyä omahoitajaa aina ollut.</p> <p>Omahoitajamallin kehittäminen edelleen on tärkeää, sillä onnistunut omahoitajasuhde edistää hoidon jatkuvuutta ja potilaskeskeisyyttä. Näihin tekijöihin huomion kiinnittäminen lisäisi hoidon vaikuttavuutta ja potilaiden hoitoon sitoutumista.</p>	
Avainsanat	omahoitajuus, omahoitaja, yksilövastuinen hoitotyö, mielenterveys hoitotyö, potilaiden kokemukset, kirjallisuuskatsaus

Authors Title	Sini Huotari, Vilhelmiina Hynninen Psychiatric Patients' Experiences of Primary Nursing  Literature Review
Number of Pages Date	22 pages + 2 appendices 21st May 2020
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Marianne Sipilä, Senior Lecturer
<p>The purpose of this study was to describe psychiatric patients' experiences of primary nursing using the ways of literature review. The aim of this study was to use the findings of primary nursing to develop primary nursing in Aurora Hospital. The research questions were: 1. How do the psychiatric patients feel the primary nursing care model is executed? 2. Has the primary nursing care model helped the patients? The study is part of primary care model project and it is made in co-operation with the City of Helsinki's psychiatric and substance abuse centres and Aurora Hospital.</p> <p>Data for this study were collected from scientific databases. The databases utilized were Cinahl, Pubmed, Ovid Medline, Medic, Social Care Online, Emerald Insight, SwePub and MetCat Finna. We also did manual research work. Five scientific publications from years 2002–2008 were selected for this study. The data was analysed using an inductive content analysis.</p> <p>The results showed that the practises used in primary nursing were varying. On one hand the patients felt that the primary nursing model was successful and the relationship between the patient and the primary nurse was the most meaningful care method. The relationship between the patient and the primary nurse strengthened the patients' sense of security and trust in their treatment. On the other hand, the patients felt that they didn't get professional nursing and they didn't have a primary nurse.</p> <p>The results lead to the conclusion that improving the primary nursing model is still important because successful relationship between the patient and the primary nurse contributes continuity of care and patient-centred care. Paying attention to these factors would increase effectiveness of care and patients' commitment to care.</p>	
Keywords	primary nursing, primary nurse, named nurse, mental health care, patients' experiences, literature review

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Keskeiset käsitteet ja aiempi tutkimustieto	2
2.1	Omahoitajamalli	2
2.2	Omahoitajan tehtävät	3
2.3	Yksilövastuinen hoitotyö	4
2.4	Potilaslähtöisyys	5
2.5	Mielenterveyden häiriöt	6
2.6	Psykiatrinen potilas ja hoito	7
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	8
4	Opinnäytetyön menetelmät	8
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	8
4.2	Aineiston keruu	8
4.3	Aineiston analysointi	9
5	Tulokset	11
5.1	Vuorovaikutus	11
5.1.1	Keskustelut	11
5.1.2	Hoitohenkilökunnan käytös potilaita kohtaan	12
5.2	Hoidon koordinointi	12
5.2.1	Hoidon jatkuvuus ja ajankäyttö	12
5.2.2	Omahoitajuuteen liittyvä tiedonvälitys	13
5.3	Hoidollinen yhteistyösuhde	13
5.3.1	Turvallisuuden tunne	13
5.3.2	Luottamus ja tuki	14
5.4	Potilastyytyväisyys	15
5.4.1	Potilaiden yleinen arvio omahoitajuudesta	15
5.4.2	Hoitoon vaikuttaminen	15
6	Pohdinta	15
6.1	Tulosten tarkastelu	15
6.2	Eettisyys	17
6.3	Luotettavuus	18
6.4	Kehittämisehdotukset	19
	Lähteet	20

## Liitteet

Liite 1. Tiedonhakuprosessi

Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen tulostaulukko

## 1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö käsittelee psykiatristen potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta. Omahoitajuus on yksilövastuista hoitotyötä, jonka tarkoituksena on toteuttaa potilaslähtöistä hoitotyötä siten, että potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa (Pukuri 2002: 57). Fyysinen terveys on viimeisen kymmenen vuoden aikana parantunut Suomessa ja esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on laskenut huomattavasti. Vastaavaa muutosta ei kuitenkaan ole tapahtunut mielenterveyteen liittyen. Mielenterveyden häiriöiden on arvioitu maksavan yhteiskunnalle 11 miljardia euroa vuodessa. (OECD 2018.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaiseman raportin mukaan kaikista ikäryhmistä vuonna 2018 psykiatrista erikoissairaanhoidoa sai yhteensä 196 242 suomalaista (Martikainen – Järvelin 2019). OECD:n vuonna 2018 laatiman raportin mukaan mielenterveyden häiriöt koskettavat 84 miljoonaa ihmistä ympäri Eurooppaa. Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys on Euroopan alueella yleisintä Suomessa, Alankomaissa sekä Irlannissa. (OECD 2018.) Maailmanlaajuisesti on arvioitu, että 264 miljoonaa ihmistä kärsii masennuksesta, kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsii 45 miljoonaa ihmistä ja skitsofreniasta 20 miljoonaa ihmistä (World Health Organization 2019). Mielenterveysongelmat ovat yhä edelleen yksi merkittävimpiä terveysuhkia niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin ja siksi on tärkeää, että mielenterveyshoitotyötä kehitetään jatkuvasti.

Omahoitajamalli on yksi keskeisistä hoitotyön malleista ja se tukee hoidon yksilöllisyyttä. Yksilöllisyys on yksi hoitotyön laatua ohjaavista periaatteista (Rautava-Nurmi – Westergård – Henttonen – Ojala – Vuorinen 2015: 22). Laadukkaalla hoitotyöllä pyritään takaamaan potilaille parempaa hoitoa sekä vaikuttamaan positiivisesti työntekijöiden työssä viihtyvyyteen.

Tämä opinnäytetyö on osa Omahoitajamalli-hanketta ja työ on tehty yhteistyössä Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluiden ja Auroran sairaalan kanssa. Omahoitajamallin kehittäminen Auroran sairaalassa alkoi vuonna 2013. Pilotointi eli käytännössä testaaminen alkoi vuoden 2016 helmikuussa ja pilotointivaihe kesti vuoden 2016 loppuun saakka niissä yksiköissä, jotka olivat mukana kehittämistyössä. Pilotoinnin jälkeen omahoitajamalli otettiin asteittain käyttöön. (Pitkänen 2020.)

## 2 Keskeiset käsitteet ja aiempi tutkimustieto

Työn keskeisimpiä käsitteitä ovat omahoitajamalli sekä mielenterveys ja psykiatrinen potilas. Omahoitajuus nivoutuu tiiviisti yhteen yksilövastuiseen hoitotyön sekä potilaslähtöisyyden käsitteiden kanssa, minkä vuoksi myös näitä käsitettä on tarkasteltu tässä keskeisiä käsitteitä esittelevässä luvussa.

Vaikka yksilövastuista hoitotyötä on tutkittu suhteellisen kattavasti, omahoitajamalli on käsitteenä tuoreempi, minkä johdosta suomenkielistä omahoitajamallia käsittelevää tutkimusta on rajallisemmin. Merkittävä osa tutkimuksesta keskittyy hoitohenkilökunnan näkemyksiin omahoitajuudesta, eikä potilaan näkökulmaa ole huomioitu riittävästi. Suurin osa tutkimustyöstä on myös rajoittunut somaattisen hoitotyön alueisiin.

### 2.1 Omahoitajamalli

Omahoitajamallin mukaisessa toiminnassa potilaalle on yleensä nimetty yksi hoitotyöntekijä, omahoitaja, joka on ensisijaisesti vastuussa potilaan hoidosta hoitajakson ajan (Haapala – Hyvönen 2002: 39–40). Omahoitaja on potilaalle ulkopuolinen, turvallinen ja luotettava henkilö, jonka tarkoitus on reflektoida potilaalle tämän tunteita ja ajatuksia. Omahoitaja toimii työryhmän jäsenenä ja toteuttaa osaltaan kokonaisuhoitoa, jonka päävastuussa on lääkäri. (Hietaharju – Nuutila 2016: 124.) Omahoitajan kanssa työskentelevää hoitotyöntekijää voidaan kutsua joko korvaavaksi hoitajaksi tai työpariksi. Omahoitajan ja hänen työparinsa yhteistyösuhde on sekä tasavertainen että sellainen, jossa kokenempi työntekijä ohjaa kokemattomampaa. (Korhonen – Kangasniemi 2009: 20.) Hoitotyöntekijän näkökulmasta omahoitajuus merkitsee tapaa toteuttaa käytännössä potilaslähtöistä hoitotyötä. Potilaan näkökulmasta omahoitajasuhde lisää potilaan mahdollisuuksia vaikuttaa hoitoonsa ja osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon. (Haapala – Hyvönen 2002: 39–40.)

