

# POTILAIKEN YKSILÖLLINEN HOITO

Hoitohenkilökunnan kokemana



Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö  
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, YAMK

kevät 2022

Piia Huhtala

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Tekijä Piia Huhtala

Työn nimi Potilaan yksilöllinen hoito, hoitohenkilökunnan kokemana

Ohjaaja Mervi Lepistö

Tiivistelmä

Vuosi 2022

---

Tutkimusten mukaan yksilöllinen hoito parantaa hoitotyön laatua, nopeuttaa potilaiden kuntoutumista ja lisää hoitajien työhyvinvointia. Laissa potilaan oikeuksista korostetaan myös, että kaikkia potilaita on hoidettava yksilöllisten periaatteiden mukaan. Potilaan yksilölliseen hoitoon vaikuttavat potilaasta itsestään lähtöisin olevien seikkojen lisäksi hoitajasta sekä organisaatiosta lähtöisin olevia tekijöitä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten hoitajat kokivat potilaan yksilöllisen hoidon toteutuvan työskentelyssään perusterveydenhuollon osastolla. Tutkimus toteutettiin määrällisenä Webropol-kyselynä, jonka pohjana käytettiin professori Riitta Suhosen kehittämää ICS-nurse mittaria.

Tutkimus toteutettiin Päijät-Soten perusterveydenhuollon osastojen henkilöstölle (N=207) jotka kuuluvat ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus toimialan alla toimivaan geriatriseen osaamiskeskukseen. Geriatrian osaamiskeskuksen laatulupauksessa asiakkaille luvataan toteuttaa hoitoa ja kuntoutusta yksilöllisesti. Kyselyyn vastasi 66 hoitajaa (31,8%).

Tutkimustulosten mukaan potilaan yksilöllinen hoito toteutui hoitohenkilöstön mukaan hyvin. Parhaiten yksilöllinen hoito toteutui potilaan kliinisen tilanteen hoidossa. Lähes yhtä hyvin potilaan yksilöllisyys huomioitiin päätöksenteon kontrollissa. Heikoiten yksilöllinen hoito toteutui potilaan elämäntilanteen huomioimisessa, joten jatkossa siihen tulee kiinnittää eniten huomiota.

Pidemmän työkokemuksen omaavat hoitajat kokivat yksilöllisyyden toteutuvan paremmin kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavat hoitajat. Yksilöllisen hoidon merkitystä olisikin hyvä korostaa opiskelijoille jo koulussa. Tällöin he heti uransa alusta lähtien ymmärtäisivät yksilöllisen hoidon merkityksen niin potilaalle, kuin myös hoitajille sekä organisaatiolle, jossa toimitaan. Yksilöllisestä hoidosta on toteutuessaan hyötyä kaikille osapuolille.

Avainsanat yksilöllinen hoito, asiakaslähtöisyys, itsemääräämisoikeus, osallisuus, ics-mittari

Sivut 55 sivua ja liitteitä 9 sivua

Social and health care development and management

Abstract

Author Piia Huhtala

Year 2022

Subject Patients individualized care from the perspective of carers

Supervisors Mervi Lepistö

---

According to research, individualized care guarantees the quality of nursing work speeds up the rehabilitation of patients and increases the well-being of nurses at work. The patient rightsact also emphasizes that all patients must be treated according to individual principles. In addition to the patient's own factors the patient's individual care is influenced by factors from the carers and the organisation.

The aim of the thesis was to find out how carers felt that individual patient care was implemented in their work in the primary care department. The study was conducted as a quantative Webropol survey based on the ICS-nurse meter developed by professor Riitta Suhonen.

The study was carried out for the staff of Päijät Sote's primary health care departments (n=207) who belong to the geriatric competence cente under the industry for the services and rehabilitation of the elderly. The qualitypromise of the Geriatric centre of expertise promises customers to carry out treatment and rehabilitation individually. 66 nurses (31,8%) responded to the survey.

According to the results of the study, the patient's individual treatment was well implemented, according to the carers. Individual treatment was best achieved in the treatment of the patient's clinical condition. Almost as well the individuality of the patient was taken into account in decision-making control. The weakest individual treatment was realized in terms of the patient's life situation, so in the future most attention should be paid to it.

Carers with longer work experience felt that individuality was better than carers with shorter work experience. The importance of individual care should be emphasized to students already at school. In this case they would understand the importance of individual care for the patient as well as for the caregivers and the organisation in which they operate. When implemented, individual treatment benefits all parties.

Keywords individualized care, patientcentered care, self-determionation, participation, individualized care scale

Pages 55 pages and appendices 9 pages

## Sisällys

1	JOHDANTO.....	1
2	TEOREETTINEN VIITEKEHYS .....	2
2.1	Päijät-Soten organisaatio .....	2
2.2	Geriatrinen osaamiskeskus .....	4
2.3	Perusterveydenhuollon osastot geriatrisessa osaamiskeskuksessa.....	5
2.4	Yksilöllinen hoito .....	6
2.4.1	Yksilölliseen hoitoon vaikuttavat tekijät .....	7
2.4.2	Potilaasta lähtöisin olevat tekijät .....	8
2.4.3	Hoitajasta lähtöisin olevat tekijät .....	9
2.4.4	Organisaatiosta lähtöisin olevat tekijät .....	10
2.5	Itsemääräämisoikeus .....	11
2.5.1	Potilaan ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden tukeminen Päijät-Sotessa .....	11
2.6	Potilaan oikeudet .....	12
2.7	Asiakaslähtöinen toiminta .....	13
2.8	Osallisuus .....	14
2.9	Aikaisemmat tutkimukset .....	15
3	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS .....	19
3.1	Tutkimuskysymykset .....	19
3.2	Tutkimuksen kohde ja tutkimuksen toteutus .....	20
4	TUTKIMUSMETODOLOGIA .....	22
4.1	Kvantitatiivinen tutkimus .....	22
4.2	ICS-Mittari .....	23
4.3	Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti .....	24
4.4	Tutkimusetiikka .....	25
5	TUTKIMUSTULOKSET .....	26
5.1	Taustatiedot .....	26
5.2	Hoitajien kokemus potilaiden yksilöllisestä hoidosta .....	29
5.2.1	Potilaan yksilöllinen hoito kliinisen tilanteen hoidossa hoitajan kokemana .....	29

5.2.2	Potilaan yksilöllinen hoito klinisen tilanteen hoidossa hoitajan kokemana viimeisen työvuoron aikana .....	30
5.2.3	Yksilöllinen hoito potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen hallinnassa .....	31
5.2.4	Yksilöllinen hoito potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen hallinnassa viimeisen työvuoron aikana .....	32
5.2.5	Yksilöllinen hoito potilaan päätöksenteon kontrollissa hoitajan kokemana .....	34
5.2.6	Yksilöllinen hoito potilaan päätöksenteon kontrollissa hoitajan kokemana viimeisen työvuoron aikana .....	35
5.3	Johtopäätökset.....	36
6	POHDINTA.....	39
6.1	Tutkimuksen eettinen pohdinta .....	40
6.2	Jatkotutkimusaiheita.....	41
6.3	Opinnäytetyöntekijän matka .....	43
	Lähteet.....	44

## **Kuvat ja taulukot**

Kuva 1.	Organisaatiokaavio (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä, 2017) .....	3
Kuva 2.	Yksilöllisen hoidon kehys ja siihen vaikuttavat tekijät .....	8
Kuva 3.	Tutkimukseen osallistuneiden osastojen vastausprosentit.....	27
Kuva 4.	Vastaajien työkokemus hoitoalalta.....	28
Taulukko 1.	Tutkimukseen osallistuneiden osastojen vastausprosentit sekä vastaajamäärät.....	27
Taulukko 2.	Potilaan kliininen tilanne hoitajien arvioimana.....	31
Taulukko 3.	Potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioiminen.....	34
Taulukko 4.	Potilaan päätöksenteon kontrolli hoitajien kokemana.....	36

## **Liitteet**

- Liite 1 Lupa ICS-mittarin käyttöön
- Liite 2 Tutkimuslupa
- Liite 3 Saatekirje

## 1 JOHDANTO

Potilaiden laadukas hoito on ollut terveydenhuollossa tärkeää aina. Potilaiden yksilöllinen hoito on yksi tärkeä osa laadukkaasti toteutettavaa hoitotyötä ja jo lainsäädännössä on määritelty, että potilaita tulee hoitaa yksilöllisesti. Aihetta on tutkittu paljon ympäri maailmaa ja näiden tutkimusten perusteella potilaiden yksilöllisestä hoidosta on hyötyä niin potilaille kuin myös hoitajille. Hoitajien tekemä työ liittyy siis kiinteästi terveydenhuollon laadun arviointiin.

Yksilöllisen hoito kuuluu monen sairaanhoitopiirin arvoihin, ja potilaat sekä omaiset osaavat nykyään myös vaatia yksilöllistä ja laadukasta hoitoa. Julkisen sektorin lisäksi myös yksityisten palveluntarjoajien määrä on lisääntynyt terveydenhuollon palveluissa, tämä on tuonut yksilöllisestä hoidosta myös yhden lisäarvon alan yrityksille.

Potilaan hoito on hyvin laaja käsite ja sen osa-alueet myös. Hoitajien tulee ottaa huomioon monta asiaa, itse kliinisten hoitotoimenpiteiden lisäksi. Juuri näillä muilla seikoilla onkin suurempi merkitys potilaalle, toisen ihmisen aito kohtaaminen ja käyttäytyminen jäävät tilanteesta päällimmäisenä mieleen. Potilaan aiemmalla elämällä on merkitystä hänen tämän hetkiseen tilaansa, ja sen ymmärtäminen lisää kokonaiskuvan muodostamista. Omaisten merkitys saattaa olla myös tärkeä ja heiltä saatava tieto potilaasta voi olla tärkeää.

On tärkeää, että potilaiden kokemaa yksilöllistä hoitoa tutkitaan. Tutkimuksista saadun tiedon avulla, osataan kiinnittää huomiota oikeisiin seikkoihin ja kehittää hoitotyötä oikeaan suuntaan. (Suhonen,ym., 2011)

Yksilöllistä hoitoa voi tarkastella niin potilaan kuin hoitajankin näkökulmasta. On tehty tutkimuksia, joissa samalla mittarilla on tutkittu molempien osapuolien näkemyksiä asiasta. Tässä tutkimuksessa on tarkoitus keskittyä hoitajien näkemykseen asiasta. Tutkimus toteutetaan Päijät-Soten perusterveydenhuollon osastoilla (N=7) työskentelevälle hoitohenkilöstölle, joka koostuu lähi- ja sairaanhoitajista. Osastot ovat profiloituneet hoitamaan erilaisia potilaita, jotka saapuvat erikoissairaanhoidon osastoilta, päiwytyksestä tai suoraan kotoa.

Päijät-Sotessa toimiva geriatrinen osaamiskeskus, jossa perunterveydenhuollon osastot sijaitsevat, on tehnyt asiakkailleen laatulupauksen, jossa korostetaan potilaiden aktiivista roolia niin hoitosuunnitelman laadinnassa kuin myös toteutuksessa. Hoitosuunnitelma pyritään laatimaan yksilöllisesti ottaen huomioon kyseisen yksilön omat voimavarat. Myös läheisten osallistumista hoitoon/kuntoukseen korostetaan. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä-geriatrinen osaamiskeskus, 2021)

Tässä opinnäytetyössä käytetään rinnakkain termejä potilas, kuntoutuja ja asiakas sekä asiakaslähtöisyys ja potilaslähtöisyys. Sanoilla tarkoitetaan asiayhteydessä samaa tarkoittavaa asiaa, mutta katsontakanta on asiayhteyksissä eri, sanoja potilas ja kuntoutuja käytetään lähinnä sairaalamaailmassa.

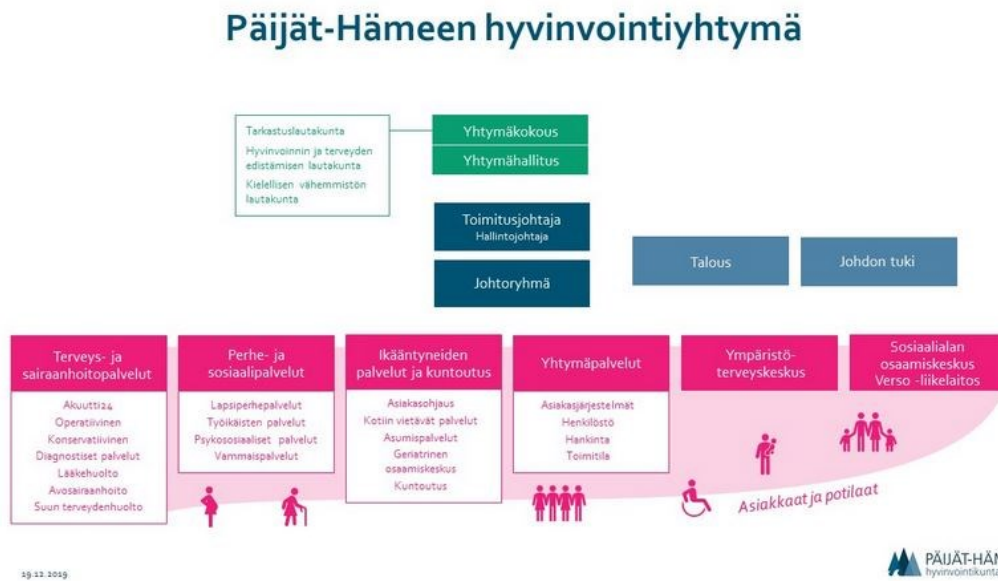
## **2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS**

### **2.1 Päijät-Soten organisaatio**

Päijät-sote, entiseltä nimeltään Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä, koostuu kuudesta toimialasta, jotka ovat ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus, terveys- ja sairaanhoitopalvelut, perhe- ja sosiaalipalvelut, strategia- ja tukipalvelut, ympäristö terveystakeskus sekä sosiaalialan osaamiskeskus Verso, joka on liikelaitos muista poiketen. Toimialat ovat jakaantuneet vielä pienempiin tulosalueisiin, kuten kuvassa organisaatiokaavio kuvataan. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän organisaatio, 2019.)



Kuva 1. Organisaatiokaavio (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä, 2017)



Kuntayhtymä on kuntien omistama julkinen organisaatio. Sen omistajakuntia ovat: Asikkala, Hartola, Hollola, Heinola, Iitti, Kärkölä, Lahti, Myrskylä, Orimattila, Padasjoki, Pukkila ja Sysmä. Yhtymä tarjoaa erikoissairaanhoitopalvelut kaikille omistajakunnilleen, mutta Sysmä ja Heinola ovat toistaiseksi ottaneet perusterveydenhuollon itsenäiseksi, oman kunnan järjestämäksi palveluksi. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän organisaatio, 2019.)

Päijät-Sote on toiminut nykyisessä organisaatiomuodossa vuoden 2017 alusta lähtien. Sitä ennen yhtymä oli jakaantunut eri osa-alueisiin omistajakuntiensa mukaan, jotka taas puolestaan muodostivat omia toimialueitaan. Organisaatiomuutoksen yhteydessä terveyskeskusten vuodeosastotoimintoja muokattiin ja toimintaa keskitettiin. Tämän muutoksen jälkeen perusterveydenhuollon vuodeosastotoimintaa jäi Lahteen Salpauselän kuntoutussairaala Jalmariin sekä Orimattilaan. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, 2014, ss. 24-35) Yhtymässä työskentelee tällä hetkellä yhteensä noin 6200 työntekijää.

Sotesopimus, joka astui voimaan 1.9.2021 muuttaa tulevaisuudessa Päijät-soten omistajakuntien koostumusta. Uudistuksen myötä sosiaali- ja terveystalouden sekä pelastoimen järjestäminen siirtyy 1.1.2023 alkaen kunnilta ja kuntayhtymiltä

hyvinvointialueiden tehtäväksi. Päijät-Hämeessä muutos ei ole niin suuri, kuin ehkä jossain muualla, koska täällä palvelut on järjestetty jo ennenkin kunnan ulkopuolisena toimintana. Sote-uudistuksen yhtenä tavoiteena on luoda palveluita kuntalaisten yksilöllisiin tarpeisiin. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä, 2021)

Yhtymän toiminta-ajatuksena on tuottaa laadukkaita sosiaali- ja terveydenhuollon sekä ympäristöterveydenhuollon palveluja yli 212 000 asukkaalle Päijät-Hämeessä. Yhtymä on maakunnan suurin alan toimija ja työnantaja. Yhtymän arvoja ovat: yhdessä tehden ihmisestä välittäen ja rohkeasti uudistuen. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän strategia, 2017)

## **2.2 Geriatriinen osaamiskeskus**

Perusterveydenhuollon osastot kuuluvat ikääntyneiden palvelut- ja kuntoutus toimialan alla olevaa geriatriiseen osaamiskeskukseen. Toimiala on jaettu tulosalueisiin, jotka ovat kotiin vietävät palvelut, asumispalvelut sekä geriatriinen osaamiskeskus, johon vuodeosastotoiminta kuuluu. Perusterveydenhuollon osastoja on tällä hetkellä yhdeksän, ja ne sijaitsevat Lahdessa Jalmarin kuntoutussairaalassa sekä Orimattilassa. Kaikki osastot ovat profiloituneet joko päivystys ja akuuttihoitoon, kuntoutukseen, muistisairauksiin, käytöshäiriöihin, infektioihin ja saattohoitoon. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä-geriatriinen osaamiskeskus, 2021)

Geriatriksen osaamiskeskuksen osastoilla potilaspaikkoja on yhteensä 241. Jalmarin kuntoutussairaalan osastojen potilaspaikkamäärä vaihtelee 20-33 välillä ja Orimattilan osastolla potilaspaikkoja on 42. Hoitohenkilöstöä (lähihoitajat ja sairaanhoitajat) geriatriisessa osaamiskeskuksessa työskentelee noin 250, näiden lisäksi henkilökuntaan kuuluu muunmuassa lääkäreitä, kuntoutushenkilökuntaa ja sihteereitä.

