

Anni Lehtikangas, Emma Majamäki, Johanna Mellais

Hoitajien näkemys yksilöllisestä hoidosta ja sen toteutumisesta osastoilla – Loppumittaus

Tekijä(t)	Anni Lehtikangas Emma Majamäki Johanna Mellais
Otsikko	Hoitajien näkemys yksilöllisestä hoidosta ja sen toteutumisesta osastoilla – Loppumittaus
Sivumäärä	30 sivua + 3 liitettä
Aika	1.12.2011
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Lehtori Hannele Hokkanen Yliopettaja Leena Rekola
<p>Opinnäytetyömme on osa Metropolia ammattikorkeakoulun ja Espoon sairaalan yhteistä Liit-tyvä Voima- hanketta, jonka tavoitteena on luoda kumppanuusmalli työelämän ja korkeakou-lun välille. Hankkeeseen kuuluu kolme osaprojektia: turvallinen lääkehoito, kotiutuminen ja toimintakyvyn edistäminen. Työ kuuluu toimintakyvyn edistämisen osaprojektiin, jonka tar-koituksena on kehittää kuntoutusta sekä innovatiivisia toimintatapoja luova ja käyttävä toi-mintamalli.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten yksilöllinen hoito toteutuu hoitajien arvioimana ja vertailla saatuja tuloksia aikaisemmin syksyllä 2010 tehtyyn saman kyselyn tuloksiin. Saa-tuja tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämisessä osastoilla. Tutkimuksessa haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin " Kuinka ominaisina hoitajat pitivät itselleen yksilöllisyyttä tukevia hoitotyön toimintoja?", "Kuinka yksilöllinen hoito toteutuu hoitajien arvioimana?" ja "Onko yksilöllisen hoidon toteutuminen muuttunut vuoden aikana ja miten?". Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa yksilöllisen hoidon toteutumisesta hoitajien arvioimana. Tietoa voidaan hyödyntää terveyspalveluiden kehittämiseen hankkeen kohdeorganisaatioissa.</p> <p>Tutkimuskohteena oli Puolarmetsän sairaalan osasto 2D ja Jorvin sairaalaan osasto TK1. Tut-kimusaineisto kerättiin kvantitatiivisin menetelmin osastoilla vakituisesti työskenteleviltä hoi-tajilta (n=18) yksilöllisen hoidon mittaamiseen kehitetyllä ICS- mittarilla syksyllä 2011. Tulok-set analysoitiin PASW- Statics 18- tilastointi ohjelmalla. Samoille kohdeorganisaatioille on tehty lähtötilanteen kartoitus kesä-elokuussa 2010 käyttäen samaa yksilöllisen hoidon ICS- mittaria. Vertailemme saamiamme tuloksia lähtötilanteeseen.</p> <p>Tulosten mukaan yksilöllinen hoito toteutuu osastoilla hyvin, lähtötilanteeseen verraten yksi-löllisyys on huomioitu paremmin. Yksilöllisen hoidon osa-alueista parhaiten toteutui klinisen tilanteen huomiointi. Lähes yhtä hyvin yksilöllisyys huomioitiin potilaan päätöksenteon kont-rollissa. Heikoiten toteutui potilaan elämäntilanteen huomioiminen. Lähtötilanteeseen verra-ten järjestys ei ole muuttunut. Tulevaisuudessa huomiota tulisi kohdistaa potilaan henkilö-kohtaisen elämäntilanteen huomioimiseen, erityisesti olisi kiinnitettävä huomiota perheen osallistumisen mahdollistamiseen.</p>	
Avainsanat	yksilö, yksilöllisyys, hoitotyö, hoitaja

Author(s)	Anni Lehtikangas Emma Majamäki Johanna Mellais
Title	Individual Care and its Implementation in the Departments- the Final Measurement
Number of Pages	30 pages + 3 appendices
Date	01 December 2011
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation	Nursing
Instructor(s)	Hannele Hokkanen, Senior Lecturer Leena Rekola, Principal Lecturer
<p>This study was a part of the Collaborative Intensity project of the Metropolia University of Applied Sciences, Helsinki, Finland and Espoo Hospital, Espoo, Finland. The purpose of this project was to create a partnership model between working life and the University of Applied Sciences. The project consisted of three subprojects: safe medical treatment, discharge from the hospital and improvement of patients functional ability. The purpose was a model that develops rehabilitation and innovative practises.</p> <p>The objective of this study was to find out whether individual care of patients was supported by nurses and to compare the results with the results in the autumn 2010. The results can be used in the development of nursing departments. We searched for answers to the following questions: "Do the nurses feel they can support patients individuality by acts of nursing?", "How individual care takes place judged by the nurses?", "Has practising of individual care changed during the year, and how?" This information can be used in health care development project in the target organizations.</p> <p>Our approach was quantitative. We collected the material by using the ICS- instrument, a purpose-built indicator for assessing individual care. Material for this study was gathered by sending a questionnaire to the nursing staff (n=18) of two wards at the Espoo Hospital, Puolarmetsä 2D and Jorvi TK1, in August 2011. The data was analysed by using statistical methods and PASW Statistics 18- software. The same target organizations were analyzed in June-August 2010 using the same individual care ICS- instrument.</p> <p>The results showed that, on the whole individual care was achieved well and individuality is taken into account better. Individual care was best carried out with regard to the patients' clinical situation. Patients' decisional control was equally well catered for. The weakest results were found in connection to the patient's life situation. We concluded that in the future attention should be directed to taking into account the patients personal life situation. Particularly attention should be paid to family involvement.</p>	
Keywords	individual, individuality, nursing, nurse

Sisällys

1 Johdanto.....	1
2 Yksilöllinen hoito ja siihen yhteydessä olevat tekijät	2
2.1 Yksilöllisen hoidon tarpeellisuus	3
2.1.1 Yksilöllisen hoidon eettiset ja oikeudelliset lähtökohdat.....	4
2.2 Yksilöllinen hoito hoitotyön haasteena	5
2.3 Organisaatiolähtöiset tekijät yksilöllisessä hoidossa.....	6
2.4 Potilaslähtöiset tekijät yksilöllisessä hoidossa.....	7
2.5 Hoitajalähtöiset tekijät yksilöllisessä hoidossa.....	9
2.6 Yksilöllisen hoidon mittaaminen	10
3 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat	12
4 Tutkimusaineisto ja menetelmä	13
4.1 Tutkimuskohde	13
4.2 Tutkimusaineisto.....	14
4.3 Aineiston analyysi	15
5 Tulokset	15
5.1 Taustatiedot	15
5.2 Yksilöllisen hoidon toteutuminen	16
5.2.1 Kliinisen tilanteen huomioimien.....	17
5.2.2 Henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioiminen.....	18
5.2.3 Päätöksenteon kontrolli.....	18
5.3 Tulosten vertailu	19
6 Pohdinta	21
6.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	22
6.2 Tulosten tarkastelu	24
6.2.1 Jatkotutkimus- ja kehittämisideat.....	26
6.3 Oppimisprosessi	27
LÄHTEET	29

Liite 1. Tutkimuslupa

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Taustatietolomake

1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö on osa Metropolia ammattikorkeakoulun ja Espoon sairaalan yhteistä Liittyvä Voima- hanketta, jonka tavoitteena on luoda kumppanuusmalli työelämän ja korkeakoulun välille. Hanke on alkanut vuonna 2008 ja päättyy vuonna 2011. Hankkeeseen kuuluu kolme osaprojektia: turvallinen lääkehoito, kotiutuminen ja toimintakyvyn edistäminen. Opinnäytetyö kuuluu toimintakyvyn edistämisen osaprojektiin, jonka tarkoituksena on kehittää kuntoutusta sekä innovatiivisia toimintatapoja luova ja käytävä toimintamalli. Lopputuloksena tavoitellaan toimintamallia, jossa esimerkiksi potilaat kokevat saaneensa yksilöllistä hoitoa, henkilökunta on kehitysmuotoinen sekä osaston ympäristötekijät edistävät toimintakykyä. (Liittyvä Voima 2011.) Yksilöllisen hoidon on todettu olevan yhteydessä potilaan toimintakykyyn (Kesseli – Manner 2007. 16).

Työn tarkoituksena on selvittää kvantitatiivisen tutkimuksen avulla, miten yksilöllinen hoito toteutuu hoitajien arvioimana kahdella Espoon sairaalaan kuuluvalla vuodeosastolla. Tarkoituksena on myös vertailla saamiamme tuloksia samoille osastoille aikaisemmin tehtyyn saman kyselyn tuloksiin. Tutkimusaineiston keräämiseen käytimme Riitta Suhosen yksilöllisen hoidon mittaamiseen kehittämää ICS-mittaria. Tutkimusmenetelmän ja tutkimuksessa käytettävän mittarin työssä määritteli Liittyvä voima- hanke. Tavoitteena on tuottaa tietoa osastoille yksilöllisen hoidon toteutumisesta.

Yksilöllinen, potilaslähtöinen hoito on ollut hyvin paljon viime vuosina esillä terveystieteellisissä kannanotoissa, terveydenhuoltoa säätelevissä lainsäädännöissä ja suosituksissa, sekä terveydenhuollon toimintojen uudelleen järjestelyissä (Suhonen – Leino-Kilpi 2010. 12). Yksilöllinen hoito on keskeisenä haasteena erityisesti ikääntyvien hoitotyössä, sillä väestön ikääntymisen myötä kroonisia sairauksia sairastavien määrä lisääntyy jatkuvasti (Makkonen – Hupli – Suhonen 2010. 132). Aiheemme on tärkeä hoitotyön kehittämisen kannalta, jo siksi että yksilöllisen hoidon toteuttamisen on todettu lisäävän potilastyytyväisyyttä, terveyslähtöistä elämänlaatua ja potilaan autonomiaa (Suhonen – Hupli – Välimäki – Leino-Kilpi 2009. 149).

Teoreettisessa viitekehityksessä kartoitamme aikaisempien tutkimusten avulla, miten yksilöllinen hoito toteutuu hoitotyössä. Kartoitamme yksilöllisen hoidon teoriaa monien

erityyppisten yksilöllistä hoitoa käsittelevien tutkimusten kautta. Vaikka yksilöllistä hoitoa on tutkittu, yksilöllisten hoitomenetelmien vaikuttavuudesta on olemassa toistaiseksi melko vähän näyttöä.

2 Yksilöllinen hoito ja siihen yhteydessä olevat tekijät

Suomen kielen sanan *yksilöllisyys* taustalla on latinan sana *individuus*, joka tarkoittaa ainutlaatuista, erityistä tai persoonaan liittyvä, persoonalle omintakeista. Yksilöllisyys on ihmisyyteen liittyvä laadullinen ominaispiirre, joka erottaa yhden henkilön kaikista muista ihmisistä. Verbille *yksilöllistää* (to individualize) annettiin erityinen merkitys hoitotyön kirjallisuudessa 1970-luvulla: hoitaa yksilöllisesti, huomioida jokaisen potilaan ominaispiirteet hoitamisen lähtökohtana. Kirjallisuudessa esiintyy myös synonyymeja, kuten hoidon räätälöinti (tailoring) tai tilanteeseen sitominen (contextualizing). Yksilöllinen hoito on laadun osatekijä ja hoidon tavoite, lopputulos sekä periaate. Hoidon yksilöllisyys voidaan saada aikaan valitsemalla hoito, joka ottaa huomioon potilaan fyysisen ja henkisen toimintakyvyn, sosiaaliset verkostot, elämäntilanteen asennoitumisen tai terveydentilan merkityksen potilaalle. Yksilöllisen hoidon katsotaan kuuluvan hoitotyön peruskäsitteistöön. (Suhonen ym. 2009. 146; Suhonen 2003. 14; Suhonen – Puro – Leino-kilpi 2006. 4251-4252.)

