Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja 2/2007

YKSILÖVASTUISEN HOITOTYÖN TOTEUTUMINEN POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄSSÄ
– seurantatutkimus

Arja Ryhänen

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
Operatiivisen hoitotyön palveluyksikkö
Joensuu 2006

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
Pohjois-Karjalan keskussairaala, Tieteellinen kirjasto
Tikkamäentie 16
80210 JOENSUU

ISBN: 978-952-9793-40-2 (nid.)
ISBN: 978-952-9793-41-9 (pdf)
ISSN: 1796–2714

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

Joensuu 2007

POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄN JULKAISUJA
No 2/2007

KUVAILULEHTI
Julkaisun laji:
Alkuperäisjulkaisut

Tekijät
Ryhänen Arja THM

Julkaisun nimi
Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä – seurantatutkimus

ISSN: 1796–2714	ISBN: 978-952-9793-40-2 (nid.) ISBN: 978-952-9793-41-9 (pdf)	Kokonaissivumäärä: 117

Toimintayksikkö:
Operatiivinen hoitotyön palveluyksikkö

Tiivistelmä:
Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata yksilövastuisen hoitotyön toteutumista Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä potilaiden ja hoitajien arvioimana. Tarkoituksena on myös verrata yksilövastuisen hoitotyön toteutumista vuonna 2002 ja 2005 tehtyihin tutkimuksiin.

Tutkimukseen osallistuivat 6.2.2006 – 19.3.2006 operatiivisten, konservatiivisten ja psykiatristen osastojen hoidossa olleet potilaat (yhteensä 3079 potilasta). Näistä potilaista otettiin harkinnanvarainen otos. Tutkimusaineisto käsitti 500 potilasta, lomakkeiden palautusprosentti oli 65 %. Myös kyseisten osastojen hoitohenkilökunta osallistui tutkimukseen. Hoitohenkilökuntaa oli kyseisillä osastoilla tutkimusaikana työssä 526, joista kyselyyn vastasi 377, vastausprosentti oli näin 72 %. Molemmat aineistot kerättiin edellisiä tutkimuksia varten kehitetyillä strukturoiduilla kyselylomakkeilla. Aineisto analysoitiin SPSS for Windows 13.0 tilasto-ohjelmalla. Aineistot analysoitiin käyttäen frekvenssi – ja prosenttijakaumia ja ristiintaulukointia sekä riippuvuuksien testaamiseen χ^2- ja Kruskal-Wallisin testiä. Faktorianalyysin perusteella tehtiin summamuuttujat aineistojen tiivistämiseksi.

Hoitohenkilökunnasta 48 % sanoi työskentelevänsä yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan, tiimimallin mukaan työskenteli 35 % tutkituista. Osastoista 38 %:lla oli samanaikaisesti käytössä vähintään 3 eri toimintamallia. Omahoitaja oli 60 % potilaista; 13 % potilaista ei tiennyt oliko heillä omahoitaja vai ei. Yksilövastuinen hoitotyön malli mahdollisti parhaiten potilaan osallistumisen hoitoonsa, hoidon potilaskeskeisyyden ja jatkuvuuden. Myös hoitajien arvioimana potilaskeskeisyys, vastuullisuus ja itsenäisyys toteutuivat parhaiten yksilövastuisessa mallissa. Yksilövastuisen hoitotyön edellyttämä vastuu ei toteutunut, sillä vain 25 % hoitajista sanoi vastaavansa potilaan hoidosta 24h /vrk, 52 % vastasi potilaan hoidosta vain työvuoronsa ajan (15 % hoitajista ei osannut sanoa mielipidettään asiaan). Verrattaessa tulosta vuonna 2002 ja vuonna 2005 tehtyihin tutkimuksiin, hoitajien ilmoittama hoidon jatkuvuus / koordinointi oli pysynyt ennallaan, muut osa-alueet olivat huonontuneet. Potilaan osallistuminen hoitoonsa oli parantunut verrattuna vuoteen 2005, muut osa-alueet olivat hieman huonontuneet. Potilaat arvioivat hoitajat nyt kiireisemmiksi kuin vuosina 2002 ja 2005; lähes puolet hoitajista (49 %) vastasi myös heillä olevan liikaa työtä.

Yksilövastuisen 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 mitta-asteikkoa täytyy vielä hioa ja joitakin käsitteitä selventää. Myös hoitajien mittarin mitta-asteikkoa täytyy vielä muokata; samoin jotkut käsitteet tarvitsevat vielä kehittämistä.

Avainsanat: yksilövastuinen hoitotyö, omahoitajajärjestelmä, mittarit, yksilöllinen hoito

Julkaisija
Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
Tikkamäentie 16
80210 JOENSUU

Tilausosoite
Pohjois-Karjalan keskussairaala
Tieteellinen kirjasto
Tikkamäentie 16
80210 JOENSUU
Puh. 013 171 2045, Faksi. 013 171 2595
S-posti. kirjastopalvelut@pkssk.fi

JULKAISUN LAJI

Alkuperäisjulkaisut

Selvitykset, raportit ja mietinnöt

Audiovisuaaliset tuotteet

Esipuhe

Vuonna 2002 tehtiin Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä operatiivisella ja konservatiivisella alueella ja kahdella psykiatrisella osastolla yksilövastuisen hoitotyön toteutumista selvittävä tutkimus sekä potilaiden että hoitajien näkökulmasta. Vuonna 2005 sama tutkimus tehtiin operatiivisella alueella. Tavoitteena oli myös mittarin kehittäminen mittaamaan hoidon laatua ja yksilövastuisen hoitotyön toteutumista. Mittareita muutettiin molempien mittauksen perusteella ja tällä tutkimuksella on tarkoitus testata muutettuja mittareita ja samalla selvittää yksilövastuisen hoitotyön toteutumista Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä operatiivisella, konservatiivisella ja psykiatrian alueella.

Kiitän TtM Heli Sivosta avusta aineiston keräämisessä. Erityisesti kiitän TtT Leena Kuivalaista avusta aineiston tallennuksessa ja johtopäätösten teossa. Olemme yhdessä hänen kanssaan pohtineet tulosta ja sen perusteella tehneet taas muutoksia mittareihin. Kiitos elokuussa eläkkeelle jääneelle ylihoitaja Kerttu Martikaiselle; hän on mahdollistanut tämän tutkimuksen tekemisen. Haluan kiittää myös hallintoylihoitaja Pirkko Keskisärkkää kannustavasta tuesta ja mielenkiinnosta tutkimusta kohtaan. Lopuksi kiitän sihteeri Tarja Kareista teknisestä tuesta ja hyvistä neuvoista kirjoitusprosessin aikana.

Joensuussa 30.11.2006
Arja Ryhänen

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO 5
2. TUTKIMUKSEN TAUSTAA 7
2.1 Keskeiset käsitteet 7
2.2 Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen 11
3. TUTKIMUSKYSYMYKSET 18
4. TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS 18
4.1 Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset 18
4.2 Tutkimusaineisto ja sen keruu 18
4.3 Vastaajien taustatiedot 19
4.3.1 Potilaan taustatiedot 19
4.3.2 Hoitajien taustatiedot 21
4.4 Mittarin laadinta 21
4.5 Mittarin luotettavuus 24
4.6 Aineiston analyysi 26
4.6.1 Hoitajien aineisto 27
4.6.2 Potilaiden aineisto 28
5. TUTKIMUKSEN TULOKSET 30
5.1 Hoitajien kyselyn tulokset 30
5.1.1 Osaston toimintamalli 30
5.1.2 Hoitotyön periaatteet 32
5.1.2.1 Potilaskeskeisyys 32
5.1.2.2 Itsenäisyys 35
5.1.2.3 Vastuullisuus 36
5.1.2.4 Jatkuvuus / koordinointi 38
5.1.3 Edellytykset yksilövastuisen hoitotyön toteuttamiseen 40
5.1.4 Osastonhoitajan rooli yksilövastuisessa hoitotyössä 42
5.1.5 Koulutus 43
5.1.6 Hoitajien näkemyksiä yksilövastuisesta hoitotyöstä omalla osastolla 45
5.2 Potilaiden kyselyn tulokset 49
5.2.1 Tietoisuus omahoitajasta 49
5.2.2 Omahoitajan tehtävät 50
5.2.3 Yhteistyösuhde ja omahoitajan ominaisuudet 51
5.2.4 Omahoitajan merkitys 52
5.2.5 Yksilöllisyyden kokeminen 53
5.2.5.1 Osallistuminen omaan hoitoon 54
5.2.5.2 Hoidon joustavuus 56
5.2.5.3 Hoidon jatkuvuus 57
5.2.5.4 Potilaskeskeisyys 58
5.2.5.5 Hoidon oikea-aikaisuus 59
5.2.6. Arvio hoidosta 61
5.2.7 Potilaiden vastaukset avoimeen kysymykseen 61
6. TULOKSEN VERTAILUA EDELLISEEN TUTKIMUKSEEN 64
6.1 Hoitajien aineisto 66
6.2 Potilaiden aineisto 68
7. POHDINTA 70
7.1 Tulosten luotettavuus 70
7.2 Tulosten tarkastelua 71

7.2.1 Hoitotyön malli 71
7.2.2 Hoitotyön periaatteet ja niiden toteutuminen 74
7.2.2.1 Potilaskeskeisyys ja osallistuminen omaan hoitoon hoitajien ja potilaiden arvioimana 74
7.2.2.2 Hoidon jatkuvuus, joustavuus ja oikea-aikaisuus hoitajien ja potilaiden arvioimana 77
7.2.2.3 Itsenäisyys / vastuullisuus hoitajien arvioimana 78
7.2.3 Yksilövastuisen hoitotyön edellytykset 81
7.2.3.1 Osastonhoitajan rooli 82
7.2.4 Yhteistyösuhde ja omahoitajan ominaisuudet 84
7.2.5 Keskeiset päätelmät 85
LÄHTEET 90
LIITETAULUKOT 95
LIITTEET 101