Geriatriinen osaamiskeskus on tehnyt laatulupauksen asiakkailleen. Siinä luvataan asettaa hoidolle/kuntoutukselle tavoitteet yhdessä kuntoutujan/potilaan kanssa. Hoito ja kuntoutus toteutetaan joustavasti, moniammatillisesti ja yleisesti hyväksytyjen menettelytapojen mukaisesti huomioiden potilaan voimavarat ja yksilölliset tarpeet. Potilaan/kuntoutujan sekä

hänen läheistensä aktiivista roolia sekä osallistumista hoitoon korostetaan ja kaikille pyritään järjestämään suunnitelmallinen ja turvallinen kotiutus. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä-geriatriinen osaamiskeskus, 2021).

### **2.3 Perusterveydenhuollon osastot geriatriassa osaamiskeskuksessa**

Tutkimukseen osallistuu seitsemän geriatriksen osaamiskeskuksen osastoa. Tämän lisäksi tutkimukseen osallistuu myös näillä osastoilla työskentelevä varahenkilöstö. Seuraavassa luettelossa osastot esitellään.

- Orimattilan osastolla potilaspaikkoja on yhteensä 42. Osasto on jaettu kahteen erilliseen yksikköön (osastot 1 ja 2), joissa molemmilla on 21 potilaspaikkaa. Molemmilla osastoilla on yksi neljän hengen potilashuone ja tämän lisäksi kahden ja yhden hengen huoneita. Henkilöstö osastoilla on yhteinen ja työskentelee osittain molemmilla osastoilla. Osastolla hoidetaan erikoissairaanhoidon osastoilta tai päivystyksestä saapuvia aikuisia akuutisti sairastuneita potilaita. Osastolla hoidetaan myös saattohoitopotilaita.
- Osastolla J21 potilaspaikkoja on yhteensä 33. Potilaat saapuvat osastolle erikoissairaanhoidon osastoilta sekä päivystyksestä. Osastolla on yhden ja kahden hengen huoneita.
- Osastolla J22 potilaspaikkoja on yhteensä 33. Potilaat saapuvat osastolle erikoissairaanhoidon osastoilta sekä päivystyksestä. Osastolla on yhden ja kahden hengen huoneita.
- Osasto J31 on profiloitunut hoitamaan infektio- ja haavahoitopotilaita. Potilaat saapuvat osastolle erikoissairaanhoidon osastoilta sekä päivystyksestä. Potilaspaikkoja on yhteensä 30. Osastolla on yhden ja kahden hengen huoneita.
- Osastolla J32 diagnosoidaan muistisairauksia, tutkitaan ja hoidetaan muistisairauksiin liittyviä käytösoireita sekä kuntoutetaan muistisairaita potilaita. Osastolla on 30 potilaspaikkaa ja potilashuoneissa on 1-2 potilasta.
- Osasto J20 sijaitsee kahdessa kerroksessa. Toisessa kerroksessa hoidetaan ja kuntoutetaan ensisijaisesti palveluasumiseen sijoitettavia potilaita ja kolmannessa kerroksessa hoidetaan ja kuntoutetaan vaikeasti käytösoireisia muistisairaita

potilaita. Potilaspaikkoja on yhteensä 26 ( 16+10) ja potilashuoneissa paikkoja on yhdelle ja kahdelle potilaalle.

- Osasto J12 on profiloitunut palliatiivisten – ja saattohoitopotilaiden hoitoon. Siellä toteutetaan palliatiivisen potilaan voimavaroja kunnioittavaa oireenmukaista hoitoa pehmeiden kuntouttavien hoitokäytäntöjen mukaisesti. Potilaspaikkoja osastolla on yhteensä 20 ja potilashuoneissa on 1-3 potilaspaikkaa.
- Osastojen henkilökunnan lisäksi tutkimukseen osallistuu varahenkilöstö, joka työskentelee näillä osastoilla. Varahenkilöstöön kuuluu tällä hetkellä 21 hoitajaa. Varahenkilöistä kolme työskentelee vain kuntoutuksen osastoilla ja 18 työskentelee muilla osastoilla. Varahenkilöstö paikkaa äkillisiä poissaoloja ja turvaa perusmiehistystä, jos osastolla on sille tarvetta.

## 2.4 Yksilöllinen hoito

Potilaan yksilöllistä hoitoa pidetään yleisesti hyvän hoidon kriteerinä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Finlex 785/1992) korostaa, että potilaan hoidossa on otettava huomioon mahdollisuuksien mukaan hänen äidinkieltensä, yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa. Hoidon laatua korostetaan, ja esimerkiksi ikäihmisten hoitoon on sosiaali- ja terveysministeri laatinut laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Laatusuosituksessa korostetaan iäkkäiden palveluiden yksilöllistä kohdentamista, jolloin palveluiden käyttö on myös tehokasta ja palvelee parhaiten palveluiden kohteena olevaa iäkästä ihmistä. Iäkkäissä ihmisissä on toimintakyvyltään, terveydentilaltaan ja taloudellisilta mahdollisuuksiltaan hyvin erilaisessa tilanteessa olevia henkilöitä, sekä myös eri kulttuureista sekä uskonnollisista taustoista tulevia sekä eri seksuaalivähemmistöjen edustajia. Samoja piirteitä on näkyvissä myös muissa ikäluokissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020)

Yksilöllisen hoidon keskiössä on ajatus siitä, että hoidon kohteena oleva ihminen on ainutlaatuinen yksilö (Edvardsson & Innes, 2010). Tätä korostetaan myös sairaanhoitajien

eettisissä ohjeissa, joissa korostetaan potilaan kohtaamista yksilönä, ja että häntä on hoidettava yksilöllisten tarpeiden mukaan. (Sairaanhoitajat, 2021)

Yksilöllinen hoito alkoi näkymään hoitotyön kirjallisuudessa 1950-luvulla. Siitä kirjoitettiin usein samassa yhteydessä potilaskeskeisen hoitotyön kanssa. Kirjoittajat kuitenkin tiedostivat, että se ei ehkä ollut vielä todellisuutta hoitotyössä, ennemminkin suunta, johon he toivoivat hoitotyön tulevaisuudessa menevän. (Suhonen, ym., 2019, s.19)

Potilaan yksilöllinen hoito on hänen kanssaan vuorovaikutuksessa tapahtuvaa toimintaa. Siinä potilaan yksilöllisyys mahdollistetaan ja hoitotoimet sovitetaan sen mukaan, minkälainen on potilaan sen hetkinen kliininen tilanne sekä elämäntilanne. (Suhonen, ym., 2019). Potilaiden saamaan yksilölliseen hoitoon vaikuttaa moni muukin asia, kuin vain potilaan ja hoitajan välinen toiminta. Ympäristönäkökohdat, kuten sisäinen työmotivaatio, kulttuuriset tekijät ja niiden tunnistaminen, käytännön työn hallinta, tiimityö ja hoitohenkilöstön keskinäiset suhteet ovat merkityksellisiä ja siitä syystä myös niihin tulisi kiinnittää huomiota. (Papastavrou, ym., 2015)

Sen lisäksi, että ihmisellä on oikeuksia saada laadukasta hoitoa, on hänellä myös velvollisuuksia omalta osaltaan toimia niin, että asiantuntijoiden kanssa yhdessä tehtyihin tavoitteisiin päästään. Asiakkaan tulee ottaa vastuuta omista toimistaan ja ymmärtää niiden merkitys omaan terveydentilaansa. (Virtanen, ym., 2011, s.32)

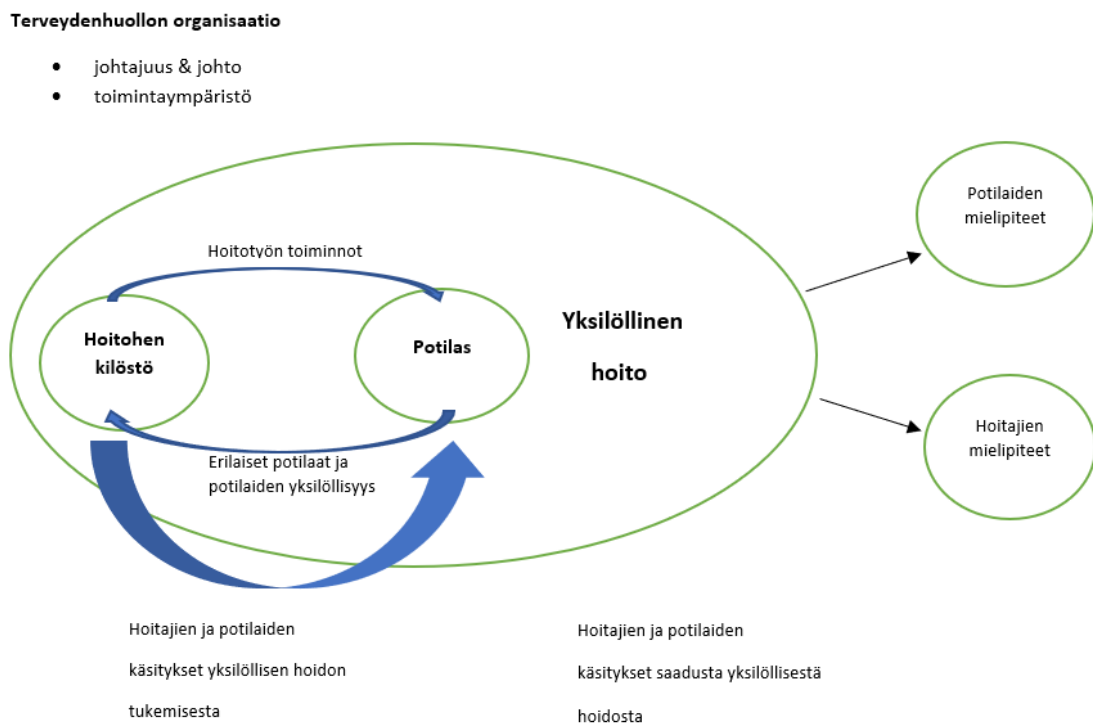
Yksilöllisellä hoidolla on tutkimusten mukaan hyötyä niin potilaille kuin hoitajillekin, sillä se parantaa hoitotyön laatua. Potilaille hyötyä on siinä, että saadessaan yksilöllistä hoitoa, he toipuvat nopeammin ja se parantaa heidän elämänlaatuaan, tästä seuraksena tietysti myös taloudellisesti positiiviset seikat. Hoitajille yksilöllinen hoito lisää työssä viihtymistä ja työhyvinvointia. (Theys, ym., 2021)

#### **2.4.1 Yksilölliseen hoitoon vaikuttavat tekijät**

Yksilölliseen hoitoon vaikuttavat monet eri tekijät. Jotta potilaan yksilöllistä hoitoa voidaan tutkia ja mahdollisesti edistää, tulee tuntea tekijät, jotka siihen vaikuttavat. (Köberich, ym.

2016.) Eniten on tutkittu potilaiden ja hoitajien näkökulmaa asiasta, mutta myös organisaatiolla on merkitystä asiaan. Oheisessa kuvassa (kuva 2) kuvataan eri osa-alueiden vaikutusta ja suhdetta toisiinsa. Kuva yksilöllisen hoidon kehys ja siihen vaikuttavat tekijät on muokailtu Suhonen, ym. (2019) kuvasta “Framework of the individualised care and factors associated”. (Suhonen, ym., 2019, s.16)

Kuva 2. Yksilöllisen hoidon kehys ja siihen vaikuttavat tekijät



#### 2.4.2 Potilaasta lähtöisin olevat tekijät

Potilaan toimintaan vaikuttavat sen hetkisen kliinisen tilanteen lisäksi myös moni henkilökohtainen asia. Potilaan menneisyydellä, sen hetkellä elämäntilanteella, arvoilla, asenteilla, omaisilla, tiedoilla ja taidoilla ja tietysti niihin liittyen päätöksen teon kontrollilla on merkitystä, miten potilas asioihin suhtautuu. Yksilöllistä hoitoa edistäviä tekijöitä potilaan omassa toiminnassa ovat muun muassa hoitomyönteisyys, halu parantua ja kyky vastaan ottaa tietoa ja tehdä päätöksiä. Potilaan yksilölliseen hoitoon vaikuttavat myös hänen oma motivoituneisuus oman sairautensa hoitoon ja kuntoutumiseen, aktiivisuus ja siihen liittyen

omatoimisuus, avoimuus kertoa omasta tilasta ja ajatuksista sekä kyky kommunikoida ja keskustella ja kysellä hoitohenkilökunnalta omaan tilanteeseensa liittyvistä asioista. (Kang, ym., 2020, s. 1703; Gustafsson, ym., 2009)

Myös itsearvioidulla terveydentilalla ja elämänlaadulla sekä potilaan omalla koulutustasolla on tutkittu olevan merkitystä potilaan kokemukseen saamastaan yksilöllisestä hoidosta. Mitä paremmaksi potilas kokee oman terveydentilansa, sitä yksilöllisemmäksi hän hoidon kokee. Oletuksena on, että tällöin he tarvitsevat vähemmän hoitajien apua ja kokevat olevansa tyytyväisempiä hoitoonsa. Alhaisemman koulutustason omaavat potilaat kokevat useimmiten hoidon yksilöllisemmäksi kuin korkeasti koulutetut potilaat. Korkeammin koulutetuilla ihmisillä on korkeammat odotukset hoitotyöstä, ja jos ne eivät toteudu, ovat he tyytymättömiä hoitoon ja kokevat että hoito ei ole yksilöllistä. (Köberich, ym., 2016; Suhonen ym., 2012)

### **2.4.3 Hoitajasta lähtöisin olevat tekijät**

Hoitaja on avainasemassa kun ajatellaan potilaan saamaa yksilöllistä hoitoa. Hoitajan työkokemus, hyvä kielitaito sekä ammattitaito ovat yksilöllisyyttä edistäviä asioita. Myös hoitajan suhtautuminen potilaaseen ja yleisesti ottaen koko työhönsä on tärkeää. Hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet ohjaavat myös hänen työskentelyään. Henkilökohtaisiin ominaisuuksiin kuuluvat muunmuassa arvot, asenteet, henkilökohtainen elämäntilanne, terveys sekä työssä viihtyminen ja motivaatio tehdä työtä. Hoitajan toimintaan työssä liittyy hänen kyky ja halu kuunnella potilasta ja auttaa tätä, hänen tulisi ottaa toiminnassaan huomioon myös kaikki seikat, jotka vaikuttavat potilaan elämään juuri tällä hetkellä. (Suhonen, ym., 2010; Gustafsson, ym., 2009). Henkilökunnan aito kiinnostus potilasta kohtaan ja potilaasta välittäminen lisäävät potilaan tunnetta tulla hyväksytyksi ja kohdelluksi ainutlaatuisena yksilönä (Larsson, ym., 2011.)

Ajankäytöllä ja oman työn suunnittelulla pystytään vaikuttamaan yksilöllisyyteen edistävästi. Mitä enemmän hoitaja käyttää aikaa potilaan ohjaamiseen, sitä paremmin potilas ymmärtää hoitajan ohjauksen, tämä lisää potilaan osallistumista omaan hoitoonsa ja sitä kautta myös yksilöllisyys hoidossa lisääntyy (Kang, ym., 2020, ss. 1702–1703). Hoitajien tulisi olla myös

potilaiden saatavilla tarvittaessa, tällöin he voivat kysyä ja tarkentaa saamiaan tietoja tarvittaessa, tämä lisää potilaan tunnetta tilanteensa hallinnasta (Swenne & Skytt, 2014).