Yksilöllinen hoito on runsaasti käytetty käsite sekä puhekielessä että hoitotyön kliinissä ja teoreettisessa kirjallisuudessa. Käsite on esiintynyt hoitotyön kirjallisuudessa jo 1960-luvulta lähtien ja sen tavoitteena oli silloin lisätä huomiota yksilöllisiin tarpeisiin ja kokonaisvaltaiseen hoitoon. Käsitteen tutkimus on alkanut 1970-luvulla ja 80-luvulla empiiriset tutkimukset lisääntyivät selvästi. Vasta 90-luvun alussa yksilöllisen hoidon tärkeys on tiedostettu opetuksessa. (Suhonen ym. 2009. 144; Ottelin – Pulkka 2010; Suhonen ym. 2006.4251.) Yleisimmät kirjallisuudesta löytyvät yksilöllistä hoitoa kuvaavat osa-alueet ovat potilaan kliininen tilanne, henkilökohtainen elämäntilanne ja päätöksenteon kontrolli. Kirjallisuudessa on otettu vain vähän kantaa siihen, miten hoitajat toimivat mahdollistaessaan potilaan yksilöllisyyden hoidossa tai miten potilaat ovat arvioineet yksilöllisen hoidon toteutuneen. (Suhonen 2003. 10-11.)

2.1 Yksilöllisen hoidon tarpeellisuus

Aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan todeta, että yksilöllisen hoitotyön toteuttaminen ja erilaisten yksilöllisten hoitotoimintojen käyttäminen parantaa hoitotuloksia ja tekee potilaista hoitomyönteisempiä (Suhonen ym. 2007, 2009, 2010). Ortopedisiä potilaita tutkittaessa tulokset ovat antaneet myös alustavia viitteitä siitä, että yksilöllisellä hoidolla voitaisiin vaikuttaa ortopedisten sairaalapotilaiden terveyslähtöiseen elämänlaatuun (Suhonen – Välimäki – Katajisto – Leino-Kilpi 2007. 301).

Työnjakomallina yksilöllisen hoidon kannalta on hyvä hoitaa aina potilaita eikä esimerkiksi huoneita tai sairauksia (Suhonen – Välimäki – Katajisto 1999.283). Hyvä potilas–hoitaja-suhde on ehdoton edellytys potilaan tarpeiden kartoittamiseen (Jenkins – Bennett – Lancaster – O´Donoghue – Carillo 2002). Jokaisella potilaalla tulee olla nimetty omahoitaja sekä niin sanottu varahoitaja. Omahoitajan tulisi tuntea potilas ja olla perehtynyt häneen myös persoonana. Yksilöllisen ja hyvän hoidon osana omahoitajan tehtäviin kuuluu omapotilaan asioista kertominen myös muulle hoitohenkilökunnalle, sillä kaikkien hoitajien tulee olla jossain määrin tietoisia jokaisen potilaan asioista. Yksilöllisen hoidon lähtökohtana on yksilö. Tästä seuraa, että potilaita ei kohdella yhtenä homogeenisenä ryhmänä, vaan toisistaan erottuvina henkilöinä. Tämä toteutuu konkreettisesti siten, että jokaista potilasta kunnioitetaan ja heidän elämänolosuhteensa selvitetään ja se otetaan hoidon suunnittelun lähtökohdaksi. (Suhonen ym. 1999. 283.) On todettu potilaan kokevan hoitonsa yksilölliseksi, kun myös hänen läheisensä otetaan mukaan hoitoon muun muassa päätöksentekoon ja hoidon suunnitteluun (Suhonen 2003. 11).

Aikuispotilaille kohdistettu hoidollinen interventio, joka sisältää yksilöllistä neuvontaa tai opastusta, on tutkitusti tuonut hyviä tuloksia verrattuna muihin usein käytettyihin ohjausmenetelmiin (Suhonen – Välimäki – Leino-Kilpi 2008. 856). Vuonna 2006 Suhonen ym. ovat tarkastelleet useita tutkimuksia, jotka koskivat yksilöllisen intervention merkitystä potilaiden hoidossa. Potilas tulee huomioida yksilönä ja ohjaustilanne räätälöidä jokaisen kohdalla erikseen. Yksilöidyn ohjaustilanteen on todettu olevan vaikuttavampi kuin rutiininomaisen ohjauksen. Koska jokainen potilas on

erilainen, tarvitaan myös erilaisia tapoja ohjata. Käyttämällä yksilöllisen ohjauksen periaatetta, potilas saa tietoa juuri siitä osa-alueesta, josta hänellä ei ole aiempaa tietoa. Parhaimmillaan yksilöllinen ohjaus auttaa potilasta selviytymään oman sairautensa kanssa paremmin sekä kasvattaa potilaan luottamusta ja mahdollistaa hänen osallistumisensa omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Hoitajalla on ammatillinen vastuu tuottaa laadukasta ja tuloksellista ohjausta. (Suhonen – Välimäki – Leino-Kilpi 2006. 843- 859; Gustafsson – Leino-Kilpi – Suhonen 2009. 4; Suhonen – Välimäki – Katajisto – Leino-Kilpi 2006. 295.)

On todettu hoitajien haluavan tarttua asioihin ja kehittää käytäntöjään, kun he ovat tunnistaneeet hoitoa edistäviä tekijöitä. Vaikka yksilöllinen hoito on ollut viime vuosina paljon esillä, puuttuu edelleen tietoa siitä, mitkä tekijät edistävät yksilöllisen hoidon toteutumista. (Gustafsson ym. 2009. 5.)

2.1.1 Yksilöllisen hoidon eettiset ja oikeudelliset lähtökohdat

Hoidon yksilöllistäminen on eettisesti kestävä hoidon perusta (Suhonen – Leino-Kilpi 2010.12). Hoitotyön etiikassa tasa-arvo ymmärretään osaksi ihmisarvoa, ja se onkin yksi keskeinen hoitotyön etiikan peruselementeistä. Tasa-arvo tulee esiin niin oikeudellisissa kuin eettisissäkin lähtökohdissa ja on perustana esimerkiksi yksilöllisen hoitotyön ideologialle. (Kangasniemi 2008. 32-34.) Eettisten periaatteiden ja kysymysten käsittely tulee olla terveydenhuollon organisaatioissa systemaattista ja hoitotyön johtajien tulee ottaa eettisiä ongelmia käsittelyyn (Gustafsson ym. 2009.10).

Yksilöllistä hoitoa edistävänä tekijänä ovat sairaanhoitajan ja lähihoitajan eettiset ohjeet, joissa molemmissa painotetaan hoitajan ja potilaan välisen suhteen sekä kunnioituksen tärkeyttä hyvään hoitoon. Koska hoitajan ja potilaan hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja luottamukseen, tulee hoitajan kunnioittaa potilasta ja kohdella häntä arvokkaana yksilönä. Jokaista potilasta tulee hoitaa yhtä hyvin ja heitä tulee kohdella tasavertaisesti riippumatta esimerkiksi heidän asemastaan, kulttuuristaan, iästään, sukupuolestaan, mielipiteistään, rodustaan. (Sairanhoitajan eettiset ohjeet & Lähihoitajan eettiset ohjeet).

Suomen lainsäädäntö takaa potilaalle oikeuden laadultaan hyvään hoitoon. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrää, että jokaisella Suomessa asuvalla on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa vaativaan hoitoon. Laissa määrätään myös, että potilasta tulee kohdella siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen yksityisyyttään ja vakaumustaan kunnioitetaan. Potilasta tulee aina hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hänen äidinkielensä, yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on otettava huomioon hänen hoidossaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 §3.) Hoitosuositusten ja hoidon yksilöllisyyden tulee kulkea käsi kädessä. Molemmilla on yhteinen tavoite; potilaan hoidon laadun parantaminen, potilaan oikeuksien valvominen ja tasa-arvoiseen hoitoon pääsyn takaaminen. (Suhonen – Puro – Leino-Kilpi 2006. 4252.)

2.2 Yksilöllinen hoito hoitotyön haasteena

Haasteena yksilöllisen hoidon toteutumiselle ovat usein suuret osastot ja vähäinen henkilöstö. Erityisesti toimintayksikön ilmapiiri ja hoitokulttuuri vaikuttavat hoitajien raportoimaan yksilöllisen hoidon toteutumiseen. (Suhonen ym. 2010. 186.) Henkilöstön vähäisyys ei anna tarvittavia resursseja yksilölliseen hoitoon, koska hoitajilla ei ole aikaa keskittyä yhteen potilaaseen riittävän pitkäksi aikaa, jotta oppisi tuntemaan hänet yksilönä. Ajan puute ja siitä aiheutuva kiire luo haasteen yksilöllisen hoidon toteuttamiseen. Jos potilaita on paljon yhtä hoitajaa kohden, ei aina kyetä huomioimaan potilasta yksilönä. Edellytyksenä yksilöllisen hoidon toteutumiselle on selvät käytännöt ja ajan antaminen tutustumiseen. (Suhonen ym. 1999, 2007, 2009.)

Kiinnostusta yksilöllisen hoidon tutkimiseen löytyy, mutta edelleen puuttuu tietoa siitä, mitkä tekijät edistävät yksilöllisen hoidon toteutumista. Yksilöllistä hoitoa on tutkittu sekä potilaiden että hoitajien näkökulmasta, mutta tulokset yksilöllisen hoidon toteutumisesta ovat ristiriitaisia. Esimerkiksi potilaat olivat arvioineet henkilökohtaisen elämäntilanteen toteutuneen kokonaisuudessaan paremmin kuin miten hoitajat olivat heitä todellisuudessa tukeneet. (Gustafsson ym. 2009. 5; Makkonen ym. 2010. 134.) Aikaisemmissa tutkimuksissa (Suhonen ym. 1999, 2006, 2007, 2009, 2010), joissa on kartoitettu muun muassa yksilöllisen hoidon toteutumista potilaan näkökulmasta, on ilmennyt, että potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioiminen hoidossa on

jäänyt vähälle. On tärkeää, että kartoitetaan myös potilaiden elämäntilanne, josta he ovat siirtyneet sairaalahoitoon. Siihen sisältyvät esimerkiksi tavat, kulttuuritausta, elinolosuhteet sekä perhe-, työ- ja sosiaalinen tilanne. (Suhonen ym. 1999. 283.) Pelkkä yksityiskohtainen taustatekijöiden kartoittaminen ei riitä, vaan hoitoa toteutettaessa on toimittava näiden potilaskohtaisten ominaispiirteiden mukaisesti (Suhonen ym. 2009. 148).

Hoitajat ovat tuoneet esiin, että potilaiden yksilöllisten tarpeiden mukaan toteutettu hoito ja organisaation tuottavuus vaatimukset ovat vaikeasti yhteen sovitettavissa (Gustafsson ym. 2009. 5). Jos kaikille potilaille tulee tarjota samanlaiset palvelut ja hoito riippumatta esimerkiksi etnisestä taustastansa, jätetään silloin huomioimatta yksilölliset erot. Kun hoitotyöntekijät pyrkivät tasa-arvoon kohtelemalla kaikkia samalla tavalla, ei voida enää puhua yksilöllisestä hoitotyöstä. (Kangasniemi 2008. 34-35.)

2.3 Organisaatiolähtöiset tekijät yksilöllisessä hoidossa

Yksilöllisen hoidon toteutuminen on yhteydessä siihen ympäristöön, missä sitä toteutetaan (Suhonen ym. 2010. 86). Yksilölliseen hoitoon vaikuttavat sekä potilaslähtöiset että organisaatiolähtöiset tekijät. Yksilölliseen hoitoon vaikuttavia organisaatiolähtöisiä tekijöitä ovat osaston koko, sairaalan koko, hoitotyön työnjakomalli, erikoisala ja hoitohenkilöstön määrä. Hoitohenkilökunnan työskentelytavat, työntekomallit, asennoituminen hoitotyöhön ja työskentelyä ohjaavat arvot vaikuttavat potilaan kokemuksiin hoidon yksilöllisyydestä. (Suhonen ym. 2009. 149-150; Suhonen 2003. 11.)