Vaikka omahoitajamallin mukainen työskentely on ollut käytössä jo vuosia, liittyy käytäntöön silti yhä epäselvyyksiä niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Shebinin, Aggarwalin ja Gandhin vuonna 2008 tekemän tutkimuksen mukaan vain pieni osa potilaista tietää kuka heidän omahoitajansa on. Myös käytännöissä omahoitajuuteen liittyen on vaihtelua eri osastojen välillä. Joillakin osastoilla potilailla on omahoitaja vain silloin, kun kyseinen hoitaja on työvuorossa. Toisilla osastoilla ainoastaan hoitohenkilökunta tietää, kuka on kenenkin omahoitaja. Mahdollisimman onnistuneen hoidon kannalta on erittäin tärkeää,

että potilas kokee voivansa luottaa omahoitajaansa ja tuntee olonsa turvalliseksi. Luottamus ja turvallisuus voivat toteutua ainoastaan silloin, kun potilas tietää kuka hänen omahoitajansa on. Hoitosuhteen selkeys takaa tiedonkulun ja sitä kautta myös hoidon jatkuvuuden. (Shebini – Aggarwal – Gandhi 2008.)

Vuonna 1991 tehdyn tutkimuksen perusteella havaittiin, että siirtyminen omahoitajamallin mukaiseen työskentelyyn ei ole mutkatonta ja osa hoitajista koki, ettei muutos parantunut hoitotyön laatua (Harkila 1991: 71, 74). Omahoitajuuteen perustuvaan työskentelymalliin siirtymisellä on ollut negatiivisia vaikutuksia osastojen työskentelyilmapiiriin ja se on aiheuttanut eriarvoisuuden tunteita eri ammattiryhmien välillä. Perushoitajat kokivat tarpeettomuutta sekä koulutuksensa väheksyntää uuden hoitokäytännön myötä. Huonontunut ilmapiiri aiheutti epäreilua kilpailuhenkeä osastoilla. Lisäksi haasteita on ilmennyt sijaisten perehdyttämisessä. Tutkimuksen mukaan uusilla työntekijöillä ei ollut kuvaa entisistä hoitokäytännöistä sekä niihin liittyvistä muutostarpeista, joten heidän mukaansa saaminen uuteen omahoitajakäytäntöön oli vaikeaa. Lisäksi koulutusta omahoitajakäytännöstä ei ollut saatavilla riittävästi uusille työntekijöille. (Harkila 1991: 71.)

## 2.2 Omahoitajan tehtävät

Omahoitajan tehtävänä on kerätä tietoa potilaan tilanteesta potilaalta itseltään sekä hänen läheisiltään. Omahoitaja kokoaa yhteen hoitotyön ja liittää sen osaksi kokonaihoitosuunnitelmaa. Kokonaihoitosuunnitelman pohjalta omahoitaja toteuttaa hoitotyötä ja arvioi sitä yhdessä potilaan ja muun hoitotiimin kanssa säännöllisesti. Potilaan hoitoon osallistuvan henkilökunnan kanssa pidettävissä tiimikokouksissa hoitaja tuo potilaan mielipiteet, toiveet, hoidontarpeen ja hoidon edistymisen esille. Omahoitaja toimii potilaan etujen valvojana koko hoitojakson ajan sekä neuvoo ja ohjaa tätä kaikissa hoitoon liittyvissä asioissa. Omahoitajasuhde ei ole ystävyysuhde, jolloin omahoitajan ei tule tuoda tunteitaan tai mielipiteitään esille, eikä hänen tule asettua ketään vastaan tai kenenkään puolelle. (Haapala – Hyvönen 2002: 42–43; Hietaharju – Nuutila 2016: 124–125; Laaksonen – Ollila 2017: 30.)

Yksi omahoitajan tärkeimmistä tehtävistä on vuorovaikutus potilaan kanssa. Omahoitaja keskustelee potilaan kanssa, kuulee ja kuuntelee tätä aktiivisesti. Tavoitteena on pyrkiä ymmärtämään puheen sisältöä, potilaan kokemuksia ja tunteita ja sen myötä potilaan todellisuutta. Lisäksi hoitajan tulee vuorovaikutuksessaan potilaan kanssa pyrkiä rohkai-



semaan tätä tuomaan esiin tämän mieltä painavia asioita. Kuunteleminen vaatii avautumista niin toisen kuin myös omillekin kokemuksille. Kuunteleminen voi olla luonteeltaan myös arvioivaa, jolloin tavoitteena on pystyä arvioimaan mitkä osat puheesta ovat todellisia ja mitkä sairauden värittämää. Omahoitajan rooli keskusteluissa korostuu ja kuuntelemalla potilasta aktiivisesti hän pystyy kohdentamaan huomionsa oleellisiin asioihin erilaisin kommentein, kysymyksin ja interventioin. (Hietaharju – Nuutila 2016: 125–128.)

### 2.3 Yksilövastuinen hoitotyö

Omahoitajamalli on yksilövastuista hoitotyötä. Yksilövastuisen hoitotyön juuret ulottuvat 1960-luvulle Yhdysvaltoihin, jolloin hoitohenkilökunnan tyytymättömyys vallitseviin toimintatapoihin ajoi hoitotyön muutokseen. Hoitohenkilökunta oli huolissaan potilaskontaktien vähäisyydestä, hoidon pirstaloitumisesta sekä viestinnän monimutkaisuudesta. Suomeen ajatus yksilövastuisemmasta hoitotyöstä rantautui 1980-luvulla. Aihe on ollut suosittu tutkimuskohde niin kansainvälisesti kuin Suomessakin. (Krause 1987; Laaksonen 1994: 76.) Yksilövastuisen hoitotyön uranuurtaja Sue Thomas Hegyvary kuvaa yksilövastuisen hoitotyön perusajatuksiksi sen, että yksi ja sama potilaalle nimetty sairaanhoitaja valvoo ja koordinoi yksittäisen potilaan hoitoa koko hoitajakson ajan. Sama sairaanhoitaja huolehtii yhden potilasryhmän hoidosta kussakin vuorossa jokaisena päivänä. (Hegyvary 1987: 17.)

Yksilövastuista hoitotyötä ohjaavia periaatteita ovat vastuullisuus, autonomia eli itsenäisyys, koordinointi, kattavuus sekä jatkuvuus (Hegyvary 1987: 17; Laaksonen 1994: 76). Näitä periaatteita tarkastellaan omahoitajan toiminnan kautta. *Vastuullisuuden* periaatteen mukaan nimetty omahoitaja vastaa ensisijaisesti koko hoitotyön prosessista. Hän hoitaa potilasta itse aina työvuorossa ollessaan ja huolehtii myös siitä, että muu henkilökunta on ajan tasalla potilaan hoidosta kirjallista hoitotyönsuunnitelmaa sekä suullista raportointia hyödyntäen. Mikäli omahoitaja ei ole työvuorossa, hän antaa muulle hoitotyön henkilökunnalle ohjeet oman potilaansa hoidosta. *Itsenäisyys* ei tarkoita työskentelemistä yksin; omahoitaja toimii potilaan edustajana sekä hoitotyön asiantuntijana yhteistyössä muun potilaan hoitoon osallistuvan henkilökunnan kanssa. Päätöksenteon vastuu on omahoitajalla, mutta hän voi työssään konsultoida myös muuta hoitohenkilökuntaa. *Koordinoinnin* periaatteen mukaisesti omahoitaja järjestää potilaan hoidolliset asiat yhdeksi selkeäksi kokonaisuudeksi. Eheän kokonaisuuden muodostumisen edellytys on mahdollisimman suoraviivainen kommunikaatio eri osapuolten välillä. *Kattavuus* merkitsee potilaan kokonaisvaltaista huomioimista eli kokonaishoitoa. Potilas ymmärretään

psyko-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena sekä ymmärretään näiden osa-alueiden kiinteä vaikutus toisiinsa. Viimeinen periaate on *jatkuvuus*, joka turvaa hoidon katkeamattomuuden. Hoitajakson aikana tämä tarkoittaa tiedon muuttumatonta välittymistä yksiköstä, työvuorosta sekä henkilöltä toiselle. Hoitajakson päättyessä jatkuvuus tarkoittaa kotiutumisen tai jatkohoitopaikkaan siirtymisen valmistelua sekä suunniteltujen toimintojen koordinoitua. (Hegvavy 1987: 17–19; Laaksonen 1994: 76–81.)

Yksilövastuinen hoitotyö määrittää paitsi potilas-hoitajasuhdetta myös työyhteisön ja omahoitajan välistä suhdetta. Hoitajan näkökulmasta esiin nousevat autonomia suhteessa työyhteisöön sekä henkilökohtaisen vastuun korostuminen. Työhön liittyvällä autonomialla nähdään sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia. Yhtäältä henkilökohtainen vastuu tukee harhaa yksin pärjäämisestä, jolloin avun hakemiseen liitetään negatiivisia seurauksia. Negatiivisiksi seurauksiksi voidaan kokea pelko heikentää omaa asemaa työyhteisössä sekä toisten työajan häiritseminen. Avun tarpeeseen voidaan liittää myös ajatus oman tietämättömyyden paljastumisesta. Yksilövastuu saattaa siis lisätä hoitohenkilökunnan stressiä. (Korhonen – Kangasniemi 2009: 21.)