1. JOHDANTO

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän strategiassa on tavoitteena toteuttaa potilaskeskeistä hoitoa ja parantaa hoidon laatua (P-Kshp:n strategia 2004). Yksilövastuinen hoitotyö on nähty yhtenä keinona tämän päämäärän saavuttamiseksi (vrt. Räikkönen & Perälä 2003). Hoitotyön palveluyksiköiden tavoitteet omahoitajien toteutumisasteesta vuonna 2006 vaihtelevat 75 %- 80 % välillä. Yksilövastuisen hoitotyön (primary nursing) sanotaan kirjallisuuden mukaan tarkoittavan toisaalta hoitotyön organisointitapaa ja toisaalta filosofista toimintaperiaatetta. Yksilövastuinen hoitotyö organisointitapana merkitsee sitä, että osaston organisaatiossa nimetään potilaille heidän hoitotyöstään vastuussa oleva hoitotyöntekijä. Filosofisena toimintaperiaatteena yksilövastuisessa hoitotyössä sanotaan korostuvan seuraavat periaatteet: potilaskeskeisyys, hoidon jatkuvuus, kattavuus ja hoidon sekä 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 liitetyt filosofiset piirteet ovat hoitotyön yleisiä filosofisia lähtökohtia (mm. ihmisen ainutlaatuisuus, ihmisarvo, yksilön vapaus) ja yksilövastuinen hoitotyö on toimintamalli, joka parhaiten mahdollistaa inhimillisen, potilaskeskeisen (patient centerd) hoitotyön toteuttamisen. (Pontin 1999.)

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 tulleensa hoidetuksi yksilönä ja kohdatuksi tasavertaisena sekä kokea saaneensa osallistua hoitoaan koskeviin päätöksiin. Potilaan pitäisi myös kokea, että hoito on ollut joustavaa ja oikea-aikaista ja hänen pitäisi myös 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 ja vuonna

2005 tehtiin uusintamittaus operatiivisen hoitotyön alueella. Tämän tutkimuksen jälkeen mittareita taas muokattiin ja tällä tutkimuksella testataan näitä korjattuja mittareita.

Pilottitutkimuksen mukaan (vuonna 2002) yksilövastuinen hoitotyö oli Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä kehitysvaiheessa. Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet olivat hoitohenkilökunnan tiedossa, potilaskeskeisyys toteutui, mutta hoitotyön itsenäisyys ja vastuullisuus eivät täysin toteutuneet yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden mukaan. Monella osastolla oli käytössä useita erilaisia hoitotyön toimintamalleja, joten joko osastoilla ei ollut yhteisesti sovittua toimintamallia tai sitten hoitajat eivät tienneet sitä tai halunneet sitä noudattaa. Vuonna 2005 operatiivisella alueella oli käytössä kaksi päätoimintamallia: tiimimalli ja yksilövastuinen malli, mutta puolella osastoista oli edelleen käytössä vähintään kolme eri toimintamallia. Vuonna 2002 noin puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista vastasi, että heillä oli omahoitaja; potilaat eivät kuitenkaan tienneet mitä omahoitaja tekee. Vuonna 2005 42 % potilaista sanoi heillä olleen omahoitajan ja lisäksi potilasta 26 % ei tiennyt, oliko heillä omahoitaja vai ei. Vuonna 2005 potilaat tiesivät omahoitajan tehtävät paremmin kuin vuonna 2002. 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 potilaista ei ollut voinut osallistua hoitonsa suunnitteluun (vuonna 2005 38 % potilaista ei ollut voinut osallistua hoitonsa suunnitteluun, tosin 16 % potilaista ei halunnutkaan osallistua). Molemmilla tutkimuskerroilla ne potilaat, joilla oli oma hoitaja, kokivat voivansa osallistua paremmin oman hoitonsa suunnitteluun; heidän toivomuksensa myös huomioitiin paremmin hoidon aikana. Sekä potilaat että hoitajat pitävät yksilövastuista hoitotyötä hyvänä toimintamallina. Potilaiden mukaan omahoitaja lisäsi turvallisuuden tunnetta, hoidon jatkuvuutta ja antoi paremmin tietoa. Yksilövastuisen toimintamallin mukaan toimivat hoitajat kokivat työnsä vastuullisemmaksi ja itsenäisemmäksi kuin muiden mallien mukaan toimivat. Kaikki potilaskeskeisen hoidon osa-alueet toteutuivat paremmin, kun potilaalla oli omahoitaja. Hoitotyön vastuullisuus ei toteutunut yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden mukaan; vuonna 2005 korostui erityisesti hoitajien halu työvuorokohtaiseen vastuuseen. (Kalasniemi ym. 2002, Kalasniemi ym. 2004, Ryhänen 2005.)

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. Hoitotyössä yksilöllisyys on keskeinen käsite. Yksilöllisyyden kunnioittaminen edellyttää, että hoitajalla on herkkyyttä havaita ne inhimilliset tarpeet, jotka ovat omaleimaisia juuri tietylle potilaalle. Yksilöllisyyttä tuetaan tunnustamalla jokaisen potilaan erilainen tapa osallistua, kokea ja reagoida hoitoon. (Suhonen 2002.) Hoitajilla on myös moraalinen velvollisuus kunnioittaa hoidettaviensa yksilöllisyyttä ja ainutkertaisuutta (Suhonen ym. 2005).

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, Suhonen ym. 2005). 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, Suhonen ym. 2005).

”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, Kylävalli 1995, Ritter-Teitel 2002, Sellick ym. 2003, Drach-Zahavy 2004). Kirjastojen käyttämässä yleisessä asiasanastossa ohjataan käyttämään hakuterminä

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, Kylävalli 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, Ritter-Teitel 2002.)

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, Ritter-Teitel 2002, Drach-Zahavy 2004.)

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, Ritter-Teitel 2002.) 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. On myös tutkimuksia, joissa sairaanhoitajat eivät ole olleet valmiita ottamaan vastuuta vastaan, mutta ovat valittaneet autonomian puutetta.(Krause 1994, 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. Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys oikeuttaa organisaatiossa hänet tiettyyn asemaan, johon liittyy kiinteästi toimivalta. Sairaanhoitajan toimintaoikeus perustuu Suomessa lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559). Sairaanhoitajan toimintaa koskevat lait ja asetukset (mm.28.6.1994/564) antavat sairaanhoitajalle vallan, mutta eivät täsmällisesti määrittele sairaanhoitajan 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 ottamisen välillä. (Perälä 1989, Steven 1999, Wade 1999, Ritter-Teitel 2002.) 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, Ritter-Teitel 2002.)

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. Kommunikaatioon 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, Kylävalli 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 tulleensa 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, Kylävalli 1995.)

Yhteenvetona voi todeta, että yksilövastuisen 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 aikaa 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, Kylävalli 1995, Ritter-Teitel 2002, 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. Hoitotyössä käytetyn toimintamallin on näin katsottu antavan viitteitä hoitotyön käytännön kehittyneisyydestä, hoitotyöntekijöiden ammatillisuudesta ja hoitotyön toiminnasta. (Murtola 1993, Wade 1999, Ritter-Teitel 2002.) Sairaanhoitajien vähentyessä ja terveydenhuollon kustannusten noustessa on viime vuosikymmenenä otettu käyttöön ensin USA:ssa ja nyt myös meillä Suomessa tiimityön malli (care and service team model), jossa pyritään yhdistämään yksilövastuinen hoitotyö ja ryhmätyö. Tiimityössä työskennellään moniammatillisessa työryhmässä, minkä johtajana on koulutettu sairaanhoitaja (Mäkisalo 2002, Ritter-Teitel 2002).

Yksilövastuista hoitotyötä on tutkittu yleisimmin hoitohenkilökunnan, potilaiden ja organisaation näkökulmasta. Näiden tutkimusten tulokset ovat olleet ristiriitaisia. (Gardner 1991, Harkila 1991, Boumans ym. 1996, 1999, 2005, Nissen ym. 1997, Mäkinen ym. 2003, Ritter-Teitel 2002, Drach-Zahavy 2004.) Joidenkin tutkimusten mukaan yksilövastuisesti 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, Suhonen ym. 2005.) Erään tutkimuksen mukaan psykiatrisella osastolla potilaita eristettiin vähemmän aikaa, kun sairaalassa noudatettiin potilaskeskeistä hoitotyötä (Sullivan ym. 2004). 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, Boumans ym. 2005.) On myös joitakin tutkimuksia, joissa yksilövastuisen hoitotyön on todettu vähentävän kustannuksia (Kangas 1994, Rittel-Teitel 2002).

Omahoitajakäytännön on todettu lisäävän hoitotyöntekijöiden tyytyväisyyttä työhönsä. Yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan työskentelevät hoitajat työskentelivät vastuullisemmin, hoitajien vaihtuvuus osastolla oli pienenpää, 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, Ritter-Teitel 2002, Kalasniemi ym. 2002, 2004, Mäkinen ym. 2003, Sellick ym. 2003, Berkhout ym. 2004, Ryhänen 2005.). 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, Boumans ym. 2005, Drach-Zahavy 2004, Kivimäki ym. 2004.)

Yksilövastuinen hoitotyö oli USA:ssa vallitseva organisaatiomalli vielä 1980-luvulle tultaessa. Terveydenhuollon 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. (Bislimi & Suominen 2002, Ritter-Teitel 2002, Tiedeman & Lookinland 2004.)