Tutkimukset kertovat, että hoitotulokset ovat parempia niissä terveydenhuollon ympäristöissä, joissa hoitajat ovat arvioineet hoitajien ja lääkäreiden yhteistyön hyväksi ja joissa hoitajat ovat osoittaneet kykyä kontrolloida toimintaympäristöä (Suhonen 2010. 186).

Hoidon yksilöllistämisen yhtenä tavoitteena on ollut se, että organisaatiot ja hoitotyön tekijöiden toiminnot ottaisivat paremmin potilaiden näkökulman huomioon ja että hoito vastaisi enemmän potilaiden tarpeita. Potilaat odottavat terveydenhuollon ottavan

heidän yksilöllisyytensä paremmin huomioon. (Suhonen – Leino-Kilpi 2010. 12.)

Yksilöllistä hoitoa edistäviä tekijöitä organisaatiolähtöisten tekijöiden pohjalta ovat esimerkiksi osaston pieni koko ja henkilöstön sopiva määrä. Pienempien sairaaloiden ja osastojen hoidon on todettu olevan yksilöllisempää kuin suurempien yksiköiden. Osaston ollessa pieni ja henkilöstöä ollessa sopivasti jää henkilökunnalle enemmän aikaa huomioida potilas yksilönä, näin myös yksilöllisen hoidon toteuttaminen helpottuu. (Suhonen 2009. 150-151; Suhonen 2003. 14.)

2.4 Potilaslähtöiset tekijät yksilöllisessä hoidossa

Potilaslähtöisiä tekijöitä ovat muun muassa ikä, sukupuoli, koulutus, suhtautuminen omaan terveydentilaan ja sen hoitoon sekä sairaalaan tulon luonne. Päivystysluonteisesti hoitoon tulevat potilaat kokevat yksilöllisyyden toteutuvan huonommin kuin suunnitellusti sairaalaan tulevat. (Suhonen ym. 2009. 149-150; Suhonen 2003. 11; Suhonen – Leino-Kilpi 2010. 13.) Naiset, korkeasti koulutetut ja nuoret arvioivat kriittisemmin yksilöllisyyden toteutumista hoidossa. Yksilöllisen hoidon toteutumisen arviointiin vaikuttaa potilaan terveydentila: mitä parempi terveydentila, sitä parempi arvio yksilöllisyyden toteutumisesta. (Suhonen ym. 2009. 150; Suhonen – Leino-Kilpi 2010. 13.)

Potilaan yksilöllisyyttä ilmentävät hänen kliininen terveydentilansa ja vointinsa, henkilökohtainen elämäntilanteensa sekä halukkuus osallistua hoitoonsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Hoito on ollut yksilöllistä, jos potilaan kliininen ja henkilökohtainen tilanne on huomioitu ja potilas on osallistunut halunsa mukaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Yksilöllinen hoito ottaa huomioon jokaisen potilaan yksilölliset tarpeet ja ainutlaatuisuuden ja hoito toteutetaan näiden mukaisesti. Tähän tarvitaan erilaisia hoitomenetelmiä ja lähestymistapoja. (Suhonen – Gustafsson – Lamberg – Välimäki – Katajisto – Leino-Kilpi 2010. 186.) Hoitajien kertomana potilaasta lähtöisin olevia yksilöllistä hoitoa edistäviä tekijöitä ovat potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet, suhtautuminen omaan terveyteensä ja sen hoitoon, toiminta, tiedot ja taidot, omaiset sekä sairaus ja sen vaihe (Gustafsson ym. 2009. 8).

Potilaan halu osallistua hoitoonsa määrittää myös osaltaan yksilöllisyyden kokemusta. Heillä saattaa olla hyvinkin erilaisia käsityksiä siitä, miten paljon he haluavat osallistua hoitoonsa. Potilailla saattaa olla tunne, että "tieto lisää tuskaa". Joskus potilaat saattavat kokea, että heillä ei ole resursseja käsitellä omaa hoitoa koskevaa tietoa ja haluavat siksi tietoisesti antaa paljon vastuuta hoitajalle. (Suhonen ym. 2009. 147.)

Vuonna 2010 ilmestyneessä ilmestyneessä tutkimuksessa kartoitettiin, kuinka potilaat kokivat yksilöllisen hoidon toteutuneen hoidossa ja ohjauksessa. Tutkimusaineisto kerättiin Riitta Suhosen kehittämällä Yksilöllisen hoidon -mittarilla perusterveydenhuollon sisätautien ajanvarauspoliklinikan potilailta. Tulokset osoittivat potilaiden kokevan hoitajien tukeneen heidän yksilöllisyyttään kohtalaisesti. Potilaan kliininen tilanne oli kokonaisuudessaan otettu hyvin huomioon hoidon aikana. Yksilöllisen hoidon osa-alueista heikoiten toteutui potilaan henkilökohtaisen tilanteen huomiointi ja tukeminen. Myös perheen ottaminen mukaan hoitoon ja potilaan oman tietotason huomiointi jäi vähälle. Potilaan osallistuminen omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon toteutui yksilöllisen hoidon osa-alueista parhaiten. Hoitajat keskustelivat kuitenkin heikosti siitä, mitä potilaat itse tahtovat sairaudestaan tietää. (Makkonen ym. 2010. 129-140.)

Liittyvä Voima -hankkeen puolesta on tutkittu potilaiden näkemystä yksilöllisen hoidon toteutumisesta. Tutkimusaineisto on kerätty samoilta osastoilta kuin tämän tutkimuksen aineisto. Aineisto kerättiin potilailta käyttämällä potilaille suunniteltua yksilöllisen hoidon ICS- mittaria. Mittari on jaettu A- ja B- väittämiin, jotka edelleen jaettu pienempiin osa-alueisiin. A- väittämät kuvaavat yksilöllisyyttä tukevia hoitotyön toimintoja ja B- väittämät kuvaavat yksilöllisen hoidon toteutumista. Yksilöllisen hoidon osa-alueista potilaan tilanteen huomioon ottaminen toteutui parhaiten. Heikoiten toteutui potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioon ottaminen. Hoitotyön toimintojen ja toteutuneen hoidon välillä oli eroa, toteutunut hoito arvioitiin pääsääntöisesti positiivisemmin. (Ottelin – Pulkka 2010.)

Vuonna 2005 Nuutinen ja Raatikainen ovat tutkineet vanhainkotien asukkaiden ja terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidon osastoilla olevien potilaiden omaisten arviointia siitä, miten he kokivat osallistuneensa potilaiden päivittäiseen hoitoon ja millaista tukea he saivat henkilökunnalta sekä osallistumisen ja tuen saamisen välisiä yhteyksiä.

Tulosten mukaan omaisilla oli enemmän halua kuin tietoa, taitoja ja aikaa osallistua potilaan hoitoon. Omaiset tarvitsevat hoitohenkilökunnalta neuvoja ja tietoa potilaan tilasta, sairauksista ja rajoituksista. Hoitohenkilökunta ei kuitenkaan aina anna oma-aloitteisesti tietoa potilaasta tai tietoa ei anneta riittävästi. Omaisista 57% oli sitä mieltä, että hoitohenkilökunta oli tukenut heitä vähän hoitoon osallistumisessa. 24% oli saanut tukea jonkin verran ja 20% oli saanut tukea paljon. Omaisten osallistuminen hoitoon ei ole aina suotavaa tai mahdollista. Kaikki potilaat eivät esimerkiksi halua omaisten osallistuvan heidän hoitoonsa. Toisaalta intymiteetti- ja tietosuojan noudattaminen edellyttää, että potilas voi halutessaan kieltää omaisen osallistumisen hoitoon. Tutkimustulokset osoittivat, että omaisista yli puolet arvioi, ettei potilas halua omaisen auttavan hoidossa. (Nuutinen – Raatikainen 2005. 131-142.)

2.5 Hoitajalähtöiset tekijät yksilöllisessä hoidossa

Hyvä työyhteisö, eettisesti laadukas hoitotyö ja johtaminen luovat mahdollisuuksia ja motivoivat hoitohenkilöstöä toteuttamaan yksilöllistä hoitoa. Hoitavan henkilön arvope- rusta, hoitajan itsenäisyys ja professionaalinen toiminta edistävät hoidon yksilöllisyyttä, ja niiden puute puolestaan vähentää sitä. (Gustafsson ym. 2009. 5.) Hoitajan henkilö- kohtaiset ominaisuudet, kuten aloitteellisuus sosiaaliseen kanssakäymiseen potilaan, omaisen ja työtovereiden kanssa, nähtiin tärkeänä. Muina yksilöllistä hoitoa edistävinä hoitajan henkilökohtaisina ominaisuuksina nimettiin rauhallisuus, avoimuus, empaattisuus, ystävällisyys ja luotettavuus. Hoitajien mukaan myös ajankäytön tarkastelulla ja kohdistamisella sekä oman työn suunnittelulla voidaan vaikuttaa hoidon yksilöllisyy- teen. (Gustafsson ym. 2009. 6-8; Suhonen – Leino-Kilpi 2010. 13.)

Hoitajien autonomian on katsottu olevan yhteydessä kykyyn toteuttaa yksilöllistä hoitoa ja saavuttaa parempia hoitotuloksia. Autonomia mahdollistaa sekä irtaantumisen totu- tuista rutiineista että asioiden tarkastelun potilaiden yksilöllisten tarpeiden, toiveiden ja mieltymysten mukaisesti. Autonomia sisältää oikeuden itsenäiseen päätöksentekoon sairaanhoitajan vastuulla olevien toimintojen ja niiden tulosten osalta. (Suhonen ym. 2010. 186.)

Hoitajan hyvä ammattitaito ja riittävä työkokemus ovat tekijöitä, jotka hoitajien mu-

kaan edistävät yksilöllisen hoidon toteuttamista. Myös korkea työmotivaatio ja yhteistyöhön sitoutuminen edistävät yksilöllistä hoitoa. Hyvä työyhteisö, eettisesti laadukas hoitotyö ja johtaminen luovat mahdollisuuksia ja motivoivat hoitohenkilökuntaa toteuttamaan hoitoa yksilöllisesti. (Gustafsson ym. 2009. 5-8.)

Vuosina 2010-2011 tehtiin tutkimus yksilöllisestä hoidosta ja sen toteutumisesta hoitajien arvioimana. Tutkimus toteutettiin opinnäytetyönä Metropolia Ammattikorkeakoulussa ja se kuuluu Liittyvä voima -hankkeen osaprojekti kolmeen. Tutkimusaineisto kerättiin samoilta osastoilta kuin tähänkin työhön ja samalla Riitta Suhosen luomalla yksilöllisen hoidon -mittarilla (ICS-scale). Mittari on kaksiosainen jossa esitetään 34 Likert asteikollista (1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä) väittämää. Osa A mittaa hoitajien näkemystä potilaan yksilöllisyyden tukemisesta hoitotyön toiminnoin yleensä. Osassa B hoitajat arvioivat, miten yksilöllistä potilaan hoito on eli kuinka kysytyt asiat ovat toteutuneet hoitajan tekeminä. Molemmat, A ja B osa jakautuvat kolmeen summamuuttujaan: Potilaan kliininen tilanne, henkilökohtainen elämäntilanne ja päätöksenteon kontrolli. Hoitajien arvioidessa yksilöllisen hoidon toteutumista he pitivät itselleen melko ominaisena toimintatapana hoitaa potilaita yksilöllisesti (ka 4,12). He kuitenkin toteuttivat sitä hieman heikommin (ka 3,38). Parhaiten hoitajat arvioivat tukeneensa yksilöllisen hoidon osa-alueista potilaan kliinistä tilannetta (ka 4,42). Heikoiten hoitajat tukivat potilaita henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta (ka 3,50). (Backman-Sappinen – Sihvo 2011.)

2.6 Yksilöllisen hoidon mittaaminen

Riitta Suhonen on määritellyt yksilöllisen hoidon käsitettä aikaisempien tutkimusten avulla deduktiivisesta lähtökohdasta. Yksilöllisen hoidon määrittelyn tuloksena syntyi yksilöllistä hoitoa kuvaavat osa-alueet (domains), joita ovat potilaan kliininen tilanne, henkilökohtainen elämäntilanne ja päätöksenteon kontrolli. Aikaisemmasta kirjallisuudesta kehitettiin yksilöllisen hoidon malli, joka käsittelee hoitoa kahdesta näkökulmasta (dimensions): potilaan näkemys hoitotyön toiminnoista ja toiminnan tuloksesta. Myöhemmin tilastollisiin menetelmiin perustuvan mallinnuksen avulla vahvistettiin kaksi osaa (dimensions): potilaan yksilöllisyyttä tukevat hoitotyön toiminnot ja yksilöllisyyden toteutuminen hoitotyössä. (Suhonen ym. 2009.147.) (ks. Kuvio 1.)

Tutkimusaineiston hankintaan käytimme Riitta Suhosen luomaa yksilöllisen hoidon mittaria (ICS-scale). Mittari on kehitetty alun perin mittaamaan potilaiden näkökulmaa yksilöllisen hoidon toteutumisesta, eli sitä, kuinka he kokevat yksilöllisen hoidon toteutuneen hoitonsa aikana. Mittarin kehittäminen on jakautunut kolmeen osaan, joissa jokaisessa sitä on testattu ja kehitetty edelleen. (Suhonen 2002. 35-37) Mittarin kehittämisvaiheessa sen sisällön luotettavuutta tuettiin asiantuntija-arviointien (expert analysis) avulla. Asiantuntijoina toimivat potilaat, hoitajat, hoitotieteen opiskelijat ja tutkijat. (Suhonen 2002. 38; Suhonen ym. 2009. 149) Mittarin validiteettia on edistetty kolmella asiantuntija-analyysillä ja testattu uusintatestimenetelmällä (test-reset), sekä sisällön johdonmukaisuutta Cronbachin alfa-kertoimella ja osioanalyysillä (Suhonen 2002. 38). Myöhemmin mittari on kehitetty myös mittaamaan hoitajien näkökulmia yksilöllisen hoidon toteutumisesta (ICS-nurse). (Backman-Sappinen – Sihvo 2011. 13.)

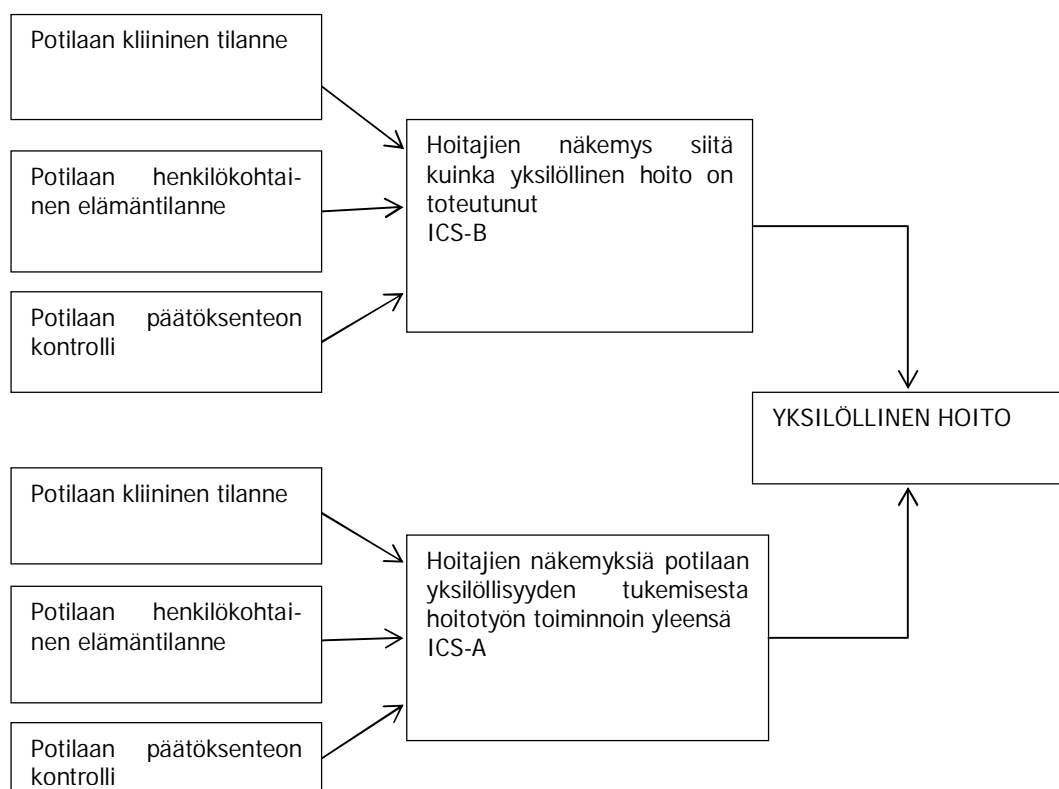
Yksilöllisen hoidon mittari (ICS-Nurse) on kaksiosainen, 34 Likert-asteikollista (1= täysin eri mieltä, 5= täysin samaa mieltä) väittämää sisältävä instrumentti hoidon yksilöllisyyden arvioimiseksi hoitajien näkökulmasta. Osa A (ICS- A- Nurse, 17 väittämää) tarkastelee hoitajien näkemyksiä potilaan yksilöllisyyden tukemisesta hoitotyön toiminnoin yleensä, eli miten ominaista kysytyt toiminnot ovat hoitajille. Osassa B (ICS- B- Nurse, 17 väittämää) hoitajat arvioivat sitä, miten yksilöllistä potilaan toteutunut hoito on eli miten kysytyt asiat toteutuivat hoitajan toiminnan ansiosta. (Suhonen ym. 2010. 187.)

Yksilöllisen hoidon mittari jakautuu kolmeen osa-alueeseen (domains): potilaan kliininen tilanne (A ja B, 14 väittämää). Kliinistä tilannetta kuvaavat väittämät sisältävät tietoa potilaan peloista, voimavaroista, voinnista, sairauden merkityksestä, sairauden vaikutuksesta ja tuntemuksesta. Mittarissa käytettyjä väittämiä ovat esimerkiksi "Tunistan potilaiden voinnissa tapahtuneet muutokset", "Keskustelen potilaiden kanssa heidän peloistaan tai huolistaan", "Otin huomioon heidän voinnissaan tapahtuneet muutokset", "Otin huomioon heidän mahdolliset pelkonsa tai huolensa". (Suhonen ym. 2009. 147; Suhonen ym. 2007. 297.)

Potilaan henkilökohtaista elämäntilannetta (A ja B, 8 väittämää) kuvaavat väittämät sisältävät tietoa yleisestä elämäntilanteesta, kulttuurisesta taustasta, päivittäisistä tot-

tumuksista, aikaisemmista sairaalokokemuksista ja perheen osallistumisesta. Mittarissa esiintyviä väittämiä ovat muun muassa "Kysyn potilailta heidän aikaisemmista sairaalokokemuksistaan", "Selvitän potilaiden jokapäiväisiä tottumuksia (esim. peseytyminen)" "Otin huomioon heidän mahdolliset aikaisemmat sairaalokokemuksensa", "Otin huomioon heidän jokapäiväiset tottumuksensa sairaalahoidon aikana (esim. peseytyminen)". (Suhonen ym. 2009. 147; Suhonen ym. 2007. 297.)

Potilaan päätöksenteon kontrolli (A ja B, 12 väittämää) käsittää tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, hoitoa koskevasta päätöksenteosta, valinnan mahdollisuudesta ja vaihtoehdoista, toiveista, mielipiteistä ja ehdotuksista. Väittäminä ovat muun muassa "Kysyn potilailta, mitä he haluavat tietää sairaudestaan/terveydentilastaan", "Autan potilaita osallistumaan hoitoansa koskevaan päätöksentekoon", "Annoin potilaille riittävästi tietoa heidän sairaudestaan/terveydentilastaan", "Potilaat ovat osallistuneet hoitoaan koskevaan päätöksentekoon". (Suhonen ym. 2009. 147; Suhonen ym. 2007. 297.)



Kuvio 1. Yksilöllisen hoidon empirisesti testattu rakenne (Suhonen ym. 2009. 149)

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa yksilöllisen hoidon toteutumisesta hoitajien arvioimana. Tarkoituksena on selvittää, miten yksilöllinen hoito toteutuu hoitajien arvioimana sekä vertailla saatuja tuloksia aikaisemmin syksyllä 2010 tehtyyn saman kyselyn tuloksiin. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämisessä osastoilla.

Tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Kuinka ominaisina hoitajat pitivät itselleen yksilöllisyyttä tukevia hoitotyön toimintoja?
- 2) Kuinka yksilöllinen hoito toteutuu hoitajien arvioimana?
- 3) Onko yksilöllisen hoidon toteutuminen muuttunut vuoden aikana ja miten?

4 Tutkimusaineisto ja menetelmä

Tämä opinnäytetyö on tutkimustyyppinen työ. Kyseessä on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kvantitatiiviseen tutkimukseen kuuluu usein olettamusten eli hypoteesien esittäminen (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007. 136). Työn hypoteesina on esimerkiksi oletus tuloksien muuttumisesta alkumittaukseen verraten.

Kvantitatiivisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa käytetään usein tyypillistä survey-tutkimusta, joka tehdään valmiiksi laadituilla lomakkeilla haastatellen tai kyselytutkimuksella. Aineisto kerätään standardoidussa muodossa ja jokainen tutkittava saa samanlaisen lomakkeen. Tutkittavat ovat otos jostain tietyistä ihmisryhmästä. Tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan numeerisen tiedon pohjalta. (Heikkilä 1999. 15-18.)

4.1 Tutkimuskohde

Tutkimme Espoon sairaalan terveystieteiden keskuksen akuuttiosasto TK1:n ja Puolarmetsän sairaalan ortopedis- traumatologisen kuntoutusosaston 2D:n yksilöllisen hoidon toteutumista ja kehittymistä hoitajien näkökulmasta. Kyselylomakkeita ei jaettu satunnaisesti osastolla työskenteleville hoitajille. Tutkimusaineisto kerättiin kaikilta osastoilla vakituisesti työskenteleviltä hoitajilta ja pitkiä sijaisuuksia tekeville sairaanhoitajilta sekä lähietä perushoitajilta.

Hankkeessa mukana oleva osasto on Espoon sairaalan terveystieteiden osasto TK1, jossa on 27 potilaspaikkaa ja 10 potilashuonetta. Osastolla hoidettavien potilaiden keski-ikä on noin 75 vuotta. Potilaat tulevat osastolle muun muassa päivystyksestä, tulosyynä useimmiten on yleistilanlasku. Keskimäärin osastolla ollaan 14 vuorokautta. Osastolla toteutetaan myös saattohoitoa. Sairaanhoidajan vakansseja osastolla on 12 ja perushoitajille/lähihoitajille 7 vakanssia. Henkilökuntaan kuuluu myös kaksi fysioterapeuttia ja toimintaterapeutti. Keskustelttuamme TK1:n osastonhoitajan kanssa tuli ilmi, että osastolla koetaan haasteiksi yksilöllisen hoidon toteutumisen kannalta tilojen ahtaus, työn paljous resursseihin nähden ja runsaat sijaisten määrät. (Espoo 2011.)

Toinen hankkeessa mukana oleva osasto on Puolarmetsän osasto 2D, joka on ortopedis-traumatologinen kuntoutusosasto. Osasto on keskittynyt lonkkakuntoutus potilaisiin. Keskimääräinen hoitoaika on noin kolme viikkoa. Osasto on 38-paikkainen ja jakautuu kahteen soluun. Yhdessä huoneessa potilaita on 2-4. Osaston sairaanhoitajan kanssa keskusteltaessa nousi yksilöllisen hoidon toteuttamisen haasteeksi henkilökunnan suuri vaihtuvuus. Yksilöllisen hoidon toteutumista saattaa osaston sairaanhoitajan mukaan haitata myös potilashuoneiden kesken jaettavat yhteiset suihkutilat. Hoitajavakansseja on 12 sairaanhoitajaa ja 13 perushoitajaa. Henkilökuntaan kuuluu myös viisi fysioterapeuttia ja yksi toimintaterapeutti. (Espoo 2011.)

4.2 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineisto on kerätty elo-syyskuun vaihteessa 2011. Veimme kyselylomakkeet jaettavaksi saatekirjeineen (ks. liite 2) ja palautuskuorineen Jorvin TK1:n osastonhoitajalle sekä Puolarmetsän 2D- osaston sairaanhoitajalle. Vastausaikaa kyselyyn annoimme kaksi viikkoa. Täytetyt kyselylomakkeet palautettiin postitse suljetuissa kirjekuorissa ohjaavalle opettajalle. Lomakkeita jaettiin Jorvin TK1- osastolle ja Puolarmetsän 2D- osastolle yhteensä 44 kappaletta ja niitä palautettiin 19 kappaletta, joista käyttökelpoisia oli 18. Vastausprosentti oli 41%. TK1 –osastolta lomakkeita palautui 14 ja 2D – osastolta 5. Yhden vastauksen jouduimme hylkäämään, koska oli hyvin todennäköistä, että vastausasteikko oli ymmärretty väärin ja näin ollen vastaus ei ole luotettava. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että jos huomaa jonkun vastaajista vastanneen epä johdonmukaisesti tai selvästi virheellisesti, tulee vastauslomake hylätä (Heikkilä

1999. 130-131).

4.3 Aineiston analyysi

Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä sekä eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. (Heikkilä 1999. 214,15) Tutkimustulokset taulukoidaan ja niitä havainnollistetaan esimerkiksi keskiarvoin. Aineistosta muodostetaan muuttujia ja se koodataan laadittujen muuttujien mukaisesti siten, että jokaiselle havaintoyksikölle eli tutkittavalle kohteelle annetaan jokin arvo jokaisella muuttujalla. (Hirsjärvi ym. 2007. 216-219.)

Tutkimusaineisto analysoitiin PASW Statistics 18-ohjelmaa apuna käyttäen. Käytimme aineiston analysointiin valmista havaintomatriisipohjaa, joka oli tehty lähtötilanteen kartoitukseen. Koska kvantitatiivisen tutkimuksen haasteena on tulosten vertailtavuus (Tutkimus menetelmien pyörteissä 2005), vertailun mahdollistamiseksi oli välttämätöntä käyttää samaa havaintomatriisipohjaa.

Kyselylomakkeet numeroitiin ja aineisto siirrettiin tilastointiohjelman havaintomatriisiin. Yksilöllisen hoidon eri osa-alueita tarkasteltiin sekä yksittäisinä väittäminä että summamuuttujina. Summamuuttujia ovat hoitajalle ominainen toimintatapa (ICS-A) ja toteutunut toiminta (ICS-B). Muuttujia ovat yksilöllisen hoidon kolme osa-aluetta; kliininen tilanne (Clin-A ja Clin-B), henkilökohtainen elämäntilanne (Pers-A ja Pers-B) ja päätöksenteon kontrolli (Dec-A ja Dec-B). Summamuuttujien välistä tilastollista merkitsevyyttä testattiin parittaisten otosten t-testin (p -arvo= 0,05) avulla.

5 Tulokset

5.1 Taustatiedot

Taustatiedot kerättiin erillisellä taustietolomakkeella (ks. liite 3). Tutkimukseen osallistui 18 hoitajaa. Vastausprosentti oli 41%. Hoitajien keski-ikä oli 43,67 vuotta. Nuorin kyselyyn vastannut hoitaja oli 30-vuotias ja vanhin 56-vuotias. Vastajat jakautuivat am-

mattinimikkeiden mukaan seuraavasti: Perushoitajia 44,4 % (n= 8), sairaanhoitajia, opistoaste 38,9 % (n= 7), erikoissairanhoitajia 5,6 % (n= 1), lähihoitajia 11,1 % (n= 2). Hoitajien työkokemus hoitotyössä oli keskimäärin 15,50 vuotta. Työkokemus nykyisellä osastolla oli keskimäärin 10,12 vuotta. (ks. taulukko 1.)

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot

Taustatieto	f	%
Ikä (n=18)		
25-37v	4	22,2
38-50v	10	55,6
51-63v	4	22,2
Koulutus (n=18)		
Perushoitaja	8	44,4
Sairanhoitaja, opistoaste	7	38,9
Erikoissairanhoitaja	1	5,6
Lähihoitaja	2	11,1
Sairanhoitaja (AMK)	0	0
Työkokemus hoitotyössä (n=18)		
1-10v	4	22,4
11-20v	12	66,9
21-30v	1	5,6
31-38v	1	5,6
Työkokemus nykyisellä osastolla (n=18)		
alle 1v	1	5,6
1-5v	8	44,5
6-10v	4	22,3
11-20v	3	16,8
yli 20v	2	11,2

5.2 Yksilöllisen hoidon toteutuminen

Hoitajat pitivät yksilöllisen hoidon toteuttamista hyvin ominaisena toimintatapana hoitotyössään (ka 4,38). Hoitajat arvioivat tukeneensa yksilöllisen hoidon osa-alueista potilaan kliinistä tilannetta parhaiten (ka 4,59). Toiseksi parhaiten hoitajat arvioivat tukeneensa potilaiden päätöksenteon kontrollia (ka 4,42). Heikoiten hoitajat arvioivat tukeneensa potilaita henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta (ka 4,17).

5.2.1 Kliinisen tilanteen huomioimien

Kliinisellä osa-alueella hoitajat arvioivat tukeneensa potilaiden yksilöllisyyttä yleensä (Clin- A ka 4,55) hyvin. Edellisten työvuorojen aikana hoitajat toteuttivat potilaiden yksilöllisyyttä tukevaa hoitoa omaa arviointiaan paremmin (Clin- B ka 4,63). Tilastollisesti osioilla (Clin- A ja Clin-B) ei ole merkittävää eroa ($p= 0,45$). Hoitajat arvioivat tunnistavansa potilaiden voinnissa tapahtuneet muutokset kliiniseltä osa-alueelta parhaiten (ka 4,94). Toiseksi parhaiten hoitajat arvioivat antavansa potilaille mahdollisuuden ottaa vastuuta hoidostaan voimavarojensa mukaisesti (ka 4,72). Heikoiten hoitajat arvioivat keskustelelevansa sairauden/terveydentilan merkityksestä potilaille (ka 4,11).

Toteutuneessa hoidossa parhaiten otettiin huomioon potilaiden sairautteen/terveydentilaan liittyvät tuntemukset (ka 4,94) sekä potilaiden voinnissa tapahtuneet muutokset (ka 4,94). Heikoiten toteutui hoitajien toiminnan ansiosta potilaiden vastuunotto omasta hoidostaan voimavarojensa mukaisesti (ka 4,17). (ks. taulukko 2.)

Taulukko 2. Potilaan kliininen tilanne

	ICS-A	ICS-B	
	Ominainen toimintatapa	Toteutunut hoito	
	Keskiarvo (SD)	Keskiarvo (SD)	P-arvo
Kliininen tilanne	4,55 (0,30)	4,63 (0,31)	0,45
Sairauteen liittyvät tuntemukset	4,61 (0,70)	4,94 (0,24)	
Hoidon tarpeiden huomioiminen	4,44 (0,62)	4,89 (0,32)	
Vastuun oton mahdollistaminen	4,72 (0,46)	4,17 (0,99)	
Voinnin muutosten tunnistaminen	4,94 (0,24)	4,94 (0,24)	
Pelkojen/huoliin huomioiminen	4,39 (0,50)	4,67 (0,59)	
Sairauden vaikutusten huomioiminen	4,41 (0,62)	4,50 (0,71)	
Sairauden merkityksen huomioiminen	4,11 (0,76)	4,33 (0,69)	

5.2.2 Henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioiminen

Henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta hoitajat arvioivat tukevansa potilaiden yksilöllisyyttä hieman paremmin (Pers- A ka 4,20) kuin toteuttivat sitä hoidossa (Pers- B ka 4,13). Tilastollisesti ero ei ole merkittävä ($p= 0,58$). Hoitajat arvioivat parhaiten toteutuneeksi jokapäiväisten tottumusten selvittämisen, esimerkiksi peseytymistottumukset (ka 4,78). Heikoiten hoitajat arvioivat kysyvän perheiden halua osallistua potilaiden hoitoon (ka 3,89).

Toteutuneessa hoidossa otettiin parhaiten huomioon jokapäiväiset tottumukset (ka 4,61). Heikoiten otettiin huomioon potilaiden jokapäiväiset toiminnot sairaalan ulkopuolella, esimerkiksi työ ja harrastukset (ka 3,78). (ks. taulukko 3.)

Taulukko 3. Potilaan henkilökohtainen elämäntilanne

	ICS-A	ICS-B	
	Ominainen toimintatapa	Toteutunut hoito	
	Keskiarvo (SD)	Keskiarvo (SD)	P-arvo
Henkilökohtainen elämäntilanne	4,20 (0,52)	4,13 (0,62)	0,58
Jokapäiväisten toimintojen huomioiminen	4,11 (0,58)	3,78 (0,73)	
Aikaisempien sairaalako- kemuksien huomioiminen	4,00 (0,84)	4,17 (0,92)	
Jokapäiväisten tottumusten huomioiminen	4,78 (0,55)	4,61 (0,61)	
Perheen osallistumisen mahdollistaminen	3,89 (0,83)	3,94 (1,11)	

5.2.3 Päätöksenteon kontrolli

Päätöksenteon kontrolli- osiossa hoitajat arvioivat heikommin tukevansa potilaiden päätöksen teon mahdollisuutta (Dec- A ka 4,39) kuin toteuttaneensa sitä hoidossa (Dec- B

ka 4,44). Tilastollisesti ero ei ole merkittävä ($p= 0,62$).

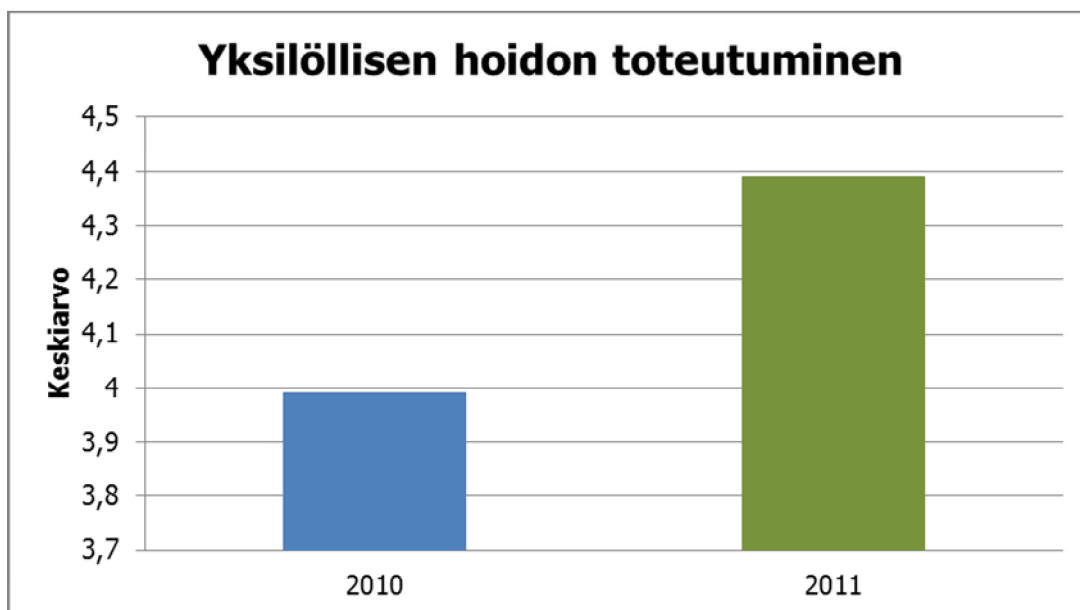
Parhaiten hoitajat arvioivat kuuntelevansa potilaiden omia toiveita heidän hoitoonsa liittyvissä asioissa (ka 4,83). Toiseksi parhaiten hoitajat arvioivat kannustavansa potilaita tuomaan esille mielipiteensä hoidostaan (ka 4,72). Heikoiten arvioitiin peseytymisaikojen valinnan mahdollisuus (ka 3,53). Toteutuneessa hoidossa otettiin parhaiten huomioon potilaiden esittämät toiveet (ka 4,72) sekä mielipiteet (ka 4,72) hoidostaan. Heikoiten potilaille annettiin mahdollisuus valita peseytymisaikansa (ka 3,83). (ks. taulukko 4.)

Taulukko 4. Potilaan päätöksenteon kontrolli

	ICS-A	ICS-B	
	Ominainen toimintatapa	Toteutunut hoito	
	Keskiarvo (SD)	Keskiarvo (SD)	P-arvo
Päätöksenteon kontrolli	4,39 (0,39)	4,44 (0,46)	0,62
Hoito-ohjeiden ohjaaminen/ varmistaminen	4,67 (0,49)	4,61 (0,50)	
Sairaudesta kertominen	4,00 (0,61)	4,39 (0,78)	
Toiveiden huomioiminen	4,83 (0,51)	4,72 (0,58)	
Päätöksenteon mahdollistaminen	4,56 (0,71)	4,33 (0,77)	
Mielipiteiden huomioiminen hoidossa	4,72 (0,58)	4,72 (0,46)	
Peseytymisaikojen mahdollistaminen	3,53 (0,94)	3,83 (0,99)	

5.3 Tulosten vertailu

Tarkastelimme saamiamme tuloksia verraten niitä alkutilanteen kartoituksessa 2010 saatuihin tuloksiin (ka 3,99). Vertailussa voidaan todeta, että yksilöllinen hoito toteutui kokonaisuudessaan loppumittauksessa 2011 (ka 4,39) paremmin (ks. kuvio 2.).



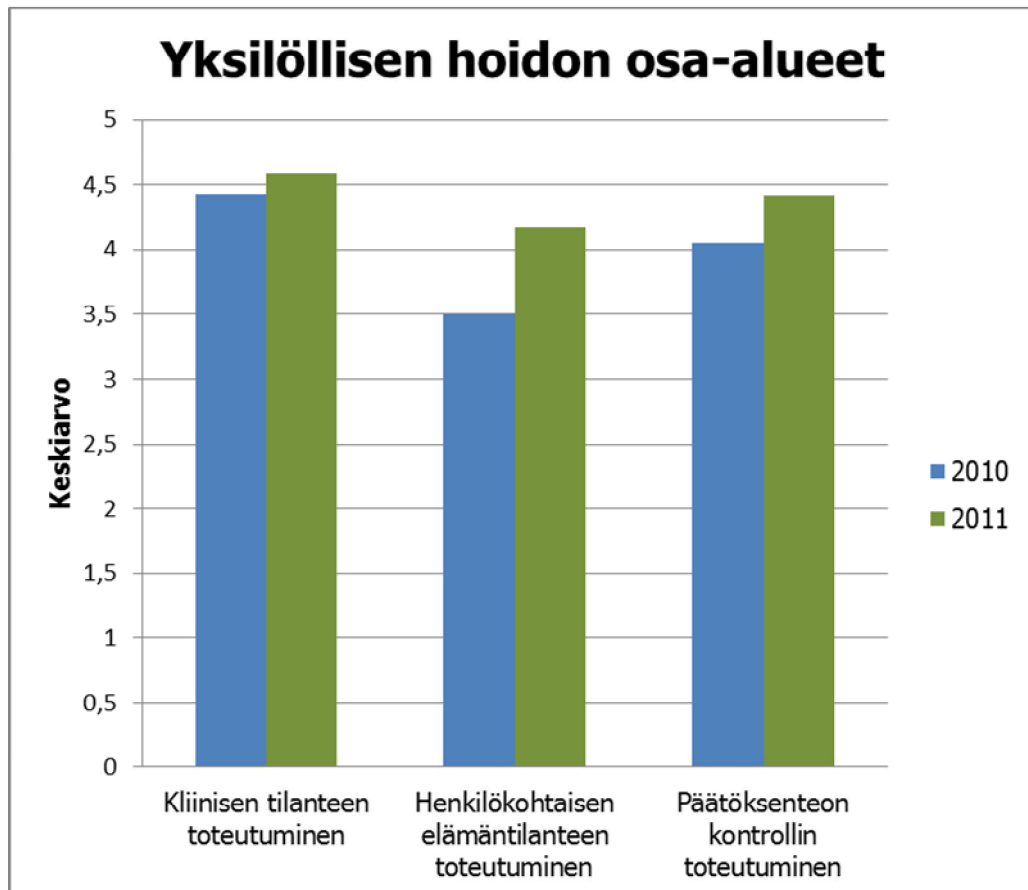
Kuvio 2. Tulosten vertailu yksilöllisen hoidon toteutumisesta kokonaisuudessaan vuosilta 2010 ja 2011

Molemmissa tutkimuksissa parhaiten yksilöllinen hoito toteutui kliinisellä osa-alueella (2010 ka 4,43 sekä 2011 ka 4,59). Tilanteessa ei ole tapahtunut merkittävää muutosta vuoden aikana. Molempina vuosina parhaat tulokset saatiin potilaan voinnin muutosten tunnistamisessa (2010 ka 4,74 sekä 2011 ka 4,94). Heikoimmat tulokset tulivat molempina vuosina sairauden/terveydentilan merkityksen huomioimisesta (2010 ka 4,04 sekä 2011 ka 4,22).

Yksilöllisen hoidon osa-alueista henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioiminen toteutui heikoiten molempina vuosina (2010 ka 3,50 sekä 2011 ka 4,17). Vaikka tulokset ovat heikoimmat molempina vuosina, voidaan huomata vuoden aikana tapahtuneen muutosta parempaan. Erityisesti parannusta oli tapahtunut aikaisempien sairaalakoke-
muksien huomioimisessa (2010 ka 3,22 sekä 2011 ka 4,09). Aikaisemmissa tutkimuksissa on kiinnitetty paljon huomiota perheen mahdollisuuteen osallistua potilaan hoitoon sekä sen heikkoon toteutumiseen. Verraten vuosien 2010 ja 2011 tutkimuksien tuloksia ei suurta muutosta perheen osallistumisen mahdollistamisessa ole tapahtunut (2010 ka 3,34 sekä 2011 ka 3,92). Molemmissa tämä on yksi heikoiten toteutuneista osioista.

Päätöksenteon kontrollissa oli tapahtunut muutosta vuoden aikana (2010 ka 4,05 sekä

2011 ka 4,42). 2010 vuoden tutkimuksessa heikoimmat tulokset saatiin sairauteen /terveydentilaan liittyvän tiedon kertomisesta potilaille (ka 3,57). Vuonna 2011 tutkimuksen tulokset (ka 4,20) kertovat siitä, että aisaan on kiinnitetty huomiota. (ks. kuvio 3.)



Kuvio 3. Tulosten vertailu yksilöllisen hoidon osa-alueista vuosilta 2010 ja 2011

6 Pohdinta

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää kvantitatiivisen tutkimuksen avulla, miten yksilöllinen hoito toteutuu hoitajien arvioimana kahdella Espoon sairaalaan kuuluvalla osastolla. Vertailimme saamiamme tuloksia aikaisemmin samoille osastoille ja samalla mittarilla tehdyn alkutilanteen kartoituksen tuloksiin. Alkukartoitus on vuonna 2010 tehty opinnäytetyö Metropolia Ammattikorkeakoulusta.

Työmme tavoitteena on tuottaa tietoa yksilöllisen hoidon toteutumisesta hoitajien arvioimana. Työn tarkoitus ja tavoitteet muovautuivat työn edetessä. Huomasimme, että vasta työn tarkoituksen ja tavoitteiden asettamisen jälkeen pääsimme kunnolla aiheeseen kiinni.

6.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys edellyttää, että tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja raportoinnissa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Annamme rehellistä tietoa tutkimustuloksista, sillä noudatimme yleistä huolellisuutta, avoimuutta ja tarkkuutta tutkimustyön kaikissa vaiheissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011; Hirsjärvi – Remes – Sajavaara. 2007. 26-27.) Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa se, miten tutkimus tehdään, tutkimuksen tekemisen vaiheet ja keinot, millä tavoin tutkimus analysoidaan sekä analysoinnin tekniikat. Tutkimuksessa käytetyt menetelmät tulee kuvaila ja selittää huolellisesti siten, että lukija pystyy arvioimaan menetelmien ja niiden tuomien aineistojen asianmukaisuutta sekä tulosten luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2007. 255.)

Työn teoriaosuuteen olemme hankkineet asianmukaista luotettavaa tietoa aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden avulla. Tutustuimme yksilöllisen hoidon toteutumiseen potilaan, omaisen ja hoitajan näkökulmasta. Työn loppuvaiheessa tarkistimme vielä tekstiviitteiden ja lähteiden oikeellisuuden. Poistimme lähdeluettelosta kirjallisessa tuotoksessa käyttämättömät lähteet.

Haimme tutkimuslupaa hyväksytysti suoritetun työsuunnitelman jälkeen Espoon sosiaali- ja terveystoimen esikunnalta/ kehittämisyksiköltä. Työsuunnitelman hyväksyi opinnäytetyömme ohjaaja ja Liittyvä Voima –hankkeen projektipäällikkö. Tutkimukselle myönnettiin tutkimuslupa toukokuussa 2011. (ks. liite 1). Tutkimukseen osallistuvilla on annettava riittävästi tietoa tutkimuksesta. (Hirsjärvi ym. 2007. 23-25.) Tutkimukseen osallistuvilla on oikeus tietää saatekirjeessä muun muassa kyselyn syy ja tavoitteet sekä mihin tuloksia tullaan käyttämään. Tutkimukseen osallistuminen oli hoitajille vapaaehtoista, eikä se aiheuttanut fyysistä, psyykkistä, tai sosiaalista haittaa. Tutkimuksen tekemisen lähtökohtana oli ihmisarvon kunnioittaminen.

Itsemääräämisoikeutta pyrimme kunnioittamaan siten, ettei ketään pakotettu osallistumaan tutkimukseen ja osallistuneilla oli oikeus lopettaa tutkimus halutessaan missä tahansa vaiheessa ilman, että se aiheuttaisi ongelmia tutkimukseen osallistuvalla.

Pohdimme tarkasti ajankohtaa, jolloin kyselyt kannatta viedä tutkimuskohteisiin. Päädyimme keräämään tutkimusaineiston elo-syyskuun vaihteessa 2011, jolloin voi olettaa hoitajien kesälomien jo päättyneen. Kyselylomakkeiden ohessa viedyssä saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja käyttötapa ja siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista eikä hoitajien henkilöllisyys tule esille missään vaiheessa tutkimusta (ks. liite 2). Vastanneet hoitajat palauttivat kyselyn suljetussa kirjekuorossa joko osastonhoitajalle, vastuhenkilölle tai suoraan postiin. Postimaksu oli valmiiksi maksettu. Kyselyyn vastaaminen merkitsi samalla sitä, että hoitaja oli halukas osallistumaan tutkimukseen. Tutkimustulokset lähetettiin postitse opinnäytetyömme ohjaajalle ja ne luovutettiin meille suljetuissa kirjekuorissa syyskuussa 2011.

Opinnäytetyön tekijää koskee salassapitovelvollisuus. Tutkimusaineistoa ei missään opinnäytetyöprosessin vaiheessa luovutettu ulkopuolisille, ja tietoja käytettiin vain opinnäytetyön vaatimiin tarkoituksiin. Vastauslomakkeista ei ole tunnistettavissa yksittäisiä vastaajia. Myöskään yksittäisten osastojen tiedot eivät ilmene lopullisessa työssämme eivätkä tutkimuksen raportoinnin missään vaiheessa. Täytetyt kyselylomakkeet tullaan hävittämään asianmukaisesti työn valmistuttua.

Aineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla. Työmme tuloksien luotettavuutta puoltaa validin mittarin käyttö. Työssämme aineiston hankintaan on käytetty Riitta Suhosen kehittelemää ”yksilöllinen hoito – hoitajan näkökulma -mittaria” (ICS-nurse). Liittyvä Voima -hankkeella on Riitta Suhosen lupa mittarin käyttöön. Mittari on selkeä ja mittaa juuri sitä mitä ollaan tutkimassa. Käyttämässämme yksilöllisen hoidon mittarissa kysymykset ovat lyhyitä ja helposti ymmärrettäviä, joten kyselyyn vastaaminen helpottuu. Mittaria on aikaisemmin käytetty useissa kotimaisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa.

Tutkimuksemme luotettavuutta laskee hieman alhainen vastausprosentti (41%). Täytetyt lomakkeet olivat pääosin selkeästi täytettyjä. Yhden vastauslomakkeen päätimme hylätä, koska vastaukset olivat selvästi ristiriidassa muihin vastauksiin

nähdessä ja vastaaja oli vastannut epä johdonmukaisesti. Uskomme vastaajan ymmärtäneen asteikon väärinpäin 1-5:een, jossa vastausvaihtoehto 1 merkitsi, että vastaaja on täysin eri mieltä ja 5 täysin samaa mieltä. Pienen otoksen vuoksi tutkimustulokset eivät ole yleistettävissä, mutta kertovat pienen joukon mielipiteen asiasta ja antaa näin osviittaa yksilöllisen hoidon toteutumisesta tutkittavilla osastoilla. Tutkimustulokset saatuamme jäimme miettimään, mitä olisimme voineet tehdä toisin, jotta osallistuvuus olisi ollut suurempaa. Olisimme voineet esimerkiksi osastotunnin yhteydessä pitää informatiivisen esittelyn tutkimukseen osallistumisesta ja selvittää tutkimuksen tarkoitusta ja painottaa kyselyyn vastaamisen tärkeydestä.

Olemme analysoineet tutkimustulokset rehellisesti mitään niihin lisäämättä tai mitään niistä pois jättämättä. Tutkimustulokset on analysoitu huolellisesti ja objektiivisesti, käyttäen PASW Statistics 18-ohjelmaa. Tulosten luotettavuuteen voi vaikuttaa vastaajasta lähtöisin olevat tekijät, kuten vastaajan sen hetkinen mielentila tai kiireentuntu. Rauhaton ympäristö vastauslomakkeen täytön aikana voi aiheuttaa esimerkiksi kysymyksen ymmärtämisen väärin. Haluamme uskoa, että vastaajat ovat antaneet rehellisesti oman mielipiteensä kysytyihin asioihin, eivätkä ole esimerkiksi antaneet ulkopuolisten vaikuttaa omiin vastauksiinsa.

Tutkimustulokset julkistettiin marraskuussa 2011 Liittyvä Voima -hankkeen opinnäytetyöseminaarissa Espoon Puolarmetsän sairaalassa. Tilaisuus oli avoin sairaalan henkilökunnalle ja Jorvin osasto TK1:n hoitohenkilökunnalle. Tutkimustulokset esiteltiin myös koululla muille Liittyvä Voima -hankkeessa mukana oleville opinnäytetyötään tekeville. Olemme sopineet alustavasti menevämme vielä erikseen TK1:lle esittelemään työmme tulokset, esimerkiksi osastotunnin yhteydessä.

6.2 Tulosten tarkastelu

Saatuamme tutkimustulokset, olimme positiivisesti yllättyneitä siitä, miten hyvin hoitajat olivat arvioineet yksilöllisen hoidon toteutumista. Tuloksia tarkastellessa huomasimme useimpien vastausten sijoittuvan, yhdestä viiteen asteikolla lähelle viittä. Opinnäytetyömme tuloksien perusteella voidaankin sanoa, että hoitajat arvioivat yksilöllisen hoidon toteutuvan kokonaisuudessaan melko hyvin. Tutkimustuloksissamme

millään yksilöllisen hoidon osa-alueella ei ollut suuria eroja ominaisen hoidon ja toteutuneen hoidon arvioinnin välillä. Likertin asteikolla ominaisen ja toteutuneen hoidon välillä oli eroa kliinisen tilanteen kartoituksen osalta 0,08, henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioimisen osalta 0,07 ja päätöksenteon kontrollin osalta 0,05. Kliinisen tilanteen kartoituksessa ja päätöksenteon kontrollissa hoitajat arvioivat toteuttaneensa hoitoa paremmin kuin, miten ominaisena he sitä itselleen pitivät. Henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioimisessa hoitajat pitivät toimintaa ominaisempana itselleen kuin miten arvioivat hoitoa toteuttaneensa. Myös Suhosen ym. (2010. 189) tutkimuksessa hoitajat kokivat ominaisen ja toteutuneen hoidon lähes samalla tavalla potilaan yksilöllisessä hoidossa.

Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien koulutustaustat ja ammattinimikkeet olivat hyvin edustettuina aineistossa. Tutkimukseen osallistuneilla suurimmalla osalla oli kokemusta hoitotyöstä yli kymmenen vuotta, mutta mukana oli myös vähemmän työkokemusta omaavia hoitajia. Jaoinme vastaajat kolmeen ikäluokkaan matriisissa olleiden luokitusten mukaisesti: 25–37-vuotiaat (22,2%), 38–50-vuotiaat (55,6%) ja 51–63-vuotiaat (22,2%).

Tulokset ovat samansuuntaisia kuin vuosi sitten tehdyssä alkutilanteen kartoituksessa, osa-alueet olivat jakautuneet samoin heikoimman ja parhaimman osalta. Kehitystä oli tapahtunut kaikissa yksilöllisen hoidon osa-alueissa. Suurin muutos oli tapahtunut henkilökohtaisen elämäntilanteen kartoituksessa, ero vuoden 2010 ja 2011 tutkimustulosten välillä oli 0,67. Kokonaisuudessaan yksilöllinen hoito oli kehittynyt vuoden aikana 0,40 Likertin asteikolla. Halusimme pitää alkutilanteen kartoituksen ja loppumittauksen tutkimuksien tulosten vertailun mahdollisimman selkeänä ja helppolukuisena, joten emme lähteneet erikseen taulukoimaan kaikkia tuloksia.

Tulokset antavat tukea asetetulle hypoteesille, että yksilöllinen hoito on parantunut vuoden aikana. Hypoteesin toteutumiseen on vaikuttanut varmasti se, että Liittyvä Voima -hankkeen aikana on tehty toimintakyvyn ja toimintaympäristön arviointiin ja kehittämiseen useita erilaisia kumppanuustekoja. Teot ovat tuottaneet hyödynnettävissä olevaa tietoa ja ideoita potilaan toimintakyvyn edistämiseksi ja näin ollen myös yksilöllisen hoidon edistämiseksi. Osastolla on ollut muun muassa erilaisia kuntoutussuun-

nitelman laatimisia ja toteuttamisia moniammatillisena tiiminä sekä uusien potilaita aktivoivien toimintakulttuurien etsimistä. Lisäksi on tehty konkreettisia muutoksia toimintaympäristöön. Valaistusta on parannettu, päiväsalia on pelkistetty ja sinne on lisätty muun muassa askartelu tarvikkeita ja pelejä, käytävälle on tehty niin sanottu kuntorata potilaita varten, kylpyhuoneita ja wc-tiloja on pelkistetty sekä opaskylttejä on suurennettu. Osaston toimintaperiaatteiden ja toimintakyvyn edistämiseksi toimintaterapia- ja geronomiopiskelijoista koostunut innovaatioprojektiryhmä ehdotti julisteiden laatimista osastojen seinille, jolloin teema olisi muistuttamassa kaikkia kuntouttavan työskentelytavan tavoitteista.

Osastoilla on ollut myös useita kumppanuuskokouksia potilaan toimintakykyyn liittyen, joissa on ollut moniammatillinen edustus molemmista organisaatioista, Espoon sairaalasta sekä Metropolia Ammattikorkeakoulusta. Kokousten tarkoitus on ollut suunnitella ja viedä kumppanuudessa syntyneitä erilaisia toimintakyvyn edistämiseen tähtääviä tekoja eteenpäin. Kokouksissa jokaisella on ollut mahdollisuus tuoda esille omia näkökulmia, kokemuksia ja mielipiteitä sekä jokaisen asiantuntemusta on kunnioitettu ja siihen on luotettu. Tukena henkilökunnan sitouttamiseksi käytännön muutoksiin on käytetty coachausta; muun muassa potilaan näkökulman avaamiseksi käytettiin mielikuva-harjoitusta.

6.2.1 Jatkotutkimus- ja kehittämisideat

Opinnäytetyömme ja aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan todeta, että yksilöllisen hoidon osa-alueista potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioiminen toteutuu heikoiten. Yksilöllistä hoitoa tutkittaessa hoitajat ja potilaat ovat kokeneet henkilökohtaisen elämäntilanteen jääneen vähimmälle huomiolle sekä Liittyvä Voima -hankkeen kolmannen osaprojektin opinnäytetöissä (Ottelin – Pulkka 2010; Backman-Sappinen – Sihvo 2011) että Suhosen ym. (1999; 2003; 2007; 2010) tutkimuksissa. Näin ollen juuri potilaan henkilökohtaiseen elämäntilanteeseen tulisi tulevaisuudessa kohdistaa tutkimuksia ja siihen tulisi kiinnittää enemmän huomiota, erityisesti perheen osallistumisen mahdollistamiseen. Tulevaisuudessa voitaisiin tutkia omaisten arviota siitä, miten he kokevat osallistuvansa potilaiden hoitoon ja millaista tukea he saavat hoitajilta osallistumiseensa. Tällä hetkellä tutkittua tietoa yksilöllisestä hoidosta hoitaji-

en näkökulmasta on hyvin vähän, joten aihetta voisi tutkia lisää. Tutkimukset voidaan toteuttaa esimerkiksi opinnäytetöinä.

Henkilökohtaisen elämäntilanteen kartoittamiseen voitaisiin kehittää esimerkiksi kaavake, joka täytettäisiin potilaan tullessa osastolle. Kaavake toimisi pohjana yksilöllisen hoidon suunnittelulle. Päätöksenteon kontrolli osiossa heikointen toteutui ja arvioitiin toteutuvan potilaiden peseytymisaikojen mahdollistaminen. Pohdimme että osa syynä tähän on osastoilla pesutilojen vähäisyys potilaiden määrään nähden. Elämäntilanteen kartoittaminen -kaavakkeeseen voisi lisätä kohdan, jossa kysytään potilaan peseytymistottumuksista esimerkiksi mieluisaa peseytymisajankohtaa.

6.3 Oppimisprosessi

Aloitimme opinnäytetyömme tekemisen tammikuussa 2011. Työn tekoa aloittaessa aihe ja tutkimusmenetelmä tuntuivat hankalasti lähestyttäviltä. Tuntui, ettemme päässeet etenemään itse työn teossa, sillä voimia meni kovasti jo itse opinnäytetyön vaiheiden ymmärtämiseen. Ymmärsimme opinnäytetyön teon vaativan tekijöiltä runsaasti kypsyttä ja oma-aloitteisuutta.