#### **2.4.4 Organisaatiosta lähtöisin olevat tekijät**

Organisaatiollisia yksilölliseen hoitoon vaikuttavia seikkoja ovat itse fyysiseen ymmärrykseen liittyvät asiat kuten osaston koko, potilaspaiikkojen määrä ja sijainti, henkilökunnan määrä ja henkilöstörakenne sekä henkilöstön pätevyys. Hoitohenkilökunnan vaihtuvuuden ja tilapäisesti pienemmällä henkilökunnalla toimimisen on koettu vähentävän potilaiden saamaa yksilöllistä hoitoa. (Kang, ym., 2020, s.1704). Myös hoitotyön malleilla ja toimintatavoilla sekä henkilöstön keskinäisillä suhteilla on suuri merkitys. Mitä paremmin hoitajat kokevat yhteistyön kollegoiden ja muun henkilökunnan, kuten lääkäreiden kanssa sujuvan, sitä paremmin he kokevat toteuttavansa yksilöllistä hoitoa. (Papastavrou ym., 2015, s.127). Myös päätöksenteonprosessilla on merkitystä asiaan. Mitä sujuvampi se on ja mitä enemmän potilas itse saa siihen osallistua, sitä yksilöllisemmäksi hoito koetaan. (Köberich, ym., 2016)

Sairaalassa olo aika vaikuttaa myös yksilöllisen hoidon kokemukseen. Pidempään sairaalassa olleet potilaat kokevat hoitonsa yksilöllisemmäksi kuin lyhyemmän hoitajakson kokeneet potilaat. Oletuksena on, että pidempään hoitajaksoilla olevat potilaat voivat muodostaa vahvemman suhteen hoitajiin ja pystyvät siten ilmaisemaan toiveitaan ja tarpeitaan vapaammin, ja samalla hoitajat pystyvät paremmin huomioimaan heidän toiveensa ja tarpeensa. (Köberich, ym., 2016)

Organisaatiosta lähtöisin olevat tekijät antavat muille tekijöille puitteet toimia, ja tällöin yksittäinen ihminen ei voi vaikuttaa näihin tekijöihin, toisin kuin potilas- ja hoitajalähtöisissä tekijöissä. (Suhonen, ym., 2010). Päätöksenteonprosessi tekee tässä poikkeuksen, sillä siihen hoitajalla on mahdollisuus vaikuttaa, ainakin osallistamalla potilas mukaan prosessiin. Tästä syystä hoitajia tulisi kannustaa edistämään yhteistä päätöksentekoa potilaan hoidossa. (Köberich, ym., 2016)



## **2.5 Itsemääräämisoikeus**

Potilaan itsemääräämisoikeus on sosiaali- ja terveydenhuollon johtava periaate sekä tärkeä osa yksilöllistä hoitotyötä. Sen mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan ihmisen oikeutta elää omaa elämää ja olla aktiivinen osa häntä koskevissa päätöksissä. Potilaalla on oikeus tehdä myös päätöksiä, jotka saattavat vahingoittaa hänen terveyttään tai henkeään ja hänellä on oikeus kieltäytyä hänelle suunnitellusta tai jo aloitetusta hoidosta. Potilaan hoitoon osallistuvien on kunnioitettava potilaan tekemiä päätöksiä omasta terveydestään. (Valvira, 2018)

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää potilaan tunteiden, tarpeiden ja kokemusten huomioimista. Yksilöllisessä hoidossa hoitajat pyrkivät soveltamaan toimintansa jokaiselle potilaalle sopivaksi. Hoitaja tehtävänä on valvoa potilaan etua, kun hänen omat voimavaransa ja kykynsä eivät riitä pitämään huolta omista oikeuksistaan. Potilaalla säilyy kuitenkin aina oikeus päättää omasta hoidostaan. ( Liira & Hietanen, 2019, s.7)

### **2.5.1 Potilaan ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden tukeminen Päijät-Sotessa**

Päijät-Sote on laatinut asiakas- ja potilasturvallisuuden suunnitelman, joka pohjautuu yhtymän strategiaan, kansallisiin säädöksiin sekä laatu, asiakas- ja potilasturvallisuutta käsitteleviin ohjeisiin ja suosituksiin sekä yhtymän sisäisiin ohjeisiin ja periaatteisiin. Suunnitelman on tarkoitus tukea yhtymän työntekijöiden työtä laadukkaan ja turvallisen hoidon ja palvelujen toteutuksessa ja kehittämisessä. Tässä suunnitelmassa on kirjattuna myös asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden turvaaminen. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä, 2021)

Suunnitelmassa on käsitelty, mitä itsemääräämisoikeus tarkoittaa eri aloilla ja mihin tulisi erityisesti kiinnittää huomiota. Erityisesti on mainittu psykiatria, lapsiperhepalvelut, sosiaalihuolto, työikäiset sekä ikääntyneet ja vammaispalvelut. Kaikilla toimialoilla on erilaiset tarpeet ja sitä myötä myös itsemääräämisoikeus korostuu niissä erilailla. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä, 2021)

Asiakkaan ja potilaan rajoittaminen on yksi sosiaali- ja terveydenhuollon haaste, sillä joissakin tilanteissa voidaan joutua rajoittamaan asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitustoimenpiteillä. Rajoitustoimenpiteitä voidaan käyttää ainoastaan äärimmäisissä tilanteissa, jolloin asiakkaan tai muun henkilön toinen perusoikeus, esimerkiksi terveys ja turvallisuus, on uhattuna. Rajoittaminen on vaihtoehto vain jos muut hoidolliset toimenpiteet on jo kokeiltu ja arvioitu jäävän riittämättömiksi tai soveltumattomiksi käyttää. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä, 2021)

## 2.6 Potilaan oikeudet

Potilaalla on oikeus saada hyvää hoitoa. Häntä on kohdeltava siten, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan, eikä hänen ihmisarvoaan loukata. Terveydenhuoltopalveluita on annettava siten, että kaikki ihmiset ovat samanarvoisessa asemassa esimerkiksi iän, terveydentilan tai vammaisuuden perusteella. Perustuslain yhdenvertaisuussäännössä edellytetään, että henkilö saa riittävät terveyspalvelut riippumatta siitä, missä kunnassa hän asuu. (Valvira, 2018)

Potilaan on oikeus päästä kiireelliseen hoitoon päivystyksellisesti tilanteen niin vaatiessa. Kiireettömään hoitoon on määritelty enimmäisajat. Potilas voi halutessaan vaihtaa hoitopaikakseen muun kuin oman kuntansa terveyskeskuksen. (Valvira, 2016)

Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan. Tiedot terveydentilasta on annettava niin, että potilas ne ymmärtää. Yksilöllisesti annettu tieto lisää potilaan mahdollisuutta osallistua omaan hoitoonsa (Larsson, ym. 2011). Mikäli terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä tai potilas ei voi aisti- tai puhevian vuoksi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkkaamisesta. Tietojen antaminen on kirjattava potilasasiakirjoihin. Jos tietoja ei ole annettu, potilasasiakirjoihin on merkittävä syy myös siihen. Tämän lisäksi potilaalla on oikeus tarkistaa potilasasiakirjoihin kirjatut asiat, ja jos tiedot ovat hänen mielestään virheellisiä, voi hän pyytää niihin korjausta. (Valvira, 2018). Potilasasiakirjat ovat vain sen terveydenhuollon toimintayksikön käytössä, joka on tiedot tallentanut. Potilastiedon arkistossa olevia potilastietoja voivat käyttää vain ne terveydenhuollon työntekijät, joilla on käyttöoikeudet potilastiedon arkiston tietoihin.

Asiakkaalla on oikeus pyytää myös lokitietoja, ketkä kaikki ovat hänen potilastiedoissaan käyneet. (Kanta, 2021)

## 2.7 Asiakslähtöinen toiminta

Kaikki potilaat haluavat tuntea saavansa optimaalista hoitoa, joka on räätälöity juuri heidän tarpeisiinsa. He haluavat saada sitä henkilökunnalta, joka aidosti välittää, ja kuuntelee heidän asiaansa. Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus ja kohtaamisen laatu on ensiarvoisen tärkeää. Hoitosuhde perustuu keskinäiselle luottamukselle, ymmärtämiselle ja kunnioitukselle. (Minvielle, ym., 2012, s.86) Hoidon suunnittelu yksilöllisesti ja yhdessä potilaan ja henkilökunnan kanssa, huomioiden potilaan fyysiset ja psyykkiset tarpeet, tukevat potilaan yksilöllistä hoitoa. (Kitson, ym., 2012)

Hoitotyössä toteutetaan potilaslähtöisen hoitotyön keskeisiä periaatteita, joita ovat ihmisen kunnioittaminen, yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, yksityisyys, perhekeskeisyys, turvallisuus, kokonaishoidonperiaate, terveyskeskeisyys, omatoimisuus sekä hoidon jatkuvuus. Nämä osa-alueet tulisi selvittää ja arvioida yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla. (Rautava-Nurmi, ym., 2020, s.22). Asiakslähtöisessä toiminnassa, joka toimii aidosti, asiakas ei ole ainoastaan palvelun kohde, vaan myös aktiivinen toimija. Tällöin hän osallistuu myös palvelun kehittämiseen, ja hänen henkilökohtaiset ominaisuutensa nähdään voimavarana. (Virtanen, ym., 2011). Asiakkaan ja hoitajan tulisikin olla tasavertaisia kumppaneita, joilla molemmilla on vaikutusmahdollisuus hoitoprosessissa. Hoitoon liittyvät päätökset tulisi tehdä yhdessä ja palvelua tulisi toteuttaa ja kehittää kokonaisvaltaisesti potilas ja hänen ympäristönsä huomioiden. (Koivunen, 2017)

Asiakkaan tapa käsitellä hoitoonsa liittyviä haasteita ei kenties ole yhtä tehokas kuin ammattilaisten. Koska se kuitenkin ovat lähtöisin häneltä itseltään, soveltuu se todennäköisimmin paremmin hänen tilanteeseensa, arkeensa ja elämäänsä.

Asiakslähtöisyys tarkoittaa myös sen hyväksymistä niin, ettei kuntoutuminen välttämättä aina etene sovitun mukaisesti, eikä tällöin toteudu ammattilaisten toiveiden mukaan. (Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos, 2020). Haasteena saattaa olla huono vuorovaikutusuhde, jolloin asiakas ja ammattilainen eivät kohtaa aidosti. Tällöin pahimmillaan hoidetaan oiretta

eikä syytä, joka oireen aiheuttaa. Vaarana saattaa myös olla, että asiakkaan oikeat tarpeet eivät palvelutilanteessa tule lainkaan esiin. (Virtanen ym., 2011, s. 31)

Potilaista on tullut nykyään yhä aktiivisempi osapuoli, kun ajatellaan perinteistä asetelmaa potilas-hoitajasuhteessa. Potilaat ovat yhä enemmän tietoisia sairauksista, niiden oireista sekä hoitomuodoista. Yhtenä syynä tähän on tiedonhaun helpottuminen sekä sosiaalisen median tuoma rooli. Tästä syystä myös terveydenhuollon ammattilaisten tulee muuttua. Uuteen työtapaan tulisi kuitenkin antaa mahdollisuus kouluttautua sekä varata riittävästi aikaa keskinäiseen keskusteluun henkilöstön välillä. (Liira & Hietanen, 2019, s.7)

## 2.8 Osallisuus

Asiakasosallisuus tarkoittaa asiakkaan osallisuutta omaan prosessiinsa. Asiakkaan tulee asettaa itse muutostavoitteensa, ja hahmottaa oma roolinsa ja vastuunsa muutoksen aikaansaamiseksi ja tavoitteiden saavuttamiseksi. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, 2020; Swenne & Skytt, 2014.) Etenkin ikääntyneiden asiakkaiden kohdalla, he kuitenkin jäävät vielä nykyäänkin usein passiivisiksi sivusta seuraajiksi, kun tehdään päätöksiä koskien heidän hoitoaan. Asiakkaan tulisi olla aktiivinen toimija, kun keskustellaan ja toimitaan hänen terveydentilaansa koskien (Tuominen & Tuuri, 2017, s.234; Virtanen, ym., 2011, s.32). Asiakkaan näkökulmasta hänen osallistumistaan palvelutapahtumaan tulisi vahvistaa sitä kautta, että kohtaamisessa on aikaa ja tilaa asiakkaan tarpeiden kuulemiselle ja käsittelylle ilman ennakkoluuloja, ennakoasenteita, kiirettä tai valmiiksi pureskeltuja hoitomalleja. (Virtanen ym. 2011, s.31). Hoitoilmapiiriin tulisi kannustaa asiakasta osallistumista omaan hoitoonsa (Swenne & Skytt, 2014)

Käytännössä asiakkaan osallistuminen palvelutapahtumaan tulisi toteutua siten, että hoitoprosesseissa on tilaa asiakkaan ja hoitajan väliselle vuorovaikutukselle, samalla vuorovaikutuksen ansiosta tulisi olla tilaa myös prosessin muuttumiselle ja muokkautumiselle. Vuorovaikutuksen taustalla tulisi olla ajatus, että asiakkaan ja hoitajan roolit täydentävät toisiaan, tämä puolestaan korostaa kummankin osapuolen tasa-arvoista merkitystä onnistuneen palvelukokemuksen aikaansaamisessa. (Swenne & Skytt, 2014 ; Virtanen ym., 2011, ss.18–19)

Asiakkaan ja palveluntarjoajan välisessä yhdenvertaisessa kohtaamisessa haasteelliseena on nähty vuorovaikutuksen lähtökohtainen eripaisuus: asiakkaan toimintaa kohtaamistilanteessa ohjaavat hänen henkilökohtaiset tarpeensa, mielikuvansa ja odotuksensa; palveluntarjoajan toimintaa puolestaan ohjaa ensisijaisesti hänen roolinsa ammattinsa ja organisaationsa edustajana, jolloin henkilökohtaiset ominaisuudet eivät saisi haitata kohtaamisen ammatillista luonnetta. Tämän lisäksi eriarvoisuutta lisäävä tekijä on tiedon epätasapaino asiantuntijan ja asiakkaan välillä. (Virtanen ym. 2011, s.30.) Potilaalle tulisikin antaa tietoa yksilöllisesti eikä jättää potilasta hoitoa koskevan tiedon ulkopuolelle. (Swenne & Skytt, 2014; Larsson ym., 2011)

Haasteellisena asiakkaan osallistuminen on myös tilanteissa, joissa asiakkaan elämätaidot, kyvyt tai edellytykset ovat palveluntarjoajan näkökulmasta vähäisiä. Hyvänä esimerkkinä voi toimia muistisairas asiakas, jonka oman elämän hallinta saattaa olla puutteellinen. Tällöin palveluntarjoajan on tärkeä tiedostaa, että asiakkaan äänelle ja valinnanmahdollisuuksille tulisi antaa tilaa juuri siinä mittakaavassa, kun asiakas sen kykenee ilmaisemaan ja hänen ihmisarvoaan tulee kunnioittaa loppuun asti. (Virtanen ym., 2011, s. 32)

Omaisten merkitys potilaan hoidossa on usein merkityksellistä ja heidät pitää ottaa huomioon suunnitellessa ja toteutettaessa potilaan hoitoa. Tämä säädetään myös potilaslaissa 4a§:ssä, jossa on kirjattu että potilaan tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä niin potilaan kuin hänen omaistensa tai läheistensä kanssa. Omaisilla on usein myös sellaisia tietoja potilaasta, joita ei muuten tule ilmi, kuin heidän kanssaan keskusteltaessa. Hoitajien on kuitenkin tärkeä muistaa, että omaisille ei saa antaa tietoja potilaasta ilman tämän suostumusta. (Kang, ym., 2020, ss.1702-1703; Kotisaari & Kukkola, 2012, ss.54-55)

## **2.9 Aikaisemmat tutkimukset**

Potilaiden saamaa yksilöllistä hoitoa on tutkittu melko paljon, myös kansainvälisesti. Tutkijat ovat tehneet myös vertailevaa tutkimusta eri maiden välillä. Aihetta on tutkittu, niin potilaiden itsensä kuin myös hoitajien näkökulmasta. Asia on ollut esillä jo yli kaksikymmentä vuotta. Tutkimustulokset ovat useimmissa tutkimuksissa olleet, että yksilöllinen hoito

toteutuu pääasiassa hyvin, mutta kehitettävää on. Yksilöllisen hoidon arvoimiseen on kehitetty paljon erilaisia mittareita, joilla yksilöllistä hoitoa voidaan mitata joko potilaiden tai terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. Osa arvioi yksilöllistä hoitoa, osa myös potilaslähtöistä hoitoa. (Suhonen, ym., 2019, ss.91-92; Suhonen, ym., 2011)

Suomessa yksi eniten potilaiden yksilöllistä hoitoa tutkivista henkilöistä on professori Riitta Suhonen, hän on myös kehittänyt mittarin, jota voidaan hyödyntää tutkittaessa tätä asiaa. Sen kehittäminen alkoi 1996, jolloin hän opinnäytetyössään tutki potilaiden kokemaa yksilöllistä hoitoa. Hän teki aiheesta myös muita tutkimuksia ja nämä koottiin myöhemmin yhteen väitöskirjaksi vuonna 2002. (Suhonen, 2002, s. 33)

Suhosen, ym. (2007) tutkimuksessa tutkittiin kuuden eri sairaalan organisaatiollisia muuttujia sekä potilaiden (N=854) kuvauksia yksilöllisestä hoidosta Suomessa. Tutkimustuloksissa todettiin, että mitä suurempi osasto ja sen henkilökuntamäärä oli, sitä huonompaa yksilöllistä hoitoa potilaat kokivat saavansa. Yksilövastuinen hoitotyön malli todettiin parhaaksi, koska siinä korostui potilaan yksilöllinen ja kokonaisvaltainen hoito. Tuloksissa oli myös tilastollisesti merkittävä yhteys sairaalan tyyppin ja yksilöllisen hoidon välillä. Potilaat kokivat hoidon yksilöllisemmäksi pienemmissä sairaaloissa kuin suuremmissa sairaaloissa. Potilasvuoteiden lukumäärällä oli myös merkitystä, sillä mitä vähemmän huoneissa oli potilasvuoteita, sitä yksilöllisemmäksi potilaat kokivat hoitonsa. Myös hoitohenkilökunnan määrällä koettiin olevan vaikutusta yksilöllisen hoidon toteutumiseen, sillä mitä enemmän hoitohenkilökuntaa oli, sitä yksilöllisemmäksi hoito koettiin. (Suhosen, ym., 2007, ss. 197-205)

Gustafsson, Leino-Kilpi ja Suhonen (2009, ss. 4-9) tutkivat hoitohenkilöstön (N=923) näkökulmasta yksilöllistä hoitoa parantavia tekijöitä. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella avoimin kysymyksin. Potilaan halu tehdä yhteistyötä sekä kyky kommunikoida lisäsivät hoidon yksilöllisyyttä. Potilaan avoimuus ja itsenäinen, oma-aloitteinen hoitoon liittyvien asioiden esille tuominen sekä sitoutuminen hoitoon ja halu parantua koettiin myös edistävinä tekijöinä. Myös potilaan hyväksyminen ja omaisten osuus nousi tärkeäksi, omaisilta saatu tieto potilaasta, etenkin jos potilas ei sitä itse pystynyt kertomaan, koettiin merkitykselliseksi. Kokonaisuudessaan niin potilaiden kuin hoitajienkin suhtautuminen

hoitoon ja käyttäytyminen koettiin tärkeäksi. Hoitajat toivat tutkimuksessa esille, että potilaita tulisi hoitaa niin kuin he itse toivoisivat itseään hoidettavan. (Gustafsson, ym., 2009, ss.4-9)

Leppänen (2012, s.2) tutki opinnäytetyössään potilaiden kokemuksia saamastaan yksilöllisestä hoidosta teemahaastattelemalla kuutta Huittisten terveyskeskuksen osaston potilasta. Tutkimustulosten perusteella yksilöllinen hoito toteutui melko hyvin. Potilaat kokivat yksilöllinen hoidon toteutuneen parhaiten kliinisen tilanteen osa-alueella tulotilanteessa, päivittäisissä toiminnoissa, turvallisuuden huomioon ottamisessa sekä avun saamisena. Eniten puutteita ilmeni henkilökohtaisen elämäntilanteen osa-alueella. (Leppänen, 2012, s.2)

Opinnäytetyössään Ottelin ja Pulkka (2010, s.2) tutkivat myös potilaiden kokemaa yksilöllistä hoitoa, tämä tutkimus toteutettiin Espoon sairaalan kahdella osastolla. Tutkimus oli osa Espoon sairaalan ja Meropolia ammattikorkeakoulun yhteistä Liittyvä voima- hanketta. Tutkimus oli määrällinen ja tutkijat käyttivät apunaan Riitta Suhosen (2002) kehittämää ics-mittaria. Tutkimustulokset ovat hyvin saman suuntaisia kuin Leppäsen (2012) tutkimuksessa edellä. Tässä tutkimuksessa tulosten mukaan yksilöllinen hoito potilaiden kokemana toteutuu myös melko hyvin. Parhaiten toteutuu potilaan kliinisen tilanteen huomioiminen sekä itsemääräämisen mahdollistaminen. Huonoiten arvioitiin toteutuvan potilaan elämäntilanteen huomioiminen. (Leppänen, 2012, s.2; Ottelin & Pulkka, 2010, s.2; Suhonen, 2002, s.33)

Samaan ”Liittyvä voima”-hankkeeseen tehtiin opinnäytetyö myös hoitajien näkökulmasta. Siinä Backmann-Sappinen ja Sihvo (2011) tutkivat opinnäytetyössään hoitajien näkemyksiä yksilöllisen hoidon toteutumisesta terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Tutkimus oli määrällinen (N=30) ja se tehtiin kyselylomakkeella käyttäen ics-mittaria. Tulosten mukaan yksilöllinen hoito toteutui osastoilla kaiken kaikkiaan hyvin. Parhaiten hoitajat toteuttivat yksilöllistä hoitoa huomioimalla potilaiden kliinisen tilanteen. Lähes yhtä hyvin potilaan yksilöllisyys huomioitiin päätöksenteon kontrollissa. Heikoiten yksilöllinen hoito toteutui potilaan elämäntilanteen huomioimisessa. (Backmann-Sappinen & Sihvo, 2011, s.2)

Can (2021) tutki turkkilaisessa sairaalamaailmassa hoitajien (N=231) kokemuksia yksilöllisestä hoidosta suhteessa heidän ammattilliseen sitoutumiseen. Tutkimuksessaan hän käytti apunaan ics-mittaria. Tutkimustuloksista ilmeni, että hoitajien kokemus potilaille annettavasta yksilöllisestä hoidosta oli hyvällä tasolla ja heidän ammattilinen sotiutuminen oli keskitasolla. Tietyillä osastoilla yksilöllinen hoito tapahtui paremmin. Myös ne hoitajat, joilla ammatillinen sitoutuminen oli korkealla tasolla, joilla oli pidempi työura ja jotka olivat saaneet vapaaehtoisesti valita erikoisalansa kokivat antavansa parempaa yksilöllistä hoitoa. (Can, 2021). Ozdemir ja Merdiye (2020) tutkivat puolestaan hoitajien (N=467) empaattisia taipumuksia suhteessa yksilölliseen hoitoon. Tutkimustuloksista selvisi, että vaikka hoitajat kokemavat omaavansa hyvät empatian taidot, se ei välttämättä suonaisesti vaikuta heidän antamaan yksilölliseen hoitoon. (Ozdemir & Merdiye, 2020)

Potilaiden ja hoitajien saama yksilöllinen hoito lisää molempien osapuolten hyvinvointia. Theys, ym. (2021) tutkivat tutkimuksessaan ovatko potilaiden (N=845) ja hoitajien (N=569) näkemykset yksilöllisen hoidon toteutumisesta kuinka samansuuntaiset. He käyttivät tutkimuksessa apunaan ics-mittaria (ics-patien ja ics-nurse) ja vertasivat tuloksia keskenään. Karkeasti arvioiden potilaat kokivat yksilöllisen hoidon toteutuvan huonommin kuin hoitajat olivat arvioineet. (Theys, ym. 2021). Samansuuntaisen tuloksen saivat myös Bartkeviciute, ym. (2021) tutkimuksessaan, jossa he tutkivat liettualaisten ikääntyneiden diabetes-potilaiden (N=145) ja hoitajien (N=121) kokemuksia potilaiden saamasta yksilöllisestä hoidosta. (Bartkeviciute, ym., 2021)

Hoitajien työhyvinvoinnilla ja heidän kokemuksellaan potilaiden saamasta yksilöllisestä hoidosta on yhteys. Turkkilaisessa tutkimuksessa Danaci ja Koc (2019) tutkivat työtyytyväisyyden ja työssä loppuun palamisen yhteyttä hoitajien käsitykseen yksilöllisestä hoidosta. Tutkimustuloksessa he totesivat, että mitä paremmin hoitajat viihtyvät työssään, sitä paremmin he kokevat antavansa yksilöllistä hoitoa potilaille, samalla he kokivat työssä loppuun palamisen uhkan vähenevän. (Danaci & Koc, 2019)

Myös eettisyys ja työilmapiiri yleisesti ovat merkityksellisiä kun tutkitaan potilaiden saamaa yksilöllistä hoitoa. Tähän tulokseen tulivat Suhonen, Stolt, Gustafsson, Katajisto ja Charalambous (2013) tutkimuksessaan, jossa he tutkivat hoitajien (N=874) kokemuksia



eettisen ympäristön ja työilmapiirin yhteydestä potilaiden saamaan yksilölliseen hoitoon. Tutkimustuloksesta pystyi myös päättelemään, että hoitotyön esimiehillä on merkitystä asiaan. (Suhonen, ym., 2013)

### **3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS**

Opinnäytetyön tavoiteena oli selvittää, miten Päijät-Soten perusterveydenhuollon osastojen hoitohenkilökunta kokee potilaiden yksilöllisen hoidon toteutuvan. Tutkimustulosten perusteella saadaan selville mihin osa-alueisiin tulisi tulevaisuudessa mahdollisesti kiinnittää huomiota. Tämä auttaa myös esimiehiä ymmärtämään ja kehittämään alueita, jotka ovat saaneet tutkimustuloksissa alhaisimmat pisteet. Tutkimustulosten perusteella voidaan myös tarkkailla, onko kaikilla osastoilla samansuuntaiset käsitykset asiasta, vai onko osastojen välillä eroja. Jos näin on, voidaan jatkossa miettiä mistä asia mahdollisesti johtuu.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli herättää ajatuksia ja keskustelua työyhteisöjen sisällä potilaan yksilöllisestä hoidosta.

#### **3.1 Tutkimuskysymykset**

Lähtökohtana tutkimukselle on tutkimusongelma, johon haetaan vastausta tai ratkaisua.

Tutkijan tulee siis pohtia, mitä tietoa tarvitaan, jotta ongelma saadaan ratkaistuksi.

Tutkimusongelmasta johdetaan tutkimuskysymykset, joilla saadaan ratkaisu ongelmaan.

Tutkimuskysymysten muoto on tärkeä, sillä vastaukset ovat kysymysten mukaisia. Varsinaisia tutkimuskysymyksiä on vain yksi, ja siitä johdetaan alataso kysymyksiä sekä kyselylomakkeen kysymyksiä. (Eskelinen & Karsikas, 2014, s.15; Kananen, 2011, ss.24-27)

Opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat:

1. Miten perusterveydenhuollon osastoilla työskentelevä hoitohenkilöstö, lähihoitajat ja sairaanhoitajat, kokevat yksilöllisen hoidon toteutuvan heidän omassa työskentelyssään potilaan kliinisen tilanteen hoidossa, henkilökohtaisen elämäntilanteen tuntemisessa sekä potilaan päätöksenteon kontrollissa?
2. Miten perusterveydenhuollon osastoilla työskentelevä hoitohenkilöstö, lähihoitajat ja sairaanhoitajat, kokevat yksilöllisen hoidon toteutuvan konkreettisesti viimeisen työvuoron aikana potilaan kliinisen tilanteen hoidossa, henkilökohtaisen elämäntilanteen tuntemisessa sekä potilaan päätöksenteon kontrollissa?

### **3.2 Tutkimuksen kohde ja tutkimuksen toteutus**

Tutkimuksen kohteena on Päijät-Soten perusterveydenhuollon osastojen henkilöstö, osastoja on yhteensä seitsemän kappaletta ja hoitohenkilöstöä (lähihoitajat ja sairaanhoitajat) yhteensä noin 200.

Varsinaisen kyselylomakkeen lisäksi on tarkoitus selvittää vastaajien taustatietoja: ikä, sukupuoli, koulutus, työkokemus hoitoalalta sekä työkokemus nykyisellä osastolla sekä osasto missä he työskentelevät. Ikä ja työkokemus ovat joidenkin tutkimusten mukaan vaikuttaneet siihen, miten hoitajat kokevat yksilöllisen hoidon ja miten he sitä toteuttavat. (López-Domingo & Rodrigues-Martín, 2019, 130)

Vastauksista saadut määrät ja niiden muutokset tiivistetään tunnusluvuiksi, jotka puolestaan analysoidaan tilastollisesti matemaattisesti mallintamalla. Tutkittava ilmiö hajoitetaan siis mitattaviksi osioiksi (kyselylomakkeen kysymykset) ja niihin saadut vastaukset muutetaan muuttujusiksi, jotka saavat vastausten perusteella tiettyjä arvoja. Tilastollinen analyysi vaatii tutkijalta tutkittavan aineiston ymmärtämistä, jotta selvitettävä asia avautuu jatkoanalyysia varten. (Ronkainen, ym. 2011, s.84; Vilka, 2007, s.147)

Palautetut lomakkeet tarkistetaan ja niistä saatu tieto analysoidaan. Aineisto käsitellään siten, että tutkimusongelmaan saadaan ratkaisu tai vastaus. Tilastolliset ohjelmat, kuten SPSS, PSPP ja Excel ovat kvantitatiivisen tutkimusaineiston käsittelyyn ja analysointiin sopivia työkaluja. Aineiston analyysissä on tarkoitus käyttää myös Webropol-työkalua apuna. Tilasto-ohjelmalla ei yleensä kuitenkaan onnistu tekstinkäsittely, vaan varsinaiset raportit kirjoitetaan erillisellä tekstinkäsittelyohjelmalla. (Heikkilä 2014, ss. 118-119, s.138)

Tutkimus on toteutettu webropol-kyselynä jonka tutkimukseen osallistuva henkilöstö on saanut työsähköpostiinsa. Tällöin kaikilla tutkimukseen osallistuneilla on samanlaiset edellytykset osallistua tutkimukseen. Kyselyllä kerätty aineisto soveltuu hyvin suurelle ja ihmisjoukolle, jotka ovat hajallaan eli tässä tapauksessa eri osastoilla. (Vilkkä, 2015, ss. 94–95.) Saatekirjeessä on esitelty tutkimuksen aihe ja toteutustapa, siitä löytyy myös opinnäytetyön tekijän yhteystiedot mahdollisia kysymyksiä varten. Ennen tutkimuksen aloitusta opinnäytetyöntekijä on käynyt esittelemässä aihetta osastonhoitajien kokouksessa, ja toimittanut kaikille osastoille jo ennakoon tietoa tutkimuksesta. Näin toivotaan, että tutkimus tulisi tiedostettua paremmin ja tämä mahdollisesti nostaisi tutkimuksen vastausprosenttia. Puolesta välissä vastausaikaa opinnäytetyöntekijä lähettää vielä osastonhoitajille muistutusviestin, jolla toivotaan heidän kannustavan henkilöstöään osallistumaan tutkimukseen. Vastausaika on kaksi viikkoa. Vähäisestä vastaamäärästä johtuen vastausaikaa jatkettiin vielä viidellä päivällä, eli yhteensä vastausaika oli 19 vuorokautta.

Teoreettisen viitekehyksen materiaalin hankkimiseen käytettiin eri hakukoneistoja. Perinteistä kirja-muodossa olevaa materiaalia löytyi hyvin vähän, mutta sähköisessä muodossa olevaa materiaalia löytyi runsaasti niin kotimaasta kuin kansainvälisestikin. Materiaalia etsittiin halusanojen avulla mm. Google scholarista, PubMed:stä, Sosiaali- ja terveystietieden virtuaalikirjasto Heliosta, jonka avulla löytyi paljon artikkeleita, tutkimuksia ja kirjoja.

## 4 TUTKIMUSMETODOLOGIA

### 4.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Opinnäytetyö on määrällinen eli kvantitatiivinen, sillä opinnäytetyön tekijä haluaa saada laajan kuvan asiasta. Kaikki yksiköt, joita tutkimus koskee ovat hieman erilaisia, joten vastausten perusteella opinnäytetyön tekijä haluaa mahdollisesti saada selville, onko osastojen luonteessa jotain, mikä vaikuttaa tutkimustulokseen. Määrällisessä tutkimuksessa jo nimensäkin mukaan on tarkoitus hyödyntää määrällisyyttä ja niiden jakaumia, muutoksia ja eroja. Näiden avulla on tarkoitus tulkita ja kuvata tutkittavassa ilmiössä havaittuja yhteyksiä ja vaikutussuhteita. (Ronkainen, ym., 2011, s.83)

Määrällisessä tutkimuksessa tietoa tarkastellaan numeerisesti. Se vastaa kysymyksiin: kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. Tästä johtuen tutkimustulokset esitetään myös numeerisesti, jotka tutkija voi selittää tuloksissa myös sanalliseen muotoon. Tuloksissa kuvataan myös, millä tavalla eri asiat liittyvät tai eroavat toisistaan. (Vilka, 2007, s.15)

Määrällinen tutkimus edellyttää ilmiön tuntemista ja samalla sitä, mitkä tekijät vaikuttavat ilmiöön. Tekijöiden tunteminen on määrällisen tutkimuksen edellytys, jotta tiedetään mitä mitataan. Tutkimuksessa mitataan hyvin pitkälti tekijöitä eli muuttujia sekä niiden välisen vuorovaikutuksen laskemista sekä tekijöiden esiintymisen määrällistä laskemista. (Kananen, 2011, s.12; Vilka, 2007, s.167)

Määrällisessä tutkimuksessa pyritään yleistämään ilmiötä. Tutkimukseen valitaan otos, jonka oletetaan edustavan koko joukkoa eli perusjoukkoa. Otokseen kuuluvilta havaintoyksikön edustajilta kerätään tutkimustietoa, määrällisessä tutkimuksessa usein kyselylomakkeella, ja vastausten perusteella tutkimustuloksen katsotaan edustavan koko joukkoa eli populaatiota. (Kananen, 2011, s. 17)

## 4.2 ICS-Mittari

Tutkimus toteutetaan professori Riitta Suhosen luomalla yksilöllisen hoidon -mittarilla (ICS-nurse). Mittari on kaksiosainen ja siinä esitetään 34 likert-asteikollista muuttujaa seuraavasti:

- 1= täysin eri mieltä
- 2= jonkin verran eri mieltä
- 3= ei samaa, eikä eri mieltä
- 4= jonkin verran samaa mieltä
- 5= täysin samaa mieltä

Mittari on jaettu kahteen osaan A ja B. A-osassa mitataan hoitajien näkemyksiä potilaan yksilöllisyyden tukemisesta hoitotyön toiminnoin yleisemmällä tasolla. Osassa B hoitajat puolestaan arvioivat, miten yksilöllistä potilaan hoito on todellisuudessa eli millainen käsitys hoitajalla on, miten kysytyt asiat ovat toteutuneet hoitajan itsensä tekeminä, tarkalleen ottaen heidän viimeksi tekemän työvuoronsa aikana. Molemmat osat jakautuvat vielä kolmeen muuttujaan, jotka ovat potilaan kliininen tilanne, potilaan henkilökohtainen elämäntilanne ja päätöksenteon kontrolli. Vastaajat arvioivat numeraalisesti likert-asteikolla miten kyseiset asiat toteutuvat. Mitä korkeammat pisteet vastauksista kertyy, sitä paremmin yksilöllinen hoito toteutuu hoitajan käsityksen mukaan. (Suhonen, ym., 2019, ss. 63-65)

Kansainvälisestikin tunnettu ICS-mittari (Individualized care scale) on professori Riitta Suhosen kehittämä mittari, jolla voidaan tutkia potilaiden kokemaa yksilöllistä hoitoa. Mittari kehitettiin aluksi mittaamaan vain potilaiden kokemuksia saamastaan yksilöllisestä hoidosta, (ICS-Patient). Myöhemmin tehtiin versio, jossa voitiin mitata myös hoitajien kokemusta yksilöllisestä hoidosta, (ICS-Nurse). Mittaria on suomenkielen lisäksi käännetty ainakin englanniksi, kreikaksi, turkiksi, saksaksi, ruotsiksi, espanjaksi ja portugaliksi. (Theys, ym. 2021; Suhonen, ym., 2019, ss. 64–65)

Mittaria kehitettiin huolella, muokattiin hieman ennen lopullista ulkoasua testausten ja kirjallisuuden perusteella. Mittarin validiteettia ja reliabiliteettia on arvioitu monissa kansainvälisissä tutkimuksissa, joissa sitä on käytetty. Sen on todettu vastaavan hyvin sille asetettuihin oletuksiin, eli se mittaa juuri niitä asioista, joita sen oletetaan mittaavan. ICS-mittari on käyttäjäystävällinen, sitä on helppo käyttää ja siinä olevat väittämät on helposti ymmärrettäviä. (Suhonen, ym., 2019, ss. 82-83; Suhonen ym., 2010)

### **4.3 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti**

Tutkimuksen tarkoituksena on saada aikaiseksi mahdollisimman totuudenmukaista ja luotettavaa tietoa. (Kananen, 2011, s.118.) Kun tarkatellaan tutkimuksen laatua ja luotettavuutta nousevat esiin termit validiteetti ja reliabiliteetti. Tutkimuksen validiteetilla tarkastellaan tutkimuksen pätevyyttä, eli sitä miten hyvin se kuvaa tutkittavaa ilmiötä. Validiteetti voidaan jakaa vielä kahteen osaan ja tarkastella tutkimuksen sisäistä ja ulkoista validiteettia. Sisäisellä validiteetilla tarkastellaan tutkimuksen sisäistä logiikkaa ja johdonmukaisuutta. Ulkoisella validiteetilla tarkastellaan puolestaan sitä, miten tutkimuksen tuloksia voidaan siirtää yhden tutkimuksen yhteydestä toiseen yhteyteen. (Ronkainen, ym., 2012, ss.129-130; Hirsjärvi, ym., 2009, s. 231)

Tutkimuksesta saatu aineisto on tutkijan käsittelemää, tulkitsemaa ja tekstiksi muuttamaa, tutkijan on pidettävä huolta siitä, etteivät omat käsitykset aiheesta mene tutkittavana olevien ihmisten käsitysten ylitse. Tämä korostuu erityisesti silloin, jos tutkija pyrkii tietoon, joka koskettaa myös hänen omaa kokemustaan. (Ronkainen ym., 2012, s.131)

Reliabiliteetilla puolestaan tarkoitetaan mittauksen tarkkuutta. Reliabiliteetissa tarkastellaan kuinka yhdenmukaisesti mittaus on suoritettu ja kuinka tarkasti ja johdonmukaisesti mittari toimii. Eli jos tutkimus toistettaisiin uudestaan, saadaan samat tulokset. Kaikkiin mittauksiin sisältyy kuitenkin aina virheen mahdollisuus, virhe voi olla systemaattinen tai satunnainen. Mittauksissa saattaa olla korkea reliabiliteetti, mutta tärkeää on myös mittaako se juuri

oikeaa asiaa eli vaikka realiabiliteetti on korkea se ei takaa aina validiteettia. (Ronkainen ym., 2012, s.131-132; Kananen, 2011, s.119; Hirsjärvi, ym., 2009, s.231)

Tässä tutkimuksessa käytettävä ics-mittari on kansainvälisestikin paljon käytetty ja monessa tutkimuksessa todettu validiksi mittariksi mittaamaan potilaan yksilöllistä hoitoa. Tämä lisää tutkimustuloksen luotettavuutta.

#### **4.4 Tutkimusetiikka**

Hyvä tieteellinen käytäntö merkitsee sovittujen toimintatapojen noudattamista ja rehellisyyttä. Yleistä huolellisuutta ja tarkuutta tulee noudattaa tutkimustyötä tehdessä sekä saatujen tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida yksityiskohtaisesti sekä tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Ronkainen, ym., 2012, s.152)

Yksi tärkeä seikka tieteellisessä tutkimuksessa on etiikka. Tutkimuksessa tukijan etiikkaa tulee tarkastella erityisesti kun katsotaan, mikä on yleisesti tunnettua tietoa ja mikä lainattua sekä mikä on tutkijan vastuu tuottamastaan tutkimustuloksesta. Tärkeä seikka tutkimuksen edetessä on huomioida tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti sekä tutkimuksen lopulla tuloksien rehellinen analysointi. (Eskelinen & Karsikas, 2014, ss.25-26; Vilka, 2007, s.164)

Anonymiteetillä tarkoitetaan, ettei tutkimustietoja luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle. Aineisto säilytetään suojatussa paikassa, johon ulkopuolisilla ei ole pääsyä. Tutkimuksen päätyttyä kerätty aineisto hävitetään asianmukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, s.179). Tässä tutkimuksessa vastaajien anonymiteetti on suojattu myös siten, että vastaajat käyttävät julkista nettilinkkiä, jolloin kenenkään henkilöllisyyttä ei voi saada selville.

Tutkimukseen osallistujille on tärkeää, että vastaaminen on kaikille vapaaehtoista. Heille on tärkeää myös suoda mahdollisuus keskeyttää vastaaminen jos he niin haluavat tehdä. Vastaamiseen ei saa painostaa eikä siitä tule myöskään erityisesti palkita. Tutkimukseen

osallistujien tulee ymmärtää, mihin tarkoitukseen tutkimusta tehdään. Heillä pitää olla myös halutessaan mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, ss.176-177)

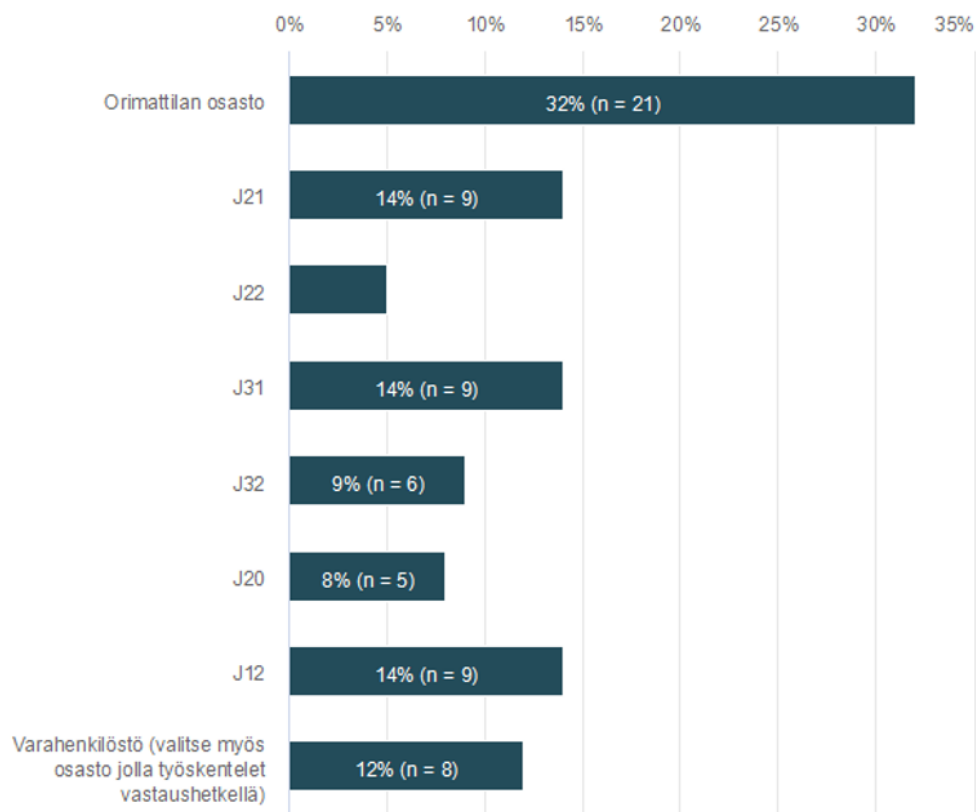
## **5 TUTKIMUSTULOKSET**

### **5.1 Taustatiedot**

Potilaan yksilöllistä hoitoa hoitajien kokemana tutkittiin ICS-nurse mittarin avulla. Kysely lähetettiin yhteensä 207:lle hoitajalle ja vastauksia saatiin 66, jolloin vastausprosentiksi muodostui 31,8 %. Vastausprosentti eri osastojen välillä vaihteli, erityisen suuri vastausprosentti oli yhdellä osastolla verrattuna muiden osastojen vastausprosenttiin. Osastojen henkilökunnan lisäksi tutkimukseen osallistui myös osastoilla työskentelevä varahenkilöstö. Ohessa kuva sekä taulukko eri osastojen vastausprosentteista (Kuva3), (Taulukko 1).



Kuva 3. Tutkimukseen osallistuneiden osastojen vastausprosentit



Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneiden osastojen vastausprosentit sekä vastaajamäärät

	n	Prosentti
<u>Orimattilan osasto</u>	21	31,8%
J21	9	13,6%
J22	3	4,5%
J31	9	13,6%
J32	6	9,1%
J20	5	7,6%
J12	9	13,6%
Varahenkilöstö (valitse myös <u>osasto</u> jolla työskentelet vastaushetkellä)	8	12,1%

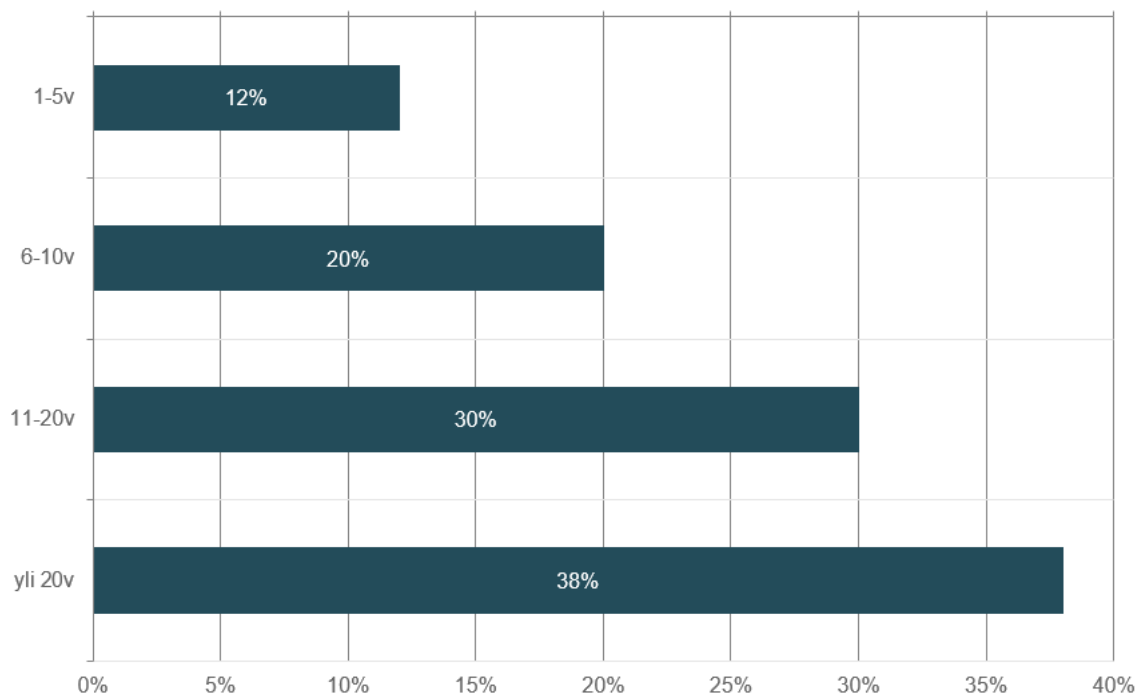
Vastaajien taustatiedoissa selvitettiin myös vastaajien sukupuoli, ikä, ammatti, kokemus hoitoalalta sekä aika, jonka he ovat työskennelleet nykyisellä osastolla. Vastaajista 65 oli naisia ja yksi mies, se on suhteessa otoksen (n=207) sukupuolijakaumaan, sillä suurin osa kyselyn saajista oli naisia. Vastaajista suurin osa (44%) oli 35-45-vuotiaita, 11% oli alle 30-

vuotiaita, 36% 46-60-vuotiaita ja 9% yli 60-vuotiaita. Ammattijakauma oli tasainen, sillä vastaajista sairaanhoitajia oli 52% ja lähihoitajia tai perushoitajia oli 48%.

Kuten kuvasta 4 voidaan havaita, suurimmalla osalla vastaajista oli kokemusta hoitoalalta yli kymmenen vuotta.

Kuva 4. Vastaajien työkokemus hoitoalalta

Vastaajien määrä: 66



17% vastaajista oli työskennellyt nykyisellä osastolla alle vuoden. 39% vastaajista oli työskennellyt osastolla 1-5 vuotta, 23% 5-10 vuotta ja yli 10 vuotta nykyisellä osastolla työskennelleitä oli 21%. Hyvinvointiyhtymässä tehty suuri organisaatiomuutos tapahtui vuonna 2017, jolloin osastoja lakkautettiin ja toimintaa yhdistettiin, jolloin osa hoitajista vaihtoi työpaikkaa. Tällä saattaa olla merkitystä siihen, että suurin vastaajajoukko on työskennellyt nykyisellä osastolla alle viisi vuotta.

## 5.2 Hoitajien kokemus potilaiden yksilöllisestä hoidosta

Väittämät voi jakaa kolmeen eri ryhmään, ne kuvaavat potilaan kliinistä tilannetta, potilaan henkilökohtaista elämäntilannetta sekä päätöksenteon kontrollia. Vastaajat arvioivat yksilöllisen hoidon toteutuvan parhaiten potilaan kliinisen tilanteen hoidossa ja seuraavaksi parhaiten päätöksen teon kontrollissa. Potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen kohdalla vastaajat arvioivat yksilöllisen hoidon toteutuvan kaikista huonoiten.

Tutkimustuloksia kuvataan numeerisesti mediaanin ja keskihajonnan sekä moodin avulla. Numeerista keskiarvoa ei käytetä, sillä keskiarvolle ei tässä opinnäytetyössä ole arvioitu sanallista vastinetta, eikä silloin tiettylle numeeriselle keskiarvolle ole sanallista vastinetta. Tulosten analyysissä ei ole käytetty tilastollisia merkitsevyytestauksia, vaan tulosten tarkastelu jää kuvailevalle tasolle. Tutkimuslomakkeessa olleita ICS-mittarin väittämiä ei voida suoraan avata tutkimustuloksiin, sillä ICS-mittarin käyttö on luvanvaraista, eikä sen sisältöä voi julkaista. Väittämät on pyritty avaamaan epäsuorasti kuvaamaan asioita, joita väittämissä käsiteltiin ja joita vastaaja arvioi.

### 5.2.1 Potilaan yksilöllinen hoito kliinisen tilanteen hoidossa hoitajan kokemana

Potilaan kliinisen tilanteen hoidossa arvioitiin väittämiä (n=7), jotka käsittelivät sairauteen liittyviä tuntemuksia, hoidon tarpeen huomioimista, mahdollisuutta ottaa vastuuta hoidosta, pelkojen ja huolien huomioimista, voinnissa tapahtuvien muutosten tunnistamista, sairauden vaikutuksen huomioimista sekä sen merkityksen huomioimista potilaalle. Hoitajat arvioivat väittämien avulla, miten potilaan yksilöllinen hoito toteutuu potilaan kliinisen tilanteen hoidossa, useimmiten he kokivat olevansa väittämän kanssa jonkin verran samaa mieltä (arvo 4). Hoitajat kokivat, että he keskustelevat potilaiden kanssa sairauteen liittyvistä tuntemuksista sekä potilaiden hoitoa vaativista tarpeista potilaiden kanssa melko hyvin. He eivät kuitenkaan välttämättä tiedustele potilailta, mitä nämä haluaisivat tietää sairaudestaan tai terveydentilastaan. Hoitajat kokivat tunnistavansa potilaiden voinnissa tapahtuneet muutokset hyvin.

Työkokemuksella näytti olevan merkitystä asioiden kokemiseen joissain väittämässä. Pääasiassa yli 11 vuotta työkokemusta omaavat hoitajat kokivat yksilöllisen hoidon toteutuvan paremmin potilaan kliinisen tilanteen hoidossa, kuin vähemmän työkokemusta omaavat hoitajat. Suurin ero ikäjakaumassa vastaajien kesken tuli väittämässä, jossa pohdittiin: kysyvätkö hoitajat, mitä potilaat haluavat tietää terveydentilastaan. Tällöin pisimmän työkokemuksen omaavat hoitajat kokivat tämän toteutuvan paremmin työssään kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavat hoitajat.

Vertaamalla väittämiä vastaajien ikäjakaumaan huomattiin myös eroja vastaajaryhmien välillä. Potilaan kliinistä tilaa arvioivissa väittämässä jokaisessa kohdassa vanhemmat hoitajat kokivat yksilöllisyyden tapahtuvan paremmin, kuin nuoret vastaajat. Erityisen suuri ero tuli väittämässä, jossa tiedusteltiin, kuinka hoitajat keskustelevat asioista potilaiden kanssa.

### **5.2.2 Potilaan yksilöllinen hoito kliinisen tilanteen hoidossa hoitajan kokemana viimeisen työvuoron aikana**

Vastaajat arvioiva potilaan yksilöllisen hoidon toteutumista kliinisen tilanteen hoidossa myös konkreettisesti viimeisen työvuoronsa aikana, useimmiten he kokivat olevansa väittämän kanssa jonkin verran samaa mieltä (arvo 4). Vastaajien mukaan yksilöllinen hoito toteutui parhaiten potilaan pelkojen ja huolien huomioimisessa, sekä hänen voinnissaan tapahtuneiden muutosten huomioimisessa. Heikoiten yksilöllinen hoito toteutui riittävän tiedon antamisessa potilaille.

Pisimmän työkokemuksen omaavat hoitajat arvioivat yleisellä tasolla yksilöllisyyden tapahtuvan paremmin kuin vähemmän työkokemusta omaavat hoitajat. Potilaan huomioimisessa 1-5 vuotta työkokemusta omaavat hoitajat kuitenkin arvioivat yksilöllisyyden toteutuvan työssään lähes yhtä korkealle, kuin pidemmän työuran omaavat hoitajat. Hoitajien koulutuksella ei ollut eroja verrattaessa vastauksia keskenään.

Vastaajien (n=66) iässä oli havaittavissa selkeä suuntaus. Lähes joka kysymyksessä nuorimmat vastaajat arvioivat yksilöllisyyden toteutuvan vähemmän työskentelyssään viimeisen vuoron aikana kuin vanhemmat vastaajat. Eroavaisuus ilmeni 30-ikävuoden

kohdalla, eli sitä vanhemmat (n= 59) vastaajat kokivat yksilöllisyyden toteutuvan kohdallaan paremmin kuin alle 30-vuotiaat (n=7).

Oheisessa taulukossa (Taulukko 2.) on koottu yhteenvedona potilaan kliinistä tilannetta koskevien väittämien mediaani (MD) sekä keskihajonta (SD) ja moodi (MO) eli tyyppivastaus sekä prosentti, jolla tyyppivastasta oli vastattu. Vastaukset on jaettu hoitajien näkökulmasta niin yleisenä toimintatapana (ICS-A) kuin toteutuneen hoidon osalta (ICS-B).

Taulukko 2. Potilaan kliininen tilanne hoitajien arvioimana

Potilaan kliininen tilanne	ICS- A Yleinen toimintapa	ICS- B Toteutunut hoito
	<b>MD</b> (SD), <b>MO</b> (%)	<b>MD</b> (SD) <b>MO</b> (%)
Potilaan sairauteen liittyvät tuntemukset	4 (0,75), 4(48,5%)	4 (0,66), 4(54,5%)
Potilaan hoidon tarpeen huomiointi	4 (0,68), 4(51,5%)	5 (0,56), 5(50%)
Potilaan mahdollisuus vastuunottoon	4 (0,68), 5(47,7%)	4 (0,97), 4(54,5%)
Potilaan voinnissa tapahtuneiden muutosten huomioiminen	5 (0,49), 5(61,5%)	5 (0,59), 5(61,5%)
Potilaan pelkojen/huolien huomiointi	4 (0,78), 5(45,5%)	4 (0,69), 4(51,5%)
Potilaan sairauden merkityksen huomiointi	4 (0,71), 4(56,1%)	4 (0,59), 4(54,5%)
<b>MD= mediaani, SD= keskihajonta</b>	<b>MO=moodi,</b> (prosentti tyyppivastaukselle)	

### 5.2.3 Yksilöllinen hoito potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen hallinnassa

Henkilökohtaisen elämäntilanteen hallinnassa arvioitiin neljää väittämää, jotka käsittelivät potilaan jokapäiväisen toiminnan huomioimista osastolla, aikaisempia kokemuksia sairaalassaolosta, jokapäiväisten tottumusten huomioimista sekä perheen osallistumista

hoitoon. Vastaajat arvioivat yksilöllisen hoidon toteutumista potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen hallinnassa, useimmiten he kokivat olevansa väittämän kanssa jonkin verran samaa mieltä (arvo 4). Yksilöllinen hoito toteutui parhaiten jokaipäiväisten tottumusten huomioimisessa. Heikoimmin yksilöllinen hoito toteutui vastaajien arvioimana potilaiden aikaisempien sairaalakokemusten kysymisen osalta.

Työkokemuksella ei juurikaan ollut merkitystä vastauksia verratessa. Suurimassa osassa väittämiä vastausten ikähaarukka jakaantui niin, että kaikista lyhyemmän työkokemuksen ja kaikista pisimmän työkokemuksen vastaajat saivat korkeimman arvon, eli arvioivat yksilöllisyyden tapahtuneen parhaiten. Koulutustaustan ero vastausten perusteella näkyi väittämässä, jossa käsiteltiin perheiden osallistumista potilaan hoitoon. Sairaanhoitajat kokivat mahdollistavansa perheiden osallistumisen hoitoon lähihoitajia useammin.

Vastaajien iässä oli selkeästi huomattava suuntaus. Lähes kaikissa väittämissä iäkkäämmät vastaajat kokivat yksilöllisyyden toteutuvan paremmin kuin nuoret vastaajat. Yli 60-vuotiaat (N=6) olivat kolmessa väittämässä, joissa käsiteltiin potilaiden tottumuksia sairaalan ulkopuolella sekä aiempia sairaalakokemuksia, selkeästi korkeimman arvosanan antaneita vastaajia, eli heidän näkemyksensä he toteuttavat näitä asioita yksilöllisesti potilaan hoidossa.

#### **5.2.4 Yksilöllinen hoito potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen hallinnassa viimeisen työvuoron aikana**

Vastaajien arvioidessa yksilöllisen hoidon toteutumista potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen hallinnassa konkreettisesti edellisen työvuoronsa aikana, he arvioivat olevansa osittain samaa mieltä (arvo 4) tai eivät samaa eivätkä eri mieltä (arvo 3). Parhaiten vastaajat kokivat yksilöllisen hoidon toteutuvan potilaiden pelkojen ja huolien huomioimisessa. Heikoimmin yksilöllinen hoito toteutui heidän mielestään potilaiden päivittäisten tottumusten huomioon ottamisessa sairaalan ulkopuolella sekä aikaisempien sairaalakokemusten huomioimisessa.

Kaikissa väittämissä vähiten työkokemusta (1-5vuotta) omaavat hoitajat arvioivat omassa työskentelyssään yksilöllisyyden toteutuvan paremmin omassa työskentelyssään kuin pidemmän työkokemuksen omaavat hoitajat. Vastaajien koulutusten perusteella selkeää eroavaisuutta oli havaittavissa ainoastaan potilaiden perheiden osallistumisesta hoitoon potilaan niin halutessa. Sairaanhoitajat kokivat mahdollistavansa tämän lähihoitajia enemmän.

Vastaajien iällä ei puolestaan näyttänyt olevan merkitystä, vaan se vaihteli eri väittämien välillä. Nuoremmat hoitajat kokivat osallistavansa potilaita enemmän hoitoon, ja huomioimalla sairaalan ulkopuolisia tottumuksia enemmän, kun taas iäkkäämmät hoitajat kokivat ottavansa potilaan tarpeet ja aiemmat kokemukset huomioon nuoria kollegoitaan enemmän.

Oheisessa taulukossa (Taulukko 3.) koosteena potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen hallinta mediaanin (MD) sekä keskihajonnan (SD) ja moodin (MO) eli tyyppivastauksen sekä prosentti, jolla tyyppivastausta oli vastattu avulla kuvattuna. Vastaukset on jaettu hoitajien näkökulmasta niin yleisenä toimintatapana (ICS-A) kuin toteutuneen hoidon osalta (ICS-B).

Taulukko 3. Potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioiminen

Potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioiminen	ICS- A	ICS- B
	Yleinen toimintapa	Toteutunut hoito
	MD (SD) <u>MO(%)</u>	MD (SD) <u>MO(%)</u>
Potilaan jokapäiväisten toimintojen huomiointi	4 (0,88), 4( <u>66,7%</u> )	4 (0,84),4( <u>48,5%</u> )
Potilaan aikaisempien sairaalakokemusten huomiointi	3 (1,05), 4( <u>37,9%</u> )	3 (1,0), 3( <u>39,4%</u> )
Potilaan jokapäiväisten tottumusten huomiointi	4 (0,78), 4( <u>54,6%</u> )	3 (0,97),3( <u>39,4%</u> )
Potilaan perheiden hoitoon osallistumisen huomiointi	4 (0,94), 4( <u>53%</u> )	4 (1,1), 4( <u>43,9%</u> )
<b>MD= mediaani</b> , SD= keskihajonta	<b>MO=moodi</b> , ( <i>prosentti tyyppivastaukselle</i> )	

### 5.2.5 Yksilöllinen hoito potilaan päätöksenteon kontrollissa hoitajan kokemana

Vastaajat arvioivat väittämiä (n=6), jotka käsittelivät yksilöllisen hoidon toteutumista potilaan päätöksenteon kontrollissa, useimmiten he kokivat olevansa väittämän kanssa jonkin verran samaa mieltä (arvo 4). Väittämät käsittelivät hoito-ohjeiden ohjaamista ja varmistamista, sairaudesta kertomista, potilaan toiveiden huomioimista, päätöksenteon mahdollistamista, mielipiteiden huomioon ottamista hoidossa sekä peseytymisaikojen mahdollistamista. Parhaiten vastaajat arvioivat yksilöllisen hoidon toteutuneen potilaan ohjauksessa sekä potilaan kuuntelemisessa. Selkeästi heikoiten yksilöllinen hoito toteutui vastaajien mukaan väittämässä, jossa potilaat saivat valita pesytymisaikansa itse eikä hoitaja päättäisi sitä potilaan puolesta.

Vastaajien työkokemuksella ei ollut selkeää suuntaa vastusten välillä. Lyhyemmän työkokemuksen omaavat hoitajat kokivat osallistavansa potilaita enemmän päätöksen



tekoon kun taas pidemmän työkokemuksen omaavat hoitajat kokivat kuuntelevansa potilaita enemmän ja kannustavansa potilaita tuomaan mielipiteensä esille koskien omaa hoitoaan. Erot olivat vastaajaryhmien välillä kuitenkin pieniä.

Vastaajien ikä muodosti kaikkiin väittämiin eroavaisuuksia. Lähes kaikissa väittämissä iäkkäimmät vastaajat kokivat yksilöllisyyden toteutuvan paremmin kuin nuoremmat vastaajat. Poikkeuksen tässä teki ainoastaan väittäminen, jossa tiedusteltiin potilaiden mahdollisuutta valita pesytymisaikansa, siinä nuoret vastaajat kokivat sen toteutuneen parhaiten. Vastaajien koulutuksella ei ollut selkeää eroavaisuutta vastausten välillä.

### **5.2.6 Yksilöllinen hoito potilaan päätöksenteon kontrollissa hoitajan kokemana viimeisen työvuoron aikana**

Vastaajat arvioivat yksilöllistä hoitoa potilaan päätöksenteon kontrollissa konkreettisesti viimeisen työvuoronsa aikana, useimmiten he kokivat olevansa väittämän kanssa jonkin verran samaa mieltä (arvos 4). Parhaiten vastaajat arvioivat yksilöllisen hoidon toteutuneen potilaan toiveiden ja mielipiteiden huomioimisessa sekä hoito-ohjeiden antamisessa. Yksilöllinen hoito toteutui vastaajien mukaan heikoiten potilaan peseytymisaikojen valinnassa potilaslähtöisesti sekä yleisesti potilaan osallistamisessa päätöksentekoon koskien omaa hoitoaan.

Vastaajien työkokemuksella oli melko selkeä suuntaus vastauksia verratessa. Lyhyemmän työuran omaavat vastaajat kokivat yksilöllisyyden toteutuneen paremmin kuin pisimmän työuran omaavat vastaajat. Suurin ero vastaajien ikäryhmien välillä oli väittämässä jossa tiedusteltiin potilaan mahdollisuutta ottaa vastuuta hoidostaan. Siinä lyhyen (1-5v) työkokemuksen omaavat vastaajat (n=12) arvioivat yksilöllisyyden toteutuvan selkeästi korkeammin kuin pidemmän työkokemuksen omaavat vastaajat.

Vastaajien ikä ei aiheuttanut juurikaan eroja vastausten kesken, paitsi kahdessa väittämässä. Iäkkäin vastaajaryhmä koki heikoiten tukevansa potilaita ottamaan vastuuta hoidostaan, mutta kokivat kuitenkin antavansa parhaiten potilaille mahdollisuuden valita pesytymisaikansa. Vastaajien koulutuksella oli selkeämpi ero yhdessä väittämässä, jossa

tiedusteltiin potilaiden osallistumista päätöksentekoon koskien omaa hoitoaan, siinä sairaanhoitajat kokivat viimeisen työvuoronsa aikana tukeneen potilaita tässä enemmän kuin lähihoitajat.

Oheisessa taulukossa (Taulukko 4) koosteena hoitajien näkemys potilaan päätöksenteon kontrollista yleisellä tasolla sekä toteutuneessa hoidossa mediaanin (MD) ja keskihajonnan (SD) sekä moodin (MO) eli tyyppivastauksen ja prosenttin, jolla tyyppivastausta oli vastattu avulla kuvattuna. Vastaukset on jaettu hoitajien näkökulmasta niin yleisenä toimintatapana (ICS-A) kuin toteutuneen hoidon osalta (ICS-B).

Taulukko 4. Potilaan päätöksenteon kontrolli hoitajien kokemana

Potilaan päätöksenteon kontrolli	ICS- A	ICS- B
	Yleinen toimintapa	Toteutunut hoito
	MD (SD) <u>MO</u> (%)	MD (SD) <u>MO</u> (%)
Potilaan saamien hoito-ohjeiden ohjaaminen/varmistaminen	5 (0,54), <u>5(69,7%)</u>	4(0,67), <u>4(52,3%)</u>
Sairaudesta kertominen potilaalle	4 (0,93), <u>4(49,7%)</u>	4 (0,79), <u>4(51,5%)</u>
Potilaan toiveiden huomioiminen	5 (0,59), <u>5(53%)</u>	4 (0,7), <u>4(49,2%)</u>
Potilaan päätöksenteon mahdollistaminen	4 (0,75), <u>4(48,4%)</u>	4 (0,87), <u>4(47%)</u>
Potilaan mielipiteiden huomioiminen	4 (0,75), <u>4(48,4%)</u>	4 (0,66), <u>4(53%)</u>
Peseytymisaikojen valitsemisen mahdollistaminen	4 (1,04), <u>4(54,6%)</u>	4 (1,04), <u>4(43,9%)</u>
<b>MD= mediaani, SD= keskihajonta</b>	<b>MO=moodi,</b> (prosentti tyyppivastaukselle)	

### 5.3 Johtopäätökset

Tutkimustulokset olivat samoilla linjoilla aikaisemmin tehtyjen tutkimusten tulosten kanssa. Yksilöllinen hoito on hoitohenkilöstön mukaan toteutunut parhaiten potilaan kliinisen

tilanteen hoidossa. Lähes yhtä hyvin potilaan yksilöllisyys huomioitiin päätöksenteon kontrollissa. Heikoiten yksilöllinen hoito toteutui potilaan elämäntilanteen huomioimisessa.

Keskimäärin tutkimustulokset osoittivat, että yksilöllinen hoito potilaiden hoidossa toteutui hoitajien mielestä melko hyvin, sillä useimmiten he kokivat olevansa väittämän kanssa jonkin verran samaa mieltä (arvo 4). Parhaiten yksilöllisyys toteutui kliinisen tilanteen hoidossa ja potilaan päätöksenteon kontrollissa. Vastaajat arvioivat yksilöllisen hoidon toteutuvan hieman heikommin, kun he ajattelivat viimeisen työvuoron aikana tapahtuneita asioita. Työvuorojen sisällöt vaihtelevat sairaalamaailmassa ja joissain vuoroissa saattaa olla enemmän kiirettä. Tällä saattaa olla vaikutusta siihen, että hoitajat kokevat etteivät ehdi käytännössä jossain vuorossa hoitaa potilaita niin yksilöllisesti kuin yleisesti ottaen tekevät.

Kliinisen tilanteen hoito nousee hoitajien työssä konkreettisesti monessakin asiassa esille. Osastoilla on tiettyjä käytäntöjä, kuten perusmittaukset ja tietyt toimenpiteet joidenkin potilaiden kohdalla, jotka korostavat potilaan kliinisen tilanteen hoitoa. Siitä syystä siihen kiinnitetään huomiota ja myös yksilöllisyys näyttää korostuvan sillä alueella.

Pidemmän työkokemuksen omaavat hoitajat kokivat yksilöllisyyden tapahtuneen paremmin. Työkokemus tuo hoitajalle varmasti enemmän varmuutta ja sen myötä on ehkä enemmän uskallusta antaa myös potilaalle tilaa tuoda esiin omia mielipiteitään. Työkokemuksen myötä myös katsontakanta todennäköisesti laajenee ja hoitajan on helpompi huomioida potilaiden tarpeita. Sama suuntaus näkyi myös vastaajien iässä, sillä vanhimmat vastaajat kokivat yksilöllisyyden tapahtuneen paremmin kuin nuoremmat kollegansa.

Potilaan päätöksentekoa tuettiin myös melko hyvin. Hän sai osallistua hoitoonsa ja siihen koskeviin päätöksiin. Potilaiden itsemääräämisoikeutta ja potilaan oikeuksia yleisesti on viime vuosina korostettu terveydenhuollossa, ja tällä saattaa olla merkitystä tutkimustuloksiin. Peseytymisajan valinta nousi selkeästi kohdaksi, jossa potilaan päätöksenteko toteutui huonoiten. Tässä nuorimmat vastaajat kokivat kuitenkin antavansa potilaiden itse päättää asiasta paremmin kuin iäkkäämmät vastaajat. Siihen saattaa olla syynä osaston rutiinit, joista osan hoitajia saattaa olla vaikea poiketa, toki niitäkin tutkimuksen mukaan löytyy jo melko paljon.

Potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen hallinta toteutui tutkimuksen mukaan huonoiten, joten siihen tulisi kiinnittää huomiota. Potilaan taustatiedot on hyvä selvittää heti hoidon alussa. Sairaalaympäristö rajaa jonkin verran mahdollisuuksia toteuttaa asioita samalla lailla kun kotona, mutta myös potilaan sairaalan ulkopuoliset asiat tulisi ottaa hoidossa huomioon. On tärkeää, että niistä keskustellaan ja tiedostetaan miten potilas esimerkiksi kotiutumisen jälkeen tietyt asiat tekee. Perheiden huomioiminen hoidossa on tärkeää, jos potilas niin kokee, sillä monen kohdalla he tukevat potilasta kuntoutumaan ja auttavat jatkossa sairaalasta kotiutumisen jälkeen potilasta selviytymään arjesta. Lyhyimmän työkokemuksen omaavat hoitajat kokivat toteuttavansa yksilöllistä hoitoa parhaiten koskien potilaan henkilökohtaista elämäntilannetta. Onkin syytä pohtia, mitä hoitajien ajatuksissa tapahtuu työkokemuksen lisääntyessä, jos yksilöllisen hoidon taso laskee tällä osa-alueella?

Nuoremmat vastaajat kokivat, että he ottavat potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen paremmin huomioon kuin vanhemmat vastaajat. Tämä saattaa johtua siitä, että nuoret ovat avarakatseisempia ja ajattelevat potilasta enemmän yksilönä ja ovat kiinnostuneita myös potilaan elämästä sairaalan ulkopuolella. Ennen potilaan ja hoitajan roolit olivat tiukemmat ja molemmat toimivat oletetun roolin mukaan. Yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden korostamisen myötä potilaan rooli on muuttunut ja hänet nähdään laajempänä kokonaisuutena. Nuoremmat omaksuvat mahdollisesti tämän tavan ajatella ja työskennellä, sillä se on heille muutenkin ominainen tapa toimia.

Vastaajien työkokemuksella ja iällä oli merkitystä osassa vastuksia. Hoitajan ammattiidentiteetti kasvaa työtä tehdessä ja olisikin tärkeää, että potilaan yksilöllistä hoitoa korostettaisiin jo opiskeluvaiheessa alan oppilaitoksissa, jolloin tulevat hoitajat tiedostaisivat tämän asian, ymmärtäisivät sen merkityksen ja osaisivat hoitajaina kiinnittää siihen huomiota. Toisaalta voidaan ajatella, että nuoremmat vastaajat olivat kriittisempiä vastatessaan väittämiin ja kokivat tulosten mukaan yksilöllisyyden toteuvan huonommin kuin iäkkäämmät kollegansa, jotka eivät ehkä olleet niin kriittisiä. Myös vastaajien omilla mielikuvilla omasta työskentelystään on merkitystä, he saattavat ajatella toteuttavansa potilaiden hoitoa yksilöllisesti, mutta totuus ei välttämättä ole niin. Olisi myös tärkeää, että työyhteisöissä asiasta keskusteltaisiin ja sen merkitystä niin potilaille ja hoitajillekin

korostettaisiin ja mietittäisiin yhdessä miten omassa työssä yksilöllistä hoitoa voitaisiin kehittää.

## 6 POHDINTA

Potilaiden yksilöllinen hoito koettiin melko hyväksi tutkimukseen osallistuneilla osastoilla. Parannettavaa on, ja tutkimustulosten pohjalta voidaan kiinnittää huomioita juuri niihin seikkoihin, joissa koettiin yksilöllisen hoidon toteutuneen heikoiden. Terveystuollon alalla yleisenä asiana puhutaan usein kiireestä ja henkilöstön uupumisesta. Periaatteessa näillä seikoilla ei saisi olla yhteyttä potilaiden saamaan yksilölliseen hoitoon, mutta todellisuudessa näin saattaa kuitenkin olla.

Vastausprosentti (31,8 %) tutkimuksessa jäi melko alhaiseksi. Tästä johtuen, tuloksia ei voida yleistää koko perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön käsityksiksi, mutta ne ovat suuntaa antavia. Osittain syynä saattaa olla osastoilla jo pitkään valinnut poikkeustila, joka aiheuttaa osastojen käytänteissä muutoksia ja rasittaa siten henkilökuntaa. Reilun kahden viikon tutkimusaikaan osui myös ainakin kolmen osaston karanteeni, joka aiheutui koronaviruksesta. Tämä puolestaan teki muutoksia henkilöstö- ja potilasrakenteeseen ja sitä myötä myös normaaliin toimintaan osastolla. Vastausprosentit eri osastojen välillä olivat myös hyvin erilaiset, joka aiheutti sen, että osastojen välistä vertailua tulosten pohjalta ei voitu tehdä. Näin tutkimuksen anti jäi suppeammaksi kuin oli tarkoitus. Opinnäytetyöntekijälle jäi epäselväksi, mikä aiheutti joidenkin osastojen alhaisen vastausprosentin.

Yleisesti pitkään valinnut koronatilanne koko maailmassa ja kaikkien ihmisten elämässä saattaa vaikuttaa tutkimustuloksiin. Korona on koskettanut jollain lailla kaikkia tutkimukseen osallistuneita hoitajia myös työelämässä. Sillä saattaa olla siis vaikutusta myös hoitajien käsitykseen potilaiden saamista yksilöllisestä hoidosta.

Hoitajat eivät nykyään ole ainut ammattiryhmä, joka potilaita hoitaa ja kuntouttaa. Moniammatillisuutta korostetaan ja potilasta hoidetaan yhteistyössä muiden

ammattiryhmien kanssa. Tässä tutkimuksessa keskitytään hoitajien näkökulmaan, mutta heidän kokemukseensa saattaa vaikuttaa myös muiden ammattiryhmien toiminta.

Potilaiden yksilöllinen hoito saattaa tulevaisuudessa saada erilaisia haasteita. Ihmisten liikkuminen eri valtioiden ja kulttuurien välillä lisääntyy ja tämä tuo mukanaan erilaisia piirteitä myös terveydenhuoltoon. Myös väestön ikärakenteen muutos ja ikääntyneen väestön määrän kasvu lisää painetta ikääntyneiden hoitoon. Laitospaikkoja on vähennetty ja ikääntynyt väestö pyritään hoitamaan mahdollisimman pitkään omassa kodissa. Tämä saattaa lisätä yksilöllisen hoidon tunnetta potilaissa ja asiakkaisissa, kun hoito tapahtuu omassa kodissa, joskin hoitohenkilökunnalle se saattaa tuoda mukanaan jopa haasteita, kun hoitajan on toteutettava hoito aina erilaisessa ympäristössä.

Valtion tiukka taloudellinen tilanne vaikuttaa myös terveydenhuoltoon. Määrärahoja tuskin lisätään missään, ja tämä osaltaan vaikuttaa siihen, että terveydenhuollon organisaatioiden on priorisoitava toimintansa ja kehittämiskohteensa niin, että kaikille saadaan turvattua lain määrittelemä hoito. On tärkeä kuitenkin muistaa, että myös hoitotyön laatu ja sen myötä myös potilaan yksilöllinen hoito on tärkeää, ja toteutuessaan tuo myös taloudellisesti positiivisia vaikutuksia. Hoitajapula tuo myös omat haasteensa, ja terveydenhuollon organisaatioiden tulisikin muistaa työhyvinvoinnin suuri merkitys hoitohenkilökunnan työssä. Potilaiden yksilöllisen hoidon, on todettu lisäävän hoitajien työssä viihtymistä.

## **6.1 Tutkimuksen eettinen pohdinta**

Opinnäytetyöntekijä työskentelee itse osastolla, joka osallistui tutkimukseen. Myös muut osastot ja niiden henkilökunta ovat osittain opinnäytetyöntekijälle tuttuja.

Opinnäytetyöntekijälle tutkittava aihe on siis myös käytännön työssä tuttua ja hänellä saattaa olla siitä omia käsityksiä. Pyrkimyksenä oli kuitenkin ajattella objektiivisesti asiasta, tätä helpotti se, että opinnäytetyöntekijä ei tutkimuksen toteutuksen aikana ollut käytännön työssä, vaan opintovapaalla.

Opinnäytetyöntekijä piti aihetta tärkeänä ja hyödyllisenä. Sitä ei oltu aiemmin tutkittu kyseisissä yksiköissä ja yksiköiden palvelulupauksessa kuitenkin luvataan hoitaa ja

kuntouttaa potilaita yksilöllisesti. Opinnäytetyöntekijän mielestä on eettisesti oikein tarkastella, onko asia todellisuudessa niin. Sen lisäksi että aihetta tutkitaan, toivotaan myös, että aiheen nostaminen esille saisi hoitajat ajettelemaan asiaa. Tutkimuksessa olevien väittämien läpikäyminen todennäköisesti herättää monella ajatuksia ja toivottavasti myös keskustelua kollegoiden välillä.

Yksilöllistä hoitoa pidetään yhtenä laadukkaan hoidon kulmakivistä. Onkin siis tärkeää tutkia aihetta, joka toteutuessaan antaa potilaille ja asiakkaille paremman kokemuksen ja vaikuttaa mahdollisesti kyseisen ihmisen elämään suurestikin. Tutkimukseen osallistuneet osastot ovat osittain profiloituneet hoitamaan erilaisia potilaita ja yksilöllinen hoito korostuu siellä mahdollisesti erilailla. Esimerkiksi muistisairaana potilaan hoidossa saattaa olla enemmän haasteita toteuttaa yksilöllistä hoitoa, kun potilaan, jolla ei ole ongelmia ilmaista omaa tahtoaan. Osassa tutkimukseen osallistuneilla osastoilla hoidetaan myös kuolevia ihmisiä, jolloin yksilöllisen hoidon merkitys varmasti korostuu, niin potilaan kuin omaistenkin näkökulmasta.

Tutkimus toteutettiin eettisten ohjeiden mukaan. Tutkimuslupa haettiin yhtymän ohjeiden mukaan ja sen myönsi geriatrisen osaamiskeskuksen palvelupäällikkö. Tutkimuksen saatekirjeessä kerrottiin, mitä tutkimus koskee ja siinä oli tutkijan yhteystiedot mahdollisia lisäkysymyksiä varten. Kaikkien vastanneiden henkilöiden anonymiteettiä suojeltiin, tutkimus toteutettiin julkisen nettilinkin kautta, jolloin kukaan ei pysty selvittämään kuka on vastannut kyselyyn. Tutkimukseen osallistujan taustatiedot pyrittiin kysymään niin, ettei niistä pysty tunnistamaan vastaajaa. Vastaaminen oli kaikille vapaaehtoista. (Ronkainen, ym., 2012, s.152; Vilka, 2007, s.164)

## **6.2 Jatkotutkimusaiheita**

Tutkimustulosten perusteella hoitohenkilöstön mukaan potilaan yksilöllisessä hoidossa olisi vielä parantamisen varaa. Olisi varmasti hyödyllistä tutkia näissä samoissa yksiköissä, mitä asioita voitaisiin hoitajien ja esimiesten mielestä tehdä, jotta potilaan yksilöllinen hoito toteutuisi paremmin. Tutkimuksen toivottiin myös herättävän ajatuksia ja keskustelua

työyhteisöissä, joten olisi myös mielenkiintoista tietää minkälaisia ajatuksia ja ovatko ne mahdollisesti vaikuttaneet esimerkiksi yksittäisen hoitajan työskentelyyn.

Tässä tutkimuksessa tutkittiin hoitajien kokemusta potilaiden saamista yksilöllisestä hoidosta. Olisi mielenkiintoista tutkia myös potilaiden itsensä kokemuksia saamaastaan yksilöllisestä hoidosta. Jos tutkimuksen tekisi lähitulevaisuudessa, voisi tutkimustuloksia verrata ja katsoa ovatko ne samansuuntaisia. Tutkimuksen pohjana olisi hyvä käyttää ics-patient alustaa, jolloin tutkimuksista saataisiin hyvin vertailukelpoisia, sillä tutkittavat aihepiirit ovat samansuuntaiset.

Hoityössä työyhteisöön kuuluu nykyään hoitajien lisäksi myös monta muuta ammattiryhmää, kuten terapeutit, lääkärit, farmaseutit, sosiaalityöntekijät jne. Potilasta hoidetaan ja kuntoutetaan yhdessä moniammatillisesti. Potilaan saamaa yksilöllistä hoitoa olisi mielenkiintoista tutkia myös heidän näkökulmastaan. Oletuksena on, että kaikkien ammattiryhmien toiminta vaikuttaa toisten toimintaan. Tutkimuksen näkulmana voisi esimerkiksi olla, miten moniammatillinen työyhteisö yhteistyössä edesauttaa potilaan yksilöllistä hoitoa.

Työyhteisössä esimiehellä on merkittävä rooli. Potilaan yksilöllistä hoitoa voisi tutkia myös johtajuuden näkökulmasta eri katsontakannalta. Olisi mielenkiintoista tutkia, miten henkilökunta näkee esimiehen merkityksen potilaan yksilöllisessä hoidossa, mitä työkaluja hän antaa henkilöstölle. Samalla olisi mielenkiintoista kääntää asia esimiehen näkökulmaan ja tutkia, mitä keinoja lähiesimiehillä on tukea henkilöstöään heidän toteuttaessaan potilaiden yksilöllistä hoitoa. Tähän liittyen voisi myös tutkia, mitä konkreettisia keinoja organisaatio antaa lähiesimiehille, jotta he voivat tukea henkilöstöään ja ovatko nämä keinot esimiesten mielestä riittäviä.

Pohdinnassa jo todettiin, että koronavirus on vaikuttanut osastojen toimintaan ja sitä myötä henkilöstöön jo pidemmän aikaan. Se on koskettanut jollain lailla varmasti kaikkia, ja olisikin mielenkiintoista tutkia sen vaikutusta potilaiden saamaan yksilölliseen hoitoon. Tutkimuksen voisi toteuttaa myös sellaisella osastolla, jossa potilaan yksilöllistä hoitoa on tutkittu ennen



koronavirusta, ja toistaa tutkimuksen nyt koronaviruksen aikana ja verrata tutkimustuloksia niin potilaiden kun hoitajienkin näkökulmasta.

### **6.3 Opinnäytetyöntekijän matka**

Opinnäytetyöntekijänä olen matkan varrella kehittynyt mielestäni paljon. Opinnäytetyön alussa epävarmuuden sietäminen oli kasvattavaa. Edessä oli monta asiaa, josta ei tiennyt mitään ja niistä piti ottaa selvää, ilman että kukaan niitä tuo valmiiksi eteen. Kun matkassa pääsi eteenpäin, tiedon etsiminen ja löytäminen kasvattivat intoa etsiä sitä yhä enemmän ja yhdistää eri lähteistä saatuja tietoja keskenään niin, että niistä sai loogisen kokonaisuuden. Oli hyvin palkitsevaa huomata, kuinka ajoittain helpostikin tekstiä syntyi ja opinnäytetyöntekijänä kehittyi matkan varrella. Opin monta uutta asiaa tutkimuksen tekemisestä ja tietysti matkan varrella tuli paljon uutta tietoa tutkittavasta aiheesta ja toki monesta muustakin asiasta, sillä teorian tietoa etsiessä löytyi monta muutakin mielenkiintoista tutkimusta ja artikkelia.

Toivon että saan jatkossakin hyödyntää oppimaani. Tutkitun tiedon etsiminen ja löytäminen herättää paljon ajatuksia ja uskon, että sen myötä moni ammattilainen löytäisi uudenlaista intoa ja uusia ajatuksia työhönsä. Niin terveydenhuollossa kuin muillakin aloilla muutos tulee olemaan aina läsnä ja toiminnan tulee kehittyä. Muuttuva toimintaympäristö tuo uusia haasteita ja tutkitun tiedon avulla pystymme varmasti vastaamaan niihin haasteisiin.

## Lähteet

- Backmann-Sappinen, T. & Sihvo S. (2011) *Hoitajien näkemyksiä yksilöllisen hoidon toteutumisesta terveystieteiden vuodeosastoilla*. Metropolia ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, opinnäytetyö.  
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/30013/THESEUS%20PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bartkeviciute, B., Lesauskaite, V., Riklikiene, O., & Suhonen, R. (2021). *Individualized Health Care for Older Diabetes Patients from the Perspective of Health Professionals and Service Consumers*. *Journal of Personalized Medicine*, 11(7).  
<https://doi.org/10.3390/jpm11070608>
- Can, S. (2021) *The relationship between the individualized care perceptions of nurses and their professional commitment*. Faculty of health sciences, Yalova, Turkey. *Nurse education in practice*. Volume 55 (2021)
- Danaci, E. & Koc, Z. (2019). *The association of job satisfaction and burnout with individualized care perceptions in nurses*. *Nursing ethics*. Volume 27:1 pages 301-315, (2019) <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733019836151>
- Edvardsson, D. & Innes, A. (2010). *Measuring person-centered care: a critical comparative review of published tools*. *The Gerontologist*, 50, 6, 834–846.
- Eskelinen, H. & Karsikas, S. (2014) *Tutkimusmetodiikan perusteet*. Amk-kustannus Oy, Tammertekniikka, Tampere, 2014.
- Finlex 785/1992 (1992) *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista*.  
<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilaan%20asema#L2P3>
- Gustafsson, M-L., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. (2009). *Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät-hoitohenkilöstön näkökulma*. *Tutkiva Hoitotyö* 4, 4-11.
- Heikkilä, T. (2014). *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2009) *Tutki ja kirjoita*. Tammi. Hämeenlinna, 2009.
- Kananen, J. (2011) *Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja, 2011.
- Kang, E., Tobiano, G., Chaboyer, W. & Gillespie, B. (2020). *Nurses' role in delivering discharge education to general surgical patients: A qualitative study*. Journal of Advanced Nursing 76. 1698-1707.
- Kankkunen, P.& Veviläinen-Julkunen, K. (2009.) *Tutkimus hoitotieteessä*. WSOYpro Oy, Helsinki, 2009.
- Kanta (2021). *Potilaan oikeudet*. Haettu 09.09.2021 osoitteesta:  
<https://www.kanta.fi/potilaan-oikeudet#oikeus-paattaa-tietojen-luovutuksesta>
- Kitson, A., Marshall, A., Basset, K & Zeitz, K. (2013). *What are the core elements of patientcentered care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing*. Journal of Advanced Nursing. 69(1):4-15.
- Koivunen, K. (2017). *Asiakas- tai ihmislähtöisyys – tasavertaisuutta ja vastavuoroisuutta ammattilaisten ja palvelun käyttäjien kanssa*. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 6 <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-597-141-8>
- Kotisaari, M-L. & Kukkola, S. (2012). *Potilaan oikeudet hoitotyössä*. Bookwell Oy, Porvoo, 2012.
- Köberich, S., Feuchtinger, J. & Farin, E. (2016). *Factors influencing hospitalized patients' perception of individualized nursing care: a cross-sectional study*. BMC Nurs 15, 14 (2016).  
<https://doi.org/10.1186/s12912-016-0137-7>
- Larsson, I., Sahlsten, M., Segesten, K., Plos, K. (2011). *Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care*. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 25(3):575-582
- Leppänen, K. (2012). *Yksilöllisen hoidon toteutuminen potilaan kokemana*. Satakunnan ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, opinnäytetyö.

[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/45447/katinkaLeppanen\\_opinnaytetyo\\_Yksilöllinen\\_hoito\\_potilaankokemana-1.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/45447/katinkaLeppanen_opinnaytetyo_Yksilöllinen_hoito_potilaankokemana-1.pdf?sequence=1)

Liira, H. & Hietanen, P. (2019) *Potilaiden osallistaminen etenee, mutta hitaasti*. Lääkärilehti 1-2/2019 VSK 74.

López-Domingo, B. & Rodrigues-Martín, B. (2019). *Factors associated with the provision of individualized care during hospitalization*.

Minvielle, E., Fourcade, A., Ricketts, T. & Waelli, M. (2021). *Current developments in delivering customized care: a scoping review*. BMC health services research. Article number 575 (2021)

Ottelin, M. & Pulkka, M. (2010). *Yksilöllinen hoito potilaan näkökulmasta – Osastohoidon aikana*. Metropolia Ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23534/Yksilöllinen.pdf?sequence=1>

Ozdemir, G. & Merdiye, S. (2020). *The relationship between nurses empathic tendencies, empathic skills, and individualized care*. University of health sciences, Istanbul, Turkey.

Papastavrou, E., Sendir, M., Berg, A., Efstathiou, G., Idvall, E., Kalafati, M., Katajisto, J., Leino-Kilpi, H., Lemonidou, C., Deolinda, M., Luz, A., Suhonen, R. (2015). *The relationship between individualized care and the practice environment: An international study*. International journal of nursing studies. Volume 52:1, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.008>

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä (2021). Kauan tavoiteltu sote-uudistus toteutuu- mitä se tarkoittaa Päijät-Hämeessä? <https://www.phhyky.fi/fi/kauan-tavoiteltu-sote-uudistus-toteutuu-mita-se-tarκοittaa-paijat-hameessa/>

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä (2021). *Geriatrinen osaamiskeskus*. Haettu 07.09.2021 osoitteesta <https://www.phhyky.fi/fi/ikaantyneiden-palvelut-ja-kuntoutus/geriatrinen-osaamiskeskus/>

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. (2021). *Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden ohjelma 2021-2022*. Haettu 3.11.2021 osoitteesta [https://www.phhyky.fi/assets/files/2021/02/PHHYKY\\_Laadun-asiakas-ja-potilasturvallisuuden-suunnitelma-2021-2022.pdf](https://www.phhyky.fi/assets/files/2021/02/PHHYKY_Laadun-asiakas-ja-potilasturvallisuuden-suunnitelma-2021-2022.pdf)

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän organisaatio (2019). Haettu 07.09.2020 osoitteesta <https://www.phhyky.fi/fi/yhtyma/hallinto/paijat-hameen-hyvinvointiyhtyma-organisaatio-1/>

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä (2017). *Strategia 2022*. Haettu 05.05.2020 osoitteesta <https://www.phhyky.fi/assets/files/2017/11/liite-2-Strategia-tiivistettu-TVK-151117.pdf>

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (2014). *Järjestämissuunnitelma 2014–2017*. Haettu 10.03.2020 osoitteesta [https://www.phhyky.fi/assets/files/2016/02/Koottu\\_Jarsu2014\\_2017\\_paivitys14\\_15.pdf](https://www.phhyky.fi/assets/files/2016/02/Koottu_Jarsu2014_2017_paivitys14_15.pdf)

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. (2020). *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S., Paavilainen, E. (2011). *Tutkimuksen voimasanat*. WSOY Pro Oy, Helsinki, 2011.

Sairaanhoitajat. (2021) *Sairaanhoitajan eettiset ohjeet*. Sairaanhoitajaliitto, 2021. Haettu 13.10.2021 osoitteesta <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/kollegiaalisuus-ja-ammattietiikka/>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2020). *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020-2023- Tavoiteena ikäystävällinen Suomi*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. Helsinki 2020.

Suhonen, R., Stolt, M., Papastavrou, E. (2019). *Individualized Care*. Springer International Publishing AG, part of Springer Nature 2019

Suhonen, R., Stolt, M., Gustafsson, M., Katajisto, J. & Charalambous, A. (2013). *The associations among the ethical climate, the professional practice environment and*

*individualized care in care settings for older people*. Journal of Advanced Nursing, 70(6), 1356-1368. <https://doi.org/10.1111/jan.12297>

Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z., Papastavrou, E. (2011). *Patients' and nurses' perceptions of individualised care: an international comparative study*. Journal of clinical nursing. Volume 21:7-8. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2702.2011.03833.x>

Suhonen, R., Gustafsson, M-L., Katajisto, J., Välimäki, M & Leino-Kilpi, H. (2010). *Individualised Care Scale – Nurse version: A Finnish validation study*. Journal of Evaluation in Clinical Practice 16 (1), 145-154.

Suhonen, R. (2002). *Individualised care from surgical patient's point of view. Developing and testing a model*. Turun yliopisto. Painosalama Oy. Turku.

Suhonen, R., Hupli, M., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H. (2009). *Yksilöllinen hoito ja siihen yhteydessä olevat tekijät – esimerkki hoitotieteen teorianmuodostuksesta empiirisen tutkimuksen avulla*. Hoitotiede-lehti, 21.

Swenne, CL. & Skytt, B. (2014). *The ward round – patient experiences and barriers to participation*. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 28(2):297-304.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (2020). Asiakslähtöisyys. Haettu 10.09.2021 osoitteesta <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/sosku/sosiaalisen-kuntoutuksen-opas/palvelun-sisallot/yksilotyoskentely/asiakslähtöisyys>

Theys, S., Van Hecke, A., Akkermans, R. & Heinen, M. (2021). *The Dutch Individualised Care Scale for patients and nurses – a psychometric validation study*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 35(1), 308-318. <https://doi.org/10.1111/scs.12853>

Tuominen, R. & Tuuri, K. (2017). *Ikäihmisen kotihoito monialaisena yhteistyönä. Toimintakyvyn näkökulma*. Teoksessa: Helminen, J. (toim.) 2017. *Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa*, 228-241. Helsinki: Edita.

Valvira (2018). *Potilaan itsemääräämisoikeus*. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Helsinki 2018. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaramisoikeus>

Valvira (2018). *Potilaan asema ja oikeudet*. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Helsinki, 2018. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet>

Valvira (2016). *Potilaan oikeudet*. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Helsinki, 2016.

Vilka, H. (n.d). *Tutki ja kehitä*. 4. painos. Jyväskylä: Ps-kustannus.

Vilka, H. (2007) *Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet*. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä, 2007.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. (2011). *Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen*. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki.

**Liite 1: Lupa ICS-mittarin käyttöön**

TO

Piia Huhtala, apulaisosastonhoitaja

Hämeen ammattikorkeakoulu/Päijät-Sote

[piia.jo.huhtala@hamk.fi](mailto:piia.jo.huhtala@hamk.fi),

For the study

3<sup>rd</sup> of October 2021

Thank you for your interest in the **Individualised Care Scales (ICS)**. Here, enclosed is the nurse version of the Finnish instrument (ICS-Nurse - FIN). The ICS has preliminarily been validated for use in surgical & acute nursing and has now been used in different samples of hospital patients. Later, it has been used in different areas of health care, recently in the care settings for older people including sheltered housing, and in home care. The current version includes 17 (A) + 17 (B) items 34 altogether and is available: ICS-Patient version available validated for USA and UK English, Canada, Greek (Greece & Cyprus), Swedish, Turkish, Spanish, Italian, German, Portuguese, Hungarian, Czech Republic, Dutch Flemish and Finnish versions. There is also the English (UK, American), Finnish, Swedish, Greek (Greece & Cyprus), Turkish, Spanish and Portuguese versions of the ICS-Nurse with several references.



You are granted permission to use the ICS (Nurse version) for non-commercial purposes. You may edit the instructions for the instrument as appropriate for your sample(s). You may also use any demographic information you wish. However, the wording of the items and the scaling options may not be changed without express permission. Semantic and language validation is naturally forwarded. Any edited versions of the instrument will remain my property and I request you forward a copy of the edited version for my records.

The instrument itself may not be duplicated or reproduced in any publications because of owned right for publication of the journal and university series. I would request a copy of any published manuscripts or abstracts of presentations that reference the ICS for the archives. For the time being, all published work must contain the following credit:

### **ICS-Patient**

Suhonen, R. 2002. Individualised care from the surgical patient's point of view. Developing and testing a model. Annales Universitatis Turkuensis D 523. University of Turku, Painosalama Oy, Turku.

OR

**Suhonen** R, Leino-Kilpi H & Välimäki M. 2005. Development and psychometric properties of the Individualised Care Scale. Journal of Evaluation in Clinical Practice 11(1), 7-20. (preferred Patient version reference)

### **ICS-Nurse**

Suhonen R, Gustafsson M-L, Katajisto J, Välimäki M & Leino-Kilpi H. 2010. Individualised Care Scale – Nurse version: A Finnish validation study. Journal of Evaluation in Clinical Practice 16 (1), 145-154.

Finally, I'd appreciate any published feedback relating to the psychometrics of the ICS and your experiences with the measure. Thank you again for your interest in the instrument and I wish the best in your research endeavours.

Riitta Suhonen, PhD, RN, Professor

Haagantie 184, 31410 Somero, FINLAND

[suhonen.riitta@kolumbus.fi](mailto:suhonen.riitta@kolumbus.fi), Tel. Int +358-2-7483286, +358-50-3042150 (mobile), Fax.  
Int + 358-3-4221166

Work: University of Turku, Department of Nursing Science, Lemminkäisenkatu 1 2<sup>nd</sup>  
floor, 20014 Turku, Finland

**Liite 2: Tutkimuslupa**

**Asianumero** D/2427/13.00.00.01/2021

**Päätöslaji** Tutkimuslupa

**Otsikko** **Tutkimusluvan myöntäminen opinnäytetyöhön, Huhtala Piia: Potilaiden yksilöllinen hoito, hoitohenkilökunnan kokemana, Hämeen ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, H-hoitotyö**

**Päätösperustelut** Hämeen Ammattikorkeakoulun opiskelija Piia Huhtala hakee tutkimuslupaa opinnäytetyöhön. Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia potilaiden yksilöllisen hoidon toteutumista hoitajien kokemana.

Tutkimuksen suorituspaikkana toimii Geriatriksen osaamiskeskuksen perusterveydenhuollon vuodeosastot Salpausselän kuntoutussairaala Jalmarissa sekä Orimattilan osastolla. Tutkimus suoritetaan Webropol-kyselynä, jonka hoitajat saavat työsähköpostiinsa.

Tutkimuksesta ei aiheudu kuluja Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymälle.

**Päätös** Päätän myöntää tutkimusluvan opinnäytetyölle 31.12.2022 saakka seuraavin ehdoin ja edellytyksin:

- saadut tiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä saa käyttää vain suunnitelmassa määriteltyyn aiheeseen
- tekijän on huolehdittava siitä, että työssä muodostuvat yksittäisen henkilön identifiointiin mahdollistavat aineistot säilytetään omina asiakirjoista erillisinä aineistoina ja suojataan asiattomilta pääsyiltä sekä manuaalisten että atk-tiedostojen osalta
- jos suunnitelmassa tulee muutoksia, tulee niistä ilmoittaa lupaviranomaisille ja tarvittaessa hakea uusi lupa
- tietosuojasyistä tulokset tulee julkistaa siten, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä henkilöä. Tulosten raportoinnissa ja julkaisemisessa on noudatettava tieteen eettisiä ohjeita
- lupa voidaan peruuttaa, jos lupapäätöksen ehtoja rikotaan
- lupapäätöksen saajan tulee antaa päätös tiedoksi kaikille osallisille ja valvoa ehtojen täyttymistä
- henkilötietojen käsittely tapahtuu EU:N yleisen tietosuoja-asetuksen (GDPR) mukaisesti

Luvan saanut on velvollinen toimittamaan tulosten sähköisen version Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän tutkimuskoordinaattorille.

Tämän luvan myöntämiseen liittyvät lupahakemusasiakirja on tallennettu asianhallintajärjestelmään Twebiin.

<b>Lisätietojen antaja</b>	Anu Poikala p. 050 398 7569
<b>Toimivallan peruste</b>	Hallintosääntö
<b>Nähtävänäoloaika</b>	18.10.2021
<b>Nähtävänäolopaikka</b>	Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä/kirjaamo, Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti
<b>Muutoksenhaku</b>	Oikaisuvaatimus
<b>Saaja</b>	Piia Huhtala
<b>Tiedoksi</b>	Marjo Soini, Mervi Lepistö (HAMK)
<b>Liitteet</b>	Lupahakemus, opinnäytetyösopimus, tutkimussuunnitelma

**Allekirjoitus**

Anu Poikala

Palvelupäällikkö

**Liite 3: Saatekirje**

Hyvä tutkimukseen osallistuja!

Opiskelen Hämeen Ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Opinnäytetyöhöni liittyen teen tutkimuksen potilaan yksilöllisestä hoidosta hoitajien kokemana.

Opinnäytetyön toteutan kyselytutkimuksena geriatrisen osaamiskeskuksen hoitohenkilöstölle (lähihoitajat ja sairaanhoitajat), ja toivoisin sinun osallistuvan tutkimukseen. Osallistuminen tarkoittaa Webropol-kyselyyn vastaamista. Kyselyn pohjana on käytetty professori Riitta Suhosen kehittämää ics-mittaria (individualized care scale).

Osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Vastaaminen kyselyyn katsotaan tietoiseksi suostumukseksi opinnäytetyön kyselyyn osallistumiselle. Antamanne vastaukset käsittelen luottamuksellisesti, nimettöminä. Opinnäytetyön ajan säilytän vastaukset tietoturvasääntöjen mukaisesti ja opinnäytetyön hyväksymisen ja julkaisun jälkeen hävitän ne asianmukaisesti. Kenenkään vastaajan tiedot eivät paljastu tuloksista.

Linkki kyselyyn on avoinna kaksi viikkoa. **Vastausaika on 25.10-7.11. 2021.** Vastaaminen vie aikaa noin 10-15 minuuttia. Opinnäytetyöni ohjaajana toimii yliopettaja Mervi Lepistö Hämeen Ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden tietokannassa osoitteessa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi).

Mikäli sinulle tulee kysymyksiä, vastaan mielelläni.

Kiitos kun osallistut tutkimukseen!

Ystävällisin terveisin Piia Huhtala

[piia.io.huhtala@student.hamk.fi](mailto:piia.io.huhtala@student.hamk.fi)