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. Tiimityön ongelmaksi on nähty sairaanhoitajan joutuminen kauemmas potilaasta. Muut tiimin jäsenet siirtävät myös kokonaisvastuun potilaasta tiimin johtajalle tai vastuu hämärtyy niin, että kukaan ei ota kokonaisvastuuta potilaasta. Ongelmia on myös hoidon jatkuvuudessa. Lisäksi asiantuntijasairaanhoitajien käyttäminen tiimin konsultteina hämärtää edelleen kokonaisvastuuta potilaasta. Usein on myös vaikeaa löytää riittävän kokenutta sairaanhoitajaa tiimin johtajaksi ja vähemmän koulutetut ovat alisteisessa asemassa tiimin johtajaan nähden. Haittoina on myös pidetty hoidon pirstoutuneisuutta, lisääntynyttä raportointia ja kommunikaatiota. (Bislimi & Suominen 2002, Ritter-Teitel 2002, Mäkinen ym. 2003, Kivimäki ym. 2004, Tiedeman & Lookinland 2004). Suomessa tiimityöskentely on nähty yksilövastuisen hoitotyön tukirakenteena. Mäkisalon (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 luojana 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, Krause 1994, Pukuri 1997, Paasovaara 2000, Koivuselkä ym. 2002, Drach-Zahavy 2004, Berkhout ym. 2004, Boumans ym. 2005.) Israelilaisen tutkimuksen mukaan yksilövastuinen hoitotyö toteutui käytännössä parhaiten, kun sairaanhoitajat saivat halutessaan tukea osastonhoitajiltaan. Jos sairaanhoitajat kokivat tukea hakiessaan, että he olivat häiriöksi, heidän ammattitaitonsa ei ollut riittävä ja / tai heille tuli muita riittämättömyyden tunteita, heidät torjuttiin tai he kokivat itsenäisyyden menettämisen uhkaa, sitä huonommin yksilövastuinen hoitotyö toteutui. (Drach-Zahavy 2004.)

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 myös 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, Boumans ym. 2005.)

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 ja puutteellista johdon tukea. 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, Ahonen 2005, Ristolainen & Sarajärvi 2006.)

Useimmiten yksilövastuisen hoitotyön toteuttamista vaikeuttaviksi tekijöiksi mainittiin kiire, liian vähäinen henkilökunnan määrä, osastolla ylipaikoilla hoidettavat potilaat, moniportainen ammatillinen rakenne, henkilökunnan suuri vaihtuvuus ja jatkuvasti vaihtuvat sijaiset, yleensä jatkuvat muutokset toiminnassa ja riittämätön johtajan tuki. Yksilövastuisen hoitotyön toteutumista edisti puolestaan pieni osasto, sairaanhoitajien suuri osuus hoitohenkilökunnasta, pysyvät työsuhteet, hoitajan saama tuki niin kollegoiltaan kuin esimiehiltään, työyksikön kehitysmyönteinen 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 haluakaan 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 aluesairaalaa, näiden kirurgian ja sisätautien osastot, yhteensä 26 osastoa). Taustamuuttujina olivat ikä, sukupuoli, työsuhteen laatu (vakinainen / sijainen) ja kesto, osastojen paikkaluku, henkilökunnan määrä ja koulutusaste. (Mäkinen ym. 2003.)

Yhteenvetona 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, Suhonen ym. 2005). Yksilövastuinen hoitotyön malli antaa tähän ehkä parhaimmat ympäristön ja organisaation taholta tulevat puitteet (van Servellen 1988, Suhonen 1997, Ritter-Teitel 2002). USA:ssa on todettu, että sairaanhoitajat hakeutuvat töihin sellaisiin sairaaloihin, missä he voivat työskennellä itsenäisesti ja vastuullisesti ja missä toimii kollegiaalinen yhteistyö lääkärien kanssa (Ritter-Teitel 2002). 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; myös kannustava ja tukeva työyksikön ilmapiiri on tärkeä. 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 sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä potilaiden ja hoitohenkilökunnan arvioimana. Kyseessä on seurantatutkimus vuonna 2002 ja operatiivisella alueella vuonna 2005 tehdyille tutkimuksille. Tarkoitus on myös testata kehitettyjä mittareita.

Tutkimustehtävät olivat:

1. Miten yksilövastuinen hoitotyö toteutuu Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä hoitajien arvioimana?
2. Miten yksilövastuinen hoitotyö toteutuu Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymäsä potilaiden arvioimana?
3. Miten yksilövastuinen hoitotyö toteutuu Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä hoitajien ja potilaiden arvioimana verrattuna vuosina 2002 ja 2005 tehtyihin tutkimuksiin?

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 johtajaylilääkäriltä. (Liite 1).

4.2 Tutkimusaineisto ja sen keruu

Tutkimusaineisto kerättiin Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän operatiivisten osastojen (2A, 2B, 2C, 2G, 3B, 3C, 7 ja 9), konservatiivisten osastojen (1A, 1B, 1G, 3A, 4, 5, 6 ja 8) sekä psykiatristen osastojen (nuorisopsykiatria, 51, 52, 53, 54, 55, 56 ja 57) hoitohenkilökunnalta ja näillä osastoilla hoidossa olleilta potilailta sekä teho-osaston hoitohenkilökunnalta 6.2 - 19.3 2006 välisenä aikana. Kyselylomake jaettiin kaikille edellä mainittujen osastojen hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilökunta palautti lomakkeet suljetussa kirjekuoressa tutkijalle. Tutkimusaikana näillä osastoilla yli 1 vuorokauden hoidossa olleista potilaista otettiin harkinnanvarainen otos (n=500). 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 3079 potilasta, joten tutkimukseen osallistui 16 prosenttia hoidossa olleista potilaista; näistä 11 % vastasi kyselyyn. Hoitohenkilökuntaa oli tutkimusaikana työssä 530. Hoitajat palauttivat 377 vastausta, joten vastausprosentti oli 71 %. Konservatiivisten osastojen hoitajien vastausprosentti oli 75 %, operatiivisten osastojen hoitajien 74 % ja psykiatristen osastojen hoitajien vastausprosentti oli 67 %. Potilaat palauttivat jaetuista 500 lomakkeista 325 lomaketta, palautusprosentti oli näin 65%. Aineiston analyysivaiheessa hylättiin 9 potilaan vastaukset, koska ne olivat täytetty puutteellisesti, joten 316 potilaan vastaukset olivat mukana analyysissa. Konservatiivisten osastojen potilaiden vastusprosentti oli 71 %, operatiivisten osastojen 70 % ja psykiatristen osastojen potilaiden vastausprosentti oli 46 %. (Liitetaulukko 1 ja 2.)

4.3 Vastaajien taustatiedot

4.3.1 Potilaan taustatiedot

Potilaista 57 % oli naisia. Tutkittavien ikä vaihteli 14 – 94 vuoden välillä (keskiarvo 52,08 v). Enemmistö tutkittavista (58 %) oli naimisissa tai avoliitossa. Ammattikoulusta ei ollut 34 % vastaajista, kouluasteen ammattitutkinto oli 35 % ja opistoasteen tutkinto oli 19 % vastaajista. Akateeminen tutkinto oli 7 % tutkittavista. Tutkittavien enemmistö oli eläkkeellä (54 %), työssä oli 30 %. Potilaat olivat sairaalassa keskimäärin 21 vrk (vv 1- 632 vrk); konservatiivisilla ja operatiivisilla osastoilla sairaalassa oloaika oli keskimäärin 5,6 vrk (vv 1-62) ja psykiatrisilla osastoilla 92,2 vrk (vv 2- 632 vrk). Kun sairaalassaoloaika luokiteltiin, potilaista 44 % sijoittui kahteen ensimmäiseen luokkaan (välille 1 – 4 päivää). Tutkittavat olivat sairaalassa useimmiten päivystyspotilaana hoidossa (35 %). Potilaat olivat yhtä usein kutsuttuna leikkauksessa (26 %) tai kutsuttuna hoidossa (26 %). Terveydentilansa tutkittavat ilmoittivat olevan kohtalainen tai melko hyvä (asteikolla 1 ”erittäin huono” – 7 ”erittäin hyvä” keskiarvo oli 4,55). (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Potilaiden taustatiedot (n=316)

Taustamuuttuja	n	%		Taustamuuttuja	n	%
Sukupuoli				**Siviilisääty**		
Nainen	179	57		Naimaton	59	19
Mies	134	42		Naimisissa / avoliitossa	183	58
Tieto puuttuu	3	1		Eronnut	36	11
				Leski	36	11
				Tieto puuttuu	2	1
Ikä				**Peruskoulutus**		
Alle 30v	52	17		Kansa- / keski- / peruskoulu	250	79
31-50v	77	25		Lukio	64	20
51-60v	67	21		Tieto puuttuu	2	1
61-70v	47	15				
Yli 71v	62	19				
Tieto puuttuu	10	3				
Työssäolo				**Ammatillinen koulutus**		
Työelämässä	94	30		Ei ammattikoulutusta	108	34
Työtön	25	8		Kouluasteen ammattitutkinto	109	35
Opiskelija	24	8		Opistoaste / ammattikorkeakoulu	59	19
Eläkkeellä	172	54		Akateeminen tutkinto	23	7
Tieto puuttuu	1	0		Tieto puuttuu	17	5
Sairaalassa oloaika				**Sairaalassaolon syy**		
1-2 pv	75	24		Kutsuttuna leikkauksessa	82	26
3-4 pv	62	20		Päivystyspotilaana leikkauksessa	13	4
5-6 pv	47	15		Päivystyspotilaana hoidossa	112	35
7-14 pv	44	14		Kutsuttuna hoidossa / tutkimuksessa	83	26
yli 15 pv	49	15		Synnytys / raskaus	21	7
Tieto puuttuu	39	12		Tieto puuttuu	5	2
Terveydentila						
Erittäin huono	3	1				
Huono	13	4				
Melko huono	31	10				
Kohtalainen	110	35				
Melko hyvä	85	27				
Hyvä	61	19				
Erittäin hyvä	11	3				
Tieto puuttuu	2	1				