Toisaalta henkilökohtainen vastuu koetaan työtä rikastuttavana tekijänä, mikä lisää osaltaan tyytyväisyyttä työhön. Parhaimmillaan työyhteisön ja omahoitajan välistä suhdetta voidaan kuvailla yhteistyösuhteeksi. Yhteistyösuhteessa sekä avun pyytäminen että antaminen ovat toivottavaa ja normaalia. Yhteistyössä muun henkilökunnan kanssa hoitaja on yksilönä tasa-arvoinen ja autonominen toimija, mutta samalla sidoksissa työyhteisöönsä. Autonomialla tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, että hoitaja on päätöksentekoon sekä riippumattomaan toimintaan kykenevä vapaaehtoinen toimija. (Korhonen – Kangasniemi 2009: 21.) Omahoitajamallin avulla pystytään toteuttamaan potilaslähtöistä hoitotyötä.

## 2.4 Potilaslähtöisyys

Omahoitajamallin avulla voidaan toteuttaa potilaslähtöistä hoitotyötä. Potilaslähtöisyys hoitotyössä tarkoittaa yhtäältä tapaa toteuttaa hoitotyötä ja toisaalta tapaa, jolla työn tavoitteet asetetaan. Ominaista sille on, että päätösvalta ja vastuu omasta elämästä säilyy potilaalla huomioiden rajoitukset hänen toimintakyvyssään. Potilas osallistuu siis aktiivisesti hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen, eikä ole vain passiivinen toiminnan kohde. Potilaslähtöisyydellä on tutkimusten mukaan suuri merkitys potilaille ja se lisää

potilaiden motivaatiota osallistua hoidon suunnitteluun. Potilaiden motivoituneisuus puolestaan vähentää hoidon tarvetta sekä parantaa hoidon laatua. Voimavaraistunut potilas, joka toimii itse oman terveytensä aktiivisena edistäjänä, on potilaslähtöisen toimintatavan tavoite. (Hämäläinen – Kanerva – Kuhanen – Schubert – Seuri 2017: 140–141; Koikkalainen – Rauhala 2013; Laaksonen – Ollila 2017: 44.)

Latvala (1998) tuo tutkimuksessaan esiin kuinka tärkeää yksilöllisyyden kunnioittaminen hoidossa on ja kuinka hoitajalla itsellään tulee olla aito kiinnostus potilaan elämään liittyviin asioihin. Potilaslähtöisyyden edellytyksenä on potilaan sekä hoitajan välinen yhteistoiminnallinen työskentelytapa. Yhteistoiminnallinen työskentelytapa puolestaan edellyttää hoitajalta tilannetajua ja muutoksia potilaan ja hoitajan välisiin toimintapahoihin, kuten luopumista autoritaarisesta työskentelystä. Yhteistyö hoitosuhteessa mahdollistaa potilaan aktiivisen osallistumisen hoitoonsa ja potilaan paremman selviytymisen jokapäiväisessä elämässään. (Latvala 1998.)

## 2.5 Mielenterveyden häiriöt

Mielenterveys on käsitteenä hyvin monitahoinen ja sen määritelmä on vuosisatojen aikana vaihdellut runsaasti. Ihmisen mielenterveyttä luonnehtivat hänen kykynsä kohdata haasteita sekä muutoksia ja sopeutua niihin sekä hänen kykynsä ymmärtää itseään ja omaa osuuttaan vuorovaikutustilanteissa (Lönnqvist – Lehtonen 2019a). Nykyisin ihmistä pidetään mieleltään terveenä, kun hän kykenee selviytymään itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista aiheuttamatta itselleen tai toisille kärsimystä (Hietaharju – Nuuttila 2016).

Mielenterveyden häiriöiksi luonnehditaan tänä päivänä kliinisesti merkittävät ja psyykkistä kärsimystä sekä toimintakyvyn haittaa aiheuttavat psyykkiset oireet, jotka muodostavat erilaisia oireyhtymiä. Näihin häiriöihin liittyy aina elämänlaadun heikkenemistä, toimintakyvyn menetystä sekä subjektiivista kärsimystä. Näin ollen mielenterveyden häiriöiksi ei lasketa tavanomaisia psyykkisiä tiloja tai reaktioita. Myöskään korostuneet tai erikoiset persoonallisuuden ominaispiirteet tai seksuaaliset suuntautumistavat eivät sellaisinaan riitä kliiniseen diagnoosiin. (Lönnqvist – Lehtonen 2019b.)

Mielenterveyden häiriöiksi luokitellaan muun muassa psykoosit, masennustilat, pakko-oireiset häiriöt, erilaiset ahdistuneisuushäiriöt, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, traumaat-

tisiin tilanteisiin liittyvät mielenterveyden häiriöt ja poikkeavat psyykkiset reaktiot, syömishäiriöt, unihäiriöt, seksuaalihäiriöt, käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt, päihteiden käyttöön liittyvät häiriöt, aivojen kehitykseen liittyvät mielenterveyden häiriöt sekä kemiallisten aineiden ja elimellisten aivosairauksien aiheuttamat oireyhtymät (Lönqvist – Lehtonen 2019b).

## 2.6 Psykiatrinen potilas ja hoito

Nykyaikana psykiatrinen potilas on ideaalitalanteessa tasavertainen kumppani, joka kantaa vastuuta omista asioistaan ja toimii yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa. Hoidon perustana on avoimuus, asianmukainen informointi sekä potilaan pätevä suostumus omaan hoitoonsa. Niissä poikkeustilanteissa, joissa psykiatrinen potilas ei kykene antamaan pätevää suostumustaan ja häntä hoidetaan vastoin omaa tahtoaan, on erityisen tärkeää, että häntä hoidetaan lain mukaisesti sekä eettisesti parhaalla mahdollisella tavalla. (Lönqvist – Lehtonen 2019c.)

Valtaosa tietyistä mielenterveysongelmista tai -häiriöistä kärsivistä potilaista hoidetaan avohoidossa. Palveluita tuotetaan sekä perus- ja lähipalveluina että keskitetysti psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, vaativimmillaan erityisissä osaamiskeskuksissa. Avohoidon palveluita täydentävät erikoissairaanhoitoon kuuluvat psykiatriset sairaalaosastot ja psykiatrinen asuntolatoiminta, joiden toiminta on keskittynyt vaikeiden kriisitilanteiden ja vakavien häiriöiden sekä erikoisosaamista edellyttävään hoitoon. (Lönqvist – Moring – Vuorilehto 2019.) Sairaalahoitoon pääsyn saatteena on lähete tai tarkkailulähete, jossa potilaan arvioidaan tarvitsevan psykiatrista sairaalahoitoa oireidensa vuoksi. Joillakin paikkakunnilla sairaalahoitoon on kuitenkin mahdollista hakeutua myös ilman lähetettä. (Hämäläinen ym. 2017.) Psykiatrista sairaalahoitoa toteuttavat moniammatilliset työryhmät, jotka koostuvat psykiatrian alan erikoislääkäreistä eli psykiatreista, psykologeista, sairaanhoitajista ja muista sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöistä (Lönqvist – Lehtonen 2019b).

Mielenterveyslaissa säädettyä tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan toteuttaa ainoastaan sairaalan psykiatrista hoitoa antavassa yksikössä, jolla on potilaan tahdosta riippumattoman hoidon kannalta edellyttämät valmiudet ja erityisasiantuntemus (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 17 a). Vuonna 2018 psykiatrisessa sairaanhoidossa raportoitiin 1 123 tapausta, joissa potilaalle tehtiin hoitotoimenpide ja/tai tutkimus tahdosta riippu-

matta tai potilaan vastustaessa hoitoa (Martikainen – Järvelin 2019). Hoitotoimenpiteiden lisäksi erilaisia pakkotoimien käyttöjä, muun muassa eristämistä, lepositeisiin sitoamista, liikkumisvapauden rajoittamista sekä omaisuuden haltuunottoa raportoitiin 13 883 kertaa (Martikainen – Järvelin 2019).

### **3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata psykiatristen potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta. Opinnäytetyön tavoitteena on hyödyntää saatua tietoa omahoitajuuden laadun kehittämiseksi Auroran sairaalassa. Tutkimusongelmaa lähestyttiin seuraavien tutkimuskysymyksien avulla: 1. Mitä mieltä psykiatriset potilaat ovat omahoitajamallin mukaisen työskentelyn toteutumisesta? 2. Onko omahoitajamallin mukainen toiminta auttanut potilaita?

### **4 Opinnäytetyön menetelmät**

#### **4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus**

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekeminen voidaan jakaa neljään vaiheeseen: 1) tutkimuskysymyksen muodostaminen, 2) aineiston valitseminen, 3) kuvailun rakentaminen ja 4) tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Katsauksen tavoitteena on tuottaa kuvaileva sekä laadullinen vastaus tutkimuskysymykseen valitun aineiston perusteella. (Kangasniemi ym. 2013.)

Tämän opinnäytetyön aineisto koottiin olemassa olevaan tutkimustietoon perustuen, joka käsitteli potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta. Aihetta käsittelevä aineisto ryhmiteltiin taulukoksi, jonka pohjalta tarkasteltiin omahoitajuuden toteutumista potilaiden kokemana. Tulosten avulla perusteltiin mahdollisia kehityskohteita omahoitajuuden toiminnassa.

#### **4.2 Aineiston keruu**

Kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto haettiin tieteellisistä tietokannoista sekä manuaalisella haulla. Aineiston valintaa ohjasivat opinnäytetyön tutkimuskysymykset ja tavoit-

teena oli löytää mahdollisimman relevanttia aineistoa. Aineistoa valittaessa täytyi kiinnittää huomio jokaisen alkuperäistutkimuksen rooliin suhteessa tutkimuskysymyksiin vastaamiseen siten, miten ne täsmentävät, jäsentävät, avaavat tai kritisoivat tutkimuskysymyksiä. (Kangasniemi ym. 2013.) Aineiston valintaa ohjasivat sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka ovat esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Vastaa tutkimuskysymyksiin	Ei vastaa tutkimuskysymyksiin
Vertaisarvioitu tutkimus	Ei vertaisarvioitu tutkimus
Julkaistu suomen tai englannin kielellä	Ei julkaistu suomen tai englannin kielellä
Tutkimus koskee potilaiden näkökulmaa	Tutkimus ei koske potilaiden näkökulmaa
Tutkimus on tehty vuosina 2000-2020	Tutkimus tehty ennen vuotta 2000

Tiedonhaussa hyödynnettyjä tietokantoja olivat Cinahl, Pubmed, Ovid Medline, Medic, Social Care Online, Emerald Insight, SwePub sekä MetCat Finna. Lisäksi teimme manuaalisia hakuja sekä tiedustelimme Auroran sairaalasta ja Suomen Mielenterveysseuralta mahdollisista tutkimuksista opinnäytetyön aiheeseen liittyen. Suoritimme manuaalisen haun Hoitotiede- ja Tutkiva hoitotyö -lehtiin sekä Suomessa sijaitsevien, hoitotiedettä opettavien yliopistojen julkaisuarkistoihin. Toteutettu tiedonhaku on esitetty liitteessä 1.

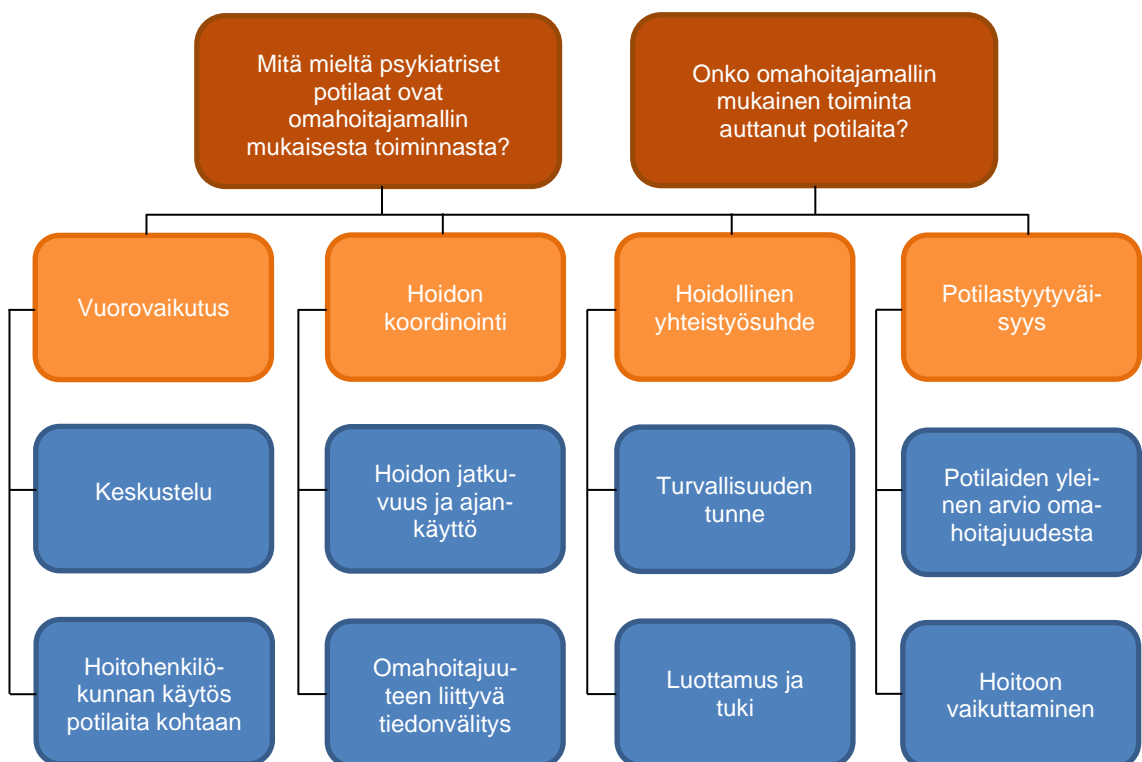
Aineiston keruussa ongelmaksi koitui sisäänottokriteerien mukaisten tutkimusten löytyminen. Aiheesta löytyi useita tutkimuksia, mutta useassa jokin sisäänottokriteereistä ei täytynyt. Opinnäytetyöhön valikoitui viisi tieteellistä julkaistua, jotka ovat julkaistu vuosina 2002-2008. Valitut julkaisut löytyvät liitteestä 2.

#### 4.3 Aineiston analysointi

Hankitun aineiston sisällön analysoinnissa käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä analysointitapaa. Kyseinen analysointitapa on perusteltu, kun asiasta ei juuri tiedetä tai tutkittua tietoa löytyy hajanaisesti. (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2013: 167.) In-

duktiivinen analyysi tähtää synteessin luomiseen, jossa aineistosta etsitään ilmiön kanalta merkityksellisiä tekijöitä, jotka lopulta ryhmitellään sisällöllisesti kokonaisuuksiksi (Kangasniemi ym. 2013).

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi: Ensimmäiseksi aineisto redusoidaan eli pelkistetään, jonka jälkeen pelkistetyt ilmaukset klusteroidaan eli ryhmitellään ja lopuksi ryhmitellyt ilmaukset abstrahoidaan eli aineistosta luodaan ala- ja yläluokkien avulla teoreettinen käsite (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2013: 167; Tuomi – Sarajärvi 2018). Aineiston pelkistämävaiheessa opinnäytetyöhön valituista julkaisuista etsittiin kaikki potilaiden kokemusta kuvaavat ja kertovat ilmaisut. Julkaisuissa olleet alkuperäiset ilmaukset listattiin allekkain ja niiden viereen luotiin ilmauksien pelkistetyt muodot. Ryhmittelyvaiheessa pelkistetyistä ilmauksista etsittiin yhteneväisyyksiä ilmauksien välillä ja samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet yhdistettiin eri luokiksi, joista muodostui kahdeksan alaluokkaa. Alaluokat nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Viimeisessä vaiheessa abstrahoinnin tuloksena alaluokista muodostui neljä yläluokkaa, jotka ovat vuorovaikutus, hoidon koordinointi, hoidollinen yhteistyösuhde ja potilastyytyväisyys. Kuviossa 1 on esiteltyä aineiston luokittelu ala- ja yläluokkiin.



Kuvio 1. Aineiston luokittelu ala- ja yläluokkiin.

## 5 Tulokset

### 5.1 Vuorovaikutus

#### 5.1.1 Keskustelut

Tutkimukset osoittivat, että potilaat pitivät omahoitajakeskusteluja kaikkein tärkeimpänä hoitomenetelmänä (Koivisto – Janhonen – Väisänen 2004). Potilaat kokivat, että omahoitajakeskustelujen aikana he pystyivät puhumaan vaikeista asioista hoitajille, heitä kuunneltiin ja he tulivat ymmärretyiksi (Kilkku 2008; Koivisto ym. 2004; Kokkonen – Risänen – Kylmä – Miettinen – Pelkonen 2004). Hoitoon liittyvistä epävarmuuden tunteista voitiin keskustella omahoitajan kanssa ja niitä voitiin käsitellä yhdessä (Kilkku 2008.) Potilaat arvostivat myös sitä, että heidän kanssaan vietettiin aikaa ja he kokivat olonsa välitetyiksi (Koivisto ym. 2004; Kokkonen ym. 2004). Omahoitajakeskustelut auttoivat myös potilaita omien tunteiden ja muiden ihmisten kanssa toimeen tulemisessa sekä uusien selviytymiskeinojen ja paremman tulevaisuuden toivon löytämisessä (Kokkonen ym. 2004).

Potilaat toivoivat omahoitajakeskusteluilta suunnitelmallisuutta, yksilöllisyyttä, säännöllisyyttä sekä järjestelmällisyyttä. Järjestelmällisyyttä toivottiin hoitajan rooliin sekä keskustelujen tarkoitukseen ja rakenteeseen. Potilaat pitivät myös tärkeänä, että hoitajat kertoivat potilaan tilanteesta ja siitä, kuinka sen kanssa voisi toimia. (Kilkku 2008; Koivisto ym. 2004.) Tutkimuksen mukaan omahoitajakeskusteluiden keskittäminen rauhallisiin olosuhteisiin sekä keskusteluiden tapahtuminen sovitusti ja omahoitajan pysyvyys toteutuivat hyvin (Kokkonen ym. 2004).

Omahoitajakeskusteluita kohtaan esitettiin myös kritiikkiä. Yksi tutkimuksista osoitti, että omahoitajakeskustelujen systemaattisuus ei toteutunut, vaan keskustelut tapahtuivat spontaanisti ja potilaat olivat tietämättömiä keskustelujen tarkoituksesta. Potilaat kokivat, että omahoitajakeskusteluille saatiin enemmän aikaa vain potilaan keskustelumahdollisuutta itse pyytäessä. Osa potilaista koki myös, etteivät keskustelut kohdanneet potilaan tilaa ja kokemuksia niin, että ne olisivat auttaneet heitä psykoosista selviämiseen. (Koivisto ym. 2004.)



### 5.1.2 Hoitohenkilökunnan käytös potilaita kohtaan

Henkilökunnan käytös potilaita kohtaan oli tutkimusten mukaan vaihtelevaa. Yhden tutkimuksen mukaan potilaat kokivat omahoitajansa ystävälliseksi ja vain alle kymmenen tutkittavaa olisi vaihtanut omahoitajansa (Kokkonen ym. 2004). Potilaat kokivat tulevana huomioiduiksi yksilöllisesti omahoitajasuhteessaan (Kokkonen ym. 2004). Potilaiden mielestä henkilökunnan eettinen käyttäytyminen sekä toiminta, inhimillinen kohtelu ja ihmisarvon kunnioittaminen toteutuivat osastoilla parhaiten (Syrjäpalo 2006). Omahoitajat suhtautuivat potilaisiin vakavasti ja hyväksyivät heidät omina itsenään sekä olivat vastuuntuntoisia ja ammattimaisia (Kalasniemi – Kuivalainen – Ryhänen 2002).

Toisaalta kävi ilmi, että osa potilaista koki kontaktin hoitaviin henkilöihin puuttuvan. Omahoitajaa ei välttämättä tavattu tai saatettiin kokea, etteivät tapaamiset omahoitajan kanssa antaneet mitään. Keskustelua käytiin myös hoitavien henkilöiden ehdoilla ja keskustelujen sisältö saattoi liittyä ainoastaan lääkitykseen. Potilaalle jätettiin kertomatta asioita ja niitä saatettiin mitätöidä ja ohittaa, jolloin vuorovaikutus oli estynyttä. Asioita saatettiin myös olettaa potilaiden puolesta ja eri ammattilaiset antoivat heille ristiriistaista tietoa. Potilaille jäi sairaalahoidon aikana hoitajista kuva, että he ovat kiireisiä, eikä heitä saa häiritä. (Kilkku 2008.) Henkilökunnan koettu ylemmyys sekä suhtautuminen välinpitämättömästi potilaisiin ja heidän tarpeisiinsa nähtiin myös vuorovaikutuksen ongelma-kohtina (Syrjäpalo 2006). Joissakin tilanteissa potilaiden kohtelu oli huolimatonta, epärehellistä, kovaa, voimakasta sekä alistavaa. Potilaat jätettiin tilanteissa yksin eikä niille saanut usein selitystä. (Koivisto ym. 2004.)

## 5.2 Hoidon koordinointi

### 5.2.1 Hoidon jatkuvuus ja ajankäyttö

Omahoitajuuden koettiin edistävän hoidon jatkuvuutta. Jatkuvuutta turvasi se, että omahoitaja oli ajan tasalla potilaan hoidosta. (Kalasniemi ym. 2002.) Potilaat kokivat, että omahoitajaan sai tarvittaessa yhteyden eikä tapaamista tarvinnut odottaa liikaa (Kokkonen ym. 2004). Tärkeäksi koettiin myös tieto siitä, keneen potilas voi ottaa yhteyttä hankalissa tilanteissa (Koivisto ym. 2004). Kalasniemen ym. (2002) tekemässä tutkimuksessa suurin osa potilaista koki, että hoitajilla oli heille riittävästi aikaa. Jotkut kaipasivat

kuitenkin enemmän aikaa omahoitajalta. Sama tutkimus toi esiin, että naisilla oli omahoitaja useammin kuin miehillä. Potilaat kokivat myös omaistensa otetun enemmän mukaan hoitoon, kun heillä oli omahoitaja. (Kalasniemi ym. 2002.)

Hoidon jatkuvuuden kannalta suurimmaksi ongelmaksi koettiin hoitohenkilökunnan vaihtuvuus. Hoitajien jatkuva vaihtuminen hankaloitti potilaan ja hoitavien henkilöiden yhteistyötä, jonka seurauksena potilaat eivät jaksaneet toistaa omaa taustaansa tai tämän hetkistä tilannettaan, eikä uusi työntekijä pystynyt arvioimaan tilanteen muutosta verrattuna aiempaan vointiin. Hoitajien vaihtuvuus merkitsi myös kontaktin puuttumista ja potilas saattoi kokea, ettei hän saanut hoitoa. (Kilkku 2008.) Kalasniemen ym. (2002) tutkimuksen mukaan psykiatriset potilaat kokivat hoidon jatkuvuuden toteutuneen huonommin kuin muiden osastojen potilaat. Pitkät hoitosuhteet ja molemminpuolinen sitoutuminen olivat potilaiden näkökulmasta hoidossa tärkeitä (Kilkku 2008).

### 5.2.2 Omahoitajuuteen liittyvä tiedonvälitys

Potilaiden tietämys omahoitajasta vaihtelivat. Kalasniemen ym. (2002) tutkimuksessa 51% potilaista tiesi omahoitajansa, kun taas 29% vastanneista kertoi, ettei heille ollut nimetty omahoitajaa ja 16% ei tiennyt oliko heillä omahoitaja vai ei. Yli 80% vastanneista sai tiedon omahoitajasta suullisesti hoitajalta itseltään. (Kalasniemi ym. 2002.)

Myös tietämys omahoitajan tehtäviin liittyen oli vaihtelevaa. Noin kolmasosalle potilaista oli kerrottu, että omahoitaja ottaa yhteyttä tarvittaessa muihin ammattiryhmiin, tukee potilasta sekä hänen omaisiaan ja tekee potilaan kanssa yhdessä hoitotyön suunnitelmaa. Vain kymmenesosalle potilaista oli kerrottu, että omahoitaja ohjaa ja neuvoo heitä heidän sairaalassa ollessaan. Noin 15% potilaista kerrottiin, että omahoitajan tehtävänä on antaa tietoa ja auttaa heitä päivittäisissä toimissa. Joidenkin potilaiden hoitoaika oli niin lyhyt, etteivät he oppineet tuntemaan omahoitajaansa. (Kalasniemi ym. 2002.)

## 5.3 Hoidollinen yhteistyösuhde

### 5.3.1 Turvallisuuden tunne

Omahoitaja lisäsi tutkimusten mukaan potilaiden turvallisuuden tunnetta (Kalasniemi ym. 2002; Kokkonen ym. 2004; Koivisto ym. 2004). Turvallisuutta lisäsi nimenomaan sama,

tuttu omahoitaja (Kalasniemi ym. 2002). Turvallisuuden tunteen kannalta tärkeää oli fyysinen läsnäolo ja väliin puuttuminen niissä tilanteissa, joissa oli vaara potilaan itsensä tai muiden vahingoittamisesta (Koivisto ym. 2004).

### 5.3.2 Luottamus ja tuki

Luottamus hoitosuhteessa sekä hoitajilta saatu tuki nousivat tutkimuksissa tärkeinä tekijöinä esiin. Omahoitajuus lisäsi potilaiden luottamusta hoitoon ja potilaat kokivat saavansa hoidossa tukea. Omahoitajan koettiin myös olevan ajan tasalla hoidon suhteen. (Kalasniemi ym. 2002). Sairastuminen sai aikaan potilaissa monenlaisia tunteita. Luottamuksellinen yhteistyö mahdollisti heränneistä tunteista puhumisen ja niiden käsittelyn yhdessä omahoitajan kanssa. (Kilkku 2008.) Potilaat kokivat hoitoon pääsyn helpottavana ja hoidolta he odottivat asiantuntevuutta sekä huolien jakamista hoitohenkilökunnan kanssa (Kilkku 2008). Potilaat odottivat hoitajilta herkkyyttä asioiden esiin ottamisessa ja odottivat heidän osoittavan tukensa potilaille vaikeissa tilanteissa (Koivisto ym. 2004).

Myös epäluottamusta hoidon suhteen ilmeni. Odotukset asiantuntevasta hoidosta eivät aina toteutuneet. Luottamuksen menetys ammattilaisten osaamiseen ja asiantuntijuuteen saattoivat vaikuttaa negatiivisesti myös tulevaisuudessa hoitoon hakeutumisen suhteen. (Kilkku 2008.) Yksi tutkimuksista toi esiin, että potilaat kokivat herkästi, että heihin ei luoteta. Samaan aikaan potilaat kuitenkin odottivat hoitajien ottavan heidät ja heidän tilansa tosissaan. (Koivisto ym. 2004.) Aina omahoitajaa ei koettu luottamusta herättävänä (Kalasniemi ym. 2004). Osa potilaista koki saavansa hoidon aikana ristiriitaista tietoa tai tiedon olevan puutteellista, mikä johti potilaiden epävarmuuteen hoitonsa suhteen. Epävarmuus johti siihen, että potilaat alkoivat etsimään tilanteelle selityksiä hoitohenkilökunnan puolesta ja säästämään heitä omaa tilaansa liittyviltä asioilta. Saatettiin esimerkiksi ajatella, että hoitajilla ei ole aikaa tai, että hoitajilla on ”parempaakin” tekemistä. (Kilkku 2008.)

## 5.4 Potilastyytyväisyys

### 5.4.1 Potilaiden yleinen arvio omahoitajuudesta

Potilastyytyväisyys ilmeni tutkimuksissa potilaiden mielipiteinä omahoitajuudesta sekä mahdollisuuksista vaikuttaa omaan hoitoon. Tutkimusten mukaan potilaat olivat tyytyväisiä omahoitajaansa, potilaan ja omahoitajan väliseen suhteeseen sekä omahoitajajärjestelmän toteutumiseen. (Kalasniemi ym. 2002; Kokkonen ym. 2004; Syrjäpalo 2006.) Kalasniemen ym. (2002) tekemässä tutkimuksessa haastateltavat vastasivat avoimeen kysymykseen: ”Mitä hyötyä potilaalle oli omasta hoitajasta?”. Tutkittavista 12 ei nähnyt mitään hyötyä omahoitajasta. Potilaat antoivat hoidostaan paremman arvosanan omahoitajalle, kuin muille hoitajille (Kalasniemi ym. 2002).

### 5.4.2 Hoitoon vaikuttaminen

Hoitoon vaikuttaminen toteutui paremmin, kun potilaalla oli omahoitaja. Potilaat kokivat saavansa osallistua enemmän hoitonsa suunnitteluun, toivomukset otettiin paremmin huomioon ja he myös halusivat ottaa enemmän vastuuta hoidostaan. (Kalasniemi ym. 2002.) Potilaat kokivat myös tärkeäksi mahdollisuuden saada ilmaista mielipiteensä, jotta he voisivat löytää ratkaisuja hankalaan elämäntilanteeseensa hoitajan avustamana (Koivisto ym. 2004). Kalasniemen ym. (2002) tutkimuksessa yli 60% potilaista oli arvioinut hoitoaan yhdessä omahoitajan kanssa ja yli 70% potilaista tiesi omahoitajansa työsäolon. Vain 5% potilaista ei ollut koskaan arvioinut hoitoaan omahoitajan kanssa tai tiennyt omahoitajansa työvuoroa. (Kalasniemi ym. 2002.)

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli hakea vastauksia kahteen tutkimuskysymykseen, jotka olivat ”Mitä mieltä psykiatriset potilaat ovat omahoitajamallin mukaisen työskenteilyn toteutumisesta?” ja ”Onko omahoitajamallin mukainen toiminta auttanut potilaita?”. Tutkimuskysymykset muodostivat samalla aineiston luokittelun pääluokat. Tutkimuksen analyysi toi esiin elementtejä, joita voitiin aikaisemmin käsitellyn teorian näkökulmasta odottaa. Käytännöt omahoitajamallin toteutumisessa ovat vaihtelevia ja osalle potilaista omahoitajuuden sisältö on jäänyt epäselväksi.

Tulokset toivat esiin, että potilaat kokevat omahoitajamallin toteutumisessa olevan vielä parannettavaa. Eniten kritiikkiä esitettiin omahoitajakeskusteluiden järjestelmällisyyttä kohtaan. Potilaat kokivat hoitohenkilökunnan osittain epäammattimaiseksi ja epäkunnioittavaksi (Koivisto ym. 2004). Omahoitajaa ei välttämättä tavattu ollenkaan tai tapaa misten ei koettu antavan mitään (Kilkku 2008). Vuorovaikutus on keskeinen osa omahoitajasuhdetta ja onnistuneissa omahoitajasuhteissa hoitajan ja potilaan väliset keskustelut koettiin kaikkein tärkeimpänä hoitomenetelmänä (Koivisto ym. 2004). Kritiikistä huolimatta suurin osa potilaista koki, että heitä kuunnellaan ja he tulevat ymmärretyiksi.

Omahoitajamallin mukainen työskentely toteutui heikoiten hoidon koordinoinnin osalta. Analysoimistamme tutkimuksista kävi ilmi, että potilaat eivät aina tiedäneet kuka heidän omahoitajansa oli ja mitä omahoitajan tehtäviin kuuluu (Kalasniemi ym. 2002; Kilkku 2008). Kun omahoitajaa korvasi sijainen, potilaat eivät kokeneet saavansa hoitoa (Kilkku 2008). Onnistunut omahoitajasuhde lisäsi kuitenkin hoidon jatkuvuutta sekä tyytyväisyyttä hoitoon.

Omahoitajasuhteesta oli potilaille hyötyä omahoitajan luoman turvallisuuden tunteen, luottamuksen ja tuen kautta. Omahoitajasuhde lisäsi potilaiden kokemaa turvallisuutta sairaalahoidon aikana. Luottamus omahoitajasuhteessa mahdollisti potilaan asioiden käsittelyn ja potilaat kokivat saavansa tukea hoidosta (Kilkku 2008). Odotukset asiantuntevasta hoidosta eivät kuitenkaan aina kohdanneet todellisuutta. Osa potilaista koki saavansa hoidon aikana ristiriitaista tietoa tai tiedon olevan puutteellista. (Kilkku 2008.) Omahoitajaa ei koettu aina luottamusta herättävänä ja toisaalta potilaat kokivat, ettei heihin luoteta (Kalasniemi ym. 2004; Koivisto ym. 2004). Kun omahoitajasuhteessa on tällaisia ongelmakohtia, voidaan olettaa, ettei potilaiden hoitosuhteesta saama hyöty ole niin suuri kuin hoitosuhteessa, jossa tiedonvälityksessä ja luottamuksessa ei ilmene ongelmia.

Kirjallisuuskatsauksemme tulokset olivat saman suuntaisia Shebinin, Aggarwallin ja Gandhin tutkimuksen kanssa. Tutkimuksen mukaan onnistuneen hoidon kannalta on tärkeää, että potilas kokee voivansa luottaa omahoitajaansa ja tuntee olonsa turvalliseksi. Luottamus ja turvallisuus edellyttävät, että potilas tietää kuka hänen omahoitajansa on. (Shebini ym. 2008.) Nämä tekijät nousivat esiin myös kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista. Kun hoitosuhde oli selkeä hoitajalle sekä potilaalle, edisti se myös hoidon jatkuvuutta ja tiedonkulkua. Tämä taas osaltaan lisäsi potilastyytyväisyyttä.

Aineistoon kuuluvien tutkimusten mukaan potilaat kokivat, että heidän mahdollisuutensa vaikuttaa hoitoonsa olivat suuremmat, kun heillä oli omahoitaja. Tämä lisäsi potilaiden tyytyväisyyttä hoitoonsa ja he halusivat ottaa hoidostaan myös enemmän vastuuta (Kallasniemi ym. 2002). Ylipäätään potilaat olivat tyytyväisiä omahoitajasuhteeseensa ja kokivat yksilöllisen hoidon toimivaksi.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan soveltaa käytännössä edistämään omahoitajuutta Suomessa. Onnistunut omahoitajasuhde lisää potilaiden hoitoon sitoutumista ja sitä kautta hoidon vaikuttavuutta. Kun potilaat ovat sitoutuneita hoitoonsa, on vaikutus merkittävä myös kansanterveyden ja talouden näkökulmasta.

## 6.2 Eettisyys

Tämä opinnäytetyö toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla pohjautuen tutkimuseettisen neuvottelukunnan tekemään ohjeistukseen. Vain ohjeistusta noudattamalla tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmällisen väljyyden takia tutkimuksessa tehtyjen valintojen ja raportoinnin eettisyys korostui tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimuseettikan noudattaminen on erittäin tärkeää erityisesti aineiston valinnassa ja käsittelyssä, sillä se vaikuttaa raportoinnin oikeudenmukaisuuteen, tasavertaisuuteen ja rehellisyyteen. (Kangasniemi ym. 2013.)

Opinnäytetyössä on käytetty tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia tutkimusmenetelmiä, joiden esittely sekä hyödyntäminen tässä opinnäytetyössä on esitelty menetelmistä kertovassa luvussa. Sekä kirjallisuuskatsauksessa että opinnäytetyön keskeisten käsitteiden esittelyssä käytettyihin tutkimuksiin on viitattu asianmukaisella tavalla kunnioittaen muiden tutkijoiden tekemää työtä. Opinnäytetyö on viety työprosessin aikana kahteen kertaan Turnitin-ohjelman läpi, jotta on pystytty tarkistamaan, ettei työssä olla plagioitu muiden tekemiä töitä.

Kirjallisuuskatsauksen aineiston analysointi toteutettiin huolellisesti ja sisällönanalyysissä kiinnitettiin huomiota erityisesti siihen, että aineistojen alkuperäiset tulokset näkyvät kirjallisuuskatsauksen tuloksissa eikä havaintoja vääristelty. Aineiston analyysin perusteella tehdyt tulokset ja pohdinta tuotettiin objektiivisesti niin, ettei omat näkemyksemme ja mielipiteet aiheeseen liittyen tulleet esiin tuloksissa.