Kun aihe tuli meille selkeämmäksi, lähdimme keräämään tausta-aineistoa. Tutustuimme aihetta käsitteleviin tutkimuksiin ja artikkeleihin. Melkein kaikissa tiedonhauissa löysimme Riitta Suhosen tekemiä tutkimuksia. Tutustuimme Suhosen kehittämään yksilöllisen hoidon teoriaan, jonka jälkeen oli selkeämpää jatkaa työn tekoa. Yksilöllisen hoidon teoriaa tuli käsiteltyä ja pohdittua monesta eri näkökulmasta. Työn teko pitkällä aikavälillä mahdollisti aiheen syvällisemmän tarkastelun, tämä teki opinnäytetyön teosta mielekästä ja antoisaa.

Syyskuussa 2011 tutkimustulokset saatuamme aiheen tärkeys korostui ja koimme tekemämme jotain konkreettista ja hyödyllistä. Tulosten analysoiminen oli meille uutta, mutta suhteellisen helposti tehtävää, sillä saimme käyttää valmista matriisipohjaa analysoimisessa. Kuitenkin tarvitsimme analysointiin apua, jota kiitettävästi saimmekin koulumme tietotekniikan opettajilta. Teoriapainotteisen alun jälkeen tuntui hyvälle saada vihdoin tuloksia. Tuloksiemme vertailu aikaisempaan 2010 kerättyyn aineistoon oli mie-

lenkiintoista, tulosten muuttuminen parempaan suuntaan tuntui tuovan hienon päätöksen työllemme.

Laajaa työtä kirjoittaessa tulee helposti sokeaksi omalle tekstilleen, ja näin kävi myös meidän kohdallamme. Saimme tähän apua opinnäytetyön seminaareissa, ohjauskerroilla ja luetuimme tekstiä myös ulkopuolisilla. Prosessiluontoinen työskentelytapa oli meille uutta, mutta huomasimme sen antavan hyvän kokonaiskuvan eri vaiheista. Pitkäaikainen prosessi opettaa tekijälleen uusia asioita ja kehittää aiemmin opittuja taitoja, se vaatii kaikilta pitkäjänteisyyttä ja kykyä sietää painetta ja epäonnistumisia.

Yhteistyön tärkeys ja informaation kulku korostuu työskenneltäessä kolmin. Aikataulujen yhtensovittaminen oli ajoittain hankalaa. Teimme kuitenkin lähes koko työn yhdessä, emme juuri jakaneet töitä keskenämme. Tämä mahdollisti yhtenäisen tekstin syntymisen ja antoi kaikille tilaisuuden kertoa mielipiteensä. Ryhmänä toimimme hyvin yhteen ja täydensimme toinen toistemme osaamista. Toisinaan mielipiteet asioista erivät ja yhteisymmärrykseen pääseminen vaatii toisen huomioonottamista. Ryhmätyöskentelytaidot ja oman kantansa esille tuominen on harjaantunut huimasti opinnäytetyötä tehdessä.

Koimme opinnäytetyön tekemisen ammatillisuutemme kasvamisen vuoksi tärkeäksi. Prosessin aikana kohtasimme monia asioita, joita voimme tulevaisuudessa hyödyntää omassa työssämme, kuten tutkitun tiedon hyödyntäminen ja yksilöllisen hoidon toteuttaminen. Kynnys ottaa vastaan tulevaisuudessa haastavia tehtäviä, on madaltunut. Opinnäytetyömme aihe on selvästi tärkeä, sillä yksilöllisen hoidon vaikutukset potilaan terveydentilaan olivat tutkimusten mukaan merkityksellisiä. Myös Liittyvä Voima -hanke voi hyödyntää työtämme ja parantaa potilaan yksilöllisen hoidon toteuttamista kohdeorganisaatioissaan.

LÄHTEET

- Backman-Sappinen, Teija – Sihvo, Sari 2011. Hoitajien näkemykset yksilöllisen hoidon toteutumisesta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Gustafsson, Marja-Liisa – Leino-Kilpi, Helena – Suhonen, Riitta 2009. Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät - hoitohenkilöstön näkökulma. Tutkiva Hoitotyö vol. 7 (4).
- Heikkilä, Tarja. 1999. Tilastollinen tutkimus. Edita. Helsinki.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Tammi. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.
- Jenkins, K – Bennett, L – Lancaster, L – O´Donoghue, D – Carillo, F 2002. Improving the nurse-patient relationship: a multi-faceted approach. Abstract. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12371740>>. Verkkodokumentti. Luettu 22.9.2011.
- Kangasniemi, Mari 2008. Tasa-arvo - moniulotteinen hoitotyön käsite. Tutkiva Hoitotyö 6 (3).
- Kesseli, Heidi – Manner, Katriina 2007. Potilaiden kokemuksia fyysisen hoitoympäristön esteettisyydestä, yksilöllisyydestä ja turvallisuudesta neurologisella kuntutusosastolla. Opinnäytetyö. Seinäjoki: Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 §3. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Verkkodokumentti. Luettu 22.3.2011
- Liittyvä voima. <<https://wiki.metropolia.fi/display/liittyvavoima/Etusivu>> Verkkodokumentti. Luettu 17.2.2011.
- Lähihoitajan eettiset ohjeet. http://www.superliitto.fi/datafiles/tiedosto_ja_teksti_fi/510_eettiset_su_net.pdf. Verkkodokumentti. Luettu 5.4.2011
- Makkonen, Anne – Hupli, Maija – Suhonen, Riitta 2010. Potilaiden näkemys hoidon yksilöllisyydestä ajanvarauspoliklinikalla. Hoitotiede 22 (2).
- Nuutinen, Hanna-Leena – Raatikainen, Ritva 2005. Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Hoitotiede 17 (3).
- Ottelin, Milla – Pulka, Mari 2010. Yksilöllinen hoito potilaan näkökulmasta – osastohoidon aikana. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/. Verkkodokumentti. Luettu 5.4.2011

Suhonen, Riitta 2002. Individualised care from surgical patient´s point of view. Developing and testing a model. Annalesuniversitatis Turkuensis D523. Turun yliopisto. Painosalama Oy. Turku.

Suhonen, Riitta 2003. Potilaan yksilöllinen hoito. Tutkiva hoitotyö vol.1(1).

Suhonen, Riitta – Gustafsson, Marja-Liisa – Lamberg, Eija – Välimäki, Maritta – Katajisto, Jouko – Leino-Kilpi, Helena. 2010. Yksilöllisen hoidon teoria- Ammatillinen hoitoympäristö ja sairaanhoitajan autonomia osana teoriaa. Hoitotiede 22(3).

Suhonen, Riitta – Hupli, Maija – Välimäki, Maritta – Leino-Kilpi, Helena 2009. Yksilöllinen hoito ja siihen yhteydessä olevat tekijät – esimerkki hoitotieteen teoria- muodostuksesta empiirisen tutkimuksen avulla. Hoitotiede 21 (2).

Suhonen, Riitta – Leino-Kilpi, Helena 2010. Yksilöllisyys hoitotyössä - edelleen ajankohtainen periaate. Pro terveys 1.

Suhonen, Riitta – Puro, Markku – Leino-Kilpi, Helena 2006. Yksilöllisyys terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti.
<<http://www.fimnet.fi.ezproxy.metropolia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2006/SLL412006-4251.pdf>>. Verkkodokumentti. Luettu 23.8.2011.

Suhonen, Riitta – Välimäki, Maritta – Katajisto Jouko 1999. Yksilöllinen hoito potilaiden kokemana. Hoitotiede 11 (5).

Suhonen, Riitta – Välimäki, Maritta – Katajisto, Jouko – Leino-Kilpi, Helena 2007. Yksilöllisellä hoidolla tyytyväisyyttä ja elämänlaatua ortopedisille potilaille. Hoitotiede 19 (6).

Suhonen, Riitta – Välimäki, Maritta – Leino-Kilpi, Helena 2008. A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. Journal of Clinical Nursing.
<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=15&sid=e3e6cff4-3b0e-49ba-8c3e-8ed874582d1c%40sessionmgr15&vid=13>>. Verkkodokumentti. Luettu 3.3.2011.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. <<http://www.tenk.fi/>>. Verkkodokumentti. Luettu 3.4.2011.

Tutkimus menetelmien pyönteissä 2005. Räsänen, Pekka – Anttila, Anu-Hanna – Melin, Harri (toim.). Tutkimus menetelmien pyönteissä. PS –kustannus.



TUTKIMUSLUPA



TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Espoon sosiaali- ja terveystoimen esikunta/kehittämisyksikkö myöntää tutkimusluvan 23.5.2011 saapuneen tutkimuslupa-anomuksen mukaisesti.

Hakija/Yhdyshenkilö: Emma Majamäki

Aihe: Hoitajien näkemys yksilöllisestä hoidosta ja sen toteuttamisesta osastoilla - Loppumittaus

Edellytyksenä on, että tutkimuksen suorittaja/t eivät käytä saamiaan tietoja asiakkaan/potilaan tai hänen läheistensä vahingoksi eivätkä luovuta saamiaan henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pitävät ne salassa.

Tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Lisäksi on noudatettava henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä olevia tutkimusrekisteröintiä koskevia säännöksiä.

Edellyttämme, että tutkija/yhdyshenkilö lähettää sosiaali- ja terveystoimen kehittämisyksikön sähköpostiosoitteeseen sotet_tutkimusluvut@espoo.fi lopullisen tutkimusraportin.

Espuussa 27.5.2011

Feva Honkanummi
va. kehittämispäällikkö

LIITTYVÄ VOIMA

Arvoisa Espoon sairaalan työntekijä

Olemme sairaanhoidon opiskelijoita Helsingin Metropolia ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä yksilöllisen hoidon toteutumisesta hoitajan kokemana. Osastoillenne on aiemmin syksyllä 2010 tehty samanlainen kysely, mutta nyt toteutamme tutkimuksen loppukyselyn. Vertailemme tuloksia aikaisempaan tutkimukseen ja tutkimme onko tapahtunut muutosta.

Pyydämme teitä osallistumaan vastaamalla oheisiin hoidon yksilöllisyyttä koskeviin kyselylomakkeisiin. Osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastaukset palautetaan suljetussa kirjekuoressa osastonhoitajalle. Tutkimukselle myönnetty asianmukainen tutkimuslupa.

Kysely on osa Liittyvä Voima- hanketta, jonka tarkoituksena on kehittää Espoon sairaalan turvallista lääkehoitoa, kotiutumista ja potilaan toimintakykyä edistäviä toimintamalleja. Hanke toteutetaan yhdessä Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Espoon sairaalan kanssa aikavälillä 1/2010-12/2011.

Tulokset esitetään niin, että vastaajien anonymiteetti säilyy. Tulokset tullaan esittämään julkaisuissa ja seminaareissa. Palautettu kyselylomake tulkitaan tietoiseksi suostumukseksi tutkimukseen.

Kiitos suuresta avusta ja vaivannäöstä hoitotyön kehittämisen eteen!

Sairaanhoitajaopiskelijat

Anni Lehtikangas
p. XXXX

Johanna Mellais
p. XXXX

Emma Majamäki
p. XXXX

Toini Harra
Liittyvä Voima-hanke
Projektipäällikkö
p. XXXX

Sirpa Immonen
Liittyvä Voima- hanke
Projektipäällikkö
p. XXXX

Merja Reijonen
LiittyväVoima- hanke
Projektipäällikkö
p. XXXX





Metropolia Ammattikorkeakoulu
Espoon kaupunki
Liittyvä Voima

HOITAJAN TAUSTATIETOLOMAKE

Olkaa hyvä ja vastatkaa jokaiseen kysymykseen sille varattuun tilaan.

1. Ikä _____ vuotta

2. Koulutus

Ympyröi Sinua koskevat vaihtoehdot

1. Perushoitaja
2. Sairaanhoidaja, opistoaste
3. Erikoissairaanhoidaja
4. Sairaanhoidaja, amk
5. Yliopisto- tai korkeakoulututkinto

mikä _____

6. Muu, mikä? _____

3. Työkokemus hoitotyössä _____ vuotta _____ kk

4. Työkokemus nykyisellä osastolla _____ vuotta _____ kk

5. Osasto

1. Jorvi TK1
2. Puolarmetsä 2D