4.3.2 Hoitajien taustatiedot

Hoitohenkilökunnan keski-ikä oli 42 v (vv 22 v - 60 v). Eniten hoitajia oli ikäluokassa 41 - 50 vuotta (30 %), vähiten tutkittavia oli ikäluokassa alle 30 v (19 %). Vastaajista oli sairaanhoitajia 81 %, kätilöitä 4 % ja perushoitajia/lastenhoitajia/mielenterveyshoitajia oli 15 %. Tutkittavat olivat työskennelleet terveydenhuoltoalalla keskimäärin 14,9 vuotta (vv 0,1 v - 40 v). Eniten tutkittavia oli luokassa yli 20 vuotta (31 %) ja vähiten luokassa alle 2 v (8 %). Tutkittavat olivat työskennelleet nykyisellä osastolla keskimäärin 7,3 vuotta (vv 1 kk–35 v). Tutkittavista enemmistö (33 %) oli työskennellyt nykyisellä osastollaan 2 – 5 vuotta. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Hoitajien taustatiedot (n= 377)

Taustamuuttuja	n	%		Taustamuuttuja	n	%
Ikä				**Ammatti**		
Alle 30 v	72	19		Sairaanhoitaja	304	81
31-40 v	97	26		Kätilö	15	4
41-50 v	113	30		Perushoitaja / lastenhoitaja	29	8
50 v ja yli	88	23		Mielenterveyshoitaja	28	7
Tieto puuttuu	7	2		Tieto puuttuu	1	0
Terveydenhuoltoalalla työskentelyaika				**Nykyisellä osastolla työskentelyaika**		
Alle 2 v	30	8		Alle 2 v	80	21
2-5 v	58	15		2-5 v	126	33
6-10 v	64	17		6-10 v	77	21
11- 20 v	106	28		11- 20 v	59	16
Yli 20 v	116	31		Yli 20 v	24	6
Tieto puuttuu	3	1		Tieto puuttuu	11	3

4.4 Mittarin laadinta

Tämä tutkimus on luonteeltaan poikkileikkaustutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin hoitajilta ja potilailta strukturoidulla kyselylomakkeella (liitteet 2 ja 3). Lomakkeet kehitettiin vuonna 2002 yksilövastuisen hoitotyön toteutumista selvittävää tutkimusta varten. Kyselylomakkeet perustuvat yksilöllistä hoitoa ja yksilövastuista hoitotyötä käsitteleviin hoitotieteellisiin artikkeleihin ja aikaisempiin tutkimustuloksiin. Lomakkeita muokattiin vuoden 2002 tutkimuksen jälkeen ja vuonna 2005 operatiivisella alueella testattiin näitä muutettuja mittareita. Tätä tutkimusta varten mittareita muokattiin edelleen. Tiedonkeruumenetelmäksi valittiin kysely, koska tutkittavien määrät ovat suuret. Mittareita on tarkoitus kehittää edelleen.

Kyselytutkimus on myös helpommin toteutettavissa kuin esimerkiksi haastattelututkimus suuren otoskoon ja resurssien vähäisyyden vuoksi. (Grey 1994, Burns & Grove 1997.)

Potilaan kyselylomake sisälsi 55 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. Terveydentilaa 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 64 kysymystä, joista 63 oli valmiit vastausvaihtoehdot sisältäviä monivalintakysymyksiä, lisäksi mukana oli 1 avoin kysymys. Lomakkeen alussa oli tutkittavien taustamuuttujia selvittäviä kysymyksiä (1-6). Ikä ja työskentelyaika ovat suhdelukuasteikollisia muuttujia. Sukupuolta, ammattia, osastoa ja toimintamallia koskevat kysymykset ovat luokitteluasteikollisia muuttujia. Kysymyksillä 7-12 selvitettiin osaston toimintamallia ja ne ovat luokitteluasteikollisia muuttujia. Muut kysymykset, jotka mittaavat pääasiassa yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutumista, ovat järjestysasteikollisia muuttujia. Kysymyslomakkeen lopussa on yksi avoin kysymys, millä kysyttiin, mitä yksilövastuinen hoitotyö tarkoittaa käytännössä osastollasi. 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		
Tietoisuus omahoitajasta	11, 12, 13	(3)
Omahoitajan tehtävät	14, 15, 16, 17, 18, 19, 20,21,22	(9)
Yhteistyösuhde	23, 24, 25, 26, 27, 28, 29	(7)
Arvio omahoitajasta	30, 31	(2)
Yksilöllisyyden kokeminen		
Oikea-aikaisuus	36, 38, 47, 50	(4)
Osallistuminen omaa hoitoa koskeviin päätöksiin	33, 35, 37,43	(4)
Potilaskeskeisyys	40, 41, 48, 49, 52	(5)
Joustavuus	34, 39, 42, 51	(4)
Jatkuvuus	44, 45, 46, 53, 54	(5)
Arvio hoidosta	32	(1)
Avoin kysymys	55	(1)
Yhteensä kysymyksiä		55

Taulukko 4. Hoitajien mittarin käsitteet ja niitä selvittävät kysymykset

Käsitteet	**Kysymysten numerot**	
Taustatiedot	1, 2, 3, 4,5	(5)
Toimintamalli	6, 7, 8 , 9, 10, 11, 12	(7)
Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet:		
Potilaskeskeinen hoito	13, 15,16, 18, 19, 21, 22, 26, 29, 30, 32, 33	(12)
Vastuullisuus	27, 31, 36, 44, 50	(5)
Itsenäisyys	35, 37, 39, 42, 49, 58, 59, 60	(8)
Jatkuvuus / Koordinointi	17, 20, 23, 24, 25, 28, 34, 47, 48	(9)
Osastonhoitajan rooli yksilövastuisessa hoitotyössä	45, 51, 52, 53, 54, 55, 56	(7)
Edellytykset yksilövastuisen hoitotyön toteuttamiseen	14, 38, 40, 41, 43, 46, 57	(7)
Koulutus	61, 62, 63	(3)
Avoin kysymys	64	(1)
Yhteensä kysymyksiä		64

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 on käytetty 2 kertaa, vuonna 2002 ja vuonna 2005. Molempia mittareita muutettiin molempien mittausten jälkeen. Hoitajien lomakkeeseen lisättiin nyt hoitotyön mallia mittaavat kysymykset 7-12. Hoitajien lomakkeen väittämiä muokattiin edelleen faktorianalyysin perusteella. Joitakin kysymyksiä muokattiin yksiselitteisemmäksi. Hoitajien lomakkeesta poistettiin 10 kysymystä, koska ne latautuivat usealle faktorille: nämä poistetut väittämät kuvasivat potilaan tuntemista, hoitajan toimivaltaa, vastuuta ja työn luonnetta. Tilalle lisättiin 11 kysymystä, jotka kuvasivat potilaiden tiedonsaantia, omahoitajan tehtäviä ja vaikutusmahdollisuuksia, osaston ilmapiiriä ja työn luonnetta. Likert –tyyppisten väittämien asteikko muutettiin 1-4 asteikosta 1-7 asteikoksi. Avoin kysymys ”miten yksilövastuinen hoitotyö toteutuu käytännössä osastollasi” vaihdettiin kysymykseksi ”mitä yksilövastuinen hoitotyö tarkoittaa käytännössä osastollasi”. Potilaiden lomakkeeseen tehtiin myös joitakin tarkennuksia. Ammatin tilalle vaihdettiin kysymys peruskoulutuksesta. Omahoitajan tehtäviin lisättiin 2 kysymystä: keskustelu potilaan hoidon tarpeesta ja potilaan omasta osuudesta toipumiseen. Kysymyksen asteikko myös muutettiin kyllä-ei –asteikosta 0-4 asteikoksi (0=en osaa sanoa, 4=täysin samaa mieltä). Lomakkeeseen lisättiin kysymykset omahoitajan tärkeydestä ja hyödystä sekä potilaan tyytyväisyydestä hoitoon. Potilaan antama arvosana hoidostaan poistettiin, koska sen antama informaatio oli vähäinen. Joitakin väittämiä tarkennettiin ja asteikko muutettiin 0-4 -asteikosta 0-5 -asteikoksi; näin lisättiin väliin neutraali vaihtoehto ”en samaa enkä eri mieltä”.

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 13.0 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 Kruskall - Wallisin yksisuuntaista varianssianalyysiä. Aineiston normaalijakautuneisuutta testattiin Kolmogord-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

Taustamuuttujat luokiteltiin uudestaan. Hoitajien ikä luokiteltiin 4 luokkaan (alle 30 v, 31 v – 40 v, 41 v – 50 v ja yli 51 v). Hoitajien terveydenhuoltoalalla työskentelyaika ja työskentelyaika nykyisellä osastolla luokiteltiin uudelleen 5 luokkaan (alle 2 v, 2 v – 5 v, 6 v – 10 v, 11 v –20 v ja yli 20 v). Hoitajien ilmoittama hoitotyön malli luokiteltiin uudelleen yhdistämällä luokat tehtäväkeskeinen malli sekamalliin ja ryhmä- ja modulimalli tiimimalliin. Muuttujista 7-12 laskettiin toimintamalli-indeksi koodaamalla muuttujat sovitun asteikon mukaan (liite 4) ja laskemalla muuttujasta summamuuttuja. Se luokiteltiin 3 luokaan: 1-6 =1 (tehtäväkeskeinen malli), 7-18=2 (tiimi- / ryhmämalli ja 19-24 =3 (yksilövastuinen malli). Osastot luokiteltiin konservatiiviseen toiminta-alueeseen (osastot 1A, 1B, 1G, 3A, 4, 5, 6 ja 8), operatiiviseen toiminta-alueeseen (osastot 2A, 2B, 2C, 2G, 3B, 3C, 7, 9, 11 ja teho-osasto) ja psykiatriseen toiminta-alueeseen (osastot nuorisopsykiatria, 51, 52, 53, 54, 55, 56 ja 57).