### 6.3 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin perustana käytettiin neljää kriteeriä, jotka ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus (Holloway – Wheeler 2010). Luotettavuutta arvioitiin näiden kriteerien avulla koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Tutkimuksen uskottavuutta arvioidessa edellytyksenä on, että analyysin tekotapa sekä tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää ne. (Holloway – Wheeler 2010.) Toteutimme kuvailevan kirjallisuuskatsauksen Kangasniemen ym. (2013) määrittelemien vaiheiden mukaan. Aineistonkeruussa kiinnitimme huomiota erityisesti siihen, että valittujen aineistojen tuloksissa oli selkeästi nähtävissä potilaiden kokemukset. Aineistoa valittaessa tuli vastaan useita tutkimuksia, joissa omahoitajuuden toteutumista tutkittiin lisäksi hoitajan tai omaisen näkökulmasta. Nämä tutkimukset jäivät määrittämiemme poissulkukriteerien mukaisesti pois kirjallisuuskatsauksesta, jos tuloksissa ei ollut selkeästi nähtävissä oliko kyseessä potilaan, hoitajan vai omaisen kokemus. Toinen kirjallisuuskatsaukseen valittujen aineistojen määrään merkittävästi vaikuttanut sisäänottokriteeri oli se, että aineisto on vertaisarvioitu tutkimus. Tästä syystä esimerkiksi aiheeseen liittyvät pro gradu -tutkielmat jäivät pois, vaikka olisivat muuten täyttäneet sisäänottokriteerit.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tulokset voisivat olla siirrettävissä johonkin muuhun tutkimusympäristöön. Sen varmistamiseksi tutkimuskonteksti, aineistojen keruu sekä analyysi täytyvät olla huolellisesti kuvattuna (Holloway – Wheeler 2010). Kirjallisuuskatsauksen tulokset ovat suurimmalta osin siirrettävissä vastaaviin omahoitajuuden toteutumista potilaiden näkökulmasta kuvaaviin tutkimuksiin, sillä saadut tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa (esim. Shebini ym. 2008). Siirrettävyyttä arvioidessa on kuitenkin hyvä ottaa huomioon, että katsaus koostui ainoastaan viidestä aineistosta.

Riippuvuuden kriteerinä on, että tutkimus on toteutettu tieteellisen tutkimuksen toteuttamista yleisesti ohjaavien periaattein (Holloway – Wheeler 2010). Tutkimuksen teossa on noudatettu tieteellisen tutkimuksen periaatteita. Kirjallisuuskatsauksen kulku on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkkaan. Aineiston analysoinnissa luodut ala- ja yläluokat on nimetty käsittein, jotka pyrkivät kuvaamaan kyseisten luokkien sisältöä mahdollisimman hyvin sekä ymmärrettävästi.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen ratkaisut on esitetty niin perusteellisesti, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä ja arvioimaan sitä (Holloway – Wheeler 2010). Kirjallisuuskatsauksen tulokset on raportoitu huolellisesti ja loogisesti käyden jokaisen alaluokan tulokset omissa alaluvuissaan.

#### 6.4 Kehittämisehdotukset

Omahoitajuuteen liittyvä tutkimustieto on melko vanhaa, mikä näkyy myös tässä opinäytetyössä. Yksi työmme tuloksista on havainto, että omahoitajuutta ja sen vaikutuksia psykiatriin potilaisiin pitäisi tutkia lisää, jotta hoitotyötä voitaisiin kehittää yhä edelleen. Omahoitajamallin toimivuudessa pitäisi kiinnittää huomiota omahoitajuuden toteutumiseen silloinkin, kun potilaan varsinainen omahoitaja on poissa, jotta hoidon jatkuvuus ja potilaskeskisyys voidaan turvata. Lisäksi potilaiden parempi informointi siitä, kuka heidän omahoitajansa on ja mitä omahoitajuus tarkoittaa lisäisi hoitomallin vaikuttavuutta. Iso osa omahoitajamallin mukaisen toiminnan ongelmakohdista liittyy henkilöstö resursseihin, jotka hankaloittavat hoitomallin täysimääräistä toteutumista. Terveystieteiden henkilökunnan resurssien sekä koulutuksen lisäämisellä olisi varmasti myönteinen vaikutus myös omahoitajamallin mukaiseen työskentelyyn.



## Lähteet

Haapala, Tarja – Hyvönen, Kaija 2002. Omahoitajan toiminnan itsearviointikriteerien laatiminen ja niiden arviointi. Teoksessa Munnukka, Terttu – Aalto, Pirjo (toim.): Minun hoitajani – näkökulmia hoitajuuteen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Harkila, Arja 1991. Muutosprosessi siirryttäessä omahoitajakäytäntöön. Licensiaatintutkimus. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hegyvary, Sue Thomas 1987. Yksilövastuinen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä.

Hietaharju, Päivi – Nuutila, Mervi 2016. Käytännön mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holloway, Immy – Wheeler, Stephanie 2010. Qualitative Research in Nursing and Healthcare. United Kingdom: John Wiley & Sons.

Hämäläinen, Kaisu – Kanerva, Anne – Kuhanen, Carita – Schubert, Carla – Seuri, Tarja 2017. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kalasniemi, Maarit – Kuivalainen, Leena – Ryhänen, Arja 2002. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä - Mittarin kehittäminen ja testaaminen. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja 32.

Kangasniemi, Mari – Utriainen, Kati – Ahonen, Sanna-Mari – Pietilä, Anna-Maija – Jääskeläinen, Petri – Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4). 291–301.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kilkku, Nina 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Koikkalainen, Päivi – Rauhala, Liisa 2013. Potilaslähtöisyys – uhka vai mahdollisuus? Tutkiva hoitotyö 11 (2). 44–46.

Koivisto, Kaisa – Janhonen, Sirpa – Väisänen, Leena 2004. Patients' experiences of being helped in an inpatient setting. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 11 (3). 268–275.

Kokkonen, Marja – Rissanen, Sanna – Kylmä, Jari – Miettinen, Seija – Pelkonen, Marjaana 2004. Toivottomuus ja omahoitajasuhde masentuneen potilaan arvioimana sairaalahoidon aikana. Hoitotiede 16 (1). 14–24.

Korhonen, Anne – Kangasniemi, Mari 2009. Yksilövastuinen hoitotyö – yksinäisyyttä vai yhteisöllisyyttä? Tutkiva hoitotyö 7 (1). 20–23.

Krause, Kaisa 1987. Esipuhe suomalaiseen laitokseen. Teoksessa Hegyvary, Sue Thomas: Yksilövastuinen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä.

Laaksonen, Hannele – Ollila, Seija 2017. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.

Laaksonen, Katriina 1994. Erilaiset toimintamallit hoitotyön käytännössä. Teoksessa Voutilainen, Päivi – Laaksonen, Katriina (toim.): Potilaskeskeinen hoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Latvala, Eila 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Akateeminen väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Saatavilla myös sähköisesti: <<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514250680.pdf>>. Luettu 27.1.2020.

Lönnqvist, Jouko – Lehtonen, Johannes 2019a. Psykiatria tieteenalana. Teoksessa Lönnqvist, Jouko – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.): Psykiatria. Helsinki: Duodecim Oy.

Lönnqvist, Jouko – Lehtonen, Johannes 2019b. Psykiatria ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.): Psykiatria. Helsinki: Duodecim Oy.

Lönnqvist, Jouko – Lehtonen, Johannes 2019c. Psykiatrinen potilas. Teoksessa Lönnqvist, Jouko – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.): Psykiatria. Helsinki: Duodecim Oy.

Lönnqvist, Jouko – Moring, Juha, Vuorilehto – Maria 2019. Palveluiden järjestäminen. Teoksessa Lönnqvist, Jouko – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.): Psykiatria. Helsinki: Duodecim Oy.

Martikainen, Visa – Järvelin, Jutta 2019. Psykiatrinen erikoissairaanhoidon tilasto-  
raportti 42. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti.  
<<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019112243879>>. Luettu 27.01.2020.

World Health Organization 2019. Mental disorders. Verkkodokumentti.  
<<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>>. Luettu 23.1.2020.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990.

OECD 2018. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Pariisi. Verkkodokumentti. <[https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)>. Luettu 29.1.2020.

Pitkänen, Irene 2020. Osastonhoitaja. Helsinki. Suullinen tiedonanto 21.1.2020.

Pukuri, Tarja 2002. Yksilövastuinen hoitotyö ja sen mittaaminen. Teoksessa Munukka, Terttu – Aalto, Pirjo (toim.): Minun hoitajani – näkökulmia hoitajuuteen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Rautava-Nurmi, Hanna – Westergård, Airi – Henttonen, Tarja – Ojala, Mirja – Vuorinen Sinikka 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Shebini, Neva – Aggarwal, Rishi – Gandhi, Ajay 2008. Improved patient awareness of named nursing through audit. *Nursing Times* 104 (21). 30–31. Saatavilla myös sähköisesti <<https://www.nursingtimes.net/roles/mental-health-nurses/improved-patient-awareness-of-named-nursing-through-audit-27-05-2008/>>. Luettu 24.1.2020.

Syrjäpalo, Kyllikki 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Akateeminen väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatrian klinikka.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauseräilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkodokumentti. <[https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)>. Luettu 23.01.2020.

Tämä potilas kuuluu meille 2008. Holmberg, Jan – Hirschovits, Tanja – Kylmänen, Petri – Agge, Eva (toim.) Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 125.

Vähäniemi, Anu 2008. Mielenterveys- ja päihdepotilaan hyvä hoitoympäristö. Teoksessa Holmberg, Jari – Hirschovits, Tanja – Kylmänen, Petri – Agge, Eva (toim.): Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

## Liite 1. Tiedonhakuprosessi

Tietokanta	Käytetyt hakusanat	Tulokset	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Mukaan valitut
Cinahl, 2000-2020	"primary nursing" AND "mental health" NOT "primary health care"	14	0	0	0
Pubmed, 2000-2020	"primary nursing" AND "mental health"	15	2	0	0
Medic, 2000-2020	omahoitaj* AND psyk*	22	3	1	1
Emerald Insight, 2000-2020	"primary nursing" OR "named nurse" AND "mental health"	104	2	0	0
SwePub, 2000-2020	"primary nursing" OR "named nurse" AND "mental health"	2	0	0	0
Manuaalinen haku: Hoitotiede-lehti 2000-2020		637	1	1	1
Manuaalinen haku: Tutkiva Hoitotyö -lehti 2013-2020		140	1	1	1
Manuaalinen haku: Itä-Suomen yliopisto	Hoitotiede	578	1	0	0
Manuaalinen haku: Oulun yliopisto	Väitöskirjat - Terveystiede	136	3	3	1
Manuaalinen haku: Tampereen yliopisto	Väitöskirjat - Hoitotiede	106	4	2	1
Manuaalinen haku: Turun yliopisto	Hoitotiede	141	4	0	0

## Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen tulostaulukko

Tekijä(t), vuosi, maa	Tarkoitus	Otos	Aineiston keruu ja analysointimene- telmä	Päätulokset
Kalas- niemi, Kuivalai- nen, Ry- hänen 2002 Suomi	Kuvata yksilö- vastuisen hoito- työn toteutu- mista Pohjois- Karjalan sai- raanhoitopiirin kuntayhtymässä potilaiden ja hoi- tajien arvioi- mana.	346 sairaalan konservatiivi- silla ja operatii- visilla osas- toilla, kahdella psykiatrisella osastolla, tark- kailuosastolla ja lyhytkirurgi- sella osastolla ollutta poti- lasta.	Aineisto kerättiin tätä tutkimusta var- ten kehitetyillä strukturoiduilla ky- selylomakkeilla. Lo- make sisälsi kaksi avointa kysymystä. Aineisto analysoitiin SPSS for Windows 10.0 tilasto-ohjel- malla.	Potilaista 52 % sanoi heillä olleen omahoi- tajan, mutta kuiten- kaan noin 80 % poti- laista ei tiennyt, mitä omahoitajan tehtä- viin kuuluu. Yli 70 % potilaista tiesi aina tai lähes aina onko hänen omahoita- jansa töissä. Potilaat pitivät yksilövastui- sen hoitotyön mallia hyvänä. Kaikissa toi- mintamalleissa hoi- don periaatteet to- teutuivat potilaiden mielestä yhtä hyvin.
Kilkku 2008 Suomi	Muodostaa ai- neistolähtöinen teoria potilas- opetuksesta ensi- psykoosipotil- aiden hoi- dossa.	Ensimmäisen potilashaastat- teluaineiston muodostivat seitsemän ensi- kertaa psy- koosiin sairastu- nutta poti- lasta. Toinen potilashaastat- teluaineisto kerättiin kuu- delta avohoi- dossa olevalta tai avohoi- dossa olleelta ensi kertaa psykoosin takia hoidossa olleilta henkilöiltä, joiden hoidon aloitta- misesta oli kul- unut vähintään kuusi kuukautta, ei kuitenkaan enempää kuin kaksi vuotta.	Ensimmäinen poti- lashaastatteluai- neisto muodostui aiemman tutkimuk- sen litteroidusta tekstiosuudesta, joka analysoitiin uu- delleen tämän tutki- muksen tutkimus- tehtävien mukai- sesti. Toinen poti- lashaastatteluai- neisto kerättiin aluksi teemahaas- tatteluina, mutta haastattelumuoto muovautui myö- hemmin lähemmäs strukturoimatonta haastattelua. Li- säksi hyödynnettiin aiemman tutkimuk- sen aikana synty- neitä muistiinpa- noja. Aineisto analy- soitiin induktiivis- deduktiivisen groun- ded theory -mene- telmän avulla.	Ensi kertaa psykoo- siin sairastuminen on potilaille sekä hei- dän läheisilleen hämmästyttävä ja jär- kyttävä kokemus. Tiedon saannilla ja autetuksi tulemisen kokemuksella on suuri merkitys tässä elämään vaikutta- vassa tilanteessa. Potilasopetuksella voidaan hoitotyössä tukea ja auttaa sai- rastunutta sekä hä- nen läheisiään.
Koivisto, Janho-	Kuvata psykoo- sipotilaiden ko-	9 vapaaeh- toista aikuispo-	Tutkimus toteutettiin vapaana haastatte- luna. Haastattelut	Potilaat pitivät turvali- suuden tunteen kannalta tärkeänä

nen, Väisänen 2004 Suomi	kemuksia heidän saamastaan avusta osastohoidon aikana	tilasta psykiatriselta osastolta, jotka olivat toipumassa psykoosista eivätkä olleet enää avoimesti psykoottisia	analysointiin Giorgin (1985) määrittelemän analyysintavan mukaan (GDSS).	hoitajan fyysistä läsnäoloa, jotta potilas ei voisi vahingoittaa itseään tai muita. Omahoitajakeskusteluja pidettiin kaikista tärkeimpinä, koska potilaita kuunneltiin ja heidän kanssaan vietettiin aikaa. Suurimpina ongelmina omahoitajakeskusteluihin liittyen olivat, että keskustelut tapahtuivat spontaanisti eivätkä systemaattisesti, potilas ei tiennyt keskustelujen tarkoitusta, kuinka usein keskustelut tulisivat tapahtumaan ja milloin potilas pääsisi keskustelemaan omahoitajansa kanssa
Kokkonen, Rissanen, Kylmä, Miettinen, Pelkonen 2004 Suomi	Kuvata sairaalahoitossa olevan masentuneen aikuispotilaan toivottomuuden muutosta sekä omahoitajasuhteen toteutumisen ja siihen tyytyväisyyden yhteyttä toivottomuuteen	206 vapaaehtoisessa hoitossa olevaa masentunutta potilasta viideltä psykiatriselta osastolta	Tutkimus toteutettiin strukturoituna kyselylomakkeena, jossa käytettiin Beckin toivottomuusmittaria sekä kahta tutkimusta varten laadittua mittaria. Tulokset käsiteltiin SPSS 9.0 -ohjelmalla	Masentuneet potilaat arvioivat omahoitajasuhteen toteutuneen rakeenteellisesti ja sisällöllisesti hyvin sekä olivat tyytyväisiä omahoitajaansa huolimatta kokemastaan toivottomuudesta. Potilaat kokivat, että heitä ymmärrettiin, heistä välitettiin ja he olivat voineet keskustella aroista asioista saman omahoitajan kanssa sovittu ja rauhallisissa olosuhteissa.
Syrjäpalo 2006 Suomi	Kuvata psykiatrisen sairaalan henkilökunnan arvoja, potilaiden hoidossaan arvostamia asioita ja psykiatrisen hoidon nykytilaa	47 potilasta seitsemältä eri psykiatriselta osastolta osallistui tutkimukseen. Osastoista 3 oli avo-osastoja ja 4 suljettua osastoa	Psykiatrista hoitoa kuvaileva aineisto kerättiin strukturoituna kyselylomakkeena, joka sisälsi hoito-organisaation toiminnan tilan seurantamittarin. Lomake sisälsi kaksi avointa kysymystä.	Potilaat kuvasivat psykiatrisen hoidon nykytilaa melko hyväksi. Organisaation toiminnan tilan mittarin arvo-osion muutujista inhimillinen kohtelu, henkilökunnan eettinen käyttäytyminen ja toiminta sekä ihmisarvon kunnioittaminen oli-

				<p>vat parhaiten toimivia asioita osastoilla. Hoitamisen osa-alueissa omahoitajuus/yksilövastuinen hoitotyö toteutui hyvin. Asteikolla 0-10 omahoitajuudesta annetut pisteet olivat keskiarvolta 7,9 keskihajonnan ollessa 2,06.</p> <p><i>Avokysymyksessä Mitä asioita arvostat ja pidät tärkeänä sairaalahoitosi aikana?</i> potilaat toivat esiin kokonaisvaltaisen hoidon, johon sisältyi mm. onnistunut omahoitajajärjestelmä. Vaikeiksi asioiksi potilaille olivat henkilökunnan ylemmyys ja välinpitämättömyyden suhtautuminen potilaaseen ja hänen tarpeisiinsa.</p>
--	--	--	--	--