

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja 35

Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen

Seurantatutkimus operatiivisen hoitotyön alueella

Arja Ryhänen

**Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin ky
Joensuu 2005**

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä
Pohjois-Karjalan keskussairaala
Tieteellinen kirjasto
Tikkamäentie 16
80210 JOENSUU

Sähköinen julkaisu
http://www.pkshp.fi/tieteellinen_kirjasto/julkaisutoiminta_julkaisuluettelo.html

ISBN 952-9793-34-0
ISSN 1236-1836

Tekijät Arja Ryhänen		
Julkaisun nimi Yksilövastuuisen hoitotyön toteutuminen: seurantatutkimus operatiivisen hoitotyön alueella		
ISSN: 1236-1836	ISBN: 952-9793-34-0	Kokonaissivumäärä: 89 s. + liitteet (yht. 105 s.)
Toimintayksikkö: Operatiivinen hoitotyön palveluyksikkö		
Tiivistelmä: Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata yksilövastuuisen hoitotyön toteutumista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä operatiivisen hoitotyön alueella potilaiden ja hoitajien arvioimana. Tarkoituksena on myös verrata yksilövastuuisen hoitotyön toteutumista vuonna 2002 tehtyyn tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuivat 10.1.2005 – 30.1.2005 operatiivisen hoitotyön alueella hoidossa olleet potilaat (yht.726 potilasta). Näistä potilaista otettiin harkinnanvarainen otos. Tutkimusaineisto käsitti 200 potilasta, lomakkeiden palautusprosentti oli 74 %. Myös kyseisten osastojen hoitohenkilökunta osallistui tutkimukseen. Hoitohenkilökuntaa oli kyseisillä osastoilla tutkimusaikana työssä 151, joista kyselyyn vastasi 133, vastausprosentti oli näin 88 %. Molemmat aineistot kerättiin edellistä tutkimusta varten kehitetyillä strukturoidulla kyselylomakkeilla. Aineisto analysoitiin SPSS for Windows 12.0 tilasto-ohjelmalla. Aineistot analysoitiin käyttäen frekvenssi – ja prosenttijakaumia ja ristiintaulukointia sekä riippuvuuksien testaamiseen χ^2- ja Kruskal-Wallis testiä. Faktorianalyysin perusteella tehtiin aineistojen tiivistämiseksi summamuuttujat. Hoitohenkilökunnasta 38 % sanoi työskentelevänsä yksilövastuuisen hoitotyön mallin mukaan, lähes sama määrä (39 %) työskenteli tiimimallin mukaan. Puolella osastoista oli samanaikaisesti käytössä vähintään 3 eri toimintamallia. Potilaista 42 % oli omahoitaja ja 26 % potilaista ei tiennyt oliko heillä omahoitaja vai ei. Yksilövastuuisen hoitotyön malli mahdollisti parhaiten potilaan osallistumisen hoitoonsa ja hoidon jatkuvuuden. Potilaat olivat myös tyytyväisempiä hoitoonsa, kun heillä oli omahoitaja. Myös hoitajien arvioimana potilaskeskeisyys, vastuullisuus ja itsenäisyys toteutuivat parhaiten yksilövastuuisessa mallissa. Yksilövastuuisen hoitotyön edellyttämä vastuu ei edelleenkään toteutunut, sillä yli 80 % hoitajista ei vastannut potilaan hoidosta 24h /vrk, 71 % sanoi vastaavansa potilaan hoidosta vain työvuoronsa ajan ja 28 % vastaajista katsoi ryhmän / tiimin vastaavan hoitajan vastaavan potilaan hoidosta. Tutkimuksen mukaan edellytykset yksilövastuuisen hoitotyön toteuttamiseen olivat parantuneet, mutta potilaat arvioivat hoitajat nyt kiireisemmiksi kuin vuonna 2002. Yksilövastuuisen hoitotyön käytännön organisoiminen ja vastuuseen liittyvät kysymykset vaativat vielä keskustelua osastoilla. Mittarin kehittäminen on hidasta ja vaativaa, mutta edistymistä oli havaittavissa. Potilaiden mittari toimi jo melko hyvin, mutta hoitajien mittarissa on vielä kehitettävää niin käsitteiden sisällön kuin mitta-asteikoidenkin osalta. Mittareita rakennetaan edelleen tutkimustuloksen perusteella ja niitä tarjotaan testattavaksi esimerkiksi yliopistoon opinnäytetyöksi.		
Avainsanat yksilövastuuisen hoitotyö, omahoitajajärjestelmä, mittarit, yksilöllinen hoito		
Julkaisija Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin ky Tikkamäentie 16 80210 JOENSUU	Tilausosoite Pohjois-Karjalan keskussairaala Tieteellinen kirjasto Tikkamäentie 16 80210 JOENSUU Puh. (013) 1712045 Fax. (013) 1712595 S-posti. kirjastopalvelut@pkshp.fi	

Esipuhe

Vuonna 2002 tehtiin Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä yksilövastuisen hoitotyön toteutumista selvittävä tutkimus sekä potilaiden että hoitajien näkökulmasta. Tehtävänä oli myös laatumittarin kehittäminen mittaamaan hoidon laatua ja yksilövastuisen hoitotyön toteutumista. Mittareita muutettiin ensimmäisen mittauksen perusteella ja tällä tutkimuksella on tarkoitus testata muutettuja mittareita ja samalla selvittää yksilövastuisen hoitotyön toteutumista operatiivisen hoitotyön alueella.

Kiitän TtT Leena Kuivalaista avusta aineiston keräämisessä ja tallennuksessa. Olemme yhdessä hänen ja Maarit Kalasniemen kanssa pohtineet tulosta ja sen perusteella tehneet taas muutoksia mittareihin. Kiitän myös kollegoja osastoilla kannustavasta suhtautumisesta tutkijaan. Kiitos ylihoitaja Kerttu Martikaiselle; hän on mahdollistanut tämän tutkimuksen tekemisen. Haluan kiittää myös hallintoylihoitaja Pirkko Keskisärkkää ja ylihoitaja Sinikka Varaa kannustavasta tuesta ja mielenkiinnosta tutkimusta kohtaan. Kiitän sihteerin Tarja Kareista teknisestä tuesta ja hyvistä neuvoista kirjoitusprosessin aikana.

Joensuussa 17.3.2005

Arja Ryhänen

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	5
2. TUTKIMUKSEN TAUSTAA	6
2.1 Keskeiset käsitteet	6
2.2 Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen	11
3. TUTKIMUSKYSYMYKSET	17
4. TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	17
4.1 Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset	17
4.2 Tutkimusaineisto ja sen keruu	17
4.3 Vastaajien taustatiedot	18
4.3.1 Potilaan taustatiedot	18
4.3.2 Hoitajien taustatiedot	19
4.4 Mittarin laadinta	20
4.5 Mittarin luotettavuus	23
4.6 Aineiston analyysi	25
4.6.1 Hoitajien aineisto	26
4.6.2 Potilaiden aineisto	28
5. TUTKIMUKSEN TULOKSET	29
5.1 Hoitajien kyselyn tulokset	29
5.1.1 Osaston toimintamalli	29
5.1.2 Hoitotyön periaatteet	31
5.1.2.1 Potilaskeskeisyys	31
5.1.2.2 Itsenäisyys	32
5.1.2.3 Vastuullisuus	33
5.1.2.4 Jatkuvuus / koordinointi	35
5.1.3 Edellytykset yksilövastuisen hoitotyön toteuttamiseen	36
5.1.4 Osastonhoitajan rooli yksilövastuisessa hoitotyössä	38
5.1.5 Koulutus	39
5.1.6 Hoitajien näkemyksiä yksilövastuisen hoitotyön toteutumisesta	41
5.2 Potilaiden kyselyn tulokset	43
5.2.1 Tietoisuus omahoitajasta	43
5.2.2 Omahoitajan tehtävät	45
5.2.3 Yhteistyösuhde ja omahoitajan ominaisuudet	46
5.2.4 Arvio omahoitajasta	47
5.2.5 Yksilöllisyyden kokeminen	48
5.2.5.1 Osallistuminen omaan hoitoon	49
5.2.5.2 Hoidon joustavuus ja oikea-aikaisuus	50
5.2.5.3 Hoidon jatkuvuus	52
5.2.5.4 Autonomia	53
5.2.6 Potilaiden vastaukset avoimeen kysymykseen	54
6. TULOKSEN VERTAILUA EDELLISEEN TUTKIMUKSEEN	56
6.1 Hoitajien aineisto	57
6.2 Potilaiden aineisto	59
7. POHDINTA	60
7.1 Tulosten luotettavuus	60
7.2 Tulosten tarkastelua	61
7.2.1 Hoitotyön malli	61
7.2.2 Hoitotyön periaatteet ja niiden toteutuminen	63

7.2.2.1 Potilaskeskeisyys ja osallistuminen omaan hoitoon hoitajien ja potilaiden arvioimana	63
7.2.2.2 Hoidon jatkuvuus, joustavuus ja oikea-aikaisuus hoitajien ja potilaiden arvioimana	65
7.2.2.3 Itsenäisyys / vastuullisuus hoitajien arvioimana.....	67
7.2.3 Yksilövastuun hoitotyön edellytykset.....	69
7.2.3.1 Osastonhoitajan rooli	71
7.2.4 Yhteistyösuhde ja omahoitajan ominaisuudet	72
7.2.5 Keskeiset päätelmät	73
LÄHTEET	78
LIITETAULUKOT	84
LIITTEET	90

1. JOHDANTO

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin strategiassa on tavoitteena toteuttaa potilaskeskeistä hoitoa ja parantaa hoidon laatua. Yksilövastuinen hoitotyö on nähty keinona tämän päämäärän saavuttamiseksi (vrt. Räikkönen & Perälä 2003). Operatiivisen hoitotyön palveluyksikön tavoitteena oli vuonna 2004, että 85 % potilaista olisi omahoitaja. Yksilövastuisen hoitotyön (primary nursing) sanotaan kirjallisuuden mukaan tarkoittavan toisaalta hoitotyön organisointitapaa ja toisaalta filosofista toimintaperiaatetta. Yksilövastuinen hoitotyö organisointitapana merkitsee sitä, että osaston organisaatiossa nimitään potilaille heidän hoitotyöstään vastuussa oleva hoitotyöntekijä. Filosofisena toimintaperiaatteena yksilövastuisessa hoitotyössä sanotaan korostuvan seuraavat arvosidonnaiset periaatteet: potilaskeskeisyys, hoidon jatkuvuus, kattavuus ja hoidon ja hoitotyön koordinointi. Yksilövastuiseen hoitotyöhön liitettyjä keskeisiä käsitteitä ovat myös vastuullisuus ja itsenäisyys. Voi kuitenkin pohtia, missä määrin nämä periaatteet ovat nimenomaisia juuri yksilövastuiselle hoitotyölle; eivätkö ne pikemminkin ole yleisiä hoitotyön periaatteita. (vrt. Pontin 1999.) Pontin (1999) mukaan yksilövastuiseen hoitotyöhön liitetty filosofiset piirteet ovat hoitotyön yleisiä filosofisia (humanistisia) lähtökohtia (mm. ihmisen ainutlaatuisuus ja ihmisarvo, yksilön vapaus) ja yksilövastuinen hoitotyö on toimintamalli, joka parhaiten mahdollistaa inhimillisen, potilaskeskeisen (patient centered) hoitotyön toteuttamisen. (Pontin 1999, P-KSHP-strategia 2002.)

Kun halutaan mitata yksilövastuisen hoitotyön toteutumista, pitäisi yksilövastuiseen hoitotyöhön liitettyjen periaatteiden yksilöllisyys, jatkuvuus, kattavuus, vastuullisuus, koordinointi ja itsenäisyys näkyä hoitajan toiminnassa. Yksilöllisesti hoidetun potilaan pitäisi voida tuntea tulleen hoidetuksi yksilönä, kohdatuksi tasavertaisena ja kokea saaneensa osallistua hoitoaan koskeviin päätöksiin. Potilaan pitäisi myös kokea, että hoito on ollut joustavaa, oikea-aikaista ja hänen pitäisi tietää, kuka vastaa hänen hoidostaan. (Harkila 1991, Pukuri 1997, Nissen ym. 1997, Perälä 1997, Paasovaara 2000, Haapala & Hyvönen 2001, Suhonen 2003, Drach-Zahavy 2004, Kalasniemi ym. 2004.)

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä tehtiin vuonna 2002 pilottitutkimus yksilövastuisen hoitotyön toteutumisesta sekä potilaiden että hoitotyöntekijöiden arvioimana. Tutkimusta varten laadittiin mittarit erikseen sekä potilaille että hoitajille. Pilottitutkimuksen jälkeen

mittareita korjattiin paremmin ymmärrettäviksi ja käsitteitä kattavimmin kuvaaviksi. Tällä tutkimuksella testataan näitä korjattuja mittareita.

Pilottitutkimuksen mukaan yksilövastuinen hoitotyö Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä on kehitysvaiheessa. Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet olivat hoitohenkilökunnan tiedossa, potilaskeskeisyys toteutui, mutta hoitotyön itsenäisyys / vastuullisuus ei täysin toteutunut yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden mukaan. Monella osastolla oli käytössä monta eri toimintamallia, joten joko osastolla ei ollut yhteistä sovittua toimintamallia tai sitten hoitajat eivät tienneet sitä tai halunneet sitä noudattaa. Noin puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista vastasi, että heillä oli omahoitaja; potilaat eivät kuitenkaan tienneet mitä omahoitaja tekee. Vaikka hoitohenkilökunta vastasi tekevänsä potilaskeskeistä työtä, potilasta ei kuitenkaan aina otettu mukaan hoitonsa suunnitteluun. Hoitohenkilökunnan mukaan potilaat eivät myöskään tienneet, kuka vastaa heidän hoidostaan. Potilaiden vastaukset tukivat tätä tulosta; yli 20 % tutkituista ei ollut voinut osallistua hoitonsa suunnitteluun. Potilaat, joilla oli oma hoitaja, kokivat voivansa osallistua paremmin oman hoitonsa suunnitteluun; heidän toivomuksensa myös huomioitiin paremmin hoidon aikana. Sekä potilaat että hoitajat pitivät yksilövastuista hoitotyötä hyvänä toimintamallina. Potilaille omahoitaja lisäsi turvallisuutta, hoidon jatkuvuutta ja antoi paremmin tietoa. Yksilövastuisen toimintamallin mukaan toimivat hoitajat kokivat työnsä vastuullisemmaksi ja itsenäisemmäksi kuin muiden mallien mukaan toimivat. Kaikki hoidon periaatteet toteutuivat potilaan hoidossa yhtä hyvin niin hoitajien kuin potilaidenkin arvioimana toimintamallista riippumatta. Potilaat olivat myös pääsääntöisesti tyytyväisiä hoitoonsa ja pitivät hoidon laatua hyvänä. (Kalasniemi ym. 2002, Kalasniemi ym. 2004)

2. TUTKIMUKSEN TAUSTAA

2.1 Keskeiset käsitteet

Yksilöllisyys on nykysuomen sanakirjan mukaan 1) yksilö- tai henkilökohtaista, vain jollekin yksilölle kuuluva ominaisuus tai vain johonkin yksilöön kohdistuvaa toimintaa 2) muista erottuvaa, omaleimaista tai omailmeistä. (Nykysuomen sanakirja 1983.) Yksilöllisyyden taustalla on neljä käsitettä: arvokkuus, yksityisyys, itsemääräämisoikeus ja itsensä kehittäminen. (Suhonen 2002.) On huomioitava, että hoidossa yksilöllisyys

koskee potilaan lisäksi myös hoitajaa, jotka kohtaavat tasavertaisina. (Luotolinna-Lybeck 1991, Munnukka 1993.) Hoitotyössä yksilöllisyys on keskeinen käsite. Yksilöllisyyden kunnioittaminen edellyttää, että hoitajalla on herkkyyttä havaita ne inhimilliset tarpeet, jotka ovat omaleimaisia juuri tietylle potilaalle ja yksilöllisyyttä tuetaan tunnustamalla jokaisen potilaan erilainen tapa osallistua, kokea ja reagoida hoitoon. (Suhonen 2002.)

Yksilöllisen hoidon käsite on epäselvä ja määrittelemätön, vaikka sen katsotaankin kuuluvan hoitotyön peruskäsitteistöön. Sen merkityssisältö on kuitenkin vaihteleva. Sitä on käytetty hoitotyön periaatteena, hoidon laatua mittaavana käsitteenä, hyvän hoidon kriteerinä tai hoidon tavoitteena. (Suhonen 2002, 2003.) Yksilöllisen hoidon tavoitteeksi voidaan nähdä potilaiden kohtelu toisistaan erottuvina yksilöinä (Paasovaara 2000). Lähi- tai rinnakkaiskäsitteenä on usein käytetty myös potilaskeskeistä hoitoa. Vastakkaisina käsitteinä pidetään standardoitua tai rutiininomaista (depersonalised) hoitoa. Kustannus-hyöty-ajatteluun perustuvat hoitostandardit, jotka on laadittu esimerkiksi jotakin diagnoosia edustavalle ryhmälle, voivat olla uhkana yksilölliselle hoidolle. (Suhonen 2002.) Yksilöllisen hoidon voidaan sanoa olevan potilaan lähtökohdista lähtevää hoitamista, jossa hoitaja soveltaa hoitotyön toiminnot kullekin potilaalle huomioiden tämän henkilökohtaisen tilanteen ja käyttää erilaisia menetelmiä ja samalla mahdollistaa potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen. (Perälä 1989, Harkila 1991, Saramäki 1997, Suhonen 2002, 2003.)

”Primary nursing” käsite on suomalaisessa hoitotyön käytännössä ja kirjallisuudessa saamassa vakiintuneen tulkinnan yksilövastuinen hoitotyö. Yksilövastuisen hoitotyön painopiste on potilaan tarpeiden mukaisessa hoidossa. Yksilövastuisessa hoitotyössä korostetaan potilaskeskeisyyttä vastakohtana tehtävä – ja työntekijäkeskeisyydelle (Kukkola & Pulkkinen 1991, Kylävali 1995, Drach-Zahavy 2004). Kirjastojen käyttämässä yleisessä asiasanastossa ohjataan käyttämään hakutermiä omahoitajajärjestelmä-sanaa; yksilövastuista hoitotyötä ei käytetä hakuterminä. (Yleinen suomalainen asiasanasto 1999.) Vastaavasti termille **”primary nurse”** kielitoimisto suosittaa käytettäväksi käsitettä omahoitaja. Omahoitaja tarkoittaa sitä, että potilaalla on oma sairaanhoitaja, joka kantaa vastuun potilaan hoidosta koko hänen hoitojaksonsa ajan. (Murtola 1993, Kylävali 1995). Käytännön työntekijät ovat myös käyttäneet nimitystä ”nimikkohoitaja tai nimetty hoitaja”, mutta nämä käsitteet eivät kuvaa kokonaisvastuuta

potilaan hoitotyöstä. (Steven 1999.) **Korvaava hoitaja** (associate nurse) on hoitaja, joka vastaa potilaan hoidosta silloin, kun omahoitaja ei ole työssä. Omahoitaja delegoi vastuun omien potilaidensa hoitamisesta korvaavalle hoitajalle. Korvaava hoitaja on yleensä sairaanhoitaja, mutta voi joskus olla myös lyhyemmän koulutuksen saanut hoitaja. (Perälä 1989.)

Keskeisiä käsitteitä yksilövastuisen hoitotyön mukaisessa työnjaossa ovat vastuu ja itsenäisyys. (Harkila 1991, Puhakka 1996.) **Vastuu** (responsibility) sisältää ajatuksen vastuun antamisesta ja sitä seuraavan toiminnan hyväksymisestä tai hylkäämisestä. Vastuun (responsibility) hyväksyminen jostain tehtävästä liittyy läheisesti vastuullisuuden (accountability) hyväksymiseen. Käsitteet painottavat kuitenkin eri asioita. Vastuussa (responsibility) painopiste on tehtävässä, ei siinä, miten siihen vastataan tai kenelle ollaan vastuussa. Omahoitajalta odotetaan ympärivuorokautista vastuuta omien potilaiden hoitotyön koordinoinnista, yksilöllisyydestä, jatkuvuudesta ja kattavuudesta ts. hän on vastuullinen potilaan hoitotyöstä koko hoitojakson ajalta. Työntekijän vastuunottokyky riippuu hänen valmiuksistaan, tiedoistaan, taidoistaan, asenteestaan ja organisatorisista edellytyksistä. (Perälä 1989, Voutilainen 1994, 1998, Wade 1999.)

Vastuullisuus (accountability) on määritelty sekä yksilön ominaisuudeksi että jostakin asiasta tai henkilöstä vastuussa olemiseksi (Hurme & Pesonen 1987.) Se on muodollinen velvollisuus ja organisatoriseen asemaan liittyvä vaatimus tuoda esille päätöksentekoon liittyvät seikat ja vastata näiden seurauksista. Vastuullisuuden määrittelyyn liittyvät kysymykset: kenelle vastuussa, miksi vastuussa ja kuinka vastuullisuus näkyy käytännössä. Vastuullisuus hoitotyössä tarkoittaa hoitotyöntekijän halua ottaa vastuu hoitotyön tehtävästä. Hoitajalla on oltava riittävästi tietoa ja taitoa toimia eettisesti ja itsenäisesti. Hänellä on myös oltava asiantuntijuuden ja organisaation suoma toimivalta itsenäiseen toimintaan. (Perälä 1989, Harkila 1991, Voutilainen 1994, 1998, Puhakka 1996, Wade 1999.) Erityisesti byrokraattisissa organisaatioissa, kuten terveydenhuollossa, usein ajatellaan, että valta ja vastuu ovat ”muualla”. Tällainen ajattelu mahdollistaa vastuun välttämisen, jolloin työntekijä ei usko hallitsevansa omaa työtään. (Paasovaara 2000.)

Itsenäisyys merkitsee sitä, että omahoitajalla on oikeus ja velvollisuus tehdä itsenäisiä päätöksiä asioista, jotka kuuluvat hoitotyön asiantuntemuksen piiriin. Edellytyksenä itsenäisyyden kokemiseen on, että hoitaja kokee olevansa arvostettu, hän saa tunnustusta työstään ja häntä kannustetaan ottamaan vastuu omasta toiminnastaan. Itsenäisyyteen liittyy myös vastuu ja toimivalta, joten käsitteinä niitä on vaikea erottaa toisistaan. **Toimivalta** (authority) on määritelty oikeudeksi täyttää tehtävä. Toimivaltaan sisältyvät juridinen ja ammatillinen vastuu. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys oikeuttaa organisaatiossa hänet tiettyyn asemaan, johon liittyy kiinteästi toimivalta. Sairaanhoidajan toimintaoikeus perustuu Suomessa lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559). Sairaanhoidajan toimintaa koskevat lait ja asetukset (mm.28.6.1994/564) antavat sairaanhoidajalle vallan, mutta eivät täsmällisesti määrittele sairaanhoidajan tehtäväalueita. Omahoitajan toimivalta, oikeus itsenäiseen päätöksentekoon ja toimintaan hänelle nimettyjen potilaiden hoitoa koskevissa asioissa pitäisi olla sopusoinnussa tehtävän tuoman vastuun ja omahoitajan kykyjen kanssa. Tutkimusten mukaan on kuitenkin ristiriitaa resurssien, työskentelyolosuhteiden ja hoitavien henkilöiden kykyjen ja vastuun välillä. (Perälä 1989, Steven 1999, Wade 1999.) Omahoitaja ei kuitenkaan toimi yksin vaan yhteistyössä muiden hoitajien ja muiden ammattiryhmien kanssa. Toimiessaan muiden ammattiryhmien kanssa hän edustaa hoitotyön asiantuntijaa. Potilaan näkökulmasta itsenäisyys merkitsee potilaan oikeutta osallistua hoitoonsa. (Perälä 1989, Harkila 1991, Puhakka 1996, Voutilainen 1998, Wade 1999, Paasovaara 2000, Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö 2000.)

Jatkuvuus tarkoittaa keskeytymätöntä, yhtäjaksoista ja alituista. (Nykysuomen sanakirja 1983.) Jatkuvuus hoitotyössä tarkoittaa, että potilasta hoitavilla on yhteiset tiedot, suunnitelma ja käsitys potilaan hoidosta. Tieto potilaan tilasta välittyy hoitojakson aikana ja siirryttäessä kotihoitoon tai muualle jatkohoitoon. Kommunikatioon ja tiedonvaihtoon liittyvät kysymykset ovat siis tärkeitä. Informaatiovälineinä toimivat kirjallinen hoitotyön suunnitelma, suullinen tiedottaminen ja hoitoneuvottelut. Päävastuu jatkuvuudesta on potilaan omahoitajalla; korvaava hoitaja vastaa omahoitajalle hoitosuunnitelman toteuttamisesta tai sen muutoksista, jos tilanne on muuttunut. Potilaalla on oltava tieto siitä, miten hänen hoitonsa etenee, miten jatkohoito on suunniteltu ja miten hän hoitaa itseään kotona. (Kukkola & Pulkkinen 1991, Harkila 1991, Murtola 1993, Kylävali 1995.)

Kattavuus (comprehensive) tarkoittaa laajasti peittävää, kokonaisvaltaista, laajaa, monipuolista, sisällökästä. (Hurme & Pesonen 1987.) Kattavuutta on myös kutsuttu kokonaishoidoksi vastakohtana pirstoutuneelle hoidolle, jossa ihmisen sairaus nähdään vain biofyysisenä häiriönä huomioimatta sen vaikutuksia potilaan fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin ja näiden välisiin suhteisiin. Kattavuus hoitotoiminnassa merkitsee sitä, että omahoitaja tai korvaava hoitaja huolehtii potilaan kaikista hoitotoimista työvuorossa ollessaan. Potilaan näkökulmasta kattavuus toteutuu, kun hän kokee tulleen kohdatuksi ihmisenä, ei vaan diagnoosina tai tapauksena. Välineenä hoidon kattavuuden varmistamiseksi käytetään moniammatillista työryhmää, eri tieteenalojen asiantuntijoiden välisiä konsultaatioita ja yhteisneuvotteluja, joita omahoitaja koordinoi. (Perälä 1989, Kukkola & Pulkkinen 1991, Luotolinna-Lybeck 1991, Murtola 1993.)

Koordinointi on asioiden tai toimintojen yhteen tai sopusuhtaiseen yhteistoimintaan järjestämistä. (Nykysuomen sanakirja 1983.) Potilaan hoidon koordinointi tarkoittaa sitä, että omahoitaja pyrkii sovittamaan yhteen potilaan ja kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien työntekijöiden toimintaa potilaan hoidon kannalta tarkoituksenmukaisesti. Suunnittelussa otetaan huomioon hoitojen keskinäinen yhteensopivuus ja potilaan toivomukset ja tottumukset. Omahoitaja hoitaa yhteydet hoidonantajiin ja neuvottelee potilaan kanssa niiden sopivasta toteutuksesta. Potilas kokee, että hänen sairautensa hoitoon liittyvät asiat ja sopimukset ovat kaikkien hoitoon osallistuvien tiedossa. (Perälä 1989, Harkila 1991, Kukkola & Pulkkinen 1991, Murtola 1993, Kylävali 1995.)

Yhteenvetona voi todeta, että yksilövastuun hoitotyön ideaalimallin mukaan jokainen osastolle tuleva potilas saa nimeltä mainitun oman sairaanhoitajan ja mahdollisesti korvaavan hoitajan vuorokauden sisällä saapumisestaan. Omahoitaja kartoittaa yhdessä potilaan kanssa potilaan hoidon tarpeet ja tekee hoitotyön suunnitelman myös kirjallisena yhdessä potilaan kanssa. Potilaslähtöinen ja yksilöllinen hoito toteutuu, kun omahoitaja oppii tuntemaan potilaansa ja hoidon suunnittelu lähtee potilaan tarpeista. Omahoitaja on vastuussa hoitotyön suunnitelman toteutumisesta koko potilaan hoitojakson ajan. Tämä hoitotyön suunnitelma takaa hoidon jatkuvuuden silloin, kun omahoitaja ei ole työssä. Omahoitaja hoitaa potilasta aina työssä ollessaan ja korvaava hoitaja silloin, kun omahoitaja ei ole paikalla. Jos korvaava hoitaja joutuu muuttamaan omahoitajan tekemää

hoitosuunnitelmaa (esimerkiksi potilaan voinnin tai tilanteen muuttuessa), hän tiedottaa ja perustelee muutoksen omahoitajalle, kun tämä tulee töihin. Omahoitaja on yhteistyössä muiden potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien kanssa ja hän sovittaa yhteen näiden kaikkien työn, niin että kaikki tarpeellinen tulee tehdyksi oikeaan aikaan ja viivytyksettä. Näin koordinoidessaan hoitoa omahoitaja toimii myös potilaan asianajajana. Tarvittaessa hän ottaa yhteyden omaisiin ja jatkohoitopaikkaan ja suunnittelee jatkohoidon yhdessä potilaan kanssa. Hän huolehtii potilaan kotiutuksen ja siihen liittyvän ohjauksen ja neuvonnan. Lopuksi hän tekee loppuarvioinnin hoidosta ja kirjaa siihen myös potilaan palautteen. Kirjallisuuden mukaan yhdellä hoitajalla on kerrallaan ollut 2-6 omaa potilasta, lisäksi hän voi olla korvaava hoitaja muutamalle potilaalle.

2.2 Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen

Hoitotyön työnjakomallien kehittyminen ja niiden muuttuminen ovat yhteydessä muutoksiin terveydenhuollossa ja muussa yhteiskunnallisessa kehityksessä. Eri hoitomallien kehitysvaiheita on kuvattu jatkumolla tehtäväkeskeinen (task oriented nursing) työnjako, ryhmätyö (team nursing), modulaarinen hoitotyö (modular nursing), yksilövastuinen hoitotyö (primary nursing) ja ammatillinen hoitotyö (professional nursing practice). Näistä tehtäväkeskeinen työnjakomalli on ollut kehittymättömin ja ammatillinen hoitotyö kehittynein. (Murtola 1993, Kylävali 1995, Tiedeman & Lookinland 2004.) Hoitomallien kehittyneimpään muotoon, ammatilliseen hoitotyöhön, kuuluu itsenäisyys ja potilaskeskeinen päätöksenteko, vastuullisuus, tasavertainen yhteistyösuhde potilaan kanssa, tutkimukseen (research-based) perustuva hoitotyö, kollegiaalinen yhteistyö muiden potilaan hoitoon osallistuvien kanssa ja potilaan edustajana toimiminen. Itsenäinen päätöksenteko mahdollistaa sairaanhoitajan itsearvostuksen (empowerment) lisääntymisen ja edistää siten työssä viihtymistä ja siihen sitoutumista. (Murtola 1993, Wade 1999.) Hoitotyössä käytetyn toimintamallin on näin katsottu antavan viitteitä hoitotyön käytännön kehittyneisyydestä, hoitotyöntekijöiden ammatillisuudesta ja hoitotyön toiminnasta.

Yksilövastuista hoitotyötä on tutkittu yleisimmin hoitohenkilökunnan, potilaiden ja organisaation näkökulmasta. Näiden tutkimusten tulokset ovat olleet jonkin verran

ristiriitaisia (Gardner 1991, Harkila 1991, Boumans ym. 1996, 1999, Nissen ym. 1997, Mäkinen ym. 2003, Drach-Zahavy 2004.) Joidenkin tutkimusten mukaan yksilövastuista hoidetut potilaat ovat olleet tyytyväisempiä hoitoonsa ja kokeneet tarpeidensa tulleen paremmin huomioiduksi ja voineensa paremmin osallistua omaan hoitoonsa kuin muiden toimintamallien mukaan hoidetut. (Reed 1988, Perälä 1989, Cardner 1991, Pakarinen 1992, Munnukka 1993, Saramäki 1997, Steven 1999, Melchior 1999, Kaukkila ym. 2000.) Toisaalta on myös tutkimuksia, joissa potilaan tyytyväisyydessä hoitoonsa ei ollut eroja eri toimintamallien välillä, vaan potilaat olivat tyytyväisiä hoitoonsa hoitotyön mallista riippumatta. (Shukla & Turner 1984, Haavisto 1991, Murtola 1993, Kylävalli 1995, Nissen ym. 1997, Steven 1999, Laakso & Routasalo 2001.)

Omahoitajakäytännön on todettu lisäävän hoitotyöntekijöiden tyytyväisyyttä työhönsä. Yksilövastuista hoitotyön mallin mukaan työskentelevät hoitajat työskentelivät vastuullisemmin, hoitajien vaihtuvuus osastolla oli pienempää, hoitajat kokivat voivansa työskennellä itsenäisemmin ja heidän työskentelyssään toteutuivat paremmin potilaskeskeisyyden, jatkuvuuden ja koordinoinnin periaatteet kuin muiden mallien mukaan toimivilla hoitajilla. Yksilövastuinen hoitotyö lisäsi myös hoitajien autonomiaa, työmotivaatiota ja -tyytyväisyyttä. (Reed 1988, Perälä 1989, McMahon 1990, Harkila 1991, Pakarinen 1992, 1999, Munnukka 1993, Pukuri 1997, Melchior 1999, Laakso & Routasalo 2001, Kalasniemi ym. 2002, 2004, Mäkinen ym. 2003). Toisaalta yksin työskentely ja lisääntynyt vastuu voivat aiheuttaa hoitajille stressiä, ahdistuneisuutta ja eristyneisyyttä. Ongelmaksi mainittiin myös vähäiset tiedot muista osaston potilaista. (Luotolinna-Lybeck 1991, Tonges ym. 1998, Goode & Rowe 2001, Kivimäki ym. 2004.) On myös tutkimuksia, joiden mukaan hoitajien tyytyväisyydessä, työn laadussa ja hyvinvoinnissa ei ollut eroja eri toimintamallien mukaan. (Boumans & Landeweerd 1996, 1999, Kangas ym. 1999, Boumans ym. 2004, Drach-Zahavy 2004, Kivimäki ym. 2004.)

Yksilövastuinen hoitotyö oli USA:ssa vallitseva organisaatiomalli vielä 1980-luvulle tultaessa. Terveystieteiden kasvavien kustannusten ja sairaanhoitajapulan vuoksi sairaalat joutuivat etsimään uusia vaihtoehtoja. Tiimihoitaminen kehitettiin ryhmätyön periaatteiden pohjalta. Myös se perustuu oletukseen, jonka mukaan ryhmän suoritus ylittää sen yksittäisten jäsenten yhteenlasketut suoritukset. Tiimihoitamisessa sairaanhoitaja johtaa tietyn potilasjoukon hoidon toteutuksesta vastaavaa eri

ammattilaisista koostuvaa ryhmää. Tiimin jäsenet suunnittelevat potilaan hoidon työvuoroksi kerrallaan ja vastuu potilaan hoidosta ja hoidon koordinoinnista on työvuoron mittainen. Tiimihoitaminen vaatii etenkin tiimin johtajalta paljon. Hän vastaa potilaiden kokonaishoidosta ja hänen on näin ollen oltava kliinisesti hyvä ja kokenut sairaanhoitaja. Häneltä edellytetään johtamis- ja organisointitaitoja. Tiimin jäsenten yksilöllisiä kykyjä on osattava käyttää tiimityössä hyväksi. Tiimin jäsenten on myös hyväksyttävä tiimin johtaja. Tiimihoitamisen etuina ovat olleet taloudelliset säästöt (vähäisemmät palkkakustannukset), kohonnut yhteishenki, tiimin jäsenten erilaisen osaamisen yhdistyminen ja sitä kautta parantunut potilastyytyväisyys ja sairaanhoitajien tehokkaampi ajankäyttö tehtävien delegoinnin takia. Haittoina on pidetty vastuun ”häviämistä”, vähemmän koulutettujen alisteista asemaa, hoidon pirstoutuneisuutta, lisääntyntä raportointia ja kommunikaatiota ja sairaanhoitajan etääntymistä potilaasta. (Bislimi & Suominen 2002, Mäkinen ym. 2003, Kivimäki ym. 2004, Tiedeman & Lookinland 2004). Suomessa tiimityöskentely on nähty yksilövastuisen hoitotyön tukirakenteena. Mäkisaloon (1999) mukaan yksilövastuinen hoitotyö ei ole yksin tekemistä. Omahoitaja tarvitsee tukea, apua ja palautetta hoitaessaan omia potilaitaan. Omahoitaja vastaa potilaan hoitotyöstä itsenäisesti, mutta tiimi on velvollinen auttamaan omahoitajaa. Omahoitajan vastuuseen kuuluu tarvittaessa konsultoida tiimin jäseniä. Tiimityöskentelyssä korostuu avoimuus, henkilösuhteiden tärkeys ja yhteisvastuu. (Mäkisalo 1999, 2002, Bislimi & Suominen 2002.)

Hoitotyön johtajilla, osastonhoitajalla ja ylihoitajalla on merkittävä rooli yksilövastuisen hoitotyön onnistumisessa. Osastonhoitaja ja ylihoitaja johtavat hoitotyötä yhdessä. Hoitotyön johtajien tulisi ennakoida ja edistää henkilökunnan työssä jaksamista. Osastonhoitajan tehtävä on auttaa ja tukea omahoitajia ja luoda heidän toiminnalleen edellytyksiä. Osastonhoitajan roolina yksilövastuisessa hoitotyössä on vastata yleisestä osaston toiminnan ja resurssien organisoinnista sekä toimia osastolla hoitotyön kehittäjänä ja hoidon laadun varmistajana. Osastonhoitajan merkitys kannustavan ilmapiirin luoja on tärkeä. Hän myös ohjaa ja tukee muita hoitajia potilaiden hoitoon liittyvissä kysymyksissä; näin osastonhoitajan rooli muistuttaa eniten valmentajan roolia. Yhteisöllisyyttä ja vastuun jakamista korostava osallistuva johtaminen vaikuttaa myönteisesti työmotivaatioon, työhön sitoutumiseen, työn laatuun ja tuloksellisuuteen. Ylihoitajan tehtävänä on tukea osastonhoitajia työssään ja huolehtia siitä, että

osastonhoitajilla on taidot ja edellytykset vastata hoitotyön laadusta. On myös tärkeää, että ylihoitajalla ja osastonhoitajalla on hyvä yhteistyö ja selkeä työnjako. (Zander 1985, Harkila 1991, Kukkola & Pulkkinen 1991, Lukander 1993, Pukuri 1997, Paasovaara 2000, Koivuselkä ym. 2002.)

Yksilövastuisen hoitotyön tarkoituksena on ollut parantaa potilaan saaman hoidon laatua varmistamalla, että potilas saa tarvitsemansa hoidon ajallaan. Epäsuorasti hoidon laadun ajatellaan paranevan myös hoitajien työmotivaation lisääntymisen kautta. Tutkimusten mukaan yksilövastuisen hoitotyön vaikutus potilaan kokemaan hoidon laatuun ei ollut yksiselitteinen. Sen sijaan yksilövastuiseen hoitotyöhön siirtyminen näytti useammin lisäävän sairaanhoitajien tyytyväisyyttä työhönsä, vaikka jotkut kokivatkin vastuun lisääntymisen stressaavana eikä kaikissa tutkimuksissa voitu osoittaa eroja eri hoitotyön mallien välillä myöskään hoitajien tyytyväisyydessä tai toiminnassa. Yksilövastuinen hoitotyö käsitetään myös eri lailla eri maissa eikä tuloksia näin ollen voi suoraan verrata keskenään (esimerkiksi hollantilainen yksilövastuisen hoitotyön malli tarkoittaa meillä tiimihoitamista). Useat tutkimukset on myös tehty melko pian uuteen toimintamalliin siirtymisen jälkeen, vaikka tiedetään, että osaston kulttuurin muutos on hidas prosessi ja mikäli muutos ei ole edennyt kulttuurin syvärakenteisiin saakka, toiminta palautuu helposti entiselleen. Tutkimuksissa on myös heikkouksia mm. käsitteiden laadinnassa ja niiden operationalisoinnissa (mm. millä kriteereillä eri hoitotyön mallit määritellään); tutkimusprosessit on myös usein kuvattu puutteellisesti. Käytetyt mittarit ovat usein olleet psykometrisiltä ominaisuuksiltaan puutteellisia (esimerkiksi on käytetty ei-valideja mittareita tyytyväisyys mittareina). Aineistot ovat usein olleet pieniä ja luonteeltaan kuvailevia. Näin ollen tarvitaankin vielä lisää systemaattista tutkimusta eri hoitotyön mallien vahvuuksista ja heikkouksista. (vrt. Mäkinen ym. 2003, Drach-Zahavy 2004, Kivimäki ym. 2004, Tiedeman & Lookinland 2004).

Suomessa yksilövastuinen hoitotyö toteutuu ideaalimallin mukaan vain muutamissa yksiköissä. Nämä yksiköt ovat useimmin pieniä ja niillä hoidettavat potilaat vaativat pitkiä hoitosuhteita. Koulutuksesta ja yhteisistä sopimuksista huolimatta varsinainen konkreettinen yksilövastuisen hoitotyön käytännön toteutus ei usein näytä onnistuvan, sillä omahoitaja on vain muutamalla prosentilla potilaista, kaikki osaston hoitohenkilökunnasta eivät halua toimia omahoitajana eikä kokonaisvastuu potilaan

hoidosta aina toteudu. Syyksi on ajateltu henkilökunnan muutosvastarintaa tai sitoutumattomuutta. Käytännössä usein noudatetaan mallia, jossa on piirteitä sekä tiimihoitamisesta että yksilövastuisesta hoitotyöstä. Tässä mallissa tietyt, nimetyt hoitajat on alueellisesti jaettu eri tiimeihin tai ryhmiin ja he hoitavat kokonaisvaltaisesti sen alueen potilaat. Ehkä yksilövastuinen hoitotyön malli ei sovellu sellaisenaan kaikkiin yksiköihin esimerkiksi potilasainekseen tai organisaatioon liittyvien tekijöiden takia. (vrt. Laakso & Routasalo 1997, Kaukkila ym. 2000, Vuorinen 2001, Bislimi & Suominen 2002, Juvakka ym. 2002, Mäkisalo 2002.)

Useimmiten yksilövastuisen hoitotyön toteuttamista vaikeuttaviksi tekijöiksi mainittiin kiire, liian vähäinen henkilökunnan määrä ja ylipaikoilla hoidettavat potilaat osastolla, moniportainen ammatillinen rakenne, henkilökunnan suuri vaihtuvuus ja jatkuvasti vaihtuvat sijaiset, yleensä jatkuvat muutokset toiminnassa ja riittämätön johtajan tuki. Yksilövastuisen hoitotyön toteutumista edisti puolestaan pienet osastot, sairaanhoitajien suuri osuus hoitohenkilökunnasta, pysyvät työsuhteet, hoitajan saama tuki niin kollegoiltaan kuin esimiehiltään, työyksikön kehitysmuotoisuus ja kannustava ilmapiiri, hoitajien autonomian aste, avoin kommunikaatio, missä uskalletaan pyytää apua ja missä voi luottaa työtoverin ja esimiehen tukeen ja apuun ongelmatilanteissa, hoitajien hyvät ammatilliset taidot ja korkea koulutustaso, hoitajien mahdollisuus osallistua päätöksentekoon sekä johtajien hyvät henkilöjohtamisen taidot. (vrt. Elonen 2003, Mäkinen ym. 2003, Drach-Zahavy 2004, Kalasniemi ym. 2004, Tiedeman & Lookinland 2004.)

Viimeisimmän Suomessa tehdyn hoitohenkilökunnan työtyytyväisyyden ja hoitotyön organisaatiomallin yhteyttä selvittävän tutkimuksen mukaan potilaskeskeinen työnjako- ja työvuorosuunnittelu, mahdollisuus tehdä kirjallisia hoitotyön suunnitelmia ja vastuu potilaan hoidosta lisäsivät hoitajien tyytyväisyyttä niin johtamiseen kuin henkilökohtaiseen kehittymiseen työssä. Varsinaisesti mikään työnjakomalli (tehtäväkeskeinen, tiimi-/ryhmätyö, modulaarinen tai yksilövastuinen) ei sinänsä ollut ratkaiseva työtyytyväisyyden lisääjä, mutta nämä työtyytyväisyyttä lisäävät piirteet liittyivät parhaiten yksilövastuiseen ja modulaariseen malliin. Potilaskeskeinen töidenjärjestely lisäsi kaikkia työtyytyväisyyden osatekijöitä; tyytyväisyyttä johtamiseen, tyytyväisyyttä työpaikan sosiaalisiin suhteisiin ja henkilökohtaiseen kehittymiseen.

Vastuullisuus oli heikommin yhteydessä työtyytyväisyys tekijöihin kuin edellä mainitut seikat; ehkä vastuu aiheuttaa myös stressiä. Jotkut hoitajat eivät halua suurta autonomiaa, vaan pikemminkin lisääntynyt autonomia ja vastuu vaikuttavat työtyytyväisyyttä vähentävästi. Siksi onkin tärkeää ottaa huomioon henkilökunnan yksilölliset erot työtä organisoidessa. Tässä tutkimuksessa määriteltiin huolellisesti hoitotyön malli, otoskoko oli suuri (N= 677, vastausprosentti 84 %), sairaalat olivat erilaisia (1 yliopistollinen sairaala, 1 keskussairaala ja 6 aluesairaala, näiden kirurgian ja sisätautien osastot, yhteensä 26 osastoa). Taustamuuttujina olivat ikä, sukupuoli, työsuhteen laatu (vakainainen / sijainen) ja kesto, osastojen paikkaluku, henkilökunnan määrä ja koulutusaste. (Mäkinen ym. 2003.)

Yhteenvedona voi todeta, että potilaat odottavat yksilöllistä, heidän tarpeensa huomioivaa hoitoa. Yksilöllinen hoito potilaan kokemana voi tapahtua missä tahansa työnjakomallissa, sillä potilaan kokemus hoidon yksilöllisyydestä määrittyy sen mukaan, miten hoitajat ovat eri hoitotilanteissa pystyneet ottamaan huomioon potilaan ominaisuudet (Suhonen 2003). Yksilövastuinen hoitotyön malli antaa tähän ehkä parhaimmat ympäristön ja organisaation taholta tulevat puitteet (van Servellen 1988, Suhonen 1997.) Tutkimusten mukaan yksilövastuisen hoitotyön mallia käyttävillä osastoilla potilaan arvioima hoidon laatu ei usein kuitenkaan poikennut esimerkiksi ryhmätyömallia käyttäviin osastoihin verrattuna. Sen sijaan sairaanhoitajat kokivat joidenkin työhön liittyvien tekijöiden (itsenäisyys, vastuullisuus) toteutuvan paremmin yksilövastuisessa hoitotyössä. Yksilövastuinen hoitotyö näyttää kuitenkin toteutuvan ideaalimallin mukaan vain muutamissa yksiköissä Suomessa. Ei siis ole löydetty kaikkialle sopivaa, parasta hoitotyön mallia, mutta yksilövastuinen hoitotyö mahdollistaa sairaanhoitajan tehtäväkuvan laajentamisen, ammatillisen kasvun ja aseman paranemisen nykyisistä malleista parhaiten. Jos tätä ei voi sellaisenaan noudattaa mm. henkilökunnan määrän ja laadun, työn luonteen ja organisatoristen tekijöiden takia, kannattaa valita sellainen osastokohtaisesti räätälöity malli, jonka avulla parhaiten pystytään vastaamaan potilaan tarpeisiin ja toteuttamaan yksilöllistä potilaskeskeistä hoitoa, joka on kuitenkin hoidon päätavoite.

3. TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tässä tutkimuksessa selvitettiin yksilövastuisen hoitotyön toteutumista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä operatiivisella alueella potilaiden ja hoitohenkilökunnan arvioimana. Kyseessä on seurantatutkimus vuonna 2002 tehdylle tutkimukselle. Tarkoitus on myös testata kehitettyjä mittareita.

Tutkimustehtävät olivat:

1. Miten yksilövastuinen hoitotyö toteutuu Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä operatiivisella alueella hoitajien arvioimana?
2. Miten yksilövastuinen hoitotyö toteutuu Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä operatiivisella alueella potilaiden arvioimana?
3. Miten yksilövastuinen hoitotyö toteutuu Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä operatiivisella alueella hoitajien ja potilaiden arvioimana verrattuna vuonna 2002 tehtyyn tutkimukseen?

4. TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset

Kansainvälisten sopimusten mukaan ihmistutkimuksessa on noudatettava kolmea perusperiaatetta: ihmisen kunnioittaminen, ihmisen loukkaamattomuus ja oikeudenmukaisuus. Tutkimuksessa noudatettiin sovittuja tutkimuseettisiä periaatteita. Kyselylomakkeiden alussa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja nimettömyys. (Jackson 1994.) Tutkimuslupa anottiin operatiivisen hoitotyön palveluyksikön ylihoitajalta ja vastualueiden ylilääkäreiltä. (Liite 1.)

4.2 Tutkimusaineisto ja sen keruu

Tutkimuksen aineisto kerättiin Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän operatiivisten osastojen (2A, 2B, 2C, 2G, 3B, 3C, 7 ja 9) hoitohenkilökunnalta ja näillä osastoilla hoidossa olleilta potilailta tammikuussa 2005. Kyselylomake jaettiin koko operatiivisen hoitotyön palveluyksikön hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilökunta palautti lomakkeet suljetussa kirjekuoressa tutkijalle. Tammikuun 2005 aikana (10.1–30.1.2005) näillä osastoilla hoidossa olevalle 200 potilaille jaettiin poislähtöpäivänä kyselylomake, jonka he palauttivat tutkijalle suljetussa kirjekuoressa. Potilaskyselyt jaettiin osastoille

suhteessa osaston sairaansijamäärään, jotta tuloksia olisi helpompi verrata keskenään. (Liitetaulukko 1.)

Tutkimukseen vastanneet on esitetty osastoittain liitetaulukoissa 1 ja 2. Tutkimusaikana kyseisillä osastoilla hoidettiin 726 potilasta, joten tutkimukseen osallistui 28 % prosenttia hoidossa olleista potilaista. Hoitohenkilökuntaa oli tutkimusaikana työssä 151. Hoitajat palauttivat 133 vastausta, joten vastausprosentti oli 88 %. Potilaat palauttivat jaetuista lomakkeista 148, joten tutkimusaikana osastoilla hoidetuista potilaista kyselyyn vastasi 20 %. Lomakkeiden palautusprosentti oli 74 %; aineiston analyysivaiheessa hylättiin kolmen potilaan vastaukset, koska ne olivat täytetty puutteellisesti, joten 145 potilaan vastaukset olivat mukana analyysissä. (Liitetaulukko 1 ja 2.)

4.3 Vastaajien taustatiedot

4.3.1 Potilaan taustatiedot

Potilaista 56 % oli naisia. Tutkittavien ikä vaihteli 15 – 84 vuoden välillä (keskiarvo 54,5 v). Enemmistö tutkittavista (61 %) oli naimisissa tai avoliitossa. Ammattikoulun tai –kurssin oli käynyt 42 % tutkittavista, korkeakoulun oli käynyt 12 % ja ilman ammattikoulutusta oli 28 %. Suurin ammattiryhmä oli työntekijä (47 %). Tutkittavien enemmistö oli eläkkeellä (46 %), työssä oli 33 %. Potilaat olivat sairaalassa keskimäärin 4 vrk (vv 1- 21 vrk); kun sairaalassaoloaika luokiteltiin, potilaista lähes 65 % sijoittui kahteen ensimmäiseen luokkaan (välille 1 – 4 päivää). Tutkittavat olivat sairaalassa useimmiten kutsuttuna leikkauksessa (42 %) tai päivystyspotilaana hoidossa (23 %). Terveystilansa tutkittavat ilmoittivat olevan melko hyvä (asteikolla 1 ”erittäin huono” – 6 ”erittäin hyvä” keskiarvo oli 4). (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Potilaiden taustatiedot (n=145)

Taustamuuttuja	n	%	Taustamuuttuja	n	%
Sukupuoli			Siviilisääty		
Nainen	82	56	Naimaton	24	16
Mies	62	43	Naimisissa / avoliitossa	88	61
Tieto puuttuu	1	1	Eronnut	17	12
			Leski	15	10
			Tieto puuttuu	1	1
Ikä			Ammatti		
Alle 30v	21	15	Maanviljelijä /emäntä	11	8
31-50v	26	18	Työntekijä	68	47
51-60v	39	27	Toimihenkilö	46	32
61-70v	28	19	Muu (opiskelija, ym)	5	3
Yli 71v	28	19	Tieto puuttuu	15	10
Tieto puuttuu	3	2			
Koulutus			Työssäolo		
Ei ammattikoulutusta	41	28	Työelämässä	47	33
Ammattikoulu / kurssi	61	42	Työtön	10	7
Opistotaso	24	17	Opiskelija	5	3
Korkeakoulu	18	12	Eläkeläinen	67	46
Tieto puuttuu	1	1	Muu (äitiysloma, sair.loma)	15	10
			tieto puuttuu	1	1
Sairaalassa oloaika			Sairaalassaolon syy		
1-2 pv	52	36	Kutsuttuna leikkauksessa	61	42
3-4 pv	41	28	Päivystyspotilaana leikkauksessa	23	16
5-6 pv	34	23	Päivystyspotilaana hoidossa	34	23
yli 7 pv	17	12	Kutsuttuna hoidossa / tutkimuksessa	13	9
Tieto puuttuu	1	1	Synnytys / raskaus	14	10
Terveydentila					
Huono	5	3			
Melko huono	27	19			
Melko hyvä	71	49			
Hyvä	36	25			
Erittäin hyvä	5	3			
Tieto puuttuu	1	1			

4.3.2 Hoitajien taustatiedot

Hoitohenkilökunnan keski-ikä oli 42 v (vv 23v - 59 v). Eniten hoitajia oli ikäluokassa 41 - 50 vuotta (36 %), vähiten tutkittavia oli ikäluokassa alle 30 v (17 %). Vastaajista oli sairaanhoitajia 64 %, kättilöitä 16 % ja perushoitajia tai lastenhoitajia oli 20 %. Tutkittavat olivat työskennelleet terveydenhuoltoalalla keskimäärin 16,8 vuotta (vv 0,5 v - 39,5 v). Eniten tutkittavia oli luokassa yli 20 vuotta (47 %) ja vähiten luokassa alle 2 v (7 %). Muihin luokkiin tutkittavat sijoittuivat melko tasaisesti. Tutkittavat olivat työskennelleet

nykyisellä osastolla keskimäärin 8,3 vuotta (vv 1kk–34v). Tutkittavista enemmistö (34 %) oli työskennellyt nykyisellä osastollaan 2 – 5 vuotta. (Taulukko 2.)

Liitetaulukossa 3 ja 4 on tarkasteltu osastoittain työskentelyaikaa terveydenhuollossa ja nykyisellä osastolla. Osastoilla 2B ja 2G on eniten hoitajia, jotka ovat työskennelleet nykyisellä osastolla alle 2 vuotta ja osastoilla 9 ja 3C on eniten niitä, jotka ovat työskennelleet nykyisellä osastolla yli 20 vuotta. Viidellä osastolla kahdeksasta on vähintään 50 % henkilökunnasta ollut terveydenhuoltoalalla yli 20 vuotta. (Liitetaulukko 3 ja 4.)

Taulukko 2. Hoitajien taustatiedot (n= 133)

Taustamuuttuja	n	%	Taustamuuttuja	n	%
Ikä			Ammatti		
Alle 30v	23	17	Sairaanhoitaja	85	64
30-40v	28	21	Kätilö	21	16
41-50v	48	36	Perushoitaja / lastenhoitaja	27	20
Yli 50 v	32	24			
Tieto puuttuu	2	2			
Terveydenhuoltoalalla työskentelyaika			Nykyisellä osastolla työskentelyaika		
Alle 2 v	9	7	Alle 2 v	25	19
2-5v	17	13	2-5 v	45	34
6-10v	22	16	6-10 v	24	18
11- 15 v	12	9	11- 15 v	13	10
16-20v	19	14	16-20v	9	7
21-25v	26	20	21-25v	5	3
Yli 25 v	28	21	Yli 25 v	9	7
			Tieto puuttuu	3	2

4.4 Mittarin laadinta

Tämä tutkimus on luonteeltaan poikkileikkaustutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin potilailta ja hoitajilta strukturoidulla kyselylomakkeella (liitteet 2 ja 3). Lomakkeet kehitettiin vuonna 2002 tehtyä yksilövastuisen hoitotyön toteutumista selvittävää tutkimusta varten. Kyselylomakkeet perustuvat yksilöllistä hoitoa ja yksilövastuista hoitotyötä käsitteleviin hoitotieteellisiin artikkeleihin ja aikaisempiin tutkimustuloksiin. Lomakkeita muokattiin edellisen tutkimuksen jälkeen ja täällä tutkimuksella halutaan

testata näitä muutettuja mittareita. Tiedonkeruumenetelmäksi valittiin kysely, koska tutkittavien määrät ovat suuret ja tarkoituksena on myös kehittää yksilövastuisen hoitotyön toteutumista selvittävä laatumittari. Mittareita on tarkoitus kehittää edelleen. Kyselytutkimus on myös helpommin toteutettavissa kuin esimerkiksi haastattelututkimus suuren otoskoon ja resurssien vähäisyyden vuoksi. (Grey 1994, Burns ja Grove 1997.)

Potilaan kyselylomake sisälsi 54 kysymystä, joista 53 oli valmiit vastausvaihtoehdot sisältäviä monivalintakysymyksiä, lisäksi mukana oli 2 avointa kysymystä. Lomakkeen alussa oli tutkittavien taustamuuttujia selvittäviä kysymyksiä (1-10). Ikää ja sairaalassaolon pituutta mittaavat kysymykset olivat suhdelukuasteikollisia muuttujia. Sukupuolta, perhesuhdetta, ammattia, koulutusta ja sairaalassaolon syytä mittaavat kysymykset ovat luokitteluasteikollisia muuttujia. Terveystilaa mitattiin järjestysasteikollisella muuttujalla. Muut kysymykset, jotka mittasivat omahoitajuutta ja yksilöllisyyden kokemista olivat luokittelu- tai järjestysasteikollisia muuttujia. Periaatteessa Likert – tyyppinen asteikko on järjestysasteikko, mutta esimerkiksi hoitotieteessä sitä voidaan pitää välimatka-asteikkona, koska suuressa vastaajajoukossa voidaan olettaa etäisyyksien vakioituvan eri kohdille asteikkoa. (Erätuuli ym. 1994, Alkula, ym. 1994.) Taulukossa 3 on esitetty mittarin muuttujat ja niitä selvittävät kysymykset.

Hoitajien kyselylomake sisälsi 57 kysymystä, joista 56 oli valmiit vastausvaihtoehdot sisältäviä monivalintakysymyksiä, lisäksi mukana oli 1 avoin kysymys. Lomakkeen alussa oli tutkittavien taustamuuttujia selvittäviä kysymyksiä (1-5). Ikä ja työskentelyaika ovat suhdelukuasteikollisia muuttujia. Sukupuolta, ammattia, osastoa ja toimintamallia koskevat kysymykset ovat luokitteluasteikollisia muuttujia. Muut kysymykset, jotka mittaavat pääasiassa yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutumista, ovat järjestysasteikollisia muuttujia. Kysymyslomakkeen lopussa on yksi avoin kysymys, millä kysyttiin, miten yksilövastuinen hoitotyö toteutuu osastolla. Taulukossa 4 on esitetty mittarin muuttujat ja niitä selvittävät kysymykset.

Taulukko 3. Potilasmittarin käsitteet ja niitä selvittävät kysymykset

Käsitteet	Kysymysten numerot	
Tutkittavien taustatiedot	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	(10)
Omahoitajuus		
Omahoitajan tehtävät	14, 15, 16, 17, 18, 19, 20	(7)
Tietoisuus omahoitajasta	11, 12, 13, 30	(4)
Yhteistyösuhde	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29	(9)
Arvio omahoitajasta	31, 53	(2)
Yksilöllisyyden kokeminen		
Autonomia	34, 36, 37, 38, 47	(5)
Osallistuminen omaa hoitoa koskeviin päätöksiin	32, 33, 39, 40	(4)
Joustavuus ja oikea-aikaisuus	35, 41, 45, 46, 48, 51	(6)
Jatkuvuus	42, 43, 44, 49, 50, 52	(6)
Avoin kysymys	54	(1)
Yhteensä kysymyksiä		54

Taulukko 4. Hoitajien mittarin käsitteet ja niitä selvittävät kysymykset

Käsitteet	Kysymysten numerot	
Taustatiedot	1, 2, 3, 4,5	(5)
Toimintamalli	6, 7, 8	(3)
Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet:		
Potilaskeskeinen hoito	9, 10, 11, 12, 13, 14, 15,16, 22, 26	(10)
Vastuullisuus	17, 18, 23, 24, 27, 28, 41, 43	(8)
Itsenäisyys	31, 34, 37, 38, 39, 42, 53	(7)
Jatkuvuus / Koordinointi	19, 20, 21, 45, 46	(5)
Osastonhoitajan rooli yksilövastuisessa hoitotyössä	35, 47, 48, 49, 50, 51	(6)
Edellytykset yksilövastuisen hoitotyön toteuttamiseen	29,32, 36, 40, 44, 52	(6)
Koulutus	25, 30, 33, 54, 55, 56	(6)
Avoin kysymys	57	(1)
Yhteensä kysymyksiä		57

4.5 Mittarin luotettavuus

Uuden mittarin laatiminen edellyttää mittarin luotettavuuden pohdintaa tutkimuksen suunnitteluvaiheen aikana ja koko tutkimusprosessin ajan. Validiteetti ja reliabiliteetti muodostavat yhdessä mittarin kokonaisluotettavuuden. Validiteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä mitata niitä ominaisuuksia, joita sen on tarkoituskin mitata. Validiteetti määritellään usein todellisen ja havaitun arvon väliseksi yhtäpitävyydeksi. Heikko sisäinen validiteetti aiheuttaa systemaattisen harhan tuloksiin ja heikentää siten tulosten luotettavuutta. Ihmistieteissä validiuskysymys liittyy aina erityisesti operationalisoinnin vaikeuteen. Abstraktisen käsitteen muuttaminen mittarin osioksi edellyttää teoreettista pohdintaa. (Nunnally 1978, Burns & Grove 1997.)

Koska mittarit laadittiin tätä tutkimusta varten kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten perusteella, mittarin luotettavuuden kannalta on oleellista pohtia validiteettia ja reliabiliteettia. Validius on tulosta ajatusprosessista, jossa tutkija käyttää aiheen tuntemustaan, aikaisempia tutkimuksia ja yleistä logiikkaa vakuuttaakseen itsensä ja muut valittujen indikaattoreiden järkevyydestä. (Alkula ym. 1994, 89 - 90.) Mittarin validiteettia pyrittiin parantamaan tutustumalla huolellisesti yksilöllistä hoitoa ja yksilövastuista hoitotyötä käsittelevään kirjallisuuteen ja aiheesta tehtyihin tutkimuksiin.

Kyselylomakkeita käytettiin ensimmäisen kerran marraskuussa 2001 – tammikuussa 2002 tehdyssä yksilövastuisten hoitotyön toteutumista selvittävässä tutkimuksessa. Potilaslomakkeen väittämiin lisättiin vaihtoehto ”asia ei koske minua / en halunnut” ja joitakin väittämiä korjattiin paremmin ymmärrettäviksi. Kysymys hoitaneiden henkilöiden lukumäärästä poistettiin, koska suurin osa jätti vastaamatta siihen, eikä lukumäärässä ollut eroa olipa potilaalla omahoitaja tai ei.

Hoitajien lomakkeen väittämiä muokattiin faktorianalyysin perusteella. Väittämä ”yksilövastuinen hoitotyö on hyvä tapa hoitaa potilaita” poistettiin, koska se latautui kaikille faktoreille, samoin ”osastonhoitaja osallistuu lääkärin kierrolle ht:n edustajana”, koska sen kommunaliteetti oli huono. Väittämä ”osastollamme noudatetaan joustavaa työskentelyä” poistettiin, koska vastaajat pitivät sitä epäselvänä. Kielteiset väittämät muutettiin myönteiseen muotoon ja joitakin väittämiä korjattiin yksiselitteisemmäksi. Vastuullisuutta mittaavia kysymyksiä muutettiin. Väite ”työni on vastuullista” poistettiin ja tilalle lisättiin väitteet ”vastaan potilaan hoidosta vain työvuoroni ajan” ja ”vastaan potilaan hoidosta 24 h / vrk)”. Palautteen saaminen jaettiin kahteen kysymykseen, palaute kollegoilta ja esimiehiltä. Avoin kysymys ”mitä yksilövastuinen hoitotyö on mielestäsi” vaihdettiin kysymykseksi ”miten yksilövastuinen hoitotyö toteutuu käytännössä osastollasi”.

Käyttämällä pääasiassa valmiita vastausvaihtoehtoja sisältäviä kysymyksiä, on olemassa vaara, että tutkijoiden ajattelu ohjaa vastaajia. Tätä vaaraa pyrittiin välttämään huolellisella paneutumisella etukäteen tutkittavaa ilmiötä koskevaan kirjallisuuteen. Toisaalta tutkittavien on helppo vastata strukturoituun kyselyyn, mutta strukturoidut kysymykset saattavat myös houkutella tutkittavia vastaamaan kysymyksiin, vaikka heillä

ei olisi näkemystä tai tietoa asiasta. (Nunnally 1978, LoBiondo-Wood & Haber 1994.) Avointen kysymysten avulla annettiin tutkimukseen osallistuville mahdollisuus tuoda paremmin esille oma näkemyksensä tutkittavasta aiheesta.

Mittauksen reliabiliteetilla tarkoitetaan mittauskohteen pysyvyyttä ja ei-sattumanvaraisuutta; reliabiliteetti on sitä suurempi, mitä vähemmän tuloksissa on sattumanvaraisuutta. (Alkula ym. 1994.) Reliabiliteettia ilmentävät mittarin sisäinen kiinteys ja pysyvyys uusintamittauksissa. Sisäinen kiinteys voidaan arvioida uudelleenmittauksella, rinnakkaismittauksilla ja / tai mittarin samaa ilmiötä eri puolilta mittaavien osioiden korrelaatiolla. (Nunnally 1978, Burns & Grove 1997.) Nyt tehdään uusintamittaus korjatuilla mittareilla ja päätelmät tehdään sen pohjalta. Kyselylomakkeiden alussa on selvitetty tutkimuksen tarkoitus ja siinä on kirjalliset ohjeet vastaajille lomakkeen täyttämistä varten. Tutkimuksesta informoitiin potilaita myös suullisesti lomakkeita jaettaessa.

4.6 Aineiston analyysi

Aineistot analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS 12.0 tilasto-ohjelmistolla käyttäen soveltuvia menetelmiä. Tilastollinen kuvaus tapahtuu frekvenssi – ja prosenttijakaumina sekä ristiintaulukointeina. Muuttujajoukon tiivistämiseksi käytettiin eksploratiivista faktorianalyysia. Samaa asiaa mittaavista muuttujien osioista muodostettiin summamuuttujia. Taustamuuttujien ja summamuuttujien välistä yhteyttä testattiin, jotta saataisiin selville ryhmien välisiä eroja. Khiin neliötestillä selvitettiin taustatekijöiden yhteyttä tutkittavaan ilmiöön ja ristiintaulukoitaessa kahden muuttujan riippumattomuutta toisistaan. P-arvoja käytettiin yleisesti sovitulla tavalla ($p < 0.001$ = ero tilastollisesti erittäin merkitsevä, $p < 0,01$ = ero on tilastollisesti merkitsevä, $p < 0,05$ = ero on tilastollisesti melkein merkitsevä, $p > 0.05$ = ero ei tilastollisesti merkitsevä). Silloin, kun X^2 -testin käyttöehdot (kaikki odotetut frekvenssit ovat suurempia kuin yksi ja korkeintaan 20 % odotetuista frekvensseistä on pienempiä kuin viisi) eivät toteutuneet, käytettiin useampien ryhmien vertailussa Kruskal - Wallisin yksisuuntaista varianssianalyysia. Aineiston normaalijakautuneisuutta testattiin Kolmogorov-Smirnovin testillä ja kahden järjestysasteikollisen muuttujan välistä riippuvuutta mitattiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella. Avointen kysymysten vastaukset kirjoitettiin,

luettiin ja luokiteltiin aineistosta nousevien teemojen mukaan. (Alkula ym. 1994, Burns & Grove 1997.)

4.6.1 Hoitajien aineisto

Taustamuuttajat luokiteltiin uudestaan. Hoitajien ikä luokiteltiin 4 luokkaan (alle 30 v, 30v – 40v, 41v – 50v ja yli 50v). Hoitajien terveydenhuoltoalalla työskentelyaika ja työskentelyaika nykyisellä osastolla luokiteltiin uudelleen 7 luokkaan (alle 2 v, 2v – 5v, 6v – 10v, 11v – 15v, 16v – 20v, 21v – 25v ja yli 25v). Hoitotyönmalleista yhdistettiin yksilövastuiseen malliin yhdistetyt mallit yhdeksi (yvh + tiimi / ryhmä / moduli) ja modulimalli lisättiin vielä ryhmään (=yhdistetty malli)

Muuttujajoukon tiivistämiseksi tehtiin eksploraatiivinen faktorianalyysi. Analyysiin sisällytettiin muuttujat 9 – 53. Analyysimenetelmänä käytettiin pääkomponenttimenetelmää ja varimax – rotaatiota. Faktorianalyysi tehtiin käyttämällä 7 faktorin ratkaisua yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden mukaisesti. Faktorin selitysosuus oli 49,8 % ja faktoreiden lataukset vaihtelivat 0.31 -0.78 välillä. Faktorit nimettiin ja näin muodostettiin summamuuttajat. (Liitetaulukko 5.)

Potilaskeskeistä hoitotyötä kuvaamaan muodostettiin summamuuttuja ”potilaskeskeinen hoitotyö” laskemalla yhteen muuttujat 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 22 ja 26. Summamuuttuja sai arvoja 24 - 39 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1 - 10 = 1 (täysin eri mieltä), 11 – 20 = 2 (lähes eri mieltä), 21 - 30 = 3 (lähes samaa mieltä) ja 31 - 40 = 4 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 3,3 ja alfa 0,80.

Vaikka faktorianalyysin mukaan palautteen saaminen (muuttujat 42 ja 53) latautui ”osastonhoitajan rooli” -faktorille, teorian ja reliabiliteettianalyysin mukaan ne sopivat summamuuttujaan ”itsenäisyys”, jota kuvaamaan laadittiin summamuuttuja laskemalla yhteen muuttujat 31, 34, 37, 38, 39, 42 ja 53. Negatiivinen osio 38 käännettiin ensin samansuuntaiseksi muiden osioiden kanssa. Summamuuttuja ”itsenäisyys” sai arvoja 15 - 28 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1 - 7 = 1 (täysin eri mieltä), 8 - 14 = 2 (lähes eri mieltä), 15 – 21 = 3 (lähes samaa mieltä) ja 22 – 28 = 4 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 3,3 ja alfa 0.73.

Hoitotyön periaatetta vastuullisuus kuvaamaan laadittiin summamuuttuja ”vastuullisuus” laskemalla yhteen muuttujat 17, 18, 23, 24, 27, 28, 41 ja 43. Negatiivinen osio 28 käännettiin ensin samansuuntaiseksi muiden osioiden kanssa. Summamuuttuja sai arvoja 10 – 30 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että $1 - 8 = 1$ (täysin eri mieltä), $9 - 16 = 2$ (lähes eri mieltä), $17 - 24 = 3$ (lähes samaa mieltä) ja $25 - 32 = 4$ (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 2,6 ja alfa 0.77.

Hoidon jatkuvuutta ja koordinoitua kuvaamaan laadittiin summamuuttujan ”jatkuvuus / koordinointi” laskemalla yhteen muuttujat 19, 20, 21, 45 ja 46. Summamuuttuja sai arvoja 15 – 20 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että $1 - 5 = 1$ (täysin eri mieltä), $6 - 10 = 2$ (lähes eri mieltä), $11 - 15 = 3$ (lähes samaa mieltä) ja $16 - 20 = 4$ (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 3,8 ja alfa 0.64.

Osastonhoitajan roolia yksilövastuisessa hoitotyössä kuvaamaan laadittiin summamuuttuja ”osastonhoitajan rooli” laskemalla yhteen muuttujat 35, 47, 48, 49, 50, 51. Reliabiliteettianalyysin mukaan muuttujan 51 poisto parantaisi summamuuttujan alfaa, siksi se poistettiin summamuuttujasta. Näin mukaan tuli viisi muuttujaa, se sai arvoja 5 – 20 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että $1 - 5 = 1$ (täysin eri mieltä), $6 - 10 = 2$ (lähes eri mieltä), $11 - 15 = 3$ (lähes samaa mieltä) ja $16 - 20 = 4$ (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 3,2 ja alfa 0.82.

Summamuuttuja ”koulutus” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujat 25, 30 ja 33. Vaikka muuttuja 40 latautui faktorianalyysin mukaan ”koulutus” faktoriin, sen poistaminen paransi summamuuttujan alfaa, minkä takia se poistettiin. Summamuuttuja sai arvoja 5 – 12, sen keskiarvo oli 3,3 ja alfa 0,60.

Yksilövastuisen hoitotyön edellytysten kuvaamiseksi laadittiin summamuuttujan ”edellytykset” laskemalla yhteen muuttujat 29, 32, 36, 40, 44 ja 52. Vaikka muuttuja 40 latautuikin faktorianalyysin mukaan ”koulutus” faktorille, se teorian mukaan sopi paremmin ”edellytys” summamuuttujaan. Sen lisääminen myös paransi summamuuttujan alfaa, minkä takia se lisättiin tähän muuttujaan. Summamuuttuja sai arvoja 12 - 23 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että $1 - 6 = 1$ (täysin eri mieltä), $7 - 12 = 2$ (lähes eri mieltä),

13–18 = 3 (lähes samaa mieltä) ja 19–24 = 4 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 3,0 ja alfa 0.50.

4.6.2 Potilaiden aineisto

Taustamuuttajat luokiteltiin uudelleen. Potilaiden ikä luokiteltiin 5 luokkaan (alle 30v, 31v-50v, 51v-60v, 61v-70v ja yli 71v). Ammatti luokiteltiin 4 luokkaan (1= maanviljelijä / emäntä, 2= työntekijä, 3=toimihenkilö, 4= muu (opiskelija ym). Sairaalassa oloaika luokiteltiin 4 luokkaan (1-2 pv, 3-4 pv, 5-6 pv ja yli 7 pv). Terveystila luokiteltiin uudelleen 3 luokkaan (1=melko huono, 2 = melko hyvä, 3= hyvä). Kysymys omahoitajasta luokiteltiin uudelleen; luokka 1 (kyllä) pysyi ennallaan ja luokkaan 2 (ei) yhdistettiin luokat 3 (en halunnut) ja 4 (en tiedä).

Muuttujajoukon tiivistämiseksi tehtiin eksploratiivinen faktorianalyysi. Analyysiin sisällyttiin muuttujat 32 - 52. Käytettiin pääkomponenttimenetelmää ja oblimin – rotaatiota. Näin saatiin 5 faktoria, joiden ominaisarvo oli > yksi. Tuloksen tarkastelun jälkeen analyysistä poistettiin muuttuja 52, koska sen kommunaliteetti oli huono ja jatkotarkastelun jälkeen myös muuttuja 51, koska se latautui 3 faktorille lähes yhtä voimakkaasti. Uuden analyysin jälkeen saatiin 4 faktoria, joiden ominaisarvo oli > yksi. Faktoriratkaisun selitysosuus oli 60,2 % ja faktoreiden lataukset vaihtelivat 0.30 - 0.82 välillä. Faktorit nimettiin ja näiden perusteella tehtiin summamuuttujat. Summamuuttujia laskettaessa määriteltiin puuttuviksi tiedoiksi ne, joita asia ei koskenut. (Liitetaulukko 6.)

Muodostettiin summamuuttuja ”osallistuminen omaan hoitoon” laskemalla yhteen muuttujat 32, 33, 39, ja 40. Summamuuttuja sai arvoja 2-16 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1- 4 = 1 (täysin eri mieltä), 5-8 = 2 (lähes eri mieltä), 9–12 = 3 (lähes samaa mieltä) ja 13–16 = 4 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan pisteiden keskiarvo oli 2,8 ja alfa 0,88.

Summamuuttuja ”joustavuus ja oikea-aikaisuus” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujat 35, 41, 45, 46 ja 48. Muuttuja sai arvoja 5-20 ja se luokiteltiin uudelleen: 1-5 = 1 (täysin eri mieltä), 6 - 10 = 2 (lähes eri mieltä), 11–15 = 3 (lähes samaa mieltä), 16–20 = 4 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 3,4 ja alfa 0,80.

Summamuuttuja ”hoidon jatkuvuus” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujat 42, 43, 44, 49 ja 50. Muuttuja sai arvoja 4-20 ja se luokiteltiin uudelleen: $1-5 = 1$ (täysin eri mieltä), $6-10 = 2$ (lähes eri mieltä), $11-15 = 3$ (lähes samaa mieltä), $16-20 = 4$ (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 3,3 ja alfa 0,83.

Summamuuttuja ”autonomia” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujat 34, 36, 37, 38 ja 47. Muuttuja sai arvoja 2-20 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että $1-5 = 1$ (täysin eri mieltä), $6-10 = 2$ (lähes eri mieltä), $11-15 = 3$ (lähes samaa mieltä) ja $16-20 = 4$ (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 3,4 ja alfa 0,85.

5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Hoitajien kyselyn tulokset

5.1.1 Osaston toimintamalli

Tiiminallia (39 %) ja yksilövastuista hoitotyön mallia (38 %) käyttäviä oli lähes yhtä paljon. Tiimimallin ja yksilövastuisen hoitotyön mallin yhdistelmää käytti 9 % tutkittavista ja ryhmätyömallia 8 % vastanneista. Pelkästään tiimimallia käytettiin osasto 2C:llä (100 %) ja enemmistönä osasto 2A:lla (82 %) ja osasto 2 G:llä (68 %). Yksilövastuinen hoitotyön malli oli ainoana työnjakomallina osasto 3C:llä (100 %) ja enemmistönä osasto 3 B:llä (90 %) ja osasto 9:llä (73 %). Puolella osastoista toimittiin vähintään kolmen eri mallin tai niiden yhdistelmien mukaan. Vähiten toimittiin moduli-mallin mukaan. Vain yhdellä osastolla työskenneltiin ryhmätyö-mallin mukaan. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Osaston hoitotyön malli osastoittain (n, %)

Osasto	Osaston hoitotyön malli															
	Ryhmätyö		Moduli		Yvh		Tiimi		Yvh+ryhmä		Yvh+tiimi		Yvh+moduli		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
7	0	0	0	0	7	50	2	14	0	0	5	36	0	0	14	100
9	0	0	2	13	11	73	0	0	1	7	0	0	1	7	15	100
2A	0	0	0	0	0	0	14	82	0	0	3	18	0	0	17	100
2B	10	50	0	0	2	10	4	20	4	20	0	0	0	0	20	100
2C	0	0	0	0	0	0	18	100	0	0	0	0	0	0	18	100
2G	0	0	0	0	4	19	14	68	0	0	3	13	0	0	21	100
3B	0	0	0	0	9	90	0	0	0	0	1	10	0	0	10	100
3C	0	0	0	0	18	100	0	0	0	0	0	0	0	0	18	100
Yhteensä	10	8	2	1	51	38	52	39	5	4	12	9	1	1	133	100

Vastaajien enemmistön (76 %) mukaan yksilövastuinen hoitotyö on sekä toimintamalli että filosofia. Vain osa sairaanhoitajista (15 %) piti yksilövastuista hoitotyötä filosofiana. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Yksilövastuisen hoitotyön määrittely ammateittain (n, %)

Yksilövastuinen hoitotyö on	Ammatti		Kätilö		Ph / Lh		Yhteensä	
	Sairaanhoitaja							
	n	%	n	%	n	%	n	%
Toimintamalli	11	13	2	10	6	22	19	14
Filosofia	13	15	0	0	0	0	13	10
Toimintamalli / filosofia	61	72	18	90	21	78	100	76
Yhteensä	85	100	20	100	27	100	132	100

Omahoitajana toimi useimmin hoitajapari. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Omahoitaja toimivat ammattiryhmät (n, %)

Ammattiryhmä	n	%
Sairaanhoitaja	12	9
Kätilö	3	2
Työpari	106	80
Ph / Lh	12	9
Yhtensä	133	100

5.1.2 Hoitotyön periaatteet

5.1.2.1 Potilaskeskeisyys

Summamuuttuja ”potilaskeskeinen hoitotyö” sai arvoja 2,8 – 3,9 (keskiarvo 3,3). Lähes kaikki antoivat potilaalle tietoa tilanteesta ja huomioivat potilaan toiveet. Yksimielisyys vaihteli eniten väittämien ”minulla on aikaa paneutua potilaan hoitoon” ja ”teen hoitosuunnitelmaa yhdessä potilaan kanssa” kesken. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Summamuuttujan ”potilaskeskeisyys” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n= 130), ka 3,30, α =0,80

Potilaskeskeisyys	Keski-arvo	Keski-vaihtelu	Korrelaatio summaan	Alfa, jos osio poistetaan
Tunnen hyvin potilaani	3,4	,52	,22	,79
Teen hoitosuunnitelmaa pot. kanssa	2,8	,66	,39	,77
Annan tietoa potilaalle tilanteesta	3,9	,32	,18	,80
Arvioin hoitotyötä yhdessä potilaan kanssa	3,1	,66	,40	,77
Hoitosuunnitelma ohjaa toimintaani hoitotyössä	3,4	,49	,20	,79
Huomioin potilaan toiveet päivittäisessä hoitotyössä	3,7	,48	,27	,78
Potilaat osallistuvat omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin.	3,1	,58	,36	,77
Potilaat ovat tietoisia hoitoonsa liittyvistä asioista	3,5	,50	,19	,79
Yhteensovitan potilaan toiveet muiden kanssa	3,4	,62	,31	,77
Minulla on aikaa paneutua potilaan hoitoon	2,8	,59	,18	,79

Muuttujat saivat arvoja 1-4 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Terveystieteiden osastolla 6 – 10 vuotta ja yli 20 vuotta työskennelleet laativat potilaan kanssa hoitosuunnitelmaa useimmin, vähiten hoitosuunnitelmaa potilaan kanssa laativat alle 2 vuotta terveystieteiden osastolla työskennelleet (df:4, p=0,04). Samalla osastolla yli 20 v työskennelleet laativat hoitosuunnitelmaa useimmin potilaan kanssa; harvimmalla hoitosuunnitelmaa potilaan kanssa laativat alle 2 vuotta osastolla työskennelleet (df:4, p=0,001). (Taulukko 9)

Taulukko 9. Hoitosuunnitelman laatiminen potilaan kanssa osastolla työskentelyajan suhteen (n, %)

Hoitosuunnitelman tekeminen potilaan kanssa	Työskentelyaika osastolla											
	Alle 2v		2-5 v		6-10v		11-20v		yli 20v		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eri mieltä	15	60	7	16	7	29	7	33	1	7	37	28
Samaa mieltä	10	40	38	84	17	71	14	67	14	93	93	72
Yhteensä	25	100	45	100	24	100	21	100	15	100	130	100

Osastojen kesken oli tilastollisesti merkitsevä ero potilaskeskeisen hoidon toteuttamisessa (df:7, $p=0,006$). Parhaiten potilaskeskeinen hoito toteutui niillä osastoilla, jotka olivat ilmoittaneet pääasialliseksi toimintamallikseen yksilövastuisen hoitotyön. Myös työskentelyaika osastolla oli yhteydessä potilaskeskeisen hoidon toteutumiseen niin, että 6 – 10 vuotta ja yli 20 vuotta samalla osastolla olleet toteuttivat parhaiten potilaskeskeistä hoitoa, huonoiten sitä toteuttivat alle 2 vuotta ja 11 - 20 samalla osastolla työskennelleet (df:4, $p=0,039$)

Taulukossa 10 on kuvattu väittämän ”minulla on aikaa paneutua potilaan hoitoon” suorat jakaumat. Noin 30 % hoitajista koki aikaa olevan liian vähän potilaan hoitoon. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Ajan riittävyys potilaan hoitoon (n, %)

Minulla on aikaa paneutua potilaan hoitoon	n	%	Kumulatiivinen %
Täysin eri mieltä	2	2	2
Lähes eri mieltä	36	27	29
Lähes samaa mieltä	87	65	94
Täysin samaa mieltä	8	6	100
Yhteensä	133	100	

5.1.2.2 Itsenäisyys

Summamuuttuja ”itsenäisyys” sai arvoja 3,1 – 3,7, keskiarvo oli 3,4. Eniten yksimielisyys vaihteli väittämässä ”voin itse suunnitella omaa työtäni”. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Summamuuttujan ”itsenäisyys” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=131), ka 3,4, $\alpha=0,71$.

Itsenäisyys	Keski-arvo	Keski-vaihtelu	Korrelaatio summaan	Alfa, jos osio poistetaan
Työssäni voin riittävästi käyttää tietojani ja taitojani	3,5	,59	,25	,66
Voin itse suunnitella omaa työtäni	3,1	,60	,18	,73
Nautin työstäni	3,3	,56	,31	,63
Työssäni on mahdollista oppia uutta	3,7	,52	,38	,65
Työni ei ole yksitoikkoista	3,6	,59	,37	,63

Muuttujat saivat arvoja 1-4 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Osastojen kesken oli tilastollisesti merkitsevä ero itsenäisyyden kokemisessa (df:7, $p=0,002$). Myös työskentelyaika terveydenhuollossa oli yhteydessä itsenäisyyden kokemiseen (df:6, $p=0,007$). Yli 20 vuotta ja 6-10 vuotta terveydenhuollossa työskennelleet kokivat työnsä eniten itsenäiseksi, vähiten itsenäiseksi sen koki 2-5 vuotta ja 16 - 20 vuotta työskennelleet.

Parhaiten omaa työtään voivat suunnitella kätilöt, huonoiten sairaanhoitajat (df:2, $p=0,039$). (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Mahdollisuus oman työn suunnitteluun ammattien mukaan (n, %)

Voin itse suunnitella omaa työtäni	Ammatti							
	Sairaanhoitaja		Kätilö		Ph / Lh		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lähes eri mieltä	14	16	1	5	1	4	16	12
Lähes samaa mieltä	54	64	11	52	18	69	83	63
Täysin samaa mieltä	17	20	9	43	7	27	33	25
Yhteensä	85	100	21	100	26	100	132	100

Myös iällä oli tilastollisesti merkitsevä ero mahdollisuuteen oman työn suunnittelussa. Parhaiten omaa työtään kokivat voivansa suunnitella yli 50 -vuotiaat ja alle 30 -vuotiaat, huonoiten 41 – 50 -vuotiaat (df:4, $p=0,041$).

5.1.2.3 Vastuullisuus

Summamuuttaja ”vastuullisuus” sai arvoja 1,8 – 3,3, keskiarvo oli 2,6. Vähiten oltiin samaa mieltä väittämästä ”vastaan potilaan hoidosta 24 h / vrk” ja väittämästä ”vastaan potilaani hoidosta silloinkin, kun en ole työssä”. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Summamuuttujan ”vastuullisuus” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=126), ka 2,6, $\alpha=0,76$.

Vastuullisuus	Keski-arvo	Keski-vaihtelu	Korrelaatio summaan	Alfa, jos osio poistetaan
Potilas tietää, kuka hoitaa häntä, kun olen poissa	2,8	,71	,28	,74
Potilaat tietävät, milloin olen työssä	3,0	,75	,51	,71
Laadin hoitosuunnitelman vapaapäivieni ajaksi	2,5	,79	,36	,73
Vastaan potilaan hoidosta koko hoitojakson	2,6	,78	,28	,73
Tullessani työhön hankin potilaasta tietoa oma-aloitteisesti	3,3	,68	,35	,73
Vastaan potilaan hoidosta 24 h / vrk	1,8	,78	,35	,73
Hoidan joka työvuorossa omia potilaitani	2,9	,76	,21	,75
Vastaan potilaani hoidosta silloinkin, kun en ole työssä	2,0	,84	,19	,78

Muuttujat saivat arvoja 1-4 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Vastuullisuus erosi tilastollisesti merkitsevästi iän mukaan siten, että iän noustessa kokemus vastuullisuudesta lisääntyi (df:3, $p=0,05$). Vastuullisuus oli myös yhteydessä työskentelyaikaan terveydenhuollossa. Yli 25 vuotta ja 6-10 vuotta terveydenhuoltoalalla työskennelleet kokivat työnsä eniten vastuulliseksi; vähiten vastuulliseksi työnsä kokivat alle 2 vuotta ja 2 – 5 vuotta työskennelleet (df:6, $p=0,01$). Myös osastojen kesken oli eroa vastuullisuuden kokemisessa. Yksilövastuun toimintamallin mukaan työskentelevillä osastoilla vastuullisuus toteutui parhaiten; huonoiten se toteutui tiimi- tai ryhmätyömallin mukaan toimivilla osastoilla (df:7, $p=0,01$).

Perushoitajat ja sairaanhoitajat kokivat vastaavansa potilaan hoidosta vain työvuoron ajan useammin kuin kätilöt (df:2, $p=0,01$). (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Työvuorokohtainen vastuu hoidosta ammatin mukaan (n, %)

Vastaan potilaani hoidosta vain työvuoroni ajan	Ammatti		Kätilö		Ph / Lh		Yhteensä	
	Sairaanhoitaja n	%	n	%	n	%	n	%
Täysin eri mieltä	4	4	2	10	0	0	6	5
Lähes eri mieltä	20	24	8	40	3	12	31	24
Lähes samaa mieltä	39	46	5	25	10	40	54	41
Täysin samaa mieltä	22	26	5	25	12	48	39	30
Yhteensä	85	100	20	100	25	100	130	100

Yksilövastuiseen mallin mukaan toimivat hoitajat vastasivat useimmin potilaan hoidosta koko hoitajakson ajan. Tiimimallin mukaan toimivat hoitajat olivat useimmin eri mieltä väittämästä (df:3, p=0,01) (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Vastuu potilaan hoidosta koko hoitajakson toimintamalleittain (n, %)

Vastaan potilaan hoidosta koko hoitajakson	Osaston hoitotyön malli									
	Ryhmätyö malli		Yksilövastuinen malli		Tiimi malli		Yhdistetty malli		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Täysin eri mieltä	1	10	0	0	7	13	4	20	12	9
Lähes eri mieltä	1	10	12	23	20	39	6	30	39	29
Lähes samaa mieltä	8	80	31	61	21	40	7	35	67	51
Täysin samaa mieltä	0	0	8	16	4	8	3	15	15	11
Yhteensä	10	100	51	100	52	100	20	100	133	100

5.1.2.4 Jatkuvuus / koordinointi

Summamuuttuja ”jatkuvuus / koordinointi” sai arvoja 3,6 – 3,9 (keskiarvo 3,8). Kaikki osa-alueet toteutuivat lähes yhtä hyvin. Parhaiten raportoitiin potilaan tilanteesta ja voitiin kysyä neuvoa kollegalta ongelmatilanteissa, huonoiten toteutui potilaan hoidon yhteen sovittaminen muiden hoitoon osallistuvien kanssa. (Taulukko 16).

Taulukko 16. Summamuuttujan ”jatkuvuus /koordinointi” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=132), ka 3,8, $\alpha=0,64$.

Jatkuvuus / koordinointi	Keski- arvo	Keski- vaihtelu	Korrelaatio summaan	Alfa, jos osio poistetaan
Raportoin potilaan tilanteesta suullisesti ja kirjallisesti	3,9	,34	,25	,57
Olen tarvittaessa yhteydessä potilaan omaisiin	3,7	,51	,30	,51
Yhteen sovitan potilaan hoidon muiden kanssa	3,6	,55	,22	,56
Arvostan työtovereitteni työtä	3,8	,40	,12	,63
Ongelmatilanteissa voin kysyä neuvoa kollegoilta	3,9	,30	,11	,63

Muuttujat saivat arvoja 1-4 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Summamuuttujalla ei ollut tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä taustamuuttujien kanssa

5.1.3 Edellytykset yksilövastuisten hoitotyön toteuttamiseen

Summamuuttuja ”edellytykset” sai arvoja 2,5 – 3,4 (keskiarvo 3,0). Eniten oli yksimielisyyttä väittämistä ”työni ei ole esimieheni määräysten toteuttamista” ja ”teen itsenäisesti potilaan hoitotyöhön liittyviä päätöksiä”. Yksimielisyys vaihteli eniten väittämässä ”voin itse valita potilaani”. (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Summamuuttujan ”edellytykset” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=119), ka 3,0, $\alpha=0,50$.

Edellytykset	Keski-arvo	Keski-vaihtelu	Korrelaatio summaan	Alfa, jos osio poistetaan
Teen itsenäisesti potilaan hoitotyöhön liittyviä päätöksiä	3,3	,67	,10	,46
Voin itse valita potilaani	2,5	,77	,08	,47
Työvuoroni mahdollistavat omahoitajana toimimisen	2,9	,65	,07	,48
Työni ei ole esimieheni määräysten toteuttamista	3,4	,62	,24	,39
Ryhmän / tiimin johtaja vastaa potilaani hoitotyöstä	2,9	,98	,14	,42
Työni ei ole osatehtävien suorittamista	3,1	,69	,14	,47

Muuttujat saivat arvoja 1-4 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Kätilöillä edellytykset yksilövastuiseen hoitotyöhön toteutuivat parhaiten; huonoiten ne toteutuivat perushoitajilla / lastenhoitajilla (df:2, $p=0,05$). Kätilöt myös tekivät eniten itsenäisesti potilaan hoitotyöhön liittyviä päätöksiä, perushoitajat / lastenhoitajat tekivät niitä vähiten (df:2, $p=0,000$).

Terveydenhuoltoalalla 11 - 20 vuotta ja 6 - 10 vuotta työskennelleet kokivat eniten voivansa tehdä itsenäisiä päätöksiä potilaan hoitotyöhön liittyen, alle 2 vuotta työskennelleet vähiten (df:4, $p=0,004$). (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Itsenäinen päätöksenteko suhteessa työskentelyaikaan terveydenhuollossa (n, %)

Teen itsenäisesti pot. ht:n liittyviä päätöksiä	Työskentelyaika terveydenhuoltoalalla											
	Alle 2 v		2-5 v		6-10 v		11-20 v		Yli 20 v		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Täysin eri mieltä	0	0	0	0	1	4	0	0	1	1	2	2
Lähes eri mieltä	0	0	3	18	1	4	0	0	4	7	8	6
Lähes samaa mieltä	8	89	10	59	9	42	6	27	35	56	68	51
Täysin samaa mieltä	1	11	4	23	11	50	16	73	22	36	54	41
Yhteensä	9	100	17	100	22	100	22	100	62	100	132	100

Osastojen kesken oli eroja sekä siinä, miten työvuorot mahdollistavat omahoitajana toimimisen (df:7, $p=0,006$) että mahdollisuudessa valita itse oma potilaansa (df:7, $p=0,01$).

Yhdistetyn (yksilövastuisen + tiimi/ryhmä) mallin mukaan ja yksilövastuisen mallin mukaan toimivat hoitajat voivat useimmin itse valita potilaansa, tiimimallin mukaan työskentelevät voivat valita potilaansa harvemmin (df:3, $p=0,008$). (Liitetaulukko 7.)

Perushoitajat / lastenhoitajat näkivät useimmin työnsä esimiehen määräysten toteuttamisena, kätilöt kokivat näin harvemmin (df:2, $p=0,000$). (Taulukko 19). Myös osastojen kesken oli eroja tämän väittämän suhteen (df:7, $p=0,03$).

Taulukko 19. Työn näkeminen esimiehen määräyksinä ammattiryhmittäin (n, %)

Työni on esimieheni määräysten toteuttamista	Ammatti							
	Sh		Kätilö		Ph /Lh		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Täysin eri mieltä	42	50	15	71	5	19	62	47
Lähes eri mieltä	41	48	6	29	16	62	63	48
Lähes samaa mieltä	1	1	0	0	5	19	6	4
Täysin samaa mieltä	1	1	0	0	0	0	1	1
Yhteensä	85	100	21	100	26	100	132	100

Tiimi- ja ryhmätyö mallin mukaan työskentelevät hoitajat vastasivat useimmin ryhmän / tiimin vastaavan hoitajan vastaavan potilaan hoidosta. Harvimminkin näin vastasivat yksilövastuisen tai yhdistetyn (tiimi/ryhmä+yvh) hoitotyön mallin mukaan toimivat hoitajat (df:3, $p=0,000$). (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Ryhmän/tiimin johtajan vastuu potilaan hoidosta toimintamalleittain (n, %)

Ryhmän / tiimin vastaava hoitaja vastaa potilaan hoidosta	Osaston hoitotyön malli									
	Ryhmätyö malli		Yksilövastui- nen malli		Tiimi-malli		Yhdistetty malli		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Täysin eri mieltä	1	10	21	47	11	21	11	61	44	35
Lähes eri mieltä	5	50	16	36	18	35	7	39	46	37
Lähes samaa mieltä	4	40	6	13	11	21	0	0	21	17
Täysin samaa mieltä	0	0	2	4	12	23	0	0	14	11
Yhteensä	10	100	45	100	52	100	18	100	125	100

Ryhmätyömallin mukaan toimivat näkivät useimmin työn osatehtävinä, harvimminkin näin kokivat tiimimallin ja yhdistetyn (tiimi/ryhmä+yvh) hoitotyön mallin mukaan työskentelevät. Myös 27 % yksilövastuisen mallin mukaan työskentelevistä koki työnsä osatehtävien suorittamisena. (df:3, p=0,04). (Taulukko 19.) Osastojen kesken oli myös eroja työn kokemisessa osatehtävinä (df:7, p=0,02).

Taulukko 19. Työn näkeminen osatehtävinä toimintamallin mukaan (n, %)

Työni on osatehtävien suorittamista	Osaston hoitotyön malli									
	Ryhmätyö malli		Yksilövastuinen malli		Tiimi malli		Yhdistetty malli		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Täysin eri mieltä	0	0	16	33	13	25	6	30	35	27
Lähes eri mieltä	5	50	19	40	32	63	12	60	68	53
Lähes samaa mieltä	4	40	12	25	6	12	2	10	24	19
Täysin samaa mieltä	1	10	1	2	0	0	0	0	2	1
Yhteensä	10	100	48	100	51	100	20	100	129	100

Tutkittavista 33 % oli tyytymättömiä esimieheltään saamaan kiitokseen työstään. (Liitetaulukko 8.) Tyytymättömmimpiä olivat 2-5 vuotta ja alle 2 vuotta terveydenhuollossa työskennelleet ja tyytyväisimpiä yli 20 vuotta ja 6-10 vuotta työskennelleet (df:4, p=0,03). Tutkittavista 27 % koki, ettei saa palautetta kollegoiltaan. (Liitetaulukko 9.) Osastojen kesken oli eroja palautteen saamisessa kollegoilta (df:7, p=0,03).

5.1.4 Osastonhoitajan rooli yksilövastuisessa hoitotyössä

Summamuuttuja ”osastonhoitajan rooli” sai arvoja 3,2 – 3,5 (keskiarvo 3,3). Kaikkein suurin yksimielisyyttä oli väittämästä ”voin turvautua osastonhoitajan apuun”. (Taulukko 20.)

Taulukko 20. Summamuuttujan ”osastonhoitajan rooli” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=128), ka 3,3, $\alpha=0,83$

Osastonhoitajan rooli	Keski-arvo	Keski-vaihtelu	Korrelaatio summaan	Alfa, jos osio poistetaan
Voin turvautua oh:n apuun tarvittaessa	3,5	,68	,31	,81
Oh johtaa hoitotyötä osastolla	3,2	,80	,28	,83
Oh tukee minua koulutuksen hankkimisessa	3,3	,73	,48	,77
Oh valvoo ht:n toteutumista ja hoidon laatua	3,3	,67	,54	,76
Oh:n toiminta tukee työtäni omahoitajana	3,2	,74	,54	,76

Muuttujat saivat arvoja 1-4 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Hoitajien iällä oli yhteys kokemukseen osastonhoitajan roolista. Iän noustessa kokemus osastonhoitajan tuesta myös lisääntyi (df:3, $p=0,008$). Samoin vaikutti työkokemus terveydenhuoltoalalta; työajan lisääntyessä kokemus osastonhoitajan roolista parani (df:4, $p=0,005$). Myös osastojen kesken oli eroja osastonhoitajan roolin kokemisessa (df:7, $p=0,006$).

Hoitajista lähes viidesosa (18 %) oli sitä mieltä, että osastonhoitaja ei johda hoitotyötä osastolla. Yhtä moni hoitaja vastasi, että osastonhoitaja ei tue heitä omahoitajan roolissa. Tutkituista 14 % oli tyytymättömiä osastonhoitajan tukeen koulutuksen hankkimisessa. (Taulukko 21.)

Taulukko 21. Summamuuttujan ”osastonhoitajan rooli” osioiden suorat jakaumat (n, %)

Osastonhoitajan rooli	Samaa mieltä		Eri mieltä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
Oh johtaa hoitotyötä osastolla	108	82	24	18	132	100
Oh tukee minua omahoitajana	107	82	23	18	130	100
Oh tukee koulutuksen hankkimisessa	112	86	18	14	130	100
Oh valvoo hoitotyön laatua	120	91	12	9	132	100
Voin turvautua oh apuun	121	92	11	8	132	100

5.1.5 Koulutus

Summamuuttuja ”koulutus” sai arvoja 2,9 – 3,8 (keskiarvo oli 3,5). Melkein täydellinen yksimielisyyttä oli väittämästä ”tiedän toimivaltaani liittyvän vastuun”.

Taulukko 22. Summamuuttujan ”koulutus” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=132), ka 3,4, $\alpha=0,60$

Koulutus	Keski-arvo	Keski-vaihtelu	Korrelaatio summaan	Alfa, jos osio poistetaan
Pidän ammatilliset tietoni ajan tasalla	3,3	,52	,14	,56
Hankin aktiivisesti lisätietoa potilaan päivittäiseen hoitamiseen	2,9	,59	,24	,38
Tiedän toimivaltaani liittyvän vastuun	3,8	,43	,18	,53

Muuttujat saivat arvoja 1-4 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Lisätietoa potilaan hoitamiseen hankkivat vähiten 2 – 5 vuotta terveydenhuollossa työskennelleet. Seuraavaksi vähiten tietoa hankki alle 2 vuotta työskennelleet. Halu

lisätiedon hankkimiseen lisääntyi sen jälkeen työskentelyajan lisääntyessä (df:4, p=0,03). (Taulukko 23.)

Taulukko 23. Lisätiedon hankkiminen suhteessa työskentelyaikaan terveydenhuollossa (n, %)

Hankin lisätietoa pot. hoitamiseen	Työaika terveydenhuollossa											
	alle2 v		2-5 v		6-10 v		11- 20 v		yli 20 v		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eri mieltä	3	33	7	41	4	18	4	17	6	10	24	18
Samaa mieltä	6	67	10	59	18	82	19	83	56	90	109	82
Yhteensä	9	100	17	100	22	100	23	100	62	100	133	100

Kätilöt olivat tyytyväisimpiä työpaikkakoulutusmahdollisuuksiinsa. Tyytymättömiä olivat sairaanhoitajat (df:2, p=0,01). (Taulukko 24.) Myös osastojen välillä oli eroja tyytyväisyydessä työpaikkakoulutukseen (df:7, p=0,007). Työskentelyajalla terveydenhuollossa (df:4, p=0,01) ja osastolla (df:4, p=0,02) oli myös yhteyttä tyytyväisyyteen koulutuksesta. Tyytyväisimpiä koulutusmahdollisuuksiinsa olivat yli 20 vuotta ja 6 -10 vuotta työskennelleet ja tyytymättömiä 2-5 vuotta ja alle 2 vuotta työskennelleet. Nuorimmat hoitajat olivat tyytymättömiä koulutusmahdollisuuksiinsa; iän lisääntyessä tyytyväisyys koulutukseen lisääntyi (df:3, p=0,01).

Taulukko 24. Tyytyväisyys työpaikkakoulutukseen ammateittain (n, %)

Tyytyväisyys työpaikkakoulutukseen	Ammatti							
	Sairaanhoitaja		Kätilö		Ph / Lh		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Erittäin tyytyväinen	2	2	6	29	2	7	10	8
Melko tyytyväinen	55	67	11	52	21	78	87	66
Melko tyytymätön	24	29	3	14	4	15	31	24
Erittäin tyytymätön	2	2	1	5	0	0	3	2
Yhteensä	83	100	21	100	27	100	131	100

Kätilöt osallistuivat talon sisäiseen koulutukseen useimmin. Muut ammattiryhmät osallistuivat suunnilleen yhtä paljon (df:2, p=0,02). Tutkittavista 10 % ei ollut osallistunut vuoden aikana kertaakaan talon sisäiseen koulutukseen. (Taulukko 25.) Myös osastojen välillä oli eroja sisäiseen koulutukseen osallistumisessa (df:7, p=0,01).

Taulukko 25. Talon sisäisen koulutuksen määrä ammateittain (n, %)

Sisäisten koulutusten määrä vuoden aikana	Ammatti						Yhteensä	
	Sairaanhoitaja		Kätilö		Ph / Lh			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ei lainkaan	9	11	2	10	2	7	13	10
1-2 kertaa	47	55	5	23	17	63	69	52
3-5 kertaa	28	33	12	57	8	30	48	36
6-10 kertaa	1	1	2	10	0	0	3	2
Yhteensä	85	100	21	100	27	199	133	100

Tutkittavista 58 % oli osallistunut 1 -2 kertaa viimeisen vuoden aikana sairaalan ulkopuoliseen koulutukseen; 37 % heistä ei ollut osallistunut ulkopuoliseen koulutukseen kertaakaan. (Taulukko 26.)

Taulukko 26. Talon ulkoisen koulutuksen määrä (n, %)

Sairaalan ulkopuolisen koulutuksen lukumäärä	n	%	Kumula- tiivinen %
Ei lainkaan	49	37	37
1-2 kertaa	78	58	95
3-5 kertaa	3	2	98
6-10 kertaa	1	1	99
11 kertaa tai useammin	1	1	100
En hakeudu koulutuksiin	1	1	100
Yhteensä	133	100	

Osallistuminen sairaalan ulkopuoliseen koulutukseen oli yhteydessä työskentelyaikaan terveydenhuollossa. Kaikkein eniten sairaalan ulkopuoliseen koulutukseen osallistuivat 6 – 10 vuotta työskennelleet, sen jälkeen osallistuminen hitaasti laski; kaikkein vähäisintä osallistuminen sairaalan ulkopuoliseen koulutukseen oli alle 2 vuotta terveydenhuoltoalalla työskennelleillä ja seuraavaksi vähäisintä 2-5 vuotta työskennelleillä (df:4, p=0,02).

5.1.6 Hoitajien näkemyksiä yksilövastuisen hoitotyön toteutumisesta

Avoimeen kysymykseen ”miten yksilövastuinen hoitotyö käytännössä toteutuu osastollasi” vastasi 94 hoitajaa (70 % tutkittavista). Vastaukset luettiin ja luokiteltiin ensin ryhmiin: toteutuu hyvin, kohtalaisesti ja huonosti. Osassa vastauksia oli vain lyhyesti todettu, että toteutuu hyvin, kohtalaisesti tai huonosti, osassa vastauksia oli kuvattu, miten yksilövastuinen hoitotyö on järjestetty osastolla, mitkä tekijät tukevat yksilövastuista hoitotyötä ja mitkä sitä vaikeuttavat.

Vastaajista 46 mukaan yksilövastuinen hoitotyö toteutui hyvin. Henkilökunta on motivoitunutta ja suurimmalla osalla potilaista on oma hoitaja. Omahoitajuus toteutuu hyvin pitempiaikaisten potilaiden kohdalla; lyhyemmän aikaa oleville potilaille on vaikeampi järjestää oma hoitaja. Kiire vaikeuttaa välillä toteuttamista. Muutaman vastaajan mukaan tiimityö on hyvänä tukena, kun taas joidenkin vastaajien mukaan tiimityö vaikeuttaa omahoitajuutta. Joskus joutuu vaihtamaan tiimiä, vaikka omat potilaat olisivat toisessa tiimissä. Yksilövastuinen hoitotyö on lisännyt hoidon jatkuvuutta ja potilaskeskeisyyttä.

Vaihtelevasti yksilövastuisen hoitotyön sanoi toteutuvan 25 vastaajaa. Kun tiimissä on nopea potilasvaihto, yksilövastuinen hoitotyö ei silloin toteudu. Jonkun vastaajan mukaan ollaan vasta totuttelemassa yksilövastuiseen hoitotyöhön, vain muutamalla potilaalla on oma hoitaja satunnaisesti tiimin sisällä. Lisäksi osa hoitajista uskoo enemmän tiimityöhön kuin yksilövastuiseen hoitotyöhön. Kun tulee kiire, omahoitajuus unohtuu. Toisaalla sitä harjoitellaan ja siihen pyritään. Tiimit ovat soveltaneet omia tapoja toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä; jossakin omahoitaja on se, joka kotiuttaa potilaan. Potilas voi ottaa häneen yhteyttä, jos jatkohoidossa tulee ongelmia. Välillä työvuorot eivät tue omahoitajuutta. Kun on paljon potilaita, ei kaikille voi järjestää omaa hoitajaa johtuen sijaisten runsaasta määrästä, kiireestä ja hoitajien muutosvastarinnasta.

Huonosti yksilövastuisen hoitotyön osastollaan sanoi toteutuvan 23 vastaajaa. Yksilövastuiseen hoitotyöhön ei ole sitouduttu, tehdään tiimi- tai ryhmätyötä. Kaikki eivät halua ottaa omia potilaita, kiire on myös esteenä. Osastolla ei varsinaisesti ole sovittu yksilövastuisen hoitotyön toteuttamista ja koko prosessi on lapsenkengissä. Vain muutama hoitaja (3 – 4 hoitajaa) on sisäistänyt yksilövastuisen hoitotyön; osastonhoitajan tukea kaivattaisiin. Toiset hoitajat eivät kunnioita omahoitajan tekemää hoitotyön suunnitelmaa eikä aina saa hoitaa omia potilaitaan, vaan ne jaetaan muille. Jotkut hoitajat joutuvat usein vaihtamaan tiimiä, vaikka siinä olisi omat potilaat, koska toiset hoitajat eivät jousta. Joku ei ota omia potilaita, kun niitä ei kuitenkaan saa hoitaa. Yksilövastuista hoitotyötä on vaikea toteuttaa käytännössä, koska vastuuta on kannettava monesta potilaasta. Myös nopea potilasvaihto vaikeuttaa yksilövastuisen hoitotyön toteuttamista. Jollakin osastolla on ollut jatkuvia muutoksia, paljon vaihtuvia sijaisia, toistuvia sulkuja

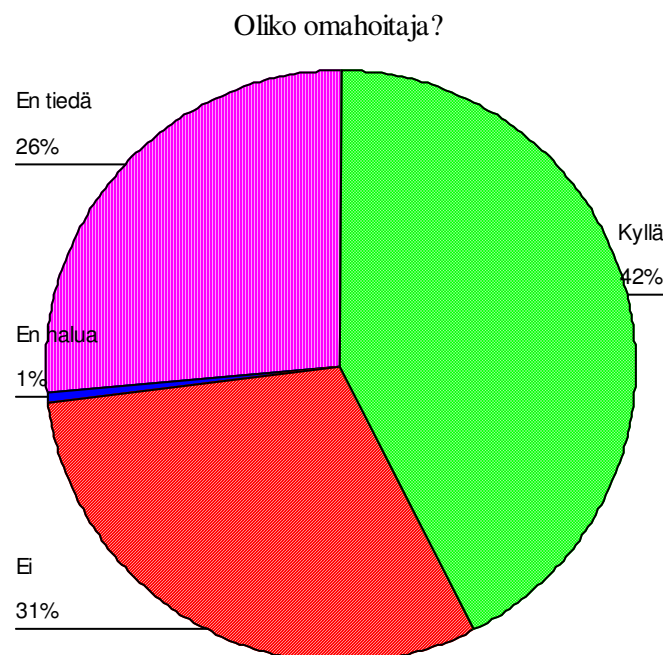
ja potilaat ovat huonokuntoisia. Lisäksi ATK:n opettelu vie paljon aikaa ja henkilökunnan on vaikea keskittyä hoitotyöhön. Työvuorot eivät tue yksilövastuista hoitotyötä, asenne siihen ei ole myönteinen eikä siihen ole sitouduttu. Osaston toimintamalli ei tue yksilövastuista hoitotyötä, yksi hoitaja on vastuuvuorossa, silloin on vaikea ottaa omia potilaita, koska on hoidettava koko ryhmän asiat. Kiire haittaa myös koulutuksiin pääsemistä, vaikka koulutusta yksilövastuisesta hoitotyöstä tarvittaisiin. Osa vastaajista sanoo varsinkin kiireessä helposti palattavan entisiin malleihin, osastolla tarvittaisiin muistuttajaa ja motivoijaa.

5.2 Potilaiden kyselyn tulokset

5.2.1 Tietoisuus omahoitajasta

Potilaista 42 % vastasi, että heillä oli oma hoitaja. Omahoitajaa ei ollut 31 %:lla ja 26 % ei tiennyt oliko heillä omahoitaja vai ei. Yksi potilas ilmoitti, ettei hän halunnut omaa hoitajaa. (Kuvio 1.)

Potilaalla oli useimmin omahoitaja osastoilla 9 ja 7. Seuraavaksi useimmin potilaalla oli omahoitajia osastolla 3C. Osastoilla 2 B ja 2G ei potilaalla useimmin ollut omaa hoitajaa. Osastolla 2A oli eniten niitä potilaita, jotka eivät tieneet oliko heillä omahoitaja vai ei (df:7, $p=0,000$). (Taulukko 27.)



Kuvio 1. Omahoitaja potilaan ilmoittamana % (n=144)

Taulukko 27. Tieto omahoitajasta osastoittain (n, %)

Osasto	Oliko omahoitaja							
	Kyllä		Ei		En tiedä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
7	9	64	2	14	3	22	14	100
9	15	72	3	14	3	14	21	100
2A	3	15	5	25	12	60	20	100
2B	1	6	10	59	6	35	17	100
2C	17	55	9	29	5	16	31	100
2G	5	22	13	56	5	22	23	100
3B	3	60	1	20	1	20	5	100
3C	8	62	2	15	3	23	13	100
Yhteensä	61	42	45	31	38	27	144	100

Omahoitaja oli useammin miehellä kuin naisella (df:1, p=0,000). (Taulukko 28.)

Taulukko 28. Omahoitaja potilaan sukupuolen mukaan (n, %)

Omahoitaja	Potilaan sukupuoli				Yhteensä	
	Nainen		Mies			
	n	%	n	%	n	%
Kyllä	24	30	36	58	60	42
Ei	57	70	26	42	83	58
Yhteensä	81	100	62	100	143	100

Omahoitaja oli useammin niillä potilailla, joiden terveydentila oli hyvä ja harvemmin niillä, joiden terveydentila oli melko hyvä (df:2, p=0,004). Kun terveydentila oli huono, ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa sillä, oliko omahoitaja vai ei. (Taulukko 29.)

Taulukko 29. Omahoitaja potilaan ilmoittaman terveydentilan mukaan (n, %)

Omahoitaja	Potilaan terveydentila						Yhteensä	
	Melko huono		Melko hyvä		Hyvä			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kyllä	15	47	21	30	25	61	61	42
Ei	17	53	50	70	16	39	83	58
Yhteensä	32	100	71	100	41	100	144	100

Omahoitaja nimettiin 70 %:lle potilaista tulopäivänä, toisena hoitopäivänä oli omahoitaja nimetty yli 90 % vastanneista. (Taulukko 30.)

Taulukko 30. Omahoitajan nimeämisen ajankohta (n, %)

Omahoitajan nimeämisen ajankohta	n	%
Tulopäivänä	43	70
2 hoitopäivänä	9	15
Myöhemmin	4	7
Tieto puuttuu	5	8
Yhteensä	61	100

Lähes 70 % potilaista sai tiedon omahoitajastaan suullisesti hoitajan itsensä kertomana. Sekä suullisesti että kirjallisesti tiedon sai 15 % vastanneista. Kahdelle potilaalle oli toinen hoitaja kertonut omahoitajan nimen ja 2 oli saanut tiedon kyselemällä. (Taulukko 31.)

Taulukko 31. Tieto omahoitajasta (n, %)

Tieto omahoitajasta	n	%
Suullisesti / omahoitaja	42	69
Kirjallisesti	2	4
Suullisesti ja kirjallisesti	9	15
Muuten	4	6
Tieto puuttuu	4	6
Yhteensä	61	100

Yli 80 % oman hoitajan saaneista potilaista tiesi omahoitajansa työssäolon aina tai melkein aina. Neljällä potilaalla ei ollut tietoa omahoitajan työssäolosta. (Taulukko 32.)

Taulukko 32. Tieto omahoitajan työssäolosta

Tieto omahoitajan työssäolosta	n	%
Aina	28	47
Melkein aina	21	35
Joskus	7	12
Ei koskaan	4	6
Yhteensä	60	100

5.2.2 Omahoitajan tehtävät

Lähes kaikille tutkittaville oli kerrottu, että omahoitaja ohjaa, neuvoa ja antaa tietoa. Potilaista 27 % ei ollut kerrottu, että omahoitaja tekee potilaan kanssa yhdessä hoitotyön suunnitelmaa. Potilailla oli eniten epätietoisuutta omahoitajan roolista tukijana ja yhteydenottajana muihin ammattiryhmiin. (Taulukko 32.)

Taulukko 32. Tieto omahoitajan tehtävistä (n, %)

Minulle kerrottiin, että...	Kyllä		Ei		En tiedä	
	n	%	n	%	n	%
Omahoitaja antaa tietoa (n=59)	53	90	5	8	1	2
Omahoitaja tekee kanssani hoitotyön suunnitelmaa (n=55)	35	64	15	27	5	9
Omahoitaja ohjaa ja neuvoa (n=56)	54	96	0	0	2	4
Omahoitaja auttaa päivittäisissä toimissa (n=57)	48	84	6	11	3	5
Omahoitaja tukee minua ja omaisiani (n=56)	40	71	6	11	10	18
Omahoitaja ottaa tarv. yhteyttä muihin ammatti ryhmiin (n=56)	34	61	12	21	10	18
Omahoitaja suunnittelee kanssani koti- ja jatkohoidon (n=56)	45	80	5	9	6	11

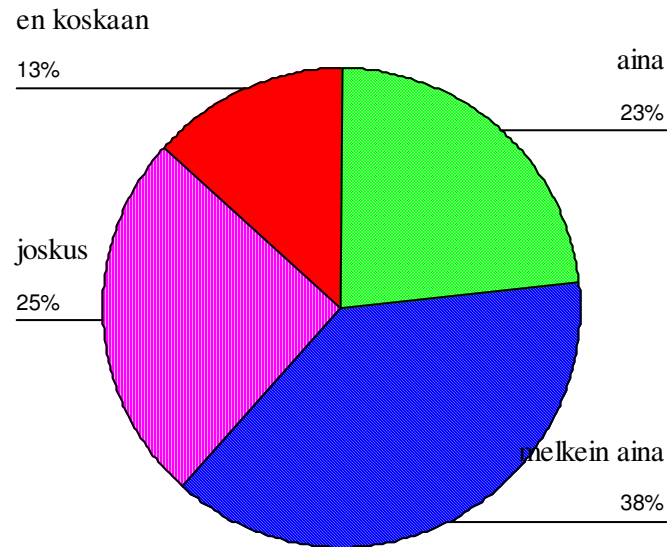
5.2.3 Yhteistyösuhde ja omahoitajan ominaisuudet

Omahoitaja oli tutkittavien mukaan ammattitaitoinen ja vastuuntuntoinen. Omahoitaja oli myös ammatillisesti taitava, luottamusta herättävä ja hyväksyi potilaansa sellaisena, kuin tämä oli. Eniten oli tyytymättömyyttä ajan antamisessa ja myötätunnon osoittamisessa potilaalle. (Taulukko 33.) Tarkasteltaessa näitä muuttujia taustamuuttujien suhteen tilastollisesti merkitseviä eroja ei löytynyt.

Taulukko 33. Omahoitajan suhtautuminen potilaaseen (n, %)

Omahoitajan suhtautuminen	Täysin samaa mieltä		Lähes samaa mieltä		Lähes eri mieltä		Täysin eri mieltä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Omahoitajani....								
hyväksyi minut sellaisena kuin olen (n=58)	53	91	5	9	0	0	0	0
oli myötätuntoinen (n=58)	50	86	8	14	0	0	0	0
oli vastuuntuntoinen (n=57)	53	93	4	7	0	0	0	0
oli luottamusta herättävä (n=57)	52	91	5	9	0	0	0	0
oli ammattitaitoinen (n=56)	54	96	2	4	0	0	0	0
suhtautui asioihini vakavasti (n=57)	51	91	6	11	0	0	0	0
työskenteli hoitotilanteissa taitavasti (n=58)	53	91	5	9	0	0	0	0
antoi minulle riittävästi aikaa (n=57)	43	75	11	19	2	4	1	2

Potilaista, joilla oli omahoitaja, yli 60 % arvioi hoitoaan yhdessä omahoitajan kanssa aina tai melkein aina. Neljännes arvioi hoitoaan joskus; yli 10 % potilaista ei koskaan arvioinut hoitoaan yhdessä omahoitajansa kanssa. (Kuvio2.)



Kuvio 2. Hoidon arviointi omahoitajan kanssa %, (n=58)

5.2.4 Arvio omahoitajasta

Potilaat antoivat hoidostaan omahoitajalle paremman kouluarvosanan kuin muille hoitajille tai muulle osastonhenkilökunnalle (df:4, p=0,000). Kaikkien arvosanojen keskiarvo on kuitenkin lähes 9 tai yli, minkä mukaan potilaat ovat erittäin tyytyväisiä hoitoonsa. Miehet antoivat kaikille ryhmille naisia korkeamman arvosanan (df:1, p=0,01). (Taulukko 34.)

Taulukko 34. Potilaan antama arvosana osaston henkilökunnalle (n, ka, min, max)

Arvosana	n	Keskiarvo	Min	Max
Omahoitajalle	59	9,50	7	10
Muille hoitajille	131	8,99	6	10
Muulle hk:lle	109	9,05	6	10

Avoimeen kysymykseen, mitä hyötyä potilaalle oli omasta hoitajasta, oli vastannut 43 potilasta (70 % niistä, joilla oli omahoitaja ja 30 % kaikista tutkituista). Eniten potilaat sanoivat omahoitajan lisäävän turvallisuuden tunnetta (11 mainintaa). Kun yksi hoitaa, tämä oppii tuntemaan potilaan paremmin. Turvallisuutta lisäsi nimenomaan sama, tuttu hoitaja, joka tiesi asiat. Lähes yhtä paljon omahoitaja edisti hoidon jatkuvuutta (10 mainintaa). Jatkuvuutta lisäsi se, että omahoitaja oli aina ajan tasalla hoidon suhteen eikä samoja asioita tarvinnut kerrata uudelleen ja uudelleen. Omahoitaja lisäsi myös potilaan luottamusta hoitoonsa (5 mainintaa); hänelle voi kertoa aroistakin asioista ja häneltä oli helppo kysyä itselle tärkeistä asioista. Viisi tutkittavaa mainitsi tuen saamisen hyödyksi omasta hoitajasta; myös tarpeet ja toiveet oli helpompi tuoda esille. Muutamia mainintoja oli avun ja tiedon antamisesta ja hyvästä yhteistyöstä. Kolmen vastaajan mukaan omahoitaja oli hyvä asia; hyvä, kun joku ehtii hetkeksi paneutua asioihin. Kaksi tutkittavaa ei osannut sanoa, oliko omahoitajasta hyötyä vai ei. Kahdelle potilaalle omahoitajasta ei ollut mitään hyötyä, koska hän ei ollut ehtinyt ollenkaan heitä hoitamaan.

5.2.5 Yksilöllisyyden kokeminen

Taulukossa 35 esitetään potilaan hoidossaan kokemaa yksilöllisyyttä kuvaavien summamuuttujien tunnuslukuja. Parhaiten toteutuivat hoidon joustavuus / oikea-aikaisuus ja autonomia ja huonoiten potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa. (Taulukko 35.) Jatkossa summamuuttujia tarkastellaan yksitellen taustamuuttujien suhteen.

Taulukko 35. Hoidon yksilöllisyyttä kuvaavien summamuuttujien tunnusluvut

Summamuuttuja	Osioiden määrä	Ka	Min	Max	Sd	Alfa
Osallistuminen omaan hoitoon	4	2,8	2,7	3,0	1,0	0,88
Hoidon joustavuus ja oikea-aikaisuus	5	3,4	3,1	3,7	0,7	0,80
Hoidon jatkuvuus	5	3,3	3,1	3,7	0,9	0,83
Autonomia	5	3,4	3,3	3,6	0,7	0,85

Muuttujat saivat arvoja 1-4 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

5.2.5.1 Osallistuminen omaan hoitoon

Parhaiten potilaat saivat tietoa voidakseen osallistua omaan hoitoonsa. Potilaat kokivat voivansa vähemmän osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Vähiten kysyttiin jokapäiväisiä tottumuksia ja otettiin omaisia mukaan hoitoon. (Taulukko36).

Taulukko 36. Summamuuttujan ”osallistuminen omaan hoitoon” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=54) ka 2,8, $\alpha=0,88$

Osallistuminen omaan hoitoon	Keski-arvo	Keski-vaihtelu	Korrelaatio summaan	Alfa, jos osio poistetaan
Sain osallistua hoidon suunnitteluun	2,8	1,1	,64	,82
Jokapäiväisiä tottumuksiani kysyttiin	2,7	1,1	,53	,86
Sain tietoa voidakseni osallistua hoidon suunnitteluun	3,1	0,8	,54	,86
Omaiseni otettiin mukaan hoitoon halutessani	2,7	1,1	,56	,85

Muuttujat saivat arvoja 1-4 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Lähes 40 % tutkittavista koki, ettei voinut täysin osallistua omaan hoitoonsa. (Taulukko 37.)

Taulukko 37. Summamuuttujan ”osallistuminen hoitoon” suorat jakaumat (n, %)

Summamuuttuja ”osallistuminen hoitoon”	n	%	Kumulatiivinen %
Täysin eri mieltä	10	9	9
Lähes eri mieltä	30	29	38
Lähes samaa mieltä	41	39	77
Täysin samaa mieltä	24	23	100
Yhteensä	105	100	

Lähes puolet tutkittavista ei halunnut omaisiaan mukaan hoitoonsa. Tutkituista 10 % ei halunnut, että jokapäiväisiä tottumuksia kysytään ja sama määrä ei myöskään halunnut tietoa voidakseen osallistua hoidon suunnitteluun. Potilaista 16 % ei halunnut osallistua hoitonsa suunnitteluun. (Taulukko 38.) Kun tutkittavista vähennetään ne, jotka eivät halunneetkaan osallistua hoitoonsa, 32 % heistä ei ollut kysytty jokapäiväisiä tottumuksia, tutkittavista 37 % mukaan heidän omaisiaan ei otettu mukaan hoidon suunnitteluun ja yli neljännes (28 %) ei ollut saanut osallistua hoitonsa suunnitteluun. (Liitetaulukko 10.)

Taulukko 38. Summamuuttujan ”osallistuminen hoitoon” osioiden suorat jakaumat (n, %)

Hoitoon osallistumista kuvaavat väittämät	En halunnut		Eri mieltä		Samaa mieltä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sain osallistua hoidon suunnitteluun	18	16	26	23	68	61	112	100
Jokapäiväisiä tottumuksiani kysyttiin	13	10	40	29	84	61	137	100
Sain tietoa voidakseni osallistua hoidon suunnitteluun	14	10	22	16	103	74	139	100
Omaiseni otettiin mukaan hoitoon halutessani	61	46	27	20	45	34	133	100

Osastojen kesken oli eroa potilaan osallistumisessa oman hoitoonsa (df:7, $p=0,05$). Yksilövastuisen mallin mukaan toimivilla osastoilla potilaat voivat osallistua paremmin omaan hoitoonsa kuin muilla osastoilla. Myös sairaalassa oloajalla oli yhteyttä potilaan hoitoon osallistumiseen (df:3, $p=0,01$). Parhaiten hoitoonsa voivat osallista yli 7 pv sairaalassa olleet, huonoiten 3-4 päivää olleet. Potilaat, joilla oli omahoitaja, voivat osallistua omaan hoitoonsa paremmin kuin ilman omahoitajaa olleet (df:3, $p=0,000$). (Taulukko 39.)

Taulukko 39. Summamuuttuja ”osallistuminen hoitoon” suhteessa omahoitajaan (n, %)

Summamuuttuja ”osallistuminen hoitoon”	Oliko omahoitaja				Yhteensä	
	Kyllä n	%	Ei n	%	n	%
Täysin eri mieltä	4	8	6	11	10	10
Lähes eri mieltä	7	14	23	43	30	29
Lähes samaa mieltä	19	38	21	39	40	38
Täysin samaa mieltä	20	40	4	7	24	23
Yhteensä	50	100	54	100	104	100

5.2.5.2 Hoidon joustavuus ja oikea-aikaisuus

Potilaiden mukaan hoitajat kysyivät päivittäin vointia ja hoitavat henkilöt olivat hyvin selvillä heidän voinnistaan sairaalassa. Potilaat saama tieto kaikilta hoitoon osallistuvilta oli myös yhdenmukaista ja hoitajilla oli heille riittävästi aikaa. Kuitenkin he kokivat, että hoitajat eivät aina toimineet kiireettömästi. (Taulukko 40.)

Taulukko 40. Summamuuttujan ”hoidon joustavuus ja oikea-aikaisuus” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=130), ka 3,4, $\alpha=0,80$

Hoidon joustavuus ja oikea-aikaisuus	Keski-arvo	Keski-vaihtelu	Korrelaatio summaan	Alfa, jos osio poistetaan
Minulle oli riittävästi aikaa	3,4	,85	,39	,74
Minua hoitavat olivat selvillä voinnistani koko ajan	3,6	,58	,37	,75
Hoitajat työskentelivät kiireettömästi	3,1	,86	,38	,74
Hoitajat kysyivät päivittäin vointiani	3,7	,61	,33	,75
Sain hoitooni osallistuvilta yhdenmukaista tietoa	3,4	,78	,38	,74

Muuttujat saivat arvoja 1-4 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Hoidon joustavuus ja oikea-aikaisuus toteutui paremmin miesten mukaan kuin naisten (df:1, $p=0,01$). Koulutustason noustessa tyytyväisyys hoidon joustavuuteen ja oikea-aikaisuuteen laski (df:3, $p=0,03$). Myös osastojen kesken oli eroja potilaan kokemassa hoidon joustavuudessa ja oikea-aikaisuudessa (df:7, $p=0,001$). Yksilövastuisen mallin ja yhdistetyn (tiimi+ yvh) mallin mukaan toimivilla osastoilla joustava ja oikea-aikainen hoito toteutui paremmin kuin muilla osastoilla. Kutsuttuna leikkauksessa tai hoidossa olevien potilaiden kohdalla hoidon joustavuus ja oikea-aikaisuus toteutui paremmin kuin muiden syiden takia sairaalassa olevien kohdalla (df:4, $p=0,01$).

Kun potilaalla oli omahoitaja, hän koki hoitajan työskentelevän kiireettömämmin kuin potilas, jolla ei ollut omahoitajaa (df:1, $p=0,04$). (Taulukko 41.) Miehet kokivat hoitajien työskentelevän kiireettömämmin kuin naiset (df:1, $p=0,003$).

Taulukko 41. Hoitajan kiireettömyys suhteessa omahoitajaan (n, %)

Hoitajat työskentelivät kiireettömästi	Oliko omahoitaja					
	Kyllä		Ei		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
Täysin eri mieltä	2	4	6	8	8	6
Lähes eri mieltä	5	9	12	15	17	13
Lähes samaa mieltä	23	40	35	45	58	43
Täysin samaa mieltä	27	47	25	32	52	38
Yhteensä	57	100	78	100	135	100

5.2.5.3 Hoidon jatkuvuus

Potilaat saivat selkeät kotihoito-ohjeet ja useasti heille kerrottiin, miten toimia kotona ongelmatilanteissa. Vähemmän kysyttiin heidän mielipidettään hoidosta ja arvioitiin hoitoa yhdessä heidän kanssaan sekä otettiin yhteyttä potilaan puolesta eri ammattiryhmiin. (Taulukko 42.)

Taulukko 42. Summamuuttujan ”hoidon jatkuvuus” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=79), ka 3,3, $\alpha=0,83$

Hoidon jatkuvuus	Keski-arvo	Keski-vaihtelu	Korrelaatio summaan	Alfa, jos osio poistetaan
Puolestani otettiin yhteyttä eri ammatti ryhmiin	3,3	1,0	,25	,82
Sain selkeät kotihoito-ohjeet	3,7	0,5	,56	,77
Kerrottiin, miten toimia kotona ongelmatilanteissa	3,4	0,9	,48	,77
Hoitoani arvioitiin yhdessä minun kanssani	3,2	0,9	,51	,75
Minulta kysyttiin mielipidettä hoidostani	3,1	1,0	,44	,78

Muuttujat saivat arvoja 1-4 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Yli kolmannes tutkittavista ei tarvinnut / halunnut yhteydenottoa muihin ammattiryhmiin. Potilaista 10 % ei halunnut arvioida hoitoaan, mutta neljänneksen kanssa ei myöskään ollut arvioitu hoitoa. Yli neljännekseltä (27 %) ei ollut kysytty mielipidettä hoidosta sairaalasta lähtiessä. Lähes viidennekselle (17 %) ei ollut kerrottu, miten toimia kotona, jos tulee ongelmia. (Taulukko 43.)

Taulukko 43. Summamuuttujan ”hoidon jatkuvuus” osioiden suorat jakaumat (n, %)

Hoidon jatkuvuutta kuvaavat väittämät	En halunnut		Eri mieltä		Samaa mieltä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Puolestani otettiin yhteyttä eri ammatti ryhmiin	47	35	12	9	75	56	134	100
Sain selkeät kotihoito-ohjeet	3	2	11	8	126	90	140	100
Kerrottiin, miten toimia kotona ongelmatilanteissa	4	3	23	17	111	80	138	100
Hoitoani arvioitiin yhdessä minun kanssani	14	10	34	25	90	65	138	100
Minulta kysyttiin mielipidettä hoidostani	8	6	37	27	93	67	138	100

Hoidon jatkuvuus toteutui paremmin, kun potilaalla oli omahoitaja (df:1, $p=0,000$). (Taulukko 44.)

Taulukko 44. Summamuuttuja ”hoidon jatkuvuus” suhteessa omahoitajaan (n, %)

Summamuuttuja ”hoidon jatkuvuus”	Oliko omahoitaja				Yhteensä	
	Kyllä n	%	Ei n	%	n	%
Täysin eri mieltä	0	0	5	7	5	4
Lähes eri mieltä	5	9	15	21	20	16
Lähes samaa mieltä	9	17	25	36	34	28
Täysin samaa mieltä	39	74	25	36	64	52
Yhteensä	53	100	70	100	123	100

Myös osastojen kesken oli eroa potilaan kokemassa hoidon jatkuvuudessa (df:7, $p=0,005$). Yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan toimivilla osastoilla hoidon jatkuvuus toteutui paremmin kuin muilla. Miehillä hoidon jatkuvuus toteutui paremmin kuin naisilla (df:1, $p=0,05$).

5.2.5.4 Autonomia

Parhaiten potilas voi ilmaista mielipiteensä hoidostaan ja koki saavansa osallistua päätöksentekoon hoidossaan. Hän myös halusi sanoa mielipiteensä hoidostaan. Vähiten häntä tuettiin hoitoa koskevissa päätöksissä ja hänen toivomuksensa huomioitiin. (Taulukko 43.)

Taulukko 45. Summamuuttujan ”autonomia” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=102), ka 3,4, $\alpha=0,85$

Autonomia	Keski-arvo	Keski-vaihtelu	Korrelaatio summaan	Alfa, jos osio poistetaan
Toivomukseni huomioitiin	3,3	0,9	,45	,82
Minua tuettiin päätöksissäni	3,3	0,8	,47	,81
Sain osallistua päätöksentekoon hoidossani	3,5	0,7	,43	,82
Halusin sanoa mielipiteeni hoidostani	3,4	0,7	,48	,80
Voin ilmaista mielipiteeni hoidostani	3,6	0,6	,49	,81

Muuttujat saivat arvoja 1-4 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Potilaan autonomia toteutui paremmin, kun hänellä oli omahoitaja. (Taulukko 46.) Muilla taustamuuttujilla ei ollut yhteyttä potilaan kokemaan autonomiaan.

Taulukko 46. Potilaan kokema autonomia suhteessa omahoitajaan (Kruskal-Wallis)

Autonomia	Omahoitaja	N	Ka	Sd	Järjestyspisteet *	Merkitsevyys, χ^2
Summamuuttuja ”autonomia”	Kyllä	53			79,95	13,373; df:1; p=0,000
	Ei	77			55,55	
Yhteensä		130	3,5	0,8		

*mitä korkeammat järjestyspisteet, sitä paremmin toteutui.

Reilu 10 % potilaista ei halunnut osallistua päätöksentekoon hoidostaan, sanoa mielipidettä hoidostaan tai halunnut tukea päätöksiinsä. Toisaalta noin 10 % mielestä heidän toivomuksiaan ei huomioitu, ei tuettu päätöksissä eivätkä he saaneet osallistua hoitoonsa. (Taulukko 47.)

Taulukko 47. Summamuuttujan ”autonomia” osioiden suorat jakaumat (n, %)

Potilaan autonomiaa kuvaavat väittämät	En halunnut		Eri mieltä		Samaa mieltä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Toivomukseni huomioitiin	7	5	15	11	117	84	139	100
Minua tuettiin päätöksissäni	18	13	15	11	106	76	139	100
Sain osallistua päätöksentekoon hoidossani	15	11	14	10	109	79	138	100
Halusin sanoa mielipiteeni hoidostani	18	13	10	7	110	79	138	100
Voin ilmaista mielipiteeni hoidostani	6	4	11	8	123	87	140	100

5.2.6 Potilaiden vastaukset avoimeen kysymykseen

Viimeiseen avoimeen kysymykseen, johon vastaajat voivat vapaasti kirjoittaa ajatuksiaan, oli vastannut 68 potilasta (46 % tutkituista). Potilaiden vastaukset olivat yksittäisiä sanoja tai yksi lause. Vastaukset kirjoitettiin sanatarkasti, tulostettiin ja luokiteltiin positiivisiin (41 kpl) ja negatiivisiin (27 kpl) lausumiin. Positiivisiksi luokiteltiin myös ne lausumat, joissa oli lähetetty kiitoksia hoitohenkilökunnalle hyvästä hoidosta (13 kpl).

Tarkasteltaessa lausumia löydettiin seuraavanlaisia aihe-alueita: osaston ilmapiiriä koskevat lausumat, resursseihin liittyvät lausumat, hoidon laatua koskevat lausumat ja henkilökunnan toimintaa koskevat lausumat. Omahoitajasta ei ollut yhtään lausumaa.

Eniten yksittäisiä mainintoja oli kiireestä. Vastaajista 16 sanoi hoitajien olevan ammattitaitoista, mutta heillä oli aivan liian kiire. Joissakin vastuksissa lähetettiin päättäjille terveisiä ja vaadittiin lisää hoitajia. Hoitajilla oli liikaa töitä ja joillakin osastoilla hoitajat olivat kiireisiä ja väsyneen tuntuista, vaikka yrittävätkin parhaansa. Kiireessä tuli myös unohduksia (mm. joutui pyytämään samaa asiaa monta kertaa, jollekin oli jaettu väärät lääkkeet). Potilaiden mielestä hoitajia oli aivan liian vähän potilaiden määrään nähden eikä heiltä viitsinyt sen tähden pyytää apuakaan ennekuin oli ihan pakko. Hoitajat eivät myös kiireen takia ehdi paneutua yhden potilaan ongelmiin kovin syvällisesti vaikka haluaisivatkin. Kiireestä huolimatta hoitajat olivat ystävällisiä ja pyrkivät potilaiden mukaan luomaan kiireettömän ilmapiirin. Kaksi potilasta sanoi, että osasto oli kiireetön ja rauhallinen.

Enemmistö vastaajista piti hoidon laatua hyvänä. He sanoivat saaneensa tarvitsemansa avun. He kuvasivat hoitoa potilasta arvostavaksi, turvalliseksi ja ammattitaitoiseksi. Kaikki osastolla olivat palveluhenkisiä; kukaan ei sanonut, että asia ei kuulu minulle. Myös kritiikkiä hoidosta esitettiin: potilaat pitäisi ottaa mukaan enemmän hoitonsa suunnitteluun ja heitä pitäisi kuunnella enemmän. Kaikilla hoitajilla ei ollut erikoisalansa vaatimaa asiantuntemusta. Kaikkia potilaiden toivomuksia ei huomioitu ja tietosuojassa olisi parantamisen varaa. Etenkin lääkärinkierrolla kaikki huoneessa olevat kuulivat muidenkin potilaiden asiat. Potilaat toivoivat myös omaa lääkäriä ja enemmän aikaa ja yksilöllisempää hoitoa lääkäriltä. Ruuasta oli kaksi mainintaa; toinen kehui ruokaa hyväksi ja toinen sanoi ruuan huonontuneen aikaisempaan kertaan verrattuna.

Osastojen ilmapiiriä potilaat kuvasivat jännitystä poistavaksi ja hyväksi ja he olivat havainneet joillakin osastoilla vallitsevan hyvän yhteishengen. Koko henkilökunta toimi joustavasti yhdessä, hoito eteni hyvin eikä ollut viivytyksiä. Ympäristöstä oli pari negatiivista kommenttia. Osastojen hygienia tasoa pitäisi nostaa ja etenkin saniteettitilojen siivousta parantaa. Myös potilashuoneiden pitäisi olla siistimpiä ja yöpöydät pitäisi pyyhkiä ruokailun jälkeen.

Henkilökuntaa oli kuvattu ammattitaitoiseksi, ystävälliseksi, asialliseksi, mukavaksi ja avuliaaksi. Yhden tutkittavan mukaan joillakin hoitajilla olisi parantamista potilaan kuuntelussa.

6. TULOKSEN VERTAILUA EDELLISEEN TUTKIMUKSEEN

Tutkimustulosta vertaillaan lyhyesti vuonna 2002 tehtyyn tutkimukseen. Vertailu tehdään taulukoimalla vierekkäin tärkeimmät summamuuttujat ja niiden tunnusluvut. Koska nyt tutkimuksessa oli vain operatiivisen hoitotyön alue, on tutkimukseen osallistuvien hoitajien määrä pienempi ja samasta syystä kätilöiden suhteellinen osuus on suurempi kuin vuonna 2002. Vastusprosentti oli nyt 29 % suurempi kuin vuonna 2002. Hoitajien iän keskiarvo on vuoden suurempi, samoin työskentelyaika terveydenhuollossa. (Taulukko 48.)

Taulukko 48. Hoitajien taustatiedot vuonna 2002 ja vuonna 2005 (n, %)

Vuosi 2002	Vuosi 2005
N= 489, vastaus % 68 % (n= 330)	N= 151, vastaus % 88 % (n= 133)
Ikä: ka 41v	Ikä: ka 42 v
Työaika terveydenhuollossa: ka 15,7v	Työaika terveydenhuollossa: ka 16.8 v
Työaika osastolla: ka 8v	Työaika osastolla: ka 8,3 v
Sairaanhoitaja: 72 %	Sairaanhoitaja: 64 %
Kätilö: 5 %	Kätilö: 16 %
Ph / Lh /Mth: 18 %	Ph / Lh: 20 %

Potilaiden taustatiedoissa suurimmat erot ovat sairaalassaolo ajassa; se on vuonna 2005 keskimäärin 4 vuorokautta lyhyempi kuin vuonna 2002. Osin se selittyy hoitoaikojen lyhentymisellä, osin vain operatiivisten osastojen osallistumisella tutkimukseen. Se, että tutkimuksessa oli mukana vain operatiiviset osastot, näkyy myös sairaalassaolon syissä. Miesten osuus oli vuonna 2005 4 % suurempi kuin vuonna 2002 ja naisten päinvastoin. Koska vuonna 2002 tutkimus tehtiin kaikilla keskussairaalan vuodeosastoilla, oli tutkimukseen osallistujien määrä suurempi. Muuten potilaiden taustatiedoissa ei ole suuria eroja, joten tuloksia voinee verrata keskenään. (Taulukko 49.)

Taulukko 49. Potilaiden taustatiedot vuonna 2002 ja vuonna 2005 (n, %)

Vuosi 2002	Vuosi 2005
N=474, vastaus % 73 % (n=346)	N= 200, vastaus % 74 % (n = 148),
Sukupuoli: Nainen:60 % Mies: 40 %	Sukupuoli: Nainen:56 % Mies:44 %
Ikä: ka: 53,8	Ikä: ka 54,5
Siviilisääty: Naimisissa / avoliitossa: 62 % Naimaton: 14 % Leski: 12 % Eronnut:11 %	Siviilisääty: Naimisissa / avoliitossa: 61 % Naimaton: 16 % Leski: 10 % Eronnut:12 %
Työssä olo: Työelämässä:27 % Työtön: 8 % Eläkkeellä.: 50 % Muu: 14 %	Työssä olo: Työelämässä: 33 % Työtön: 7 % Eläkkeellä.: 46 % Muu: 13 %
Sairaalassaoloaika: ka: 8 vrk 1-2 pv: 23 % 3-5 pv: 22 % 6-10 pv: 23 % yli 10 pv:37 %	Sairaalassaolo aika: ka 4 vrk 1-2 pv: 36 % 3-4 pv: 28 % 5-6 pv: 23 % yli 7 pv:12 %
Sairaalassaolon syy: Kutsuttuna leikkauksessa: 32 % Päivystys potilaana leikkauksessa:7 % Päivystys potilaana hoidossa: 30 % Kutsuttuna hoidossa / tutkimuksessa:15 % synnytys / raskaus:5 %	Sairaalassaolon syy: Kutsuttuna leikkauksessa: 42 % Päivystys potilaana leikkauksessa:16 % Päivystys potilaana hoidossa:23 % Kutsuttuna hoidossa / tutkimuksessa: 9 % synnytys / raskaus:10 %
Koulutus: Ei ammattikoulutusta: 28 % Ammattikoulu /-kurssi: 42 % Opistotaso: 17 % Korkeakoulu: 11 %	Koulutus: Ei ammattikoulutusta: 28 % Ammattikoulu /-kurssi: 42 % Opistotaso:17 % Korkeakoulu:12 %
Terveydentila: Huono: 2 % Melko huono: 21 % Melko hyvä: 42 % Hyvä: 29 % Erittäin hyvä: 5 %	Terveydentila: Huono:3 % Melko huono: 19 % Melko hyvä: 49 % Hyvä: 25 % Erittäin hyvä: 3 %

6.1 Hoitajien aineisto

Potilaskeskeisyys toteutui yhtä hyvin nyt kuin vuonna 2002. Summamuuttuja itsenäisyys / vastuullisuus voitiin nyt faktorianalyysin perusteella jakaa erilleen. Itsenäisyys hoitajien työssä toteutui yhtä hyvin kuin vuonna 2002. Sen sijaan vastuullisuus toteutui kaikista yksilövastuisen hoitotyön periaatteista huonoiten vuonna 2005. Sitä ei kuitenkaan voi

verrata suoraan vuoteen 2002, koska silloin jouduttiin yhdistämään käsitteet itsenäisyys / vastuullisuus. Mutta summamuuttujan osioiden analyysistä voi jo silloin päätellä, että vastuullisuuden toteutumisessa oli myös silloin ongelmia. Kaikki muut yksilövastuuseen hoitotyöhön liittyvät osa-alueet ovat parantuneet vuoteen 2005 mennessä hoitajien arvioimana: niin hoidon jatkuvuus / koordinointi, edellytykset yksilövastuuseen hoitotyöhön kuin osastonhoitajan rooli. Nyt saatiin uusi summamuuttuja ”koulutus”, mikä toteutui hyvin hoitajien arvioimana. Koulutukseen erittäin tyytyväisten määrä laski vuoteen 2002 verrattuna, mutta koulutukseen tyytymättömien ja erittäin tyytymättömien määrä pysyi suunnilleen ennallaan. (Taulukko 50.)

Taulukko 50. Hoitajien aineiston summamuuttujien keskiarvot ja vaihteluvälit vuonna 2002 ja vuonna 2005.

Vuosi 2002:Summamuuttujat	Vuosi 2005: Summamuuttujat
Potilaskeskeisyys: (10 osiota) ka: 3,25 (2.8 - 3.8)	Potilaskeskeisyys: (10 osiota) ka: 3,30 (2.8 - 3.9)
Itsenäisyys / vastuullisuus: (12 osiota) ka 3,47 (3.0 - 3.9)	Itsenäisyys: (7 osiota) ka 3.4 (3.1 - 3.7) Vastuullisuus: (8 osiota) ka 2,6 (1.8 - 3.3)
Jatkuvuus / koordinointi: (9 osiota) ka 3,3 (3.0 -3.8)	Jatkuvuus / koordinointi: (5 osiota) ka 3,8 (3.7- 3.9)
Edellytykset yksilövastuuseen hoitotyöhön: (5 osiota) ka 2,8 (2.5 - 3.0)	Edellytykset yksilövastuuseen hoitotyöhön: 6 osiota) ka 3,0 (2.5 - 3.4)
Osastonhoitajan rooli: (6 osiota) ka 2,94 (2.3 - 3.2)	Osastonhoitajan rooli: (5 osiota) ka 3.3 (3.2 - 3.5)
	Koulutus: (3 osiota) ka 3.4 (2.9 - 3.8):
<u>Tyytyväisyys koulutukseen:</u> Erittäin tyytyväinen: 16 % Melko tyytyväinen: 57 % Melko tyytymätön: 23 % Erittäin tyytymätön: 4 %	<u>Tyytyväisyys koulutukseen:</u> Erittäin tyytyväinen: 8 % Melko tyytyväinen: 66 % Melko tyytymätön: 24 % Erittäin tyytymätön: 2 %

Muuttujat saivat arvoja 1-4 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

6.2 Potilaiden aineisto

Vuonna 2005 oli 42 % potilaista omahoitaja, kun vuonna 2002 omahoitaja oli yli 50 % tutkituista. Vuonna 2002 aineisto oli ehkä valikoitunut, koska hoitajat jakoivat kyselylomakkeet itse ja lomake ehkä annettiin paremmin omille potilaille. Nyt kyselylomakkeet jaettiin tutkijan tai tutkijan perehdyttämän hoitajan toimesta systemaattisesti jokaiselle kotiin lähtevälle potilaalle, kunhan hän vaan suostui tutkimukseen ja kykeni siihen vastaamaan. Operatiivisen hoitotyön alueen strategiassa on tavoitteena, että 85 % potilaista on omahoitaja; tämä tavoite on vielä saavuttamatta tämän tutkimuksen mukaan. Tänä vuonna oli yksi potilas, joka ei halunnut omahoitajaa. Potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa laski vuoteen 2002 verrattuna. Tosin summamuuttujan sisältökin muuttui, kun potilaan autonomia voitiin faktorianalyysin perusteella erottaa omaksi muuttujaksi. Tämä toteutui kohtuullisen hyvin. Hoidon joustavuus / oikea-aikaisuus toteutui yhtä hyvin molempina vuosina. Sen sijaan potilaan kokemus hoitonsa jatkuvuudesta heikkeni vähän vuoteen 2002 verrattuna. Potilaan mielipidettä ja omaa hoidon arviota ei aina kysytty; potilailla oli myös epäselvyyttä siinä, miten toimia kotona ongelmatilanteissa. (Taulukko 51.)

Taulukko 51. Potilaiden aineiston summamuuttujien keskiarvot ja vaihteluvälit vuonna 2002 ja vuonna 2005.

Vuosi 2002: Summamuuttujat	Vuosi 2005: Summamuuttujat
<u>Omahoitaja:</u> Kyllä: 51 % Ei: 29 % En tiedä: 16 % En halua: 0 %	<u>Omahoitaja:</u> Kyllä: 42 % Ei: 31 % En tiedä: 26 % En halua: 1 %
Osallistuminen hoitoon: (9 osiota) 3,3 (2,9 - 3,6)	Osallistuminen hoitoon: (4 osiota) 2,8 (2,7 - 3,1)
	Autonomia : (5 osiota) 3,4 (3,3 - 3,6)
Joustavuus/oikea-aikaisuus: (6 osiota) 3,4 (2,9 - 3,7)	Joustavuus/oikea-aikaisuus: (5 osiota) 3,4 (3,1 - 3,7)
Jatkuvuus: (4 osiota) 3,5 (3,3 - 3,7)	Jatkuvuus: (5 osiota) 3,3 (3,1 - 3,7)
<u>Arvosana</u> omahoitaja: ka 9,26 muut hoitajat: 9,08 muu hk: 9,08	<u>Arvosana</u> omahoitaja: 9,50 muut hoitajat: 8,99 muu hk: 9,05

Muuttujat saivat arvoja 1-4 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

7. POHDINTA

7.1 Tulosten luotettavuus

Tutkimustulosten luotettavuutta tarkastellaan validiteetin ja reliabiliteetin avulla. (Nummenmaa ym. 1997). Mittarin reliabiliteettia on arvioitu Cronbachin alfa-arvolla. Sisäisen validiteetin varmistamiseksi perehdyttiin yksilövastuisen hoitotyön teoriaan ottaen mukaan niin uusia kotimaisia kuin ulkomaisiakin tutkimuksia. Mittarit tähän tutkimukseen oli laadittu vuoden 2002 tehdyn yksilövastuisen hoitotyön tutkimukseen laadittujen mittareiden perusteella; ne taas perustuivat yksilövastuisen hoitotyön teoriaan ja aikaisempiin tutkimustuloksiin. Potilasmittarin kysymykset olivat muuten selkeitä ja loogisia, paitsi kysymykset ”tiesin, miten jatkohoitoni on järjestetty” ja ”eri hoitopaikat toimivat joustavasti” jouduttiin poistamaan faktorianalyysistä, koska toisen kommunaliteetti oli huono ja toinen latautui yhtä paljon kolmelle eri faktorille. Näin tehty faktorianalyysi antoi tulokseksi ratkaisun, joka oli sopusoinnussa teorian kanssa. Vastausvaihtoehtoihin lisätty ”asia ei koske minua / en halunnut” selkiytti myös mittaria. Terveystilan arvioinnista puuttui vaihtoehto ”kohtalainen” ja muutenkin mitta-asteikon tarkistaminen (esim. 5 -portaiseksi asteikoksi) voisi ehkä vielä selkiyttää mittaria. Hoitajien mittarin kysymykset vaativat vielä hiontaa, koska faktorianalyysissä osa kysymyksistä latautuu niin, että ne reliabiliteetti- analyysin mukaan huonontavat summamuuttujaa. Osassa kysymyksiä oli pieni hajonta; ehkä mitta-asteikon muutos toisi tähän parannusta. Nyt mittari on 4-portainen; tutkittava joutuu selkeästi olemaan joko samaa tai eri mieltä väittämästä. Molemmille mittareille tehty eksploratiivinen faktorianalyysi oli kuitenkin sopusoinnussa yksilövastuisen hoitotyön teoreettisen näkemyksen kanssa. Tämä tukee sisältövaliditeettia.

Ulkoisen validiteetin uhkana voi olla henkilöiden valikoituminen tutkimukseen. Esimerkiksi huonokuntoiset potilaat saattavat jäädä tällaisen tutkimuksen ulkopuolelle. Tässä tutkimuksessa tutkija haastatteli sellaisia potilaita, jotka suostuivat tutkimukseen, mutta eivät itse jaksaneet täyttää kyselylomaketta; näin tutkimukseen tuli mukaan myös huonompi kuntoisia potilaita. Potilaskyselyn luotettavuutta parantaa myös se, että nyt lomakkeet jakoi joko tutkija tai hänen kouluttamansa yhteyshenkilö osastolla. Tutkimus tehtiin vain operatiivisella alueella, joten tämän tuloksen yleistämiseen koko sairaalaa

koskevaksi pitää suhtautua varauksella. Kun tulosta verrattiin vuonna 2002 tehtyyn tutkimukseen, niin hoitajien kuin potilaidenkin taustatiedot olivat kohtuullisen samankaltaiset, joten tulos antaa myös suuntaviivoja yksilövastuisen hoitotyön tilasta koko sairaalassa. Validiteettia tukee myös se, että tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia kuin tutkimuksen teoreettisessa osassa analysoiduissa tutkimuksissa. Kyselylomakkeet olivat huolellisesti täytettyjä, täyttämättömiä oli vähän ja hylkäämään jouduttiin vain 3 potilaan vastaukset. Tulosten luotettavuutta tukevat myös summamuuttujien Cronbachin alfa-arvot; ne olivat pääsääntöisesti hyviä (0,73-0,88). Hoitajien mittarissa oli 3 summamuuttujaa, joiden alfa jäi alle 0,70 (0,50-0,64). Näitä voi pitää juuri ja juuri hyväksyttävänä mittarin kehittämisvaiheessa.

7.2 Tulosten tarkastelua

7.2.1 Hoitotyön malli

Yksilövastuisen hoitotyön mallin ja tiimimallin mukaan toimivia oli lähes yhtä paljon (38 % tutkittavista). Yhden osaston hoitohenkilökunta sanoi työskentelevänsä yksinomaan yksilövastuisen mallin mukaan; kahdella muilla osastoilla se oli myös enemmistönä. Pelkästään tiimimallin mukaan toimittiin yhdellä osastolla ja enemmistönä se oli toisella. Puolella osastoista oli käytössä vähintään kolme eri mallia. Tilanne ei ole paljoa muuttunut vuoteen 2002 verrattuna, vaikka koulutuksissa ja osastokokouksissa on pohdittu asiaa; siis suurimmalle osalle osastojen henkilökuntaa työn organisointimalli ei ole selvillä tai ainakaan siitä ei ole sovittu yhteisesti. Tosin osaston kulttuurin muutos on pitkä prosessi ja vie paljon aikaa ja alkuinnostuksen jälkeen palataan helposti vanhaan tapaan. (vrt. Kaukkila ym. 2000, Mäkisalo 2002, Kalasniemi ym. 2002, 2004.) Voisi ajatella, että kun osastolla on sovittu selkeästi, millä tavoin työtä organisoidaan, se helpottaisi päivittäistä työskentelyä.

Yli 70 % tutkituista piti yksilövastuista hoitotyötä sekä toimintamallina että filosofiana. Sairaanhoitajista 15 % piti yksilövastuista hoitotyötä vain filosofiana ja perushoitajista / lastenhoitajista 22 % vain mallina. Jos yksilövastuinen hoitotyö nähdään vain filosofiana voi olla vaikea toimia sen mukaan käytännössä, koska käsitteet ovat abstraktit ja päällekkäiset. Sen sijaan, jos se nähdään mallina tai mallin ja filosofian yhdistelmänä, sen

voi ajatella olevan yksi tapa organisoida töitä ja sitä kautta helpommin käytäntöön sovellettavissa. (vrt. Pontin 1999).

Potilaista 42 % vastasi, että heillä oli omahoitaja. Kun henkilökunnasta 38 % sanoi työskentelevänsä yksilövastuisen mallin mukaan ja osa hoitajista (12 %) sanoi työskentelevänsä yhdistetyn mallin mukaan, tulokset tukevat näin toisiaan. Niillä osastoilla, jotka ilmoittivat toimivansa pelkästään yksilövastuisen hoitotyön mukaan, kaikilla potilailla ei kuitenkaan ollut omahoitajaa tai ainakaan he eivät tienneet siitä. Yli neljännes potilaista ei tiennyt, oliko hänellä oma hoitaja vai ei. Potilas on ehkä havainnut, että häntä hoitaa samat hoitajat, mutta kukaan ei selkeästi ole esittäytynyt hänelle omaksi hoitajaksi. Näin potilaalle jää epävarma olo siitä, oliko hänellä omahoitaja vai ei. Täydellinen omahoitajuus näyttää olevan vaikea toteuttaa käytännössä eri olosuhteista johtuen. Omahoitaja oli useammin miehillä kuin naisilla. Tämä poikkeaa edellisestä tutkimuksesta, jolloin tilanne oli päinvastoin. Asialle on vaikea löytää selitystä; ehkä se johtuu sattumasta. On myös merkittävää, että vain yksi potilas oli valinnut vaihtoehtoa ”en halunnut omahoitajaa”; vuonna 2002 yksikään potilas ei valinnut tätä vaihtoehtoa. Tämä merkinnee sitä, että potilaat pitävät omahoitaja - mallia hyvänä ja toivottavana.

Omahoitaja nimettiin 85 %:lle tulopäivänä tai seuraavana päivänä, vain 7 % tutkituista omahoitaja ilmoitettiin myöhemmin (8 % jätti vastaamatta kysymykseen). Tämä tukee yksilövastuisen hoitotyön teoriaa, minkä mukaan omahoitaja pitäisi nimetä 12 tunnin kuluessa hoitoon tulosta. Tilanne oli myös parantunut vuoteen 2002 verrattuna, jolloin omahoitaja nimettiin 15 %:lle myöhemmin kuin vuorokauden kuluessa. Potilas sai tiedon omahoitajasta pääasiassa suullisesti tulevalta omahoitajalta; tämä lieneekin hyvä tapa luottamuksellisen hoitosuhteen luomiseksi. (vrt. Kalasniemi ym. 2002.)

Potilaat olivat melko hyvin selvillä omahoitajan tehtävistä. Parhaiten potilaalle (yli 80 %:lle) oli selvitetty, että omahoitaja antaa tietoa, ohjaa ja neuvoa ja auttaa päivittäisissä toimissa. Huonoiten potilaat tiesivät, että omahoitaja ottaa tarvittaessa yhteyttä muihin ammattiryhmiin, tekee hoitosuunnitelmaa yhdessä potilaan kanssa ja antaa tukea, noin 40 % tutkituista ei ollut kerrottu tai he eivät tienneet näitä omahoitajan tehtäviä. Verrattuna vuoteen 2002 tilanne oli korjaantunut huomattavasti, mutta nyt huonoiten potilaan tiedossa olleet omahoitajan tehtävät olivat silloin parhaiten potilaiden tiedossa ja vuonna

2002 huonoiten potilaan tiedossa olleet tehtävät olivat nyt parhaiten potilaan tiedossa. Mutta nyt huonoimmankin tehtävän (yhteydenpidon muihin ammattiryhmiin) tiesi yli 60 % tutkittavista, kun vuonna 2002 vain 10 %:lle potilaista oli kerrottu, että omahoitaja ohjaa ja neuvoa heitä ja noin 15 %:lle oli kerrottu, että omahoitaja antaa heille tietoa ja auttaa päivittäisissä toimissa. Tilanne on siis korjaantunut, mutta omahoitaja ei vielä kukaan kerro rooliaan tarpeeksi selvästi potilaalle. Tähän voisi viitata myös se, että 24 % potilaista ei tiennyt, onko hänellä omahoitaja vai ei. Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet eivät tältä osin näy hoitajan toiminnassa; sillä niiden mukaan hoitajan pitää kertoa potilaalle roolinsa omahoitajana. Tällöin kyseessä voisi olisi enemmänkin nimetty hoitaja (named nurse) (vrt. Steven 1999), kuin yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden mukaan toimiva omahoitaja. (vrt. Kaukkila ym. 2000, Kalasniemi ym. 2002, 2004.)

7.2.2 Hoitotyön periaatteet ja niiden toteutuminen

7.2.2.1 Potilaskeskeisyys ja osallistuminen omaan hoitoon hoitajien ja potilaiden arvioimana

Hoitohenkilökunta vastasi tekevänsä potilaskeskeistä työtä. Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet hoitajat sanoivat antavansa tietoa ja huomioivansa potilaan toiveet. Potilaskeskeisyyttä kuvaavan summamuuttujan osioista potilaan oma osallistuminen hoitoonsa ja sen suunnitteluun toteutui huonoiten hoitajien arvioimana. Hoitajien mukaan potilasta ei aina oteta mukaan hoitonsa suunnitteluun (noin 28 % tutkittavista vastasi näin, vuonna 2002 näin vastasi 34 % tutkituista). Tilanne on siis samankaltainen kuin vuonna 2002. Potilaiden vastaukset tukivat tätä tulosta; 38 % tutkituista ei ollut voinut osallistua hoitonsa suunnitteluun. Tämä tilanne on huonontunut vuoteen 2002 verrattuna, tällöin 22 % potilaista koki, ettei voinut osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Nyt myös kysyttiin potilaan halukkuutta oman hoitonsa suunnitteluun ja 16 % tutkituista vastasi, ettei halukaan osallistua siihen. Ehkä hoitajat ajattelevat potilaan haluttomuuden osallistua oman hoitonsa suunnitteluun olevan suurempaa, eivätkä tarjoakaan potilaalle hoidon suunnitteluun osallistumismahdollisuutta. Lähes 30 % hoitajista sanoi kiireen olevan esteenä potilaan hoitoon paneutumisessa, vuonna 2002 näin vastasi 48 % hoitajista. Kun hoitajilla ei ole aikaa rauhassa paneutua potilaan hoitoon, on heidän vaikeaa toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä. Myös muiden tutkimusten mukaan resurssipula voi olla yksilövastuisen hoitotyön esteenä (vrt. Harkila 1991, Pakarinen 1992, Paasovaara 2000).

Yksilövastuisen mallin mukaan toimivilla osastoilla potilaskeskeinen hoito toteutui paremmin hoitajien arvioimana. Myös potilaiden vastaukset tukivat tätä tulosta; kun potilailla oli oma hoitaja, voivat he osallistua huomattavasti paremmin omaan hoitoonsa. Hoitajien työskentelyajalla samalla osastolla oli yhteys potilaskeskeisen hoidon toteuttamiseen. Parhaiten sitä toteuttivat 6-10 vuotta ja yli 20 vuotta samalla osastolla olleet, huonoiten alle 2 vuotta ja 11- 20 vuotta olleet. Lyhyt osastolla työskentelyaika voi vaikeuttaa potilaskeskeisen hoidon toteuttamista, koska hoitaja ei ehkä hallitse vielä kaikkea erikoisalalan vaatimaa tietoa ja hänen on näin ollen myös vaikea ottaa potilasta hoidon suunnitteluun mukaan; alle 2 vuotta osastolla työskennelleistä hoitajista vain 40 % tekee hoitosuunnitelmaa potilaan kanssa, kun yli 20 vuotta työskennelleistä 93 % vastasi tekevänsä näin. Hoitohenkilökunta on kyllä sisäistänyt potilaskeskeisen hoidon periaatteet lukuun ottamatta potilaan ottamista mukaan hoitosuunnitelman laatimisen. Ehkä hoitajilla on vielä historiallisena painolastina ajatus potilaan passiivisesta roolista eikä potilasta oteta mukaan hoitonsa suunnitteluun, vaikka potilas sitä haluaisikin. Myös Elonen (2003) on todennut ongelmaksi asiakkaan hoitoon osallistumisen tutkiessaan asiakaskeskeistä hoitotyötä hoitajien näkökulmasta; erityisesti asiakkaan osallistuminen hoidon suunnitteluun ja arviointiin toteutui harvoin. (Elonen 2003.)

Potilaista 32 % (vuonna 2002 25 %) oli sitä mieltä, että heidän jokapäiväisiä tottumuksiaan ei ollut selvitetty, tosin 10 % ei sitä halunnutkaan. Lähes puolet (46 %) potilaista ei halunnut omaisiaan mukaan hoitoon; mutta omaiset mukaan halunneista potilaista 37 % vastasi, että omaisia ei kuitenkaan otettu mukaan hoitoon. Muutenkin summamuuttujan ”osallistuminen omaan hoitoon” keskiarvo huononi verrattuna vuoteen 2002. Osan muutoksesta selittää se, että faktorianalyysin mukaan summamuuttujasta erotettiin ”autonomia” omaksi kokonaisuudeksi. Autonomia toteutui hyvin. Lähes kaikki voivat sanoa oman mielipiteensä hoidostaan. Reilu 10 % potilaista ei ollut saanut tukea päätöksiin eikä ollut saanut osallistua päätöksentekoon hoidostaan; tosin lähes sama määrä ei ollut halunnutkaan näin tehdä. Potilaat myös näyttävät haluavan osallistua oman hoitonsa suunnitteluun, koska lähes 80 % tutkittavista halusi ottaa vastuuta omaa hoitoaan koskevista asioista. Potilaan autonomia toteutui paremmin, kun potilaalla oli omahoitaja. Tilanne oli samanlainen vuonna 2002. (vrt. Kalasniemi ym. 2002.)

Potilaat ovat kokeneet sairaalan ilmapiirin avoimeksi, koska lähes kaikki ovat uskaltaneet ilmaista oman mielipiteensä hoidostaan. Vaikka lähes kaikki hoitajat sanoivat antavansa potilaalle tietoa, potilaista 18 % ei ollut saanut tietoa voidakseen osallistua hoitonsa suunnitteluun (10 % potilaista ei halunnut tietoa). Tiedon antamiseen ja vastaanottamiseen vaikuttaa hyvin moni asia. Hoitohenkilökunnalla voi itsellään olla tiedon puutetta tai työkiireessä ei ehkä ehdi soveltaa tietoa juuri tietylle potilaalle. Potilaalla voi myös olla sairauden takia ahdistusta, huolia tai pelkoa, minkä takia tieto ei tavoita häntä.

Potilaskeskeisyys hoidossa näyttää siis toteutuvan paremmin hoitajien kuin potilaiden arvioimana. Hoitajien pitäisi ottaa aktiivisesti potilaat hoidon suunnitteluun mukaan, jos potilaat sitä haluavat. Potilaan omat tottumukset pitäisi myös olla tiedossa hoitosuunnitelman pohjaksi. Potilaskeskeisyys toteutuikin paremmin yksilövastuisen mallin mukaan toimivilla osastoilla; myös potilas voi paremmin osallistua omaan hoitoon, kun hänellä oli omahoitaja. (vrt. Pakarinen 1992, Nissen ym. 1997, Melchior 1999, Kaukkila ym. 2000.) Yksilövastuinen hoitotyö näyttää näin mahdollistavan paremmin hoidon potilaskeskeisyyden ja potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa (vrt. Perälä 1989, Munnukka 1993, Pukuri 1997).

7.2.2.2 Hoidon jatkuvuus, joustavuus ja oikea-aikaisuus hoitajien ja potilaiden arvioimana

Hoitohenkilökunta arvioi huomioivansa hoidon jatkuvuuden hyvin. Hoidon jatkuvuus toteutui nyt vielä paremmin kuin vuonna 2002, eikä taustamuuttujilla ollut asiaan yhteyttä. (vrt. Kalasniemi ym. 2002.)

Hoidon jatkuvuus toteutui melko hyvin myös potilaiden arvioimana. Potilaat saivat selkeät kotihoito-ohjeet ja heille oli usein kerrottu, miten toimia kotona ongelmatilanteissa; kuitenkin lähes viidennekselle (17 %) tämä oli epäselvää. Yli kolmannes tutkittavista (35 %) ei tarvinnut / halunnut yhteydenottoa muihin ammattiryhmiin. Potilaista 10 % ei halunnut arvioida hoitoaan, mutta neljänneksen kanssa niin ei myöskään ollut tehty. Yli neljännekseltä (27 %) ei ollut kysytty mielipidettä

hoidosta sairaalasta lähtiessä. Ehkä potilaan lähtötilanne on niin kiireinen ja sisältää niin paljon asiaa, että hoitajat eivät enää ehdi / huomaa kysyä potilaalta hoidon palautetta, vaikka potilaat kyllä näyttäisivät haluavan antaa palautetta (vain 6 % tutkituista ei halunnut kertoa mielipidettä hoidostaan). Hoidon jatkuvuus toteutui paremmin, kun potilaalla oli omahoitaja. Myös osastojen kesken oli eroa potilaan kokemassa hoidon jatkuvuudessa. Yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan toimivilla osastoilla hoidon jatkuvuus toteutui paremmin kuin muilla. Näin yksilövastuinen hoitotyö näyttää mahdollistavan paremmin potilaan kokeman hoidon jatkuvuuden. Verrattuna vuoteen 2002 hoidon jatkuvuudella oli nyt tilastollinen yhteys omahoitajuuteen. (vrt. Kalasniemi ym. 2002.)

Myös joustava ja oikea-aikainen hoito toteutuivat paremmin yksilövastuisen tai yhdistelmä mallin (tiimi + yksilövastuinen malli) mukaan toimivilla osastoilla. (vrt. Munnukka 1993, Pukuri 1997.) Tämä poikkesi vuodesta 2002, jolloin toimintamallilla ei ollut yhteyttä hoidon joustavuuteen. Miehet pitivät hoitoa joustavampana kuin naiset; ehkä naiset ovat muutenkin kriittisempiä palvelujen suhteen. Koulutustaso oli yhteydessä kokemukseen hoidon joustavuudesta; koulutustason noustessa, tyytyväisyys väheni. Tämä on todennäköisesti yleinen suuntaus; väestön koulutustason noustessa, myös vaatimukset palvelujen tasosta lisääntyvät. Vuonna 2002 nuoremmat potilaat olivat tyytymättömämpiä hoidon joustavuuteen ja oikea-aikaisuuteen; nyt iällä ei ollut yhteyttä asiaan. Kutsuttuna leikkaukseen tai hoitoon tulleet pitivät hoidon joustavuutta parempana kuin muiden syiden takia hoitoon tulleet. Heidän hoitonsa eteneekin yleensä ennalta suunnitellun prosessin mukaan, mikä lienee selityksenä tähän. (vrt. Kalasniemi ym. 2002, 2004.)

Vuonna 2002 yli 90 % oli kokenut, että hoitajilla oli heille riittävästi aikaa, nyt tuo luku oli laskenut, sillä 83 % potilaista vastasi näin. Vuonna 2002 noin 16 % potilaista oli eri mieltä väittämästä ”hoitajat työskentelivät kiireettömästi”, nyt tuo luku oli 19 %. Potilaan kokemus hoitajan kiireestä on siis lisääntynyt. Potilaat toivat hoitajien kiireen esille myös kysymyslomakkeen avoimessa kohdassa, johon he voivat vapaasti kertoa mitä halusivat. Omahoitajan saaneet potilaat kokivat hoitajansa työskentelevän kiireettömämmin kuin ilman omahoitajaa olleet potilaat. Kun potilaat kokevat hoitajan kiireiseksi, he jättävät kysymättä itselleen tärkeitä asioita ja tyytyvät vähempään hoitoon kuin tarvitsisivat. Näin heille voi jäädä epäselviä asioita joita he joutuvat selvittämään myöhemmin. Tästä tulee

heille itselleen vaivaa ja jälkikäteen asioiden selvittely lisää myös ruuhkaa jo ennestään ruuhkautuneeseen terveydenhuoltoon. (vrt. Kalasniemi ym. 2002.)

7.2.2.3 Itsenäisyys / vastuullisuus hoitajien arvioimana

Hoitohenkilökunta koki työnsä itsenäiseksi. Tilanne oli samanlainen kuin vuonna 2002, sillä itsenäisyyttä kuvaavia summamuuttujan osiota verrattaessa vuoteen 2002 ne ovat lähes samanlaiset. Toisilla osastoilla hoitajat kokivat voivansa työskennellä itsenäisemmin kuin toisilla, mutta mitään yhteistä tekijää ei voinut havaita; ehkä syynä oli osaston toimintakulttuuri ehkä johtaminen. Kätilöt kokivat voivansa muita ammattiryhmiä paremmin suunnitella omaa työtään; kätilön työ onkin ollut perinteisesti itsenäistä. Työskentelyaika terveydenhuollossa oli myös yhteydessä työn itsenäiseksi kokemiseen: vähiten itsenäiseksi työnsä kokivat 2-5 vuotta ja 16-20 vuotta työskennelleet, eniten itsenäiseksi yli 20 vuotta ja 6-10 vuotta terveydenhuoltoalalla työskennelleet. Työuran alussa voi olla osaamisestaan vähän epävarma, eikä silloin ehkä kaipaakaan kovin itsenäistä työtä. Kun oma tietämys ja varmuus lisääntyvät, voi myös vaatimus työn itsenäisyydestä lisääntyä. Työajan lisääntyessä myös kokemus työn itsenäisyydestä lisääntyi, mutta 16-20 vuoden välillä työ koettiin taas vähemmän itsenäiseksi. Tätä on vaikea selittää, ehkä se johtuu sattumasta tai sitten siihen liittyy muut tekijät; tähän viittaisi myös se, että 40-50 -vuotiaat kokivat vähiten voivansa suunnitella omaa työtään. Ehkä hoitajien henkilökohtaisessa elämässä tapahtuu tähän aikaan asioita, jotka vaikuttavat myös työhön. (vrt. Kalasniemi ym. 2002, 2004.)

Summamuuttuja ”vastuullisuus” on sisällöltään erilainen kuin vuonna 2002, koska kysymyslomakkeen sisältöä muutettiin. Nyt faktorianalyysin mukaan voitiin erottaa itsenäisyys ja vastuullisuus omaksi kokonaisuudekseen. Näin tätä tulosta ei voi suoraan verrata vuoteen 2002, mutta kokonaisuudessaan vastuullisuus oli nyt keskiarvoltaan alhaisin verrattuna yksilövastuun hoitotyön muihin osa-alueisiin. Erityisesti kokonaisvastuu potilaan hoidosta oli ongelmallista. Yli 70 % tutkittavista sanoi vastaavansa potilaan hoidosta vain työvuoronsa ajan; tässä oli myös eroja ammattiryhmien kesken. Sairaanhoidajista 72 % ja perushoitajista / lastenhoitajista 88 % sanoi vastaavansa potilaan hoidosta vain työvuoronsa ajan; kätilöistä 50 % sanoi toimivansa näin. Perushoitajien / lastenhoitajien kohdalla tämä on helpompi ymmärtää,

koska kokonaisvastuu potilaan hoidosta pitäisikin kuulua sairaanhoitajille ja kätilöille. Tämä ei ole yksilövastuisen hoitotyön peruseriaatteiden mukaista, vaan kyseessä näyttäisi olevan nk. nimetty hoitaja (vrt. Steven 1999, Kalasniemi ym. 2002.)

Yli 38 % tutkittavista vastasi myös olevansa eri mieltä väittämästä ”vastaan potilaan hoidosta koko hoitajakson ajan”. Yksilövastuisen mallin mukaan toimivat hoitajat sanoivat useimmin vastaavansa potilaan hoidosta koko hoitajakson ajan, tiimimallin mukaan toimivat olivat taas useimmin eri mieltä väittämästä. Tiimimallin mukaan toimivat hoitajat näyttävät siis useammin jättävän kokonaisvastuun potilaan hoidosta muille, ehkä muille tiimin jäsenille tai tiimin johtajalle. Kaikkein vaikeinta näyttää olevan 24-tuntinen vastuu potilaan hoidosta, vaikka se on yksilövastuisen hoitotyön yksi peruseriaatteista. Tutkituista 83 % oli eri mieltä väitteestä ”vastaan potilaani hoidosta 24 h / vrk”. Myös Haapala ja Hyvösen (2001) tutkimuksen mukaan 24 tunnin vastuuta potilaan hoidosta pidettiin vähiten tärkeänä ja vähiten konkreettisena omahoitajan toiminnan kriteerinä. Ehkä tämä vastuu 24 h / vrk tuntuu liian haastavalta; voidaan ajatella, että kuinka minä voin vastata 24 tuntia, kun olen vain 8 tuntia vuorokaudessa paikalla; ehkä ajatellaan, että se vastaa potilaan hoidosta, kuka hoitaakin. Koko hoitajakson potilaansa hoidosta sanoi kuitenkin vastaavansa 62 % hoitajista, joten tämä nähtiin ehkä selkeämpänä ja paremmin hallittavana käsitteenä. Niin 24 h / vrk kuin koko hoitajakson kestävä vastuu potilaasta pitäisi kirjallisuuden mukaan turvata kirjallisella hoitotyönsuunnitelmalla (vrt. Myöhänen 1985, Zander 1985, Lukander 1991, Munnukka 1993). Akuutteisairaalassa potilaan tila ja vointi voi vaihdella hyvin nopeasti. Usealle päivälle (esim. vapaa päivien ajaksi) on usein vaikea laatia hoitosuunnitelmaa. Tällöin tehtävä siirtyisi korvaavalle hoitajalle. Korvaava hoitaja voi kokea vastuun hoitosuunnitelman laatimisesta raskaana, varsinkin, jos osastolla ei ole selvästi sovittu, mitä kuuluu omahoitajan tehtäviin ja mitä korvaavan hoitajan rooliin. Tällöin paetaan helposti työvuoron kestävään vastuuseen, mikä ei ole yksilövastuisen hoitotyön teorian mukaista. Näin ollen omahoitajan ja korvaavan hoitajan roolit ja vastuut tulisikin sopia tarkkaan osastolla. (vrt. Reed 1988, Perälä 1989, Harkila 1991, Pukuri 1997, Melchior ym. 1999, Paasovaara 2000).

Ikä ja työskentelyaika terveydenhuollossa olivat yhteydessä vastuullisuuden kokemiseen. Molempien noustessa kokemus vastuullisuudesta lisääntyi. Näyttää siltä, että on työskenneltävä tietyn aikaa samalla osastolla, ennen kuin hoitaja voi kokea työnsä itsenäiseksi ja vastuulliseksi. Yksilövastuuisen hoitotyön mallin mukaan toimivilla osastoilla vastuullisuus toteutui parhaiten. Tämänkin tutkimuksen mukaan yksilövastuinen hoitotyön malli näyttää siis lisäävän hoitajien itsenäisyyttä ja vastuullisuutta.

Yksilövastuuisen hoitotyön periaatteista vastuullisuus näyttää toteutuvan huonoiten. Edellytyksenä vastuullisuuteen on hoitajan halu ja kyky ottaa vastuu hoitotyön tehtävästä. Hoitajalla on myös oltava riittävästi tietoa ja taitoa toimiakseen itsenäisesti. Lisäksi hänellä pitää olla organisaation suoma toimivalta itsenäiseen toimintaan. Näitä asioita on syytä pohtia yksiköissä, kun halutaan lisätä hoitajien vastuullisuutta. (vrt. MacMahon 1990, Voutilainen 1994, 1998, Nissen, Boumans & Landeweerd 1996, Pukuri 1997, Paasovaara 2000, Haapala & Hyvönen 2001). On myös tutkimuksia, joiden mukaan yksin työskentely ja lisääntynyt vastuu aiheutti työntekijöille stressiä, ahdistuneisuutta ja eristyneisyyttä. (vrt. Luotolinna- Lybeck 1991, Tonges ym. 1998, Goode & Rowe 2001, Kivimäki ym. 2004.) Suomessa 2003 terveydenhuoltohenkilöstölle tehdyn tutkimuksen mukaan vastuullisuus oli heikommin yhteydessä työtyytyväisyyttä aiheuttaviin tekijöihin kuin esimerkiksi potilaskeskeinen työnjako tai työvuorosunnitelma. Ehkä kaikki hoitajat eivät halua suurta itsenäisyyttä vaan lisääntynyt vastuu aiheuttaa pikemminkin stressiä ja heikentää työviihtyvyyttä; siksi olisi myös tärkeää huomioida työntekijöiden yksilölliset erot työyksiköissä. (vrt. Mäkinen ym. 2003.)

7.2.3 Yksilövastuuisen hoitotyön edellytykset

Edellytyksistä yksilövastuiseen hoitotyöhön parhaiten toteutui mahdollisuus tehdä itsenäisiä päätöksiä. Pidempään terveydenhuoltoalalla työskennelleet kokivat paremmin voivansa tehdä itsenäisiä päätöksiä, mikä selittynee kokemuksen ja tiedon lisääntymisellä. Kätilöt tekivät eniten itsenäisiä päätöksiä hoitotyöhön liittyen, heillä myös kaikki edellytykset yksilövastuiseen hoitotyöhön toteutuivat parhaiten. Perushoitajat / lastenhoitajat vastasivat muita ammattiryhmiä useammin työnsä olevan esimiehen

määräysten toteuttamista; myös osastojen kesken oli eroja tämän väittämän suhteen. Tutkimukseen osallistuneista hoitajista 28 % mukaan työvuorot eivät mahdollistaneet omahoitajana toimimista; myös osastojen kesken oli tässä eroja. Vuorotyössä on varmaan vaikeaa suunnitella sellaisia vuoroja, että ne kaikkien mielestä tukisivat yksilövastuista hoitotyötä; tähän ratkaisu pitänee miettiä jokaisessa yksikössä oman toiminnan perusteella. Kuitenkin tutkituista 72 % vastasi työvuorojensa mahdollistavan yksilövastuisten hoitotyön toteuttamiseen.

Vastanneista 46 % ei ollut itse voinut valita potilastaan. Osa vastaajista oli kirjoittanut kyselylomakkeen reunaan, miksi pitäisi. Yksilövastuisten tai yhdistelmämallin mukaan toimivat hoitajat valitsivat useammin omat potilaansa itse kuin tiimi- tai ryhmämallin mukaan toimivat. Voisi kuvitella, että jos hoitaja työskentelee itsenäisesti, hän myös itsenäisesti valitsee potilaansa; hän itse parhaiten tietää, voiko hän nyt ottaa oman potilaan. Potilaan valintaan on olemassa erilaisia käytäntöjä: hoitaja valitsee itse, työvuorojen suunnittelija valitsee, osastonhoitaja valitsee, ryhmä / tiimi valitsee tai potilas itse valitsee hoitajansa. (vrt. Perälä 1989). Parasta lienee sopia työyksikössä omalle yksikölle sopivin tapa valita omat potilaat.

Työnsä osatehtävien suorittamisena näki 20 % tutkituista, vuonna 2002 näin ajatteli 28 % tutkituista. Ryhmätyömallin mukaan toimivat pitivät useimmin työtään osatehtävien suorittamisena, harvimminkin näin kokivat yhdistetyn mallin ja tiimimallin mukaan toimivat. Yksilövastuisten mallinkin mukaan toimivista 27 % piti työtään osatehtävien suorittamisena, vuonna 2002 sama luku oli 22 %. Operatiivinen hoitotyö sisältää paljon eri toimenpiteitä, joten työ on aika helppo nähdä osatehtävinä, mutta silloin voi olla vaikeaa hoitaa potilasta kokonaisvaltaisesti. (vrt. Kalasniemi ym. 2002.)

Tutkimukseen osallistuneista hoitajista 28 % vastasi ryhmän / tiimin johtajan vastaavan potilaan hoidosta. Tiimi – ja ryhmämallin mukaan työskentelevistä yli 40 % mukaan ryhmän / tiimin vastaava hoitaja vastasi potilaan hoidosta; yksilövastuisten mallin mukaan toimivista näin ajatteli 17 %. Tiimityötä ei tällöin nähdä yksilövastuisten hoitotyön tukirakenteena, vaan tiimityö nähdään eräänlaisena ryhmätyön muotona, jossa vastuu on

tiimin johtajalla. Tätä ajatusta tukee myös mieltymys vain työvuorokohtaiseen vastuuseen (noin 70 % tutkimukseen osallistuneista sanoin vastaavansa potilaan hoidosta vain työvuoronsa ajan) ja vaikeus vastata 24h / vrk potilaan hoidosta. (vrt. Bislimi & Suominen 2002, Mäkinen ym. 2003, Kivimäki 2004, Tiedeman & Lookinland 2004.) Tältä osin edellytykset yksilövastuuseen hoitotyöhön eivät ole kunnossa. Jos tiimityötä halutaan kehittää, pitäisi se todella nähdä omahoitajan tukena ja apuna, ei mahdollisuutena siirtää vastuu potilaasta ja kokonaishoidosta tiimin / ryhmän vastaavalle hoitajalle. Tällöin omahoitaja suunnittelee ja vastaa potilaansa hoidosta ja tarvittaessa tiimin jäsenet auttavat omahoitajaa. (vrt. Mäkisalo 1999, 2002.)

Hoitohenkilökunnan kokemus kiitoksen saamisesta parani verrattuna vuoteen 2002. Tosin nyt kysyttiin sekä esimiehen työstä antamaa kiitosta että palautteen saamista kollegoilta. Vuonna 2002 42 % tutkituista koki saavansa harvoin kiitosta työstään; silloin ei yksilöity kiitoksen antajaa. Nyt 33 % tutkituista ei saanut kiitosta esimiehiltään eikä 27 % palautetta kollegoiltaan. Palaute ja kiitos työstä auttavat yksilöä kehittymään ja edistävät avointa, kannustavaa ilmapiiriä. Nämä puolestaan edistävät yksilövastuuseen hoitotyön toteuttamista. Kiitoksen vähyys nähdään myös Paasovaaran (2000) mukaan uhkana yksilövastuuseen hoitotyön toteuttamiselle. (vrt. Vuorinen 2001, Juvakka ym. 2002, Kalasniemi ym. 2002, 2004, Drach-Zahavy 2004.)

7.2.3.1 Osastonhoitajan rooli

Osastonhoitajalla on tärkeä rooli yksilövastuuseen hoitotyön edellytysten luomisessa. Hoitohenkilökunnan kokemus osastonhoitajan tuesta on parantunut verrattuna vuoteen 2002. Henkilökunta kokee voivansa turvautua osastonhoitajan apuun hyvin; vuonna 2002 18 % tutkittavista oli eri mieltä väittämästä, nyt näin ajatteli vain 8 %. Osastonhoitaja tukee myös melko hyvin hoitajien toimimista omahoitajana; noin 26 % hoitajista oli tyytymättömiä osastonhoitajan tukeen vuonna 2002, nyt tyytymättömiä oli 18 %. Vuonna 2002 hoitajista lähes 25 % mielestä osastonhoitaja ei johda hoitotyötä osastolla, nyt näin ajatteli 18 %. Tämä vastaus herättää ajatuksen, kuka hoitotyötä johtaa osastolla? Ehkä tiimin - ja ryhmänjohtajan roolit ja osastonhoitajan roolit ovat menneet sekaisin tai sitten osastonhoitaja ei ole eri syistä johtuen voinut keskittyä tehtäväänsä ”valmentajana”. Osastonhoitaja osallistuukin potilaan hoitamiseen vastaajista yli 70 % mukaan.

Tietääkseen osaston tilanteen osastonhoitaja voi osallistua käytännön hoitotyöhön. Osastonhoitajan pääasiallinen tehtävä on kuitenkin osaston toiminnan ja resurssien organisointi, kannustavan ilmapiirin luominen ja hoitohenkilökunnan työn mahdollistaminen. Jos osastonhoitaja toimii osastolla varatyövoimana, hän ei ehdi keskittyä varsinaiseen työhönsä. Näin muille osastolla työskenteleville voi jäädä osastonhoitajan rooli epäselväksi. (vrt. Zander 1985, Harkila 1991, Lukander 1993, Boumans ym. 1997, Pukuri 1997, Paasovaara 2000, Kalasniemi ym. 2002, 2004.).

Osastonhoitajan tuki hoitajille näiden koulutuksen hankkimiseen parani hieman verrattuna vuoteen 2002. Silloin tyytymättömiä osastonhoitajan tukeen oli 19 % hoitajista, nyt 14 %. Tyytyväisyys koulutusmahdollisuuksiin pysyi samana; yli 70 % hoitajista oli edelleen tyytyväisiä koulutukseen osallistumismahdollisuuksiinsa. Niiden hoitajien määrä (10 %), jotka eivät vuoden aikana olleet osallistuneet kertaakaan sisäiseen koulutukseen, pysyi myös ennallaan verrattuna vuoteen 2002. Sairaalan ulkopuoliseen koulutukseen ei ollut osallistunut vuonna 2002 kertaakaan 44 % tutkituista, nyt heitä oli 37 %. Tyytyväisyys koulutusmahdollisuuksiin lisääntyi työskentelyajan lisääntyessä. (vrt. Kalasniemi ym. 2002.)

7.2.4 Yhteistyösuhde ja omahoitajan ominaisuudet

Potilaat olivat tyytyväisiä omahoitajiinsa. Arvioidessaan kouluarvosanoin omahoitajia, muita hoitajia ja osaston muuta henkilökuntaa, potilaat antoivat omahoitajalleen selkeästi paremman arvosanan kuin muille. Kuitenkin kaikkien arvosanojen keskiarvot olivat noin 9, minkä mukaan potilaat olivat erittäin tyytyväisiä kaikkiin hoitoonsa osallistuvien työhön. Tässä kontekstissa on kuitenkin muistettava nk. onnellisuusmuuri, minkä mukaan terveystutkimuksissa potilaat antavat lähes aina todellista mielipidettään paremman arvosanan.

Potilaiden mukaan omahoitajat olivat ammattitaitoisia, vastuuntuntoisia, suhtautuivat vakavasti potilaaseen ja hyväksyivät tämän omana itsenään. Jotkut olisivat halunneet, että omahoitajalla olisi ollut heille enemmän aikaa ja omahoitaja olisi ollut enemmän myötätuntoinen. Yli 60 % potilaista vastasi arvioineensa hoitoaan yhdessä omahoitajansa kanssa aina tai melkein aina, 13 % vastanneista ei ollut koskaan arvioinut hoitoaan

yhdessä omahoitajansa kanssa. Yli 80 % potilaista tiesi omahoitajansa työssäolon aina tai melkein aina, vain 6 % ei koskaan tiennyt omahoitajansa työssäoloa. Tämän tutkimuksen mukaan yhteistyösuhteen ulkoiset edellytykset olivat kunnossa omahoitajan ja potilaan välillä. Eniten omahoitaja lisäsi potilaalle turvallisuuden tunnetta. Turvallisuutta lisäsi nimenomaan sama, tuttu hoitaja, joka tiesi asiat. Omahoitaja myös edisti hoidon jatkuvuutta, antoi tukea, lisäsi luottamusta hoitoon ja oli ajan tasalla hoidon suhteen. Potilaat siis pitivät omahoitajaa hyvänä ja toivottavana asiana. Vain kaksi tutkittavaa ei nähnyt mitään hyötyä omahoitajasta, koska tämä ei ollut ehtinyt ollenkaan hoitaa potilastaan.

7.2.5 Keskeiset päätelmät

Verrattuna vuoteen 2002 yksilövastuinen hoitotyö ei edelleenkään ole päätoiminta malli. Nyt operatiivisen hoitotyön alueella oli käytössä kaksi päämallia: tiimimalli ja yksilövastuinen malli, joita molempia käytettiin lähes yhtä paljon (n. 38 %). Puolella osastoista toimittiin kuitenkin edelleen vähintään 3 eri toimintamallin mukaan. Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet ovat tiedossa, potilaskeskeinen ja yksilöllinen hoito toteutuu muuten hyvin, mutta potilaat kokevat, etteivät he voi osallistua omaan hoitoonsa niin paljon kuin haluaisivat. Hoitajat kokevat työnsä itsenäiseksi, mutta hoitotyön vastuullisuus ei toteudu yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden mukaan. Vastuullisuutta kuvaavat väittämät ovat erilaiset kuin vuonna 2002, joten niitä ei voi suoraan verrata keskenään. Nyt korostuu erityisesti hoitajien halu työvuorokohtaiseen vastuuseen. Myös yksilövastuisen hoitotyön yksi pääperiaatteista, vastuu 24 h / vrk potilaan hoidosta tuntuu vieraalta, peräti yli 80 % hoitajista ei halunnut vastata potilaan hoidosta ympärivuorokauden. Huomioitavaa on myös se, että näin vastattiin toimintamallista riippumatta. Myöskään lähes 40 % tutkittavista ei sanonut vastaavansa potilaan hoidosta koko hoitojaksoa, tosin yksilövastuisen mallin mukaan toimivista 77 % sanoi vastaavansa potilaan hoidosta koko hoitojakson. Tiimityön mukaan työskentelevillä osastoilla korostuu tiimin johtajan rooli, mikä viittaa siihen, että tiimityö nähdään eräänlaisena ryhmätyönä. Siinä on vaarana, että potilaan hoito pirstoutuu ja potilaan luona käy joukko ammattilaisia, joista jokainen tekee oman osuutensa ja kokonaisvastuu potilaan hoidosta katoaa. Tämä on juuri se tilanne, miksi yksilövastuista hoitotyötä ryhdyttiin kehittämään.

Edellytykset yksilövastuiseen hoitotyöhön toteutuivat paremmin kuin vuonna 2002. Osastonhoitajat ovat hyvin henkilökunnan tukena, mutta he näyttävät olevan osittain työvoimareserviä eivätkä ehkä ehdi riittävästi keskittyä päätehtäväänsä, hoitotyön johtamiseen. Kiitoksen ja palautteen antamisessa on edistytty. Ongelmana nähtiin työvuorojen sovittaminen yksilövastuiseen hoitotyöhön. Tiiminallia käyttävien osastojen kannattaa myös huomata se, että kun 28 % kaikista tutkituista sanoi ryhmän / tiimin vastaavan potilaan hoidosta; ajatteli näin yli 40 % tiimi / ryhmä mallia käyttävistä. Tosin myös 17 % yksilövastuista mallia käyttävistä sanoi ryhmän / tiimin johtajan vastaavan potilaan hoidosta. Tämä viittaa siihen, että yksilövastuiseen hoitotyön kaikki periaatteet eivät ole tiedossa tai niitä ei osata soveltaa käytäntöön, sillä yksilövastuisessa hoitotyössä ei teorian mukaan ole ryhmän / tiimin johtajaa. Jos tiimimallia kehitetään yksilövastuiseen hoitotyön tueksi, kannattaa tiimin johtajan ja tiimissä toimivien hoitajien rooli – ja vastuunjaosta keskustella.

Sairaalan johto on linjannut tavoitteeksi, että yli 80 % potilaista on omahoitaja. Nyt tuo tavoite toteutui 42 % potilaista, mutta osastojen kesken oli suurta vaihtelua (6 % - 72 %). Potilaat pitivät omahoitajaa turvallisuutta tuovana asiana. Kun potilaalla oli omahoitaja, hän voi paremmin osallistua omaan hoitoonsa; potilaan halu ja vaatimus oman hoidon suunnitteluun tuleekin lisääntymään potilaiden koulutustason noustessa; myös tässä tutkimuksessa on siitä viitteitä. Kaikki potilaskeskeisen hoidon osa-alueet toteutuivat myös paremmin, kun potilaalla oli omahoitaja.

- Yksilövastuinen hoitotyö on yksi tapa organisoida työtä. Sen perusperiaatteet ovat pääpiirteiltään samat kuin hoitotyön yleiset periaatteet. Tämänkin tutkimuksen mukaan sen organisoiminen käytännön toiminnaksi näyttää vaikealta. Tämä on nähty myös muualla. (vrt. Kaukkila ym. 2000, Bislimi & Suominen 2002, Mäkisalo 2002.) Hoitajien näkökulmasta vastuuseen liittyvät seikat näyttävät olevan ongelmallisimpia. Vastaaminen potilaan hoidosta koetaan vaikeaksi, kun ei olla itse paikalla, vaikka korvaava hoitaja ja hoitotyönsuunnitelma ovat tukena. Erityisen vaikeaa se on, jos osastolla on paljon sijaisia ja osaston toiminnassa tapahtuu paljon muutoksia. Näistä asioista on syytä keskustella osastoilla. Toisaalta arvostetaan itsenäistä työtä ja tämänkin tutkimuksen mukaan se on myös mahdollista. Kaikki eivät ehkä haluakaan ottaa vastuuta potilaan

kokonaishoidosta, vaan kokevat sen stressaavana. (vrt. Tongues ym. 1998, Goode & Roope 2001, Kivimäki ym. 2004.) Ehkä myös painotetaan liikaa sanaa ”vastuu”, ehkä pitäisi puhua enemmän yksilövastuisen hoitotyön lopputuloksesta, yksilöllisestä hoidosta. Yksi kannustavan palkkapolitiikan perusteista voisi myös olla hoitajan halu ottaa omia potilaita.

- Tämän tutkimuksen mukaan yksilövastuista toimintamallia käyttävät hoitajat vastasivat potilaskeskeisyyden, itsenäisyyden ja vastuullisuuden toteutuvan parhaiten. Näin yksilövastuinen hoitotyön malli näyttäisi edelleen mahdollistavan tämän hetkisistä hoitotyön malleista parhaiten hoitajien itsenäisyyden, vastuullisuuden, itsensä kehittämisen ja sitä kautta työtyytyväisyyden.
- Yksilövastuinen hoitotyön malli mahdollisti myös parhaiten potilaan osallistumisen hoitoonsa ja potilaat ovat tyytyväisempiä hoitoonsa, kun heillä on omahoitaja. Potilaat myös haluavat osallistua oman hoitonsa suunnitteluun nykyistä enemmän; näin yksilövastuista hoitotyötä kehittämällä voitaisiin vastata tähänkin haasteeseen.
- Hoitotyön edellytysten (ammattitaito, resurssit ja johtajuus) on oltava kunnossa, ennen kuin yksilövastuista hoitotyötä voi toteuttaa. Hoitotyön johtajan rooli korostuu nimenomaan tukijana, mahdollistajana ja kannustajana. Osastonhoitaja ei voi olla jatkuvasti henkilökunta reservinä, tällöin hänelle ei jää aikaa keskittyä varsinaiseen työhönsä, osaston johtamiseen. Henkilökunnan ammattitaidon ylläpitämiseksi jatkuva koulutus on tärkeää.
- Yksilövastuisen hoitotyön käytännön toteuttaminen on erilainen eri yksiköissä. Eri yksiköt poikkeavat myös toiminnaltaan, joten jokaisen yksikön on varmaan sovellettava itselleen paras tapa toimia, jotta lopputuloksena olisi yksilöllinen hoito potilaan kokemana. Ydin asia on, että potilaalla on oma hoitaja, jonka nimen hän tietää. Potilaan pitäisi myös kokea, että hänen toiveensa on kuultu, hän voi halutessaan osallistua hoitonsa suunnitteluun ja hän tietää kotiutuessaan, miten hoitaa itseään kotona ja mihin ottaa yhteyttä, jos tulee ongelmia. On myös tärkeää,

että potilas kokee hoitajan suhtautuvan häneen tasavertaisesti kunnioittaen hänen mielipiteitään.

Tässä tutkimuksessa oli myös tarkoituksena testata mittareita, jotka kehitettiin vuonna 2002 mittaamaan yksilövastuisen hoitotyön toteutumista. Mittarin kehittäminen on hidasta ja vaativaa, mutta edistymistä oli havaittavissa. Potilaiden mittari toimi jo melko hyvin, mutta hoitajien mittarissa on vielä kehitettävää niin käsitteiden sisällön kuin mitta-asteikoidenkin osalta. Mittareita rakennetaan edelleen tutkimustuloksen perusteella ja niitä tarjotaan testattavaksi esimerkiksi yliopistoon opinnäytetyöksi.

LÄHTEET

- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY. Juva
- Bislimi, R. & Suominen, T. 2002. Hoitotyön asiantuntija tiimihoitamisen tukena. *Sairaanhoitaja* 1, vol 75, 21–23.
- Boumans, N.P.G. & Landeweerd, J.A. 1996. A Dutch study of effects of primary nursing on job characteristics and organizational processes. *Journal of Advanced Nursing* 24, 16-23.
- Boumans, N.P.G. & Landeweerd, J.A. 1999. Nurses' well-being in a primary nursing care setting in the Netherlands. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 13, 116-122.
- Boumans, N.P.G., Landeweerd, J.A. & Visser, M. 2004. Differentiated practice, patient-oriented care and quality of work in a hospital in the Netherlands. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18, 37-48
- Burns, N. & Grove, S. 1997. *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization*. Third edition. Philadelphia : W. B. Saunders.
- Cardner, K. 1991. A summary of findings of a five-year comparison study of primary and team nursing. *Nursing Research* 40 (2), 113-117.
- Drach-Zahavy, A. 2004. Primary nurses performance: role of supportive management. *Journal of Advanced Nursing* 45 (1), 7-16.
- Elonen, M. 2003. Asiakaslähtöinen hoitotyö sisätautien ja kirurgian yksiköissä. Pro Gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.
- Eräutuuli, M., Leino, J. & Yliluoma, P. 1994. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.
- Goode, D. & Rowe, R. 2001. Perceptions and experiences of primary nursing in an ICU: a combined methods approach. *Intensive and critical care nursing* 17, 294-303.
- Grey, M. 1994. Data Collection Methods. Chapter 14. Teoksessa LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. 1994. 3: s painos. *Nursing Research. Methods, Critical Appraisal, and Utilization*. St. Louis, Missouri : Mosby-Year Book, 344-364.
- Jackson, B. 1994. Legal and ethical issues. Teoksessa LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. 1994. 3:s painos. *Nursing research. Methods, critical appraisal and utilization*. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book, 313-343.
- Juvakka, T., Lehtonen, H. & Härkälä, K. 2002. Hitaasti kiiruhtaen. Muutos kohti yksilövastuista hoitotyötä. *Sairaanhoitaja* 1, vol 75, 9-11.
- Haapala, T. & Hyvönen, K. 2001. Omahaohjelman toiminnan itsearviointikriteerien laatiminen ja niiden arviointi. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Haavisto, M-L. 1991. Inhimillisten tarpeiden tyydyttyminen yksilövastuisessa hoitotyössä ja ryhmätyömallia toteuttavassa hoitotyössä. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

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

Hurme, R. & Pesonen, M. Englantilais - suomalainen suursanakirja. WSOY, Porvoo 1987

Kalasniemi, M., Kuivalainen, L. & Ryhänen, A. 2002. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä – Mittarin kehittäminen ja testaaminen. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja 32. Joensuu.

Kalasniemi, M., Kuivalainen, L. & Ryhänen, A. 2004. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen erikoissairaanhoidossa potilaiden ja henkilökunnan arvioimana. Tutkiva Hoitotyö 2 (2), 22-28.

Kangas, S., Kee, C. & McKee-Waddle, R. 1999. Organizational factors, nurses' job satisfaction and patient satisfaction with nursing care. Journal of Nursing Administration 29 (1), 32-42.

Kaukkila, H-S., Lauri, S., Järvi, L., Kärkkäinen, K. & Suominen, L. 2000. Omahoitaja potilaan tukena sairaalan arjessa. Potilaslähtöinen hoitotyö Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Sairaanhoitaja 7, vol 73, 13-15.

Kivimäki, M., Mäkinen, A., Elovainio, M., Vahtera, J., Virtanen, M. & Firth, J. 2004. Sickness absence and the organization of nursing care among hospital nurses. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health 30 (6), 468-476.

Koivuselkä, J., Välimäki, M. & Aalto, P. 2002. Osastonhoitajan rooli omahoitajuudessa Tampereen yliopistollisen sairaalan konservatiivisella tulosalueella. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja, 13. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Kukkola, O. & Pulkkinen, R. 1991. Hoitotyön nykytilanne: Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen vuodeosastoilla. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitos. Kuopion yliopisto.

Kylävalli, A. 1995. Potilaiden kokemuksia yksilövastuisen hoitotyön keskeisten periaatteiden toteutumisesta Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueella yksilövastuisen hoitotyön projektiin osallistuneilla vuodeosastoilla. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Laakso, S. & Routasalo, P. 1997. Yksilövastuinen hoitotyö. Pienimuotoinen kirjallisuuskatsaus. Sairaanhoitaja 9, vol 70, 32-33.

Laakso, S. & Routasalo, P. 2001. Changing to primary nursing in a nursing home in Finland: experiences of residents, their family members and nurses. Journal of Advanced Nursing 33 (4), 475-483.

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. 1994. 3:s painos. Nursing Research. Methods, Critical Appraisal, and Utilization. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book.

Luotolinna-Lybeck, H. 1991. Yksilövastuinen hoitotyö. Hoitohenkilökunnan edellytysten arviointia. Hoitotiede 3 (3), 96-102.

McMahon, R. 1990. Power and collegial relations among nurses on wards adopting primary nursing and hierarchical ward management structures. Journal of Advanced Nursing 15, 232-239.

Melchior M.E.W., Halfens R.J.G., Abu-Saad H.H., Philipsen H., van den Berg A.A. & Gassman P. 1999. The effects of primary nursing on work-related factors. Journal of Advanced Nursing 29 (1), 33-96.

Munnukka T. 1993, Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön, Tampereen yliopisto väitöskirjatyo, Acta Universitatis Tamperensis ser. A vol. 375, Vammalan kirjapaino oy, Vammala.

Murtola, E. 1993, Potilaiden kokemuksia yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteuttamisesta vuodeosastolla, Pro Nursing Ry. Julkaisusarja

Mäkinen, A., Kivimäki, M., Elovainio, M., Virtanen, M. & Bond, S. 2003. Organization of nursing care as a determinant of job satisfaction among hospital nurses. Journal of Nursing Management 11, 299-306.

Mäkisalo, M. 1999. ”Me teemme sen” Hoitotyöntekijät oman työnsä tutkijana ja kehittäjänä. Kirjayhtymä Oy. Tampere

Mäkisalo, M. 2002. Kannattaako kehittämistoiminta? Yksilövastuisen hoitotyön toteutumisen arviointia Etelä-Karjalan keskussairaalassa. Sairaanhoitaja 10, vol 75, 19-22.

Nissen, J.M., Boumans, N.P.G. & Landeweerd, J.A. 1997. Primary nursing and quality of care: a Dutch study. International Journal of Nursing Studies 34(2), 93-102.

Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J. & Leskinen, E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. WSOY. Porvoo

Nunnally, J. C. 1978. Psychometric theory. Second Edition. McGraw- Hill Book Company. New York.

Nykysuomen sanakirja 1-5.1983. Suomalaisen kirjallisuuden seura. WSOY. Porvoo-Helsinki-Juva.

Paasovaara, S. 2000. Sairaanhoitajien näkemyksiä yksilövastuisesta hoitotyöstä ja omahoitajuudesta. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

- Pakarinen, K. 1992. Yksilövastuuisen hoitotyön kehittämisohjelman alkukartoitus Pohjois-Karjalan keskussairaalassa. Pro gradu tutkielma. Terveystieteiden ja – talouden laitos. Kuopion yliopisto.
- Pakarinen, K. 1999. Hoitotyöntekijöiden käsitykset yksilövastuuisen hoitotyön tuomista muutoksista.. Terveystieteiden opettajan koulutus. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Perälä, M-L. 1989. Muutos yksilövastuiseen hoitotyöhön: vaikutukset hoitotyöntekijöiden toimintaan ja potilas-hoitajavuorovaikutukseen. Licensiaattityö. Hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitos. Kuopion yliopisto.
- Perälä, M-L (toim.). 1997. Hoitotyön suunta. Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Hoitotyön projektiryhmä. Stakes.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin strategia 2002. Kuntayhtymän hallitus 2001. Kuntayhtymän valtuusto 2001. Suomen painotuote, Joensuu.
- Pontin, D. 1999. Primary nursing: a mode of care or a philosophy of nursing. Journal of Advanced Nursing 29 (3), 584-591.
- Puhakka, P. 1996. Sairaanhoitajien ja kätilöiden käsitykset vastuullisen päätöksenteon edellytyksistä hoitotyössä. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Pukuri, T. 1997. Yksilövastuuisen hoitotyön toteutuminen hoitohenkilöstön arvioimana. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Reed, S.E. 1988. A comparison of nurse-related behaviour, philosophy of care and job satisfaction in team and primary nursing. Journal of Advanced Nursing 13, 383-395.
- Räikkönen, O. & Perälä, M-L. 2003. Menetelmä asiakaslähtöisen toiminnan edellytysten arviointiin hoitotyössä- indeksin kehittäminen. Hoitotiede 3 (15), 131-143.
- Saramäki K. 1997. Psykiatristen sairaalapotilaiden arvio omahoitajan toimintojen hyödyllisyydestä ja toteutumisesta. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Shukla R.K. & Turner W.E. 1984. Patients perception of care under primary and team nursing, Research in Nursing and Health 7, 93- 99.
- Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö 2000. Ranta, H. (toim.) Kauppakaari Oyj. Lakimiesliiton kustannus. Gummerus. Jyväskylä.
- Suhonen, R. 2002. Individualised care from the surgical patient's point of view. Developing and testing a model. Sarja D. Osa 523. Turun yliopiston julkaisuja. Painosalama Oy. Turku
- Suhonen, R. 2003. Potilaan yksilöllinen hoito. Tutkiva Hoitotyö 1 (1), 10-15.

Steven, A. 1999. Named nursing: in whose best interest? *Journal of Advanced Nursing* 29(2), 341-347.

Tiedeman, M. & Lookinland, S. 2004. Traditional models of care delivery. *Journal of Nursing Administration* 34 (6), 291-297.

Tonges, M.C., Rothstein, H. & Carter, H.K. 1998. Sources of satisfaction in hospital nursing practice. *Journal of Nursing Administration* 28 (5), 47-61.

Voutilainen, P. 1994. Vastuullisuuden käsitteen käsiteanalyttinen tarkastelu, mittarin kehittäminen ja arviointi. *Lisensiaattitutkimus. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.*

Voutilainen, P. 1998. Vastuullisuus. Teoksessa *Hoitotyön ulottuvuuksia – näkökulmia ammattikieleen*. Toim. Suomen sairaanhoitajaliiton sanastotyöryhmä. Tummavuoren kirjapaino. Vantaa.

Vuorinen, M. 2001. Omahoitajuutta kehitettiin projektin avulla. *Sairaanhoitaja* 8, vol 74, 15-16.

Wade, G. H. 1999. Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. *Journal of Advanced Nursing* 30 (2), 310-318.

Yleinen suomalainen asiasanasto. 1999. Toim. Kärki, E., Pulli, R., Käkelä, R., Salomäki, R. & Virtanen, L. Helsingin yliopiston kirjasto. Helsinki. 3. painos tai <http://vesa.lib.helsinki.fi/ysa/>

LIITETAULUKOT

Liitetaulukko 1. Tutkimusaikana osastolla olleet ja tutkimukseen osallistuneet potilaat osastoittain (n, %)

Osasto	Sairaansijat	Tutkimusaikana hoidetut potilaat	Jaetut kyselyt	Vastanneet	Vastanneet hoidetuista potilaista	Vastanneet jaetuista lomakkeista
		n	n	n	%	%
2A	21	70	24	20	29	83
2B	24	78	27	18 (1 hyl)	23	66
2C	30	113	34	31	27	91
2G	31	198	35	24 (1hyl)	12	69
3B	12	55	14	5	9	36
3C	26	98	29	13	13	45
7	12	56 (22os +34 pkl)	14	14	25	100
9	20	58	23	23 (1hyl)	40	100
Yhteensä	176	726 (692 os+34 pkl)	200	148 (3hyl)	20	74

(Kyselyt osastoille jaettiin kaavalla $(200 / 176) \times$ osaston sairaansijat)

Liitetaulukko 2. Tutkimukseen osallistunut hoitohenkilökunta osastoittain (n, %)

Osasto	Hoitohenkilökunnan lukumäärä osastolla tutkimusaikana	Kyselyyn vastanneet	Vastausprosentti
	n	n	%
2A	19	17	89
2B	21	20	95
2C	20	18	90
2G	28	21	75
3B	12	10	83
3C	21	18	86
7	15	14	93
9	15	15	100
Yhteensä	151	133	88

Liitetaulukko 3. Työskentelyaika terveydenhuoltoalalla osastoittain (n, %) (n= 133)

Osasto	Työskentelyaika terveydenhuoltoalalla											
	alle2 v		2-5 v		6-10 v		11-20 v		yli 20 v		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
7	1	7	2	14	4	29	0	0	7	50	14	100
9	0	0	1	7	1	7	2	12	11	74	15	100
2A	1	6	3	17	1	6	3	17	9	54	17	100
2B	2	10	4	20	4	20	3	15	7	35	20	100
2C	2	11	2	11	3	17	4	22	7	39	18	100
2G	3	14	5	24	5	24	4	19	4	19	21	100
3B	0	0	0	0	1	10	1	10	8	80	10	100
3C	0	0	0	0	3	17	6	33	9	50	18	100
Yhteensä	9	7	17	13	22	17	23	17	62	46	133	100

Liitetaulukko 4. Työskentelyaika nykyisellä osastolla osastoittain (n, %) (n=130)

Osasto	Työaika nykyisellä osastolla											
	alle2 v		2-5 v		6-10 v		11-20 v		yli 20 v		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
7	3	21	11	79	0	0	0	0	0	0	14	100
9	2	13	5	33	3	21	0	0	5	33	15	100
2A	2	12	6	38	0	0	5	31	3	19	16	100
2B	7	37	3	16	6	31	3	16	0	0	19	100
2C	3	18	7	41	4	23	2	12	1	6	17	100
2G	6	28	6	28	5	24	4	20	0	0	21	100
3B	1	10	5	50	3	30	1	10	0	0	10	100
3C	1	6	2	11	3	17	6	33	6	33	18	100
Yhteensä	25	19	45	35	24	18	21	16	15	12	130	100

Liitetaulukko 5. Seitsemän faktorin ratkaisu yksilövastuisten hoitotyön sisällöstä, lataukset, selitys %, kommunaliteetti, (pääkomponentti menetelmä, Varimax rotaatio) (n= 133)

Muuttujat	Faktorit							Kommu- naliteetti	Selitys- osuus %
	1	2	3	4	5	6	7		
Faktori 1: Osastonhoitajan rooli									18,7
Oh:n toiminta tukee työtäni omahoitajana	,781							,67	
Oh tukee minua koulutuksen hankkimisessa	,765							,66	
Oh valvoo ht:n tot ja hoidon laatua	,717							,59	
Saan työstäni kiitosta esimiehiltäni	,662							,60	
Oh johtaa hoitotyötä osastolla	,656							,52	
Voin turvautua oh:n apuun tarvittaessa	,623							,52	
Saan palautetta työstäni kollegoiltani	,470							,44	
Oh osallistuu potilaan hoitamiseen	,396							,40	
Faktori 2: Potilaskeskeinen hoito									8,1
Pot. osallistuvat omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin		,675						,56	
Arvioin ht:tä yhdessä pot. kanssa		,598						,45	
Minulla on aikaa paneutua pot. hoitoon		,574						,47	
Tunnen hyvin potilaani		,556						,48	
Teen hoitosuunnitelmaa potilaan kanssa		,544						,48	
Huomioin pot. toiveet päiv. ht:ssä		,541						,49	
Hoitosuunnitelma ohjaa toimintaani ht:ssä		,538						,40	
Yhteensovitan pot. toiveet muiden kanssa		,514						,52	
Pot. ovat tietoisia hoitoonsa liittyvistä asioista		,504						,33	
Annan tietoa potilaalle hänen tilanteestaan		,449						,42	
Faktori 3: Vastuullisuus									5,6
Pot. tietävät, milloin olen työssä			,722					,64	
Vastaan potilaan hoidosta koko hoitojakson			,679					,51	
Vastaan pot. hoidosta 24 h / vrk			,651					,47	
Tullessani työhön hankin pot. tietoa oma-aloitteisesti			,644					,50	
Laadin hs:n vapaapäivieni ajaksi			,586					,52	
Pot. tietää, kuka hoitaa häntä, kun olen poissa			,494					,47	
Vastaan potilaani hoidosta vain työvuoroni ajan			-,485					,44	
Hoidan joka työvuorossa omia potilaitani			,454					,47	

Liitetaulukko 5 jatkuu...

Liitetaulukko 5 jatkuu...

[illegible]

Liitetaulukko 6. Faktorianalyysiratkaisu yksilöllisen hoidon kokemuksesta, selitys %, lataukset kommunaliteetti, (pääkomponentti menetelmä, Oblimin rotaatio) (n= 99)

Muuttujat	Faktorit				Kommunaliteetti	Selitysosuus %
	1	2	3	4		
Faktori 1. Jatkuvuus						33,1
Sain selkeät kotihoito-ohjeet	,828				,77	
Minulta kysyttiin mielipidettä hoidostani	,739				,63	
Kerrottiin, miten toimia ongelmatilanteissa	,708				,68	
Hoitoani arvioitiin yhdessä minun kanssani	,588				,70	
Puolestani otettiin yhteyttä eri ammatti ryhmiin	,549				,48	
						12,0
Faktori 2. Tasavertaisuus						
Voin ilmaista mielipiteeni hoidostani		,803			,74	
Halusin sanoa mielipiteeni hoidostani		,750			,65	
Toivomukseni huomioitiin		,689			,59	
Sain osallistua päätöksentekoon hoidossani		,618			,46	
Minua tuettiin päätöksissäni		,450			,48	
Faktori 3. Joustavuus ja oikea-aikaisuus						7,9
Minulle oli riittävästi aikaa			,771		,64	
Hoitajat työskentelivät kiireettömästi			,724		,57	
Sain yhdenmukaista tietoa			,653		,67	
Hoitajat kysyivät vointiani			,641		,49	
Hoitajat olivat selvillä voinnistani			,555		,59	
Faktori 4. Osallistuminen omaan hoitoon						7,1
Sain tietoa voidakseni osallistua hoidon suunnitteluun				,750	,59	
Halutessani omaiseni otettiin mukaan hoitoon				,677	,48	
Kysyttiin tottumuksiani				,617	,58	
Sain osallistua hoitoni suunnitteluun				,549	,59	
Kokonaisselitysaste %						60,2

Liitetaulukko 7. Mahdollisuus valita itse omat potilaat (n, %)

Voin itse valita potilaani	Osaston hoitotyön malli									
	Ryhmätyö malli		Yksilövastui- nen malli		Tiimi-malli		Yhd. malli (tiimi/ryhmä+yvh)		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eri mieltä	4	40	18	35	33	65	6	30	61	46
Samaa mieltä	6	60	33	65	18	35	14	70	71	54
Yhteensä	10	100	51	100	51	100	20	100	132	100

Liitetaulukko 8. Kiitos työstä esimiehen antamana (n, %)

Saan työstäni kiitosta esimiehiltäni	n	%	Kumulatiivinen %
Täysin eri mieltä	7	5	5
Lähes eri mieltä	37	28	33
Lähes samaa mieltä	64	49	82
Täysin samaa mieltä	24	18	100
Yhteensä	132	100	

Liitetaulukko 9. Palaute kollegoilta (n, %)

Saan palautetta työstäni kollegoiltani	n	%	Kumulatiivinen %
Täysin eri mieltä	3	2	2
Lähes eri mieltä	33	25	27
Lähes samaa mieltä	77	58	86
Täysin samaa mieltä	19	15	100
Yhteensä	132	100	

Liitetaulukko 10. Summamuuttujan ”osallistuminen hoitoon” osioiden suorat jakaumat vähennettynä ne, jotka eivät halunneetkaan osallistua (n, %)

Hoitoon osallistumista kuvaavat väittämät	Eri mieltä		Samaa mieltä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
Sain osallistua hoidon suunnitteluun	26	28	68	72	94	100
Jokapäiväisiä tottumuksiani kysyttiin	40	32	84	68	124	100
Sain tietoa voidakseni osallistua hoidon suunnitteluun	22	18	103	82	125	100
Omaiseni otettiin mukaan hoitoon halutessani	27	37	45	34	63	100

LIITTEET

Liite 1

Asia	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN MAARIT KALASNIEMI / LEENA KUIVALAINEN / ARJA RYHÄNEN
Päätös ja sen perustelut	Maarit Kalasniemi, Leena Kuivalainen ja Arja Ryhänen anovat tutkimuslupaa seurantatutkimukselle hoitotyön toteutumisesta operatiivisen hoitotyön alueella. Tutkimus on tarkoitus tehdä koko operatiivisen alueen hoitohenkilökunnalle ja 210 potilaalle. Myönnän tutkimusluvan hoitotyön henkilökunnan osalta. Tutkimuksen toteuttamisaika sovitaan myöhemmin.
Lain, asetuksen tai kunnallisen säännön kohta, johon päätös perustuu	Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän johtosääntö 10 §
Allekirjoitus ja virka-asema	 Kerttu Martikainen ylihoitaja

Asia	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN MAARIT KALASNIEMI / LEENA KUIVALAINEN / ARJA RYHÄNEN
Päätös ja sen perustelut	<i>(Mikäli asian ratkaisu tapahtuu esittelystä, tähän merkitään myös esittelijän nimi ja päätösehdotus)</i> Maarit Kalasniemi, Leena Kuivalainen ja Arja Ryhänen anovat tutkimuslupaa seurantatutkimukselle hoitotyön toteutumisesta operatiivisen hoitotyön alueella. Tutkimus on tarkoitus tehdä syyskuun 2004 aikana ja se tehdään koko operatiivisen alueen hoitohenkilökunnalle ja 210 potilaalle. Myönnän tutkimusluvan korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikan potilaiden osalta.
Lain, asetuksen tai kunnallisen säännön kohta, johon päätös perustuu	Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän johtosääntö 10 §
Allekirjoitus ja virka-asema	 Markku Terävä, ylilääkäri
Oikaisuvaatimus oikeus	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä jäsenkunta ja sen jäsen.

TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN / MAARIT KALASNIEMI, LEENA KUIVALAINEN, ARJA RYHÄNEN

Yksihenkilöisen viranomaisen päätöspöytäkirja

Asia	Maarit Kalasniemi, Leena Kuivalainen ja Arja Ryhänen anovat tutkimuslupaa seurantatutkimukselle hoitotyön toteutumisesta operatiivisen hoitotyön alueella. Tutkimus on tarkoitus tehdä syyskuun 2004 aikana ja se tehdään koko operatiivisen alueen hoitohenkilökunnalle ja 210 potilaalle.
Päätös ja sen perustelut	Myönnän tutkimusluvan silmätautien klinikan potilaiden osalta Maarit Kalasniemelle Leena Kuivalaiselle ja Arja Ryhäselle.
Lain, asetuksen tai kunnallisen säännön kohta, johon päätös perustuu	Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän johtosääntö 10 §
Allekirjoitus ja virka-asema	 Matti Kontkanen ylilääkäri
Oikaisuvaat-	<i>Päätökseen tutustumään voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen</i>

Asia	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN MAARIT KALASNIEMI / LEENA KUIVALAINEN / ARJA RYHÄNEN
Päätös ja sen perustelut	<i>(Mikäli asian ratkaisu tapahtuu esittelystä, tähän merkitään myös esittelijän nimi ja päätösehdotus)</i> Maarit Kalasniemi, Leena Kuivalainen ja Arja Ryhänen anovat tutkimuslupaa seurantatutkimukselle hoitotyön toteutumisesta operatiivisen hoitotyön alueella. Tutkimus on tarkoitus tehdä syyskuun 2004 aikana ja se tehdään koko operatiivisen alueen hoitohenkilökunnalle ja 210 potilaalle. Myönnän tutkimusluvan naistentautien ja synnytysten klinikan potilaiden osalta.
Lain, asetuksen tai kunnallisen säännön kohta, johon päätös perustuu	Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän johtosääntö 10 §
Allekirjoitus ja virka-asema	 Minna Kauko, ylilääkäri
Oikaisuvaat-	<i>Päätökseen tutustumään voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen</i>

Asia	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN MAARIT KALASNIEMI / LEENA KUIVALAINEN / ARJA RYHÄNEN
Päätös ja sen perustelut	<i>(Mikäli asian ratkaisu tapahtuu esittelystä, tähän merkitään myös esittelijän nimi ja päätösehdotus)</i> Maarit Kalasniemi, Leena Kuivalainen ja Arja Ryhänen anovat tutkimuslupaa seurantalutkimukselle hoitotyön toteutumisesta operatiivisen hoitotyön alueella. Tutkimus on tarkoitus tehdä syyskuun 2004 aikana ja se tehdään koko operatiivisen alueen hoitohenkilökunnalle ja 210 potilaalle. Myönnän tutkimusluvan kirurgisten potilaiden osalta.
Lain, asetuksen tai kunnallisen säännön kohta, johon päätös perustuu	Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän johtosääntö 10 §
Allekirjoitus ja virka-asema	 Risto Huttunen, ylilääkäri
Oikaisuvaatimusoikeus	<i>Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä jäsenkunta ja sen jäsen.</i>
Oikaisuvaatimusviranomainen	<i>Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite</i> Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallitus Tikkamäentie 16 80210 Joensuu

Hyvä kollega

Tällä kyselyllä tutkimme yksilövastuisen hoitotyön toteutumista sairaalassamme. Haluamme selvittää tämän hetkisen tilanteen osastollasi. Yksilövastuista hoitotyötä tehdään eri osastoilla erilaisilla toimintaedellytyksillä ja toteutus on sen vuoksi jokaisella omanlaisensa. Tämä tutkimus on jatkoa aikaisemmin tehdylle tutkimukselle. Omahoitajalla tarkoitamme tässä kyselyssä omasairaanhoidajaa, omakätilöä tai korvaavana hoitajana toimivaa perushoitajaa / lastenhoitajaa. Tässä kyselyssä hoidolla tarkoitamme hoitohenkilökunnan antamaa hoitoa.

Kysely on vapaaehtoinen, vastaukset käsittelemme nimettöminä eikä henkilöllisyytesi tule esille missään vaiheessa.

Tehtävän toimeksi saaneena

Maarit Kalasniemi
TtM, sairaanhoitaja
os2B

Leena Kuivalainen
THM, sairaanhoitaja
os2B

Arja Ryhänen
THM, sairaanhoitaja
os2B

KYSELYLOMAKE HOITOHENKILÖKUNNALLE

©Maarit Kalasniemi, Leena Kuivalainen, Arja Ryhänen

Vastausohje: Vastaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä yksi vaihtoehto tai kirjoittamalla vastauksesi sille varattuun tyhjään tilaan.

1. Ikäsi _____ vuotta

2. Ammatillinen koulutuksesi

1. sairaanhoitaja
2. kätilö
3. perushoitaja
4. lastenhoitaja
5. mielenterveyshoitaja
6. muu, mikä? _____

3. Kuinka kauan olet työskennellyt terveydenhoitoalalla valmistumisesi jälkeen?
_____ vuotta

4. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisellä osastollasi? _____ vuotta

5. Millä osastolla työskentelet? _____

6. Onko osastollasi mielestäsi selkeästi sovittua hoitotyön toimintamallia?

1. tehtäväkeskeinen toimintamalli
2. ryhmätyömalli
3. moduli - malli
4. yksilövastuinen hoitotyön malli
5. tiimi - malli
6. muu, mikä? _____

7 Onko yksilövastuinen hoitotyö pääasiassa

1. toimintamalli
2. filosofia
3. sekä toimintamalli että filosofia
4. muu, mikä? _____

8. Osastollasi omana hoitajana toimii

1. sairaanhoitaja
2. kätilö
3. perushoitaja
4. lastenhoitaja
5. työpari, mikä? _____
6. muu, mikä? _____

Vastausohje: Vastaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä yksi vaihtoehto

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
9. Tunnen hyvin potilaani	4	3	2	1
10. Teen hoitosuunnitelmaa yhdessä potilaan kanssa	4	3	2	1
11. Annan potilaalle tietoa hänen tilanteestaan	4	3	2	1
12. Arvioin hoitotyötä yhdessä potilaan kanssa	4	3	2	1
13. Työni perustuu hoitotyön suunnitelmaan	4	3	2	1
14. Huomion potilaan toiveet päivittäisessä hoitotyössä	4	3	2	1
15. Potilaani voivat osallistua omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin	4	3	2	1
16. Potilaani ovat tietoisia hoitoonsa liittyvistä asioista	4	3	2	1
17. Potilaani tietävät, milloin olen työssä	4	3	2	1
18. Laadin hoitotyön suunnitelman potilaalleni vapaapäivieni ajaksi	4	3	2	1
19. Tiedotan potilaani tilanteesta muille hoitoon osallistuville	4	3	2	1
20. Olen tarvittaessa yhteydessä potilaitteni omaisiin	4	3	2	1
21. Yhteen sovitan potilaani hoidon muiden potilaan hoitoon osallistuvien kanssa (esim. fysioterapeutti, sos.hoitaja, psyk.hoitaja)	4	3	2	1
22. Kerron potilaani toivomuksista muille hoitoon osallistuville	4	3	2	1

Vastausohje: Vastaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä yksi vaihtoehto

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
23. Vastaan potilaani hoidosta koko potilaan hoitojakson ajan	4	3	2	1
24. Pidän ammatilliset tietoni ajan tasalla	4	3	2	1
25. Minulla on aikaa paneutua potilaani hoitoon	4	3	2	1
26. Potilaani tietää, kuka hoitaa häntä, kun en ole paikalla	4	3	2	1
27. Vastaan potilaani hoidosta vain työvuoroni ajan	4	3	2	1
28. Ryhmän / tiimin vastaava hoitaja vastaa potilaani hoitotyöstä	4	3	2	1
29. Työssäni voin riittävästi käyttää kykyjäni ja taitojani	4	3	2	1
30. Työni on esimieheni määräysten toteuttamista	4	3	2	1
31. Tiedän toimivaltani	4	3	2	1
32. Tiedän, mistä vastaan työssäni	4	3	2	1
33. Voin itse suunnitella omaa työtäni	4	3	2	1
34. Voin turvautua osastonhoitajan apuun aina tarvittaessa	4	3	2	1
35. Teen itsenäisesti potilaan hoitotyöhön liittyviä päätöksiä	4	3	2	1
36. Työssäni on mahdollista oppia uutta	4	3	2	1
37. Työni on yksitoikkoista	4	3	2	1

Vastausohje: Vastaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä yksi vaihtoehto

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
38. Nautin työstäni	4	3	2	1
39. Työni on osatehtävien suorittamista	4	3	2	1
40. Vastaan potilaani hoidosta 24 h vuorokaudessa	4	3	2	1
41. Saan työstäni kiitosta esimiehiltäni	4	3	2	1
42. Hoidan joka työvuorossa omia potilaitani	4	3	2	1
43. Voin itse valita omat potilaani	4	3	2	1
44. Arvostan työtovereitteni työtä	4	3	2	1
45. Ongelmatilanteissa voin kysyä neu- voa kollegoiltani	4	3	2	1
46. Osastonhoitaja on hoitotyön johtaja osastolla	4	3	2	1
47. Osastonhoitaja tukee minua koulutuksen hankkimisessa	4	3	2	1
48. Osastonhoitaja vastaa siitä, että osaston hoidonlaatu säilyy sovitulla tasolla	4	3	2	1
49. Osastonhoitajan toiminta tukee työtäni omahoitajana	4	3	2	1
50. Osastonhoitaja osallistuu potilaan hoitamiseen	4	3	2	1
51. Työvuoroni mahdollistavat omahoitajana toimimisen	4	3	2	1
52. Saan palautetta työstäni kollegoiltani	4	3	2	1

53. Miten tyytyväinen olet mahdollisuuksiisi saada työpaikkakoulutusta ammattitaitosi ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi

1. Erittäin tyytyväinen
2. Melko tyytyväinen
3. Melko tyytymätön
4. Erittäin tyytymätön

54. Kuinka monta kertaa olet ollut viimeksi kuluneen vuoden aikana talon sisäisessä toimipaikkakoulutuksessa

1. En lainkaan
2. 1-2 kertaa
3. 3-5 kertaa
4. 6-10 kertaa
5. 11 kertaa tai useammin

55. Kuinka monta kertaa olet ollut viimeksi kuluneen vuoden aikana täydennyskoulutuksessa sairaalan ulkopuolella

1. En lainkaan
2. 1-2 kertaa
3. 3-5 kertaa
4. 6-10 kertaa
5. 11 kertaa tai useammin
6. En hakeudu koulutuksiin

56. Miten yksilövastuinen hoitotyö toteutuu käytännössä osastollasi?

Kiitos vastauksestasi!

Liite 3**ARVOISA VASTAAJA**

Kehitämme hoitotyötä voidaksemme paremmin vastata hoidon tarpeisiinne. Tällä kyselyllä haluamme selvittää, missä määrin olemme tähän tavoitteeseen päässeet.

Tämä kysely koskee viimeisintä hoitojaksoa sairaalassamme. Toivomme teidän vastaavan seuraaviin kysymyksiin ja palauttavan lomakkeen täytettynä oheisessa kirjekuoressa viimeistään viikon kuluessa (postimaksu maksettu). Tässä kyselyssä omahoitajalla tarkoitamme teille nimettyä omasairaanhoidtajaa ja / tai omaperushoitajaa tai omakätilöä. Hoitajat voivat työskennellä myös omahoitajaparina. Tässä kyselyssä hoidolla tarkoitetaan eriasteisten hoitajien antamaa hoitoa.

Kysely on vapaaehtoinen ja vastaukset käsitellään nimettöminä eikä henkilöllisyytenne tule esille missään vaiheessa. Toivomme teidän vastaavan tähän kyselyyn, sillä antamanne tiedot ovat meille tärkeitä hoitotyön kehittämiseksi.

Maarit Kalasniemi
TtM, sairaanhoitaja
os2B

Leena Kuivalainen
THM, sairaanhoitaja
os2B

Arja Ryhänen
THM, sairaanhoitaja
os2B

© Maarit Kalasniemi, Leena Kuivalainen, Arja Ryhänen

KYSELYLOMAKE POTILAALLE

Vastausohje: Vastatkaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä yksi vaihtoehto tai kirjoittamalla vastauksenne sille varattuun tyhjään tilaan.

1. SUKUPUOLENNE

1. Nainen
2. Mies

2. IKÄNNE _____ vuotta

3. SIVIILISÄÄTYNNE

1. naimaton
2. naimisissa / avoliitossa
3. eronnut
4. leski

4. AMMATTINNE TAI ENTINEN AMMATTINNE

5. KOULUTUKSENNE

1. Ei ammattikoulutusta
2. Ammattikoulu tai ammattikurssi
3. Opistotason koulutus
4. Korkeakoulututkinto
5. Muu, mikä? _____

6. OLETTEKO TÄLLÄ HETKELLÄ

1. Työelämässä
2. Työtön
3. Opiskelija
4. Eläkkeellä
5. Muu, mikä? _____

7. OLIN SAIRAALASSA YHTEENSÄ _____ VRK

8. MILLÄ OSASTOLLA OLITTE HOIDOSSA? OSASTO: _____

9. MIKSI OLITTE NYT HOIDOSSA SAIRAALASSA

1. kutsuttuna leikkauksessa
2. päivystys potilaana leikkauksessa
3. päivystys potilaana hoidossa / tutkimuksissa
4. kutsuttuna hoidossa / tutkimuksissa
5. synnytyksen / raskauden takia
6. muusta syystä, mistä? _____

Vastausohje: Vastatkaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä yksi vaihtoehto

10. MILLAISEKSI KOETTE TERVEYDENTILANNE TÄLLÄ HETKELLÄ?

1. erittäin huono
2. huono
3. melko huono
4. melko hyvä
5. hyvä
6. erittäin hyvä

11. OLIKO TEILLÄ OMAHOITAJA OSASTOLLA OLLESSANNE?

1. kyllä
2. ei
3. en halunnut
4. en tiedä

Jos teillä ei ollut omaa hoitajaa, voitte jatkaa kyselyyn vastaamista siirtymällä suoraan kysymykseen numero 32.

12. JOS TEILLÄ OLI OMAHOITAJA, MILLOIN HÄNET TEILLE NIMETTIIN?

1. tulopäivänä
2. toisena hoitopäivänä
3. muulloin, milloin? _____

13. SAIN TIEDON OMAHOITAJASTANI

1. suullisesti omahoitajan itsensä kertomana
2. kirjallisena
3. suullisesti ja kirjallisesti
4. muuten, miten _____

KERROTTIINKO TEILLE, ETTÄ OMAHOITAJA

	Kyllä	Ei	En tiedä
14. antaa tietoa hoitoon liittyvissä asioissa	2	1	0
15. tekee kanssanne hoitotyön suunnitelmaa	2	1	0
16. ohjaa ja neuvoo	2	1	0
17. tarvittaessa auttaa päivittäisissä toimissa	2	1	0
18. tukee teitä ja omaisianne sairauden eri vaiheissa	2	1	0
19. ottaa tarvittaessa yhteyttä muihin ammattiryhmiin	2	1	0
20. suunnittelee kanssanne kotiutukseen ja jatkohoitoon liittyvät asiat	2	1	0

Vastausohje: Vastatkaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä yksi vaihtoehto

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
OMAHOITAJANI				
21. hyväksyi minut sellaisena kuin olen	4	3	2	1
22. oli myötätuntoinen	4	3	2	1
23. oli vastuuntuntoinen	4	3	2	1
24. oli luottamusta herättävä	4	3	2	1
25. oli ammattitaitoinen	4	3	2	1
26. suhtautui asioihini vakavasti	4	3	2	1
27. työskenteli hoitotilanteissa taitavasti	4	3	2	1
28. antoi minulle riittävästi aikaa	4	3	2	1

29. ARVIOITTEKO OMAHOITAJANNE KANSSA HOITOANNE?

1. aina
2. melkein aina
3. joskus
4. ei koskaan

30. TIESITTEKÖ, MILLOIN OMAHOITAJANNE OLI TYÖVUOROSSA

1. aina
2. melkein aina
3. joskus
4. en koskaan

31. MITÄ HYÖTYÄ TEILLE OLI OMAHOITAJASTA?

Vastausohje: Vastatkaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä yksi vaihtoehto

ARVIOIKAA ALLA OLEVIENTÄÄMIEN AVULLA, MITEN SEURAAVAT ASIAT TOTEUTUIVAT PÄIVITTÄISESSÄ HOIDOSSANNE.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Asia ei koske minua/ en halunnut
32. Sain osallistua päivittäisen hoitoni suunnitteluun	4	3	2	1	0
33. Minulta kysyttiin jokapäiväisiä tottumuksiani	4	3	2	1	0
34. Toivomukseni huomioitiin hoidon aikana	4	3	2	1	0
35. Hoitajilla oli minulle riittävästi aikaa	4	3	2	1	0
36. Minua tuettiin hoitoani koskevissa päätöksissä	4	3	2	1	0
37. Sain osallistua päätöksentekoon perushoitooni liittyvissä asioissa (esim. pesut)	4	3	2	1	0
38. Halusin sanoa mielipiteeni hoitoani koskevissa asioissa	4	3	2	1	0
39. Sain tietoa voidakseni osallistua hoitoni suunnitteluun	4	3	2	1	0
40. Halutessani omaiseni otettiin mukaan hoitoni suunnitteluun	4	3	2	1	0
41. Minua hoitavat henkilöt olivat selvillä voinnistani koko ajan	4	3	2	1	0
42. Puolestani otettiin tarvittaessa yhteyttä eri ammatti-ihmisiin	4	3	2	1	0
43. Sain selkeät kotihoito-ohjeet	4	3	2	1	0
44. Minulle kerrottiin, miten toimia kotona ongelmatilanteissa	4	3	2	1	0

Vastausohje: Vastatkaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä yksi vaihtoehto

**ARVIOIKAA SEURAAVIEN VÄITTÄMIEN AVULLA HOITAJANNE /
HOITAJIENNE TOIMINTAA SAIRAALASSA OLOKSEN AIKANA**

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Asia ei koske minua / en halunnut
45. Hoitajat työskentelivät kiireettömästi	4	3	2	1	0
46. Hoitajat kysyivät päivittäin vointiani	4	3	2	1	0
47. Voin ilmaista mielipiteeni hoidostani	4	3	2	1	0
48. Sain kaikilta hoitooni osallistuvilta yhdenmukaista tietoa	4	3	2	1	0
49. Hoitoani arvioitiin yhdessä minun kanssani	4	3	2	1	0
50. Minulta kysyttiin mielipidettäni hoidostani lähtiessäni sairaalasta	4	3	2	1	0
51. Eri hoitopaikat (esim. terveys- keskus, poliklinikka) toimivat joustavasti yhdessä hoitoni aikana	4	3	2	1	0
52. Tiesin, miten jatkohoitoni on järjestetty	4	3	2	1	0

**53. MINKÄ ARVOSANAN ASTEIKOLLA 4 -10 ANTAISITTE
HENKILÖKUNNALLE HOIDOSTANNE?**

1. omahoitajalle_____ 2. muille hoitajille_____3. osaston muulle
henkilökunnalle (fysioterapeutti, sairaala-apulainen) _____

54. MITÄ MUUTA HALUAISITTE SANOA?

Kiitos vastauksestanne!

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja
ISSN 1236-1836

- 1993:1 Kaija Pakarinen
Yksilövastuisen hoitotyön kehittämisohjelma sisätautien vastuualueella Pohjois-Karjalan keskussairaалassa
ISBN 952-9793-00-6
- 1993:2 Minna Räsänen
Ravitsemushoitotutkimus Pohjois-Karjalan keskussairaалassa
ISBN 952-9793-01-4
- 1994:3 Vesa-Pekka Taskinen, Anneli Apo, Sari Ilvonen, Pirkko Jokinen, Mikko Lohilahti, Veijo Nevalainen, Pirjo Nykänen, Markku Pekurinen, Päivi Sotti
Arviointitutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumalliin siirtymisen vaikutuksista Pohjois-Karjalassa
ISBN 952-9793-02-2
- 1994:4 Anneli Apo, Kaija Nuutinen, Arja Heikkurinen-Olsson, Pirkko Jokinen, Marja Kekarainen, Satu Salminen, Vesa-Pekka Taskinen
Omaistutkimus: osatutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumalliin siirtymisen vaikutuksista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä
ISBN 952-9793-03-0
- 1994:5 Veijo Nevalainen
Potilastutkimus: sairaalapotilaita koskeva osatutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumalliin siirtymisen vaikutuksista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä
ISBN 952-9793-04-9
- 1994:6 Raimo Arpo, Kalervo Kivimäki
Tutkimus kuntoutuskodeista kotiutetuista potilaista
ISBN 952-9793-05-7
- 1994:7 Sari Ilvonen, Pirjo Nykänen, Mikko Lohilahti
Henkilöstötutkimus: osatutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumalliin siirtymisen vaikutuksista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä
ISBN 952-9793-06-5
- 1994:8 Markku Pekurinen, Pirkko Jokinen
Kunta- ja yksikötutkimus: osatutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumalliin siirtymisen vaikutuksista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä
ISBN 952-9793-07-3
- 1995:9 Kaija Nuutinen, Anneli Apo, Veijo Nevalainen
Omaistutkimus: osatutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumalliin siirtymisen vaikutuksista: seurantatutkimus
ISBN 952-9793-08-1
- 1995:10 Kaija Nuutinen, Anneli Apo, Veijo Nevalainen
Potilastutkimus: osatutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumalliin siirtymisen vaikutuksista: seurantatutkimus
ISBN 952-9793-09-X
- 1995:11 Pirjo Nykänen, Mikko Lohilahti
Henkilöstötutkimus: osatutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumalliin siirtymisen vaikutuksista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä: seurantatutkimus
ISBN 952-9793-10-3
- 1995:12 Markku Pekurinen, Pirkko Jokinen, Jarmo Lappalainen
Kunta- ja yksikötutkimus: osatutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumalliin vaikutuksista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä: seurantatutkimus
ISBN 952-9793-11-1

- 1996:13 Pirkko Jokinen, Vesa-Pekka Taskinen
Arviointitutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumalliin siirtymisen vaikutuksista Pohjois-Karjalassa 1993 - 1994
ISBN 952-9793-12-X
- 1996:14 Paula Lahdenperä, Risto Moilanen [toim.]
Vimmaus, pammaus, hinnaus ja hallaus: käyttäytymishäiriöisten lasten lastenpsykiatrisen hoidon kehittämisprojektin loppuraportti
ISBN 952-9793-13-8
- 1996:15 Risto Moilanen
Käytöshäiriöisen lapsen traumaattisten kokemusten jäsentyminen koppahoitoryhmässä
ISBN 952-9793-14-6
- 1997:16 Anu Burman, Laila Hiltunen, Jukka Karjalainen, Sirkka Lehikoinen, Kirsti Sainola-Rodriguez, Riitta Sallinen, Sari Savolainen
Hoitotyön suunnitelman käyttöönoton vaikutuksia Paiholan sairaalassa
ISBN 952-9793-15-4
- 1997: 17 Pirjo Puhakka
Sairaanhoitajien ja kättilöiden käsitykset vastuullisen päätöksenteon edellytyksistä hoitotyössä
ISBN: 952-9793-16-2
- 1997: 18 Leena Kuivalainen, Arja Ryhänen
Unen häiriintyminen - potilaan nukkuminen sairaalassa
ISBN: 952-9793-17-0
- 1997: 19 Raija Savolainen, Toini Vänskä, Liisa Torssonen
Hoitotyön vastuu ja työnjako erikoissairaanhoidon lyhytaikaishoidossa ja kunnan lähipalveluissa: syöpäpotilaan kivunhoito: loppuraportti 1995 - 1997
ISBN: 952-9793-18-9
- 1997: 20 Eija Hirvonen, Ritva Kortelainen, Tarja Lehikoinen, Eija Mantsinen, Sirkka Miettinen, Tarja Ovaskainen, Seija Piironen, Eila Räsänen, Liisa Saukkola [projektityöryhmä]
Lonkkamurtumapotilaan hoitovastuu hoitotyön näkökulmasta: loppuraportti
ISBN: 952-9793-19-7
- 1997: 21 Kirsti Sainola-Rodriguez
"Avohoitoa mahdollisimman pitkään" – Kokemuksia perinteisestä vastaanottotyöstä ja akuuttityöryhmien toiminnasta psykiatrisessa avohoidossa
ISBN: 952-9793-20-0
- 1997: 22 Raili Koistinen, Eila Kärkkäinen, Seija Mikkonen, Saara Nevalainen, Eija Oinonen
Hoitotyön valtakunnallinen kehittämisprojekti 1994 – 1997: Osaprojekti: Hoitotyön vastuu ja työnjako erikoissairaanhoidon lyhytaikaishoidossa ja kunnan lähipalveluissa
ISBN: 952-9793-21-9
- 2000: 23 Sirkka Lehikoinen, Impi Laitinen, Anne Halme, Sinikka Mononen, Mikko Raudaskoski, Riitta Sallinen, Marko Piitulainen, Jukka Karjalainen, Kirsti Sainola-Rodriguez
Hoitotyö näkyväksi kirjaamisen avulla: Hoitotyön prosessin kirjaamisen laadun ja sen eettisyyden ja ammatillisuuden arviointia kirjallisissa hoitotyön suunnitelmissa Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimintayksikössä
ISBN: 952-9793-22-7
- 2000: 24 Arja Ryhänen, Maarit Koponen, Ulla Laukkanen
Kirurgisen potilaan kotiutuminen: Laatuvaatimuksen tuloskriteerien mittaaminen
ISBN: 952-9793-23-5

- 2000: 25 Pirkko Jokinen, Pirkko Keskisärkkä, Pekka Ropponen [toim.]
Matkalla Ithakaan: Mielekäs elämä -projektin kirjoituskilpailun satoa
ISBN: 952-9793-24-3
- 2000: 26 Sirkka Lehikoinen, Marjatta Seppänen
Humanismia vai ekonomiaa terveydenhuollossa: Fenomenografis –
fenomenologinen tutkimus tuloksellisuusvaatimusten ristiriidoista
ISBN: 952-9793-25-1
- 2000: 27 Marjatta Haapaniemi, Laila Hiltunen
Ammatillinen yhteistyö muuttuvassa sairaalaorganisaatiossa: Kyselytutkimus
sairaanhoitajille
ISBN: 952-9793-26-X
- 2000: 28 Irma Ahokas-Kukkonen, Jaana Pantsari
Tietotekniikan alueellinen verkostoituminen: Henkilöstön asennoituminen
terveydenhuollon tietoteknologiaan Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueella
ISBN: 952-9793-27-8
- 2000: 29 Sari Tarvainen
Fysioterapian palveluketjun toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä
ISBN: 952-9793-28-6
- 2000: 30 Maija Heikura, Pirjo Ketonen, Tuija Laukkanen
Ravitsemushoidon laadun arviointi Pohjois-Karjalan keskussairaalassa ja
Paiholan sairaalassa: peruskartoitus v. 1998
ISBN: 952-9793-29-4
- 2001: 31 Hanna-Mari Tähtinen
Lastenpsykiatrisen osastohoidon tuloksellisuus perheen kokemana
ISBN: 952-9793-30-8
- 2002: 32 Maarit Kalasniemi, Leena Kuivalainen, Arja Ryhänen
Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin
kuntayhtymässä - Mittarin kehittäminen ja testaaminen
ISBN: 952-9793-31-6
- 2002: 33 Ritva Mönkkönen
Dialyysipotilaiden liikuntaneuvonta
ISBN: 952-9793-32-4
- 2004: 34 Eeva Sierla
Lasten ja nuorten mielenterveystyö erikoistuneissa palveluissa Pohjois-Karjalan
sairaanhoitopiirin alueella – asiakkaat ja potilaat vuonna 2002, henkilöstö
vuonna 2003
ISBN: 952-9793-33-2
- 2005: 35 Arja Ryhänen
Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen: seurantatutkimus operatiivisen
hoitotyön alueella
ISBN: 952-9793-34-0