Muuttujajoukon tiivistämiseksi tehtiin eksploratiivinen faktorianalyysi. Analyysiin sisällytettiin muuttujat 13 – 60. Analyysimenetelmänä käytettiin pääkomponenttimenetelmää ja varimax – rotaatiota. Analyysistä poistettiin muuttujat 46 ja 56 huonojen kommunaliteettien perusteella. Faktorianalyysi tehtiin käyttämällä 6 faktorin ratkaisua yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden mukaisesti. Faktorin selitysosuus oli 50,05 % ja faktoreiden lataukset vaihtelivat 0.30 -0.79 välillä. Faktorit nimettiin ja näin muodostettiin summamuuttujat. (Liitetaulukko 3.)

Potilaskeskeistä hoitotyötä kuvaamaan muodostettiin summamuuttuja ”potilaskeskeinen hoitotyö” laskemalla yhteen muuttujat 13, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 26, 29, 30, 32 ja 33 Summamuuttuja sai arvoja 12 – 84 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1 - 12 = 1 (täysin eri mieltä), 13 – 36 = 2 (lähes eri mieltä), 37 – 48 =3 (ei samaa eikä eri mieltä), 49 – 72= 4 (lähes samaa mieltä) ja 73 – 84 = 5 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 5,2 ja alfa 0,90.

Hoitotyön itsenäisyyttä kuvaamaan laadittiin summamuuttuja ”itsenäisyys” laskemalla yhteen muuttujat 35, 37, 39, 42, 49, 58, 59, ja 60. Summamuuttuja ”itsenäisyys” sai arvoja 8 - 56 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1 - 8 = 1 (täysin eri mieltä), 9 - 24 = 2 (lähes eri mieltä), 25 – 32=3 (en samaa enkä eri mieltä), 33 – 48 =4 (lähes samaa mieltä) ja 49- 56 = 5 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 5,4 ja alfa 0.81.

Yksilövastuisen hoitotyön periaatetta vastuullisuus kuvaamaan laadittiin summamuuttuja ”vastuullisuus” laskemalla yhteen muuttujat 27, 31, 44 ja 50. Muuttuja 27 ja 44 käännettiin ensin samansuuntaiseksi muiden osioiden kanssa. Muuttuja 36 latautui tälle faktorille, mutta reliabiliteetti analyysin jälkeen se poistettiin muuttujasta. Vaikka muuttuja 27 latautui faktorianalyysin mukaan faktorille 1 (potilaskeskeinen hoito), niin teorian ja reliabiliteettianalyysin mukaan se sopi tähän faktoriin. Summamuuttuja sai arvoja 4 – 32 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1 - 4 = 1 (täysin eri mieltä), 5 – 11 = 2 (lähes eri mieltä), 12-18 =3 (en samaa enkä eri mieltä), 19- 25= 4 (lähes samaa mieltä) ja 26– 32 =5 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 3,8 ja alfa 0. 61.

Hoidon jatkuvuutta ja koordinointia kuvaamaan laadittiin summamuuttujan ”jatkuvuus / koordinointi” laskemalla yhteen muuttujat 17, 20, 23, 24, 25, 28, 34, 47 ja 48. Summamuuttuja sai arvoja 9 - 63 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1 - 9 = 1 (täysin eri mieltä), 10 - 27 = 2 (lähes eri mieltä), 28 – 36=3 (en samaa enkä eri mieltä), 37 – 54 =4 (lähes samaa mieltä) ja 55-63 = 5 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 6,3 ja alfa 0.85.

Osastonhoitajan roolia yksilövastuisessa hoitotyössä kuvaamaan laadittiin summamuuttuja ”osastonhoitajan rooli” laskemalla yhteen muuttujat 45, 51, 52, 53, 54 ja 55 . Muuttuja sai arvoja 7 – 42 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1- 6= 1 (täysin eri mieltä), 7 – 18 = 2 (lähes eri mieltä), 19 – 24 =3 (en samaa enkä eri mieltä), 25 – 36 =4 (lähes samaa mieltä) ja 37 – 42 = 5 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 4,9 ja alfa 0.86.

Yksilövastuisen hoitotyön edellytysten kuvaamiseksi laadittiin summamuuttujan ”edellytykset” laskemalla yhteen muuttujat 14, 38, 40, 41, 43, ja 57. Muuttujat 40, 41 ja 43 käännettiin ensin samansuuntaiseksi muiden osioiden kanssa. Summamuuttuja sai arvoja 6- 42 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1 - 6 = 1 (täysin eri mieltä), 7 - 18 = 2 (lähes eri mieltä), 19 – 24 =3 (en samaa enkä eri mieltä), 25 – 36 =4 (lähes samaa mieltä) ja 37–42 = 5 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 4,7 ja alfa 0.72.

4.6.2 Potilaiden aineisto

Taustamuuttujat luokiteltiin uudelleen. Potilaiden ikä luokiteltiin 5 luokkaan (alle 30 v, 31 v-50 v, 51 v-60 v, 61 v-70 v ja yli 71 v). Sairaalassa oloaika luokiteltiin 5 luokaan (1-2 pv, 3-4

pv, 5-6 pv ja 7-14 pv yli 15 pv). Terveydentila luokiteltiin uudelleen 3 luokkaan (1= huono, 2 = kohtalainen, 3= hyvä). Kysymys omahoitajasta luokiteltiin uudelleen; luokka 1 (kyllä) pysyi ennallaan ja luokkaan 2 (ei) yhdistettiin luokat 3 (en halunnut) ja 4 (en tiedä). Osastot luokiteltiin konservatiiviseen toiminta-alueeseen (osastot 1A, 1B, 1G, 3A, 4, 5, 6 ja 8), operatiiviseen toiminta-alueeseen (osastot 2A, 2B, 2C, 2G, 3B, 3C, 7 ja 9) ja psykiatriseen toiminta-alueeseen (osastot nuorisopsykiatria, 51, 52, 53, 54, 55, 56 ja 57). Osastot luokiteltiin myös hoitajien ilmoittaman toimintamallin mukaan (kun joku malli oli yli 50 %): yksilövastuinen malli (osastot 1G, 3 B, 3C, 7, nuorisopsykiatria, 51, 53, 54, 55, 56 ja 57), tiimimalli (osastot 1A, 1B, 2A, 2C, 2G, 4, 5 ja 6) ja sekamalli (2B, 3A, 8, 9 ja 52).

Muuttujajoukon tiivistämiseksi tehtiin eksploratiivinen faktorianalyysi. Analyysiin sisällyttiin muuttujat 33 – 54. Käytettiin pääkomponenttimenetelmää ja oblimin – rotaatiota. Näin saatiin 5 faktoria, joiden ominaisarvo oli > yksi. Faktoriratkaisun selitysosuus oli 60,5 % ja faktoreiden lataukset vaihtelivat 0.33 - 0.87 välillä. Faktorit nimettiin ja näiden perusteella tehtiin summamuuttujat. (Liitetaulukko 4.) Summamuuttujia laskettaessa määriteltiin puuttuviksi tiedoiksi ne, joita asia ei koskenut.

Summamuuttuja ”joustavuus” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujat 34, 39, 42 ja 51. Summamuuttuja sai arvoja 4-20 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1- 4 = 1 (täysin eri mieltä), 5-8 = 2 (osittain eri mieltä), 9-12= 3 (en samaa enkä eri mieltä), 13–16 = 4 (osittain samaa mieltä), 17–20 = 5 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 3,9 ja alfa 0,70.

Muodostettiin summamuuttuja ”osallistuminen omaan hoitoon” laskemalla yhteen muuttujat 33, 35, 37 ja 43. Summamuuttuja sai arvoja 4-20 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1- 4 = 1 (täysin eri mieltä), 5-8 = 2 (osittain eri mieltä), 9-12= 3 (en samaa enkä eri mieltä), 13–16 = 4 (osittain samaa mieltä), 17–20 = 5 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan pisteiden keskiarvo oli 3,7 ja alfa 0,80.

Summamuuttuja ”hoidon jatkuvuus” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujat 44, 45, 46, 53 ja 54. Muuttuja sai arvoja 5-25 ja se luokiteltiin uudelleen: 1-5 = 1 (täysin eri mieltä), 6 - 10 = 2 (osittain eri mieltä), 11–15 = 3 (ei samaa eikä eri mieltä), 16–20 = 4 (osittain samaa mieltä) ja 21-25= 5 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 3,8 ja alfa 0,80.

Summamuuttuja ”oikea-aikaisuus” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujat 36, 38, 47 ja 50. Summamuuttuja sai arvoja 4-20 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1- 4 = 1 (täysin eri mieltä), 5-8 = 2 (osittain eri mieltä), 9-12= 3 (en samaa enkä eri mieltä), 13–16 = 4 (osittain samaa mieltä), 17–20 = 5 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 4,2 ja alfa 0,78.

Summamuuttuja ”potilaskeskeisyys” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujat 40, 41, 48, 49 ja 52. Muuttuja sai arvoja 1-25 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1- 5 = 1 (täysin eri mieltä), 6-10 = 2 (osittain eri mieltä), 11–15 = 3 (ei samaa eikä eri mieltä) 16–20 = 4 (osittain samaa mieltä) ja 21-25= 5 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 3,8 ja alfa 0,75

5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Hoitajien kyselyn tulokset

5.1.1 Osaston toimintamalli

Yksilövatuista hoitotyön mallia käyttäviä oli 48 % vastaajista. Tiiminallia käyttäviä oli 35 % ja ryhmä / modulimallia käyttäviä oli 11 %. Sekamallin käyttäjiä (moduli + yvh, tiimi + yvh tai sekoitus kaikkea) oli 6 % kaikista vastaajista. Pelkästään tiimimallia (100 %) käytettiin osasto 1A:lla, 2C:llä, 6:lla ja enemmistönä osasto 1B:llä (81 %), 2A:llä (93 %), 2 G:llä (75 %), 4:llä (65 %) ja 5:llä (93 %). Yksilövastuinen hoitotyön malli oli ainoana työnjakomallina (100 %) osasto 1G:llä, 3C:llä, 7:llä, teholla, nuorisopsykiatrian osastolla, 51:llä ja 55:llä ja enemmistönä osasto 3 B:llä (89 %), 11:lla (75 %), 53:lla (79 %), 56:lla (77 %) ja 57:llä (89 %). 10 osastolla 26:sta toimittiin vähintään kolmen eri mallin tai niiden yhdistelmien mukaan. Ero osastojen kesken toimintamallin käytöstä oli tilastollisesti merkitsevä (df=24, p=,000). (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Osaston hoitotyön malli osastoittain (%), (n=376)

Osasto	Osaston toimintamalli				
	Ryhmä+moduli	Yvh-malli	Tiimi-malli	Sekamalli	Yhteensä
	%	%	%	%	%
1A (n=16)	0	0	100	0	100
1B (n=16)	13	6	81	0	100
1G (n=13)	0	100	0	0	100
2A (n=14)	0	7	93	0	100
2B (n=12)	50	0	33	17	100
2C (n=17)	0	0	100	0	100
2G (n=24)	4	17	75	4	100
3A (n=25)	72	16	4	8	100
3B (n=9)	0	89	0	11	100
3C (n=14)	0	100	0	0	100
4 (n=17)	6	23	65	6	100
5 (n=15)	0	0	93	7	100
6 (n=20)	0	0	100	0	100
7 (n=11)	0	100	0	0	100
8 (n=15)	47	27	13	13	100
9 (n=10)	47	27	13	13	100
11 (n=4)	0	75	25	0	100
Teho (n=32)	0	100	0	0	100
Npsy (n=9)	0	100	0	0	100
51 (n=17)	0	100	0	0	100
52 (n=13)	23	46	0	31	100
53 (n=14)	14	79	0	7	100
54 (n=6)	0	50	17	33	100
55 (n=11)	0	100	0	0	100
56 (n=13)	8	77	0	15	100
57 (n=9)	0	89	0	11	100
Yhteensä	11	48	35	6	100

Kun tiimimalliin yhdistettiin ryhmä- ja modulimalli, oli tiimi / ryhmämallin (46 %) mukaan toimivia lähes yhtä paljon kuin yksilövastuisen mallin (48 %) mukaan toimivia. Sekamallin (erilaisten yhdistelmien) mukaan toimi 6 %. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Hoitajien ilmoittama hoitotyön malli (n, %)

Hoitotyön malli (hoitajat)	n	%
Sekamalli	21	6
Tiimi / ryhmämalli	173	46
Yvh	182	48
Yhteensä	376	100

Toimintamalli-indeksin mukaan yksilövastuisen mallin mukaan toimi 31 % ja tiimi- / ryhmämallin 68 % vastaajista. Yksi henkilö (1%) vastasi toimivansa tehtäväkeskeisen mallin mukaan. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Hoitotyön malli indeksin mukaan (n, %)

Hoitotyön malli (indeksi)	n	%
Tehtäväkeskeinen	1	1
Tiimi / ryhmätyö	244	68
Yvh	113	31
Yhteensä	358	100

Kun hoitajien itsensä ilmoittamaa toimintamallia verrattiin toimintamalli-indeksillä laskettuun malliin, todettiin, että sekamallin toimintamallikseen ilmoittaneista 5 % toimi tehtäväkeskeisen mallin mukaan, 67 % toimi tiimi / ryhmämallin mukaan ja 20 % toimi yksilövastuisen mallin mukaan. Tiimimallin toimintamallikseen ilmoittaneista 90 % toimi tiimi / ryhmämallin mukaan ja 10 % yksilövastuisen mallin mukaan. Yksilövastuisen mallin toimintamallikseen ilmoittaneista 48 % toimi tiimimallin mukaan ja 52 % yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan. Hoitajien itsensä ilmoittaman toimintamallin ja indeksillä lasketun mallin välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero (df =2, p=,000.) (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Hoitajien ilmoittama toimintamalli suhteessa toimintamalli-indeksillä laskettuun malliin, n, % (n= 357)

Ilmoitettu toimintamalli	Toimintamalli indeksin mukaan							
	Tehtäväkeskeinen		Tiimi / ryhmämalli		Yvh		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sekamalli	1	5	14	67	6	29	21	100
Tiimi / ryhmämalli	0	0	146	90	16	10	162	100
Yvh	0	0	83	48	91	52	174	100
Yhteensä	1	1	243	68	113	31	357	100

5.1.2 Hoitotyön periaatteet

5.1.2.1 Potilaskeskeisyys

Summamuuttuja ”potilaskeskeinen hoitotyö” sai arvoja 4,0 – 6,1 (keskiarvo 5,2). Lähes kaikki kysyivät potilaalta hänen hoitoonsa liittyviä toiveitaan ja kertoivat potilaalle, miten hän voi

itse osallistua hoitoonsa. Yksimielisyys vaihteli eniten väittämien ”laadin hoitosuunnitelman vapaapäivieni ajaksi” ja ”teen hoitosuunnitelmaa yhdessä potilaan kanssa” kesken. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Summamuuttujan ”potilaskeskeisyys” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n= 365), ka 5,2, α =0,90

Potilaskeskeisyys	**Keski-arvo**	**Keski-vaihtelu**	**Korrelaatio summaan**	**Alfa, jos osio poistetaan**
Kysyn potilaalta hänen hoit. liittyviä toiveitaan	6,1	1,0	0,6	,90
Keskustelen pot. kanssa sairauteen liitt. tuntemuksista	6,0	1,2	0,6	,90
Kerron potilaalle, miten hän itse voi osallistua hoitoonsa	5,9	1,1	0,6	,90
Kysyn potilaalta, mitä hän haluaa tietää sairaudestaan	5,5	1,3	0,6	,90
Potilaat voivat osallistua omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin.	5,5	1,3	0.5	,90
Potilaani tietävät, milloin olen työssä	5,1	1,6	0,7	,90
Kerron potilaalleni omahoitajan tehtävät	5,1	1,6	0,6	,90
Kysyn potilaalta palautetta hänen hoidostaan	5,0	1,6	0,6	,90
Arvioin hoitotyön toteutumista yhdessä potilaan kanssa	4,9	1,5	0,7	,90
Potilaani tietää, kuka hoitaa, kun en ole paikalla	4,7	1,7	0,6	,90
Teen hoitosuunnitelmaa pot. kanssa	4,2	1,8	0,6	,90
Laadin hoitosuunnitelman vapaapäivieni ajaksi	4,0	1,7	0,5	,90

Muuttujat saivat arvoja 1-7 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Alle 30 -vuotiaat ja 30-40 -vuotiaat hoitajat työskentelivät potilaskeskeisen hoitotyön periaatteen mukaan vähemmän kuin yli 40 -vuotiaat (df=3, p=,000). Terveydenhuoltoalalla alle 5 vuotta työskennelleet toteuttivat potilaskeskeistä hoitoa vähemmän kuin kauemmin työskennelleet; työskentelyajan terveydenhuoltoalalla lisääntyessä myös työskentely potilaskeskeisesti lisääntyi (df=4, p=,013). Osastolla työskentelyajalla ei ollut yhteyttä potilaskeskeisesti toimimiseen.

Mielenterveyshoitajat ja kätilöt toteuttivat potilaskeskeistä hoitotyötä eniten, vähiten sitä toteuttivat perushoitajat / lastenhoitajat (df=3, p=,000). (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Potilaskeskeinen hoidon toteutuminen ammattiryhmittäin (Kruskal-Wallis)

Potilaskeskeinen hoito	Ammatti	N	Ka	Sd	Järjestyspisteet *	Merkitsevyys, χ^2
Summamuuttuja ”potilaskeskeinen hoito”	Sairaanhoitaja	299			176,52	21,249; df:3; p=0,000
	Kätilö	15			207,93	
	Perushoitaja / lastenhoitaja	26			161,98	
	Mielenterveyshoitaja	24			263,29	
Yhteensä		364	4,02	0,63		

*mitä korkeammat järjestyspisteet, sitä paremmin toteutui.

Osastojen kesken oli tilastollisesti merkitsevä ero potilaskeskeisen hoidon toteuttamisessa (df:25, p=0,000). Psykiatrisen hoitotyön alueella potilaskeskeinen hoitotyö toteutui parhaiten; huonoiten se toteutui konservatiivisella hoitotyön alueella (df=2, p=,000). (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Potilaskeskeinen hoidon toteutuminen toiminta-alueittain (Kruskal-Wallis)

Potilaskeskeinen hoito	Toiminta-alue	N	Ka	Sd	Järjestyspisteet *	Merkitsevyys, χ^2
Summamuuttuja ”potilaskeskeinen hoito”	Konservatiivinen	133			155,44	43,591; df:2; p=0,000
	Operatiivinen	144			177,73	
	Psykiatrinen	88			233,29	
Yhteensä		365	4,02	0,63		

*mitä korkeammat järjestyspisteet, sitä paremmin toteutui

Yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan toimivat hoitajat toteuttivat eniten potilaskeskeistä hoitoa; vähiten sitä toteuttivat tiimimallin mukaan toimivat. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Potilaskeskeisen hoidon toteutuminen toimintamalleittain (Kruskal-Wallis)

Itsenäisyys	Toimintamalli	N	Ka	Sd	Järjestyspisteet *	Merkitsevyys, χ^2
Summamuuttuja ”Potilaskeskeinen hoito”	Sekamalli	20			198,00	24,310; df:3; p=0,000
	Ryhmä / moduli	42			160,00	
	Tiimi	126			157,86	
	Yvh	176			203,75	
Yhteensä		364	4,04	0,63		

*mitä korkeammat järjestyspisteet, sitä paremmin toteutui

5.1.2.2 Itsenäisyys

Summamuuttuja ”itsenäisyys” sai arvoja 4,7 – 6,2, keskiarvo oli 5,5. Eniten yksimielisyys vaihteli palautteen antamisessa ja saamisessa . (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Summamuuttujan ”itsenäisyys” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=373), ka 5,5, α=0,81.

Itsenäisyys	**Keski-arvo**	**Keski-vaihtelu**	**Korrelaatio summaan**	**Alfa, jos osio poistetaan**
Työssäni voin riittävästi käyttää tietojani ja taitojani	6,2	1,1	,53	,80
Työni on mielekästä	6,0	1,0	,50	,79
Saan tarvitessani työssäni tukea kollegoiltani	5,8	1,1	,59	,78
Voin tehdä itsenäisesti potilaan hoitotyöhön liittyviä päätöksiä	5,5	1,2	,44	,80
Voin vapaasti ilmaista mielipiteitäni os:lla	5,5	1,4	,57	,78
Voin itse suunnitella omaa työtäni	5,5	1,2	,52	,78
Annan palautetta kollegoilleni heidän työstään	4,7	1,3	,51	,79
Saan palautetta kollegoiltani työstäni	4,7	1,3	,51	,79

Muuttujat saivat arvoja 1-7 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Osastojen kesken oli tilastollisesti merkitsevä ero itsenäisyyden kokemisessa (df:25, p=0,009). Hoitotyön itsenäisyys toteutui parhaiten psykiatrian toiminta-alueella; huonoiten se toteutui konservatiivisella alueella. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Itsenäisyyden kokeminen toiminta-alueittain (Kruskal-Wallis)

Itsenäisyys	Toiminta-alue	N	Ka	Sd	Järjestyspisteet *	Merkitsevyys, χ^2
Summamuuttuja ”Itsenäisyys”	Konservatiivinen	137			171,94	9,278; df:2; p=0,01
	Operatiivinen	145			187,66	
	Psykiatrinen	91			207,12	
Yhteensä		373	4,16	0,52		

*mitä korkeammat järjestyspisteet, sitä paremmin toteutui

Yksilövastuisen toimintamallin mukaan toimivien hoitajien itsenäisyys toteutui parhaiten; huonoiten se toteutui tiimi- / ryhmämallin mukaan toimivilla hoitajilla. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Itsenäisen hoidon toteutuminen toimintamalleittain (Kruskal-Wallis)

Itsenäisyys	Toimintamalli	N	Ka	Sd	Järjestyspisteet *	Merkitsevyys, χ^2
Summamuuttuja ”Itsenäisyys”	sekamalli	20			183,23	7,993; df:2; p=0,01
	Tiimi /ryhmämalli	171			173,86	
	Yvh	181			198,80	
Yhteensä		372	4,16	0,523		

*mitä korkeammat järjestyspisteet, sitä paremmin toteutui

5.1.2.3 Vastuullisuus

Summamuuttaja ”vastuullisuus” sai arvoja 2,9 – 4,9 keskiarvo oli 3,8. Vähiten oltiin samaa mieltä väittämästä ”ryhmän / tiimin vastaava hoitaja vastaa potilaan hoitotyöstä” . (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Summamuuttujan ”vastuullisuus” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=377), ka 3,8, α=0,61.

Vastuullisuus	**Keski-arvo**	**Keski-vaihtelu**	**Korrelaatio summaan**	**Alfa, jos osio poistetaan**
En vastaa potilaani hoitopros. 24 h	4,9	2,0	,46	,49
Vastaan potilaan hoitotyöstä vain työvuoroni ajan	4,4	2,0	,45	,50
En vastaa potilaan hoitotyöstä koko potilaan hoitojaksoa	3,3	1,8	,45	,51
Ryhmän / tiimin vastaava hoitaja vastaa potilaan ht:sta	2,6	1,7	,23	,65

Muuttujat saivat arvoja 1-7 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Vastuullisuus erosi tilastollisesti merkitsevästi iän mukaan siten, että iän noustessa kokemus vastuullisuudesta lisääntyi (df:3, p=0,000). Vastuullisuus oli myös yhteydessä työskentelyaikaan terveydenhuollossa; työskentelyajan lisääntyessä myös kokemus vastuullisuudesta lisääntyi (df:4, p=0,008). Myös osastojen kesken oli eroa vastuullisuuden kokemisessa (df=25, p=0,000). Psykiatrian toiminta-alueella vastuullisuus toteutui parhaiten; huonoiten se toteutui konservatiivisella alueella (taulukko 17).

Taulukko 17. Vastuullisuuden kokeminen toiminta-alueittain (Kruskal-Wallis)

Vastuullisuus	Toiminta-alue	N	Ka	Sd	Järjestyspisteet *	Merkitsevyys, χ^2
Summamuuttuja ”vastuullisuus”	Konservatiivinen	130			206,22	58,445; df:2; p=0,000
	Operatiivinen	139			179,60	
	Psykiatrinen	87			135,32	
Yhteensä		356	2,99	0,81		

*mitä matalammat järjestyspisteet, sitä paremmin toteutui

Yksilövastuisen toimintamallin mukaan työskentelevillä osastoilla vastuullisuus toteutui parhaiten; huonoiten se toteutui tiimimallin mukaan toimivilla osastoilla (taulukko 18).

Taulukko 18. Vastuullisuuden kokeminen toimintamalleittain (Kruskal-Wallis)

Vastuullisuus	Toimintamalli	N	Ka	Sd	Järjestyspisteet *	Merkitsevyys, χ^2
Summamuuttuja ”vastuullisuus”	Sekamalli	18			187,36	60,469; df:3; p=0,000
	Ryhmä / moduli	39			198,58	
	Tiimi	127			223,22	
	Yvh	171			138,74	
Yhteensä		355	2,99	0,81		

*mitä matalammat järjestyspisteet, sitä paremmin toteutui

Tiimi- ja sekamallin mukaan toimivista hoitajista yli 60 % ja ryhmämallin mukaan toimivista hoitajista yli 50 % sanoi vastaavansa potilaan hoitotyöstä vain työvuoronsa ajan; yksilövastuisen mallin mukaan toimivista hoitajista näin vastasi 42 % (df=6, p=0,000). (Taulukko 19.)

Taulukko 19. Työvuorokohtainen vastuu toimintamalleittain (n, %)

Vastaan potilaan hoitotyöstä vain työvuoroni ajan	**Toimintamalli**									
	Sekamalli		Ryhmä / moduli		Tiimi		Yvh		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eri mieltä	5	25	9	22	26	20	82	46	122	33
En osaa sanoa	2	10	9	22	22	17	22	12	55	15
Samaa mieltä	13	65	23	56	81	63	74	42	191	52
Yhteensä	20	100	41	100	129	100	178	100	368	100

Tiimi- ja ryhmämallin mukaan toimivista hoitajista 15 % oli samaa mieltä väittämästä ”vastaan potilaani hoitoprosessista 24h / vrk”; yksilövastuisen- ja sekamallin mukaan toimivista näin vastasi noin kolmannes vastaajista (df=6, p=0,001). (Taulukko 20.)

Taulukko 20. 24h vastuu potilaan hoitoprosessista toimintamalleittain (n, %)

Vastaan potilaani hoitoprosessista 24 h / vrk	**Toimintamalli**									
	Sekamalli		Ryhmä / moduli		Tiimi		Yvh		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eri mieltä	12	60	26	65	96	73	92	51	226	61
En osaa sanoa	1	5	8	20	16	12	28	16	53	14
Samaa mieltä	7	35	6	15	19	15	60	33	92	25
Yhteensä	20	100	40	100	131	100	180	100	371	100

Yksilövastuisen hoitotyön malliin toimivista hoitajista 11 % oli samaa mieltä väittämästä ”tiimin vastaava hoitaja vastaa potilaan hoitotyöstä”; tiimi- ja sekamallin mukaan toimivista hoitajista näin vastasi 22 % ja ryhmä- / modulimallin mukaan toimivista 18 % (df=6, p=0,001). (Taulukko 21.)

Taulukko 21. Tiimin johtajan vastuu toimintamalleittain

Tiimin vastaava hoitaja vastaa pot. hoitotyöstä	**Toimintamalli**									
	Sekamalli		Ryhmä / moduli		Tiimi		Yvh		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eri mieltä	10	56	29	74	75	58	141	81	255	71
En osaa sanoa	4	22	3	8	26	20	14	8	47	13
Samaa mieltä	4	22	7	18	28	22	19	11	58	16
Yhteensä	18	100	39	100	129	100	174	100	360	100

5.1.2.4 Jatkuvuus / koordinointi

Summamuuttuja ”jatkuvuus / koordinointi sai arvoja 5,7 – 6,7 (keskiarvo 6,2). Parhaiten toteutui turvautuminen muihin asiantuntijoihin, jos omat taidot eivät riitä. (Taulukko 22).

Taulukko 22. Summamuuttujan ” jatkuvuus /koordinointi” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=377), ka 6,2, α=0,85.

Jatkuvuus / koordinointi	**Keski-arvo**	**Keski-vaihtelu**	**Korrelaatio summaan**	**Alfa, jos osio poistetaan**
Kysyn neuvoa muilta asiantuntijoilta, jos omat tietoni eivät riitä	6,7	0,6	,60	,82
Tiedotan pot. tilanteesta muille häntä hoitaville	6,5	0,8	,63	,82
Luotan työtovereitteni ammattitaitoon, kun he hoitavat potilaitani	6,5	0,9	,40	,84
Otan yhteyttä potilaan läheisiin	6,5	0,8	,60	,82
Annan potilaalle tietoa hänen tilanteestaan	6,4	0,8	,71	,81
Kerron potilaalle, miten hänen hoitonsa etenee	6,1	1,0	,64	,82
Sovitan potilaan hoidon yhteen hänen hoitoonsa osallistuvien kanssa	5,9	1,1	,48	,84
Hoidan potilaita hs:n mukaan	5,9	0,9	,51	,83
Pidän ammatilliset tietoni ajan tasalla	5,7	1,0	,51	,83

Muuttujat saivat arvoja 1-7 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Toiminta-alueittain tarkasteltuna psykiatrisella ja operatiivisella alueella hoidon jatkuvuus / koordinointi toteutui parhaiten, huonoiten se toteutui konservatiivisella alueella (df=2, p=0,03).

Jatkuvuus / koordinointi toteutui parhaiten yksilövastuisen toimintamallin mukaan toimivilla, huonoiten se toteutui ryhmä- / modulimallin mukaan toimivilla. (Taulukko 23.)

Taulukko 23. Summamuuttuja ”jatkuvuus / koordinointi” toimintamalleittain (Kruskal-Wallis)

Jatkuvuus/ koordinointi	Toimintamalli	N	Ka	Sd	Järjestyspisteet *	Merkitsevyys, χ^2
Summamuuttuja ”jatkuvuus /koordinoiniti”	Ryhmä/moduli	42			156,44	9,521; df:3; p=0,02
	Yvh	178			196,35	
	Tiimi	127			175,77	
	Sekamalli	20			184,24	
Yhteensä		367	4,7	0,49		

*mitä korkeammat järjestyspisteet, sitä paremmin toteutui

5.1.3 Edellytykset yksilövastuisen hoitotyön toteuttamiseen

Summamuuttuja “edellytykset” sai arvoja 3,8 – 5,6 (keskiarvo 4,8). Eniten oli yksimielisyyttä väittämistä ”osastollani on salliva ilmapiiri” ja ”työni on sopivan vaativaa”. Yksimielisyys vaihteli eniten väittämässä ”minulla on sopivasti työtä”. (Taulukko 24.)

Taulukko 24. Summamuuttujan ”edellytykset” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=372), ka 4,8, α=0,72.

Edellytykset	**Keski -arvo**	**Keski-vaihtelu**	**Korrelaatio summaan**	**Alfa, jos osio poistetaan**
Osastollani on salliva ilmapiiri	5,6	1,3	,37	,70
Työni on sopivan vaativaa	5,0	1,6	,34	,71
Minulla on aikaa tutustua potilaaseeni	4,8	1,6	,54	,65
Työvuoroni mahdollistavat omahoitajana toimimisen	4,8	1,6	,44	,68
Voin toteuttaa yvh:ta kuten haluan	4,6	1,9	,49	,67
Minulla on sopivasti työtä	3,8	1,8	,53	,65

Muuttujat saivat arvoja 1-7 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Mielenterveyshoitajilla ja kätilöillä edellytykset yksilövastuiseen hoitotyöhön toteutuivat parhaiten; huonoiten ne toteutuivat perushoitajilla / lastenhoitajilla (df:3, p=0,01).

Osastojen kesken oli eroja edellytyksissä yksilövastuiseen hoitotyöhön (df=25, p=0,000). Parhaiten edellytykset yksilövastuiseen hoitotyöhön toteutuivat psykiatrian alueella, huonoiten ne toteutuivat konservatiivisella alueella (df=6, p=0,000). (Taulukko 25.)

Taulukko 25. Summamuuttuja ”edellytykset” toiminta-alueittain (n, %)

Summamuuttuja ”edellytykset”	**Toiminta-alue**							
	Konservatiivinen alue		Operatiivinen alue		Psykiatrinen alue		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lähes eri mieltä	15	11	5	3	2	2	22	6
Ei samaa eikä eri mieltä	34	25	27	19	7	8	68	18
Lähes samaa mieltä	82	60	97	66	62	69	241	65
Täysin samaa mieltä	5	4	17	12	19	21	41	11
Yhteensä	136	100	146	100	90	100	372	100

Parhaiten edellytykset yksilövastuiseen hoitotyöhön toteutuivat yksilövastuisen mallin mukaan toimivilla, huonoiten tiimimallin mukaan toimivilla. (Taulukko 26.)

Taulukko 26. Summamuuttuja ”edellytykset yvh:n” toimintamalleittain (Kruskal-Wallis)

Edellytykset	Toimintamalli	N	Ka	Sd	Järjestyspisteet *	Merkitsevyys, χ^2
Summamuuttuja ”edellytykset”	Sekamalli	20			198,00	24,310; df:3; p=0,000
	Ryhmä / moduli	42			160,00	
	Tiimi	126			157,86	
	Yvh	176			203,75	
Yhteensä		364	4,04	0,63		

*mitä korkeammat järjestyspisteet, sitä paremmin toteutui

Konservatiivisella alueella työskentelevistä 63 % oli joko melko samaa tai samaa mieltä siitä, että heillä oli liikaa työtä. Operatiivisella alueella näin ajatteli 46 % ja psykiatrian alueella 33 % vastaajista (df=8, p=0,000). (Taulukko 27.)

Taulukko 27. Työmäärä toiminta-alueittain (n, %)

Minulla on liikaa työtä	**Toiminta-alue**							
	Konservatiivinen alue		Operatiivinen alue		Psykiatrinen alue		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Eri mieltä	13	9	30	20	38	41	81	21
Melko eri mieltä	13	9	23	16	10	11	46	12
Ei samaa eikä eri mieltä	26	19	27	18	14	15	67	18
Melko samaa mieltä	31	23	32	22	19	21	82	22
Samaa mieltä	54	40	35	24	11	12	100	27
Yhteensä	137	100	147	100	92	100	376	100

Yksilövastuisen mallin mukaan toimivista hoitajista 54 % oli samaa mieltä väittämästä ”minulla on aikaa tutustua potilaaseeni”. Sekamallin mukaan toimivista hoitajista näin ajatteli 30 %, ryhmä- / modulimallin mukaan toimivista 31 % ja tiimimallin mukaan toimivista 25 % (df=6, p=0,000). (Taulukko 28.)

Taulukko 28. Aikaa potilaaseen tutustumiseen toimintamalleittain (n, %)

Minulla on aikaa tutustua potilaaseeni	**Toimintamalli**									
	Sekamalli		Ryhmä / moduli		Tiimi		Yvh		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eri mieltä	7	35	18	43	41	32	17	9	83	22
Ei eri eikä samaa mieltä	7	35	11	26	56	43	67	37	141	38
Samaa mieltä	6	30	13	31	33	25	97	54	149	40
Yhteensä	20	100	42	100	130	100	181	100	373	100

5.1.4 Osastonhoitajan rooli yksilövastuisessa hoitotyössä

Summamuuttuja “osastonhoitajan rooli” sai arvoja 4,3 – 5,5 (keskiarvo 4,9). Kaikkein suurin yksimielisyys oli väittämästä ”osastonhoitaja tukee minua koulutuksen hankkimisessa” ja eniten mielipiteet vaihtelivat väittämässä ”saan palautetta työstäni esimiehiltäni”. (Taulukko 29.)

Taulukko 29. Summamuuttujan ”osastonhoitajan rooli” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=365), ka 4,9, α=0,86

Osastonhoitajan rooli	Keski-arvo	Keski-vaihtelu	Korrelaatio summaan	Alfa, jos osio poistetaan
Osastonhoitaja tukee minua koulutuksen hankkimisessa	5,5	1,4	,56	,82
Saan tarvitessani osastonhoitajalta tukea työhöni	5,3	1,6	,65	,81
Osastonhoitajan toiminta tukee työtäni omahoitajana	5,0	1,5	,55	,82
Osastonhoitaja johtaa hoitotyötä osastolla	4,8	1,9	,46	,85
Osastonhoitaja vastaa osaston hoitotyön laadusta	4,7	1,7	,50	,84
Saan palautetta työstäni esimiehiltäni	4,3	1,6	,40	,86

Muuttujat saivat arvoja 1-7 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Hoitajien iällä oli yhteys kokemukseen osastonhoitajan roolista. Iän noustessa kokemus osastonhoitajan tuesta lisääntyi (df:3, p=0,005). Samoin vaikutti työkokemus terveydenhuoltoalalta; työajan lisääntyessä kokemus osastonhoitajan tuesta lisääntyi (df:4, p=0,004). Myös osastojen kesken oli eroja osastonhoitajan roolin kokemisessa (df:25, p=0,000).

Hoitajista yli neljäsosa (27 %) oli sitä mieltä, että osastonhoitaja ei johda hoitotyötä osastolla. Lähes 30 % hoitajista (29 %) vastasi, että esimies ei anna palautetta työstä. Tutkituista lähes neljännes (23 %) vastasi, että osastonhoitaja ei vastaa osaston hoitotyön laadusta. Tyytyväisimpiä oltiin osastonhoitajan tukeen koulutuksen hankkimisessa ja osastonhoitajan tukeen työssä. (Taulukko 30.)

Taulukko 30. Summamuuttujan ”osastonhoitajan rooli” osioiden suorat jakaumat (n, %)

Osastonhoitajan rooli	Samaa mieltä		Ei samaa eikä eri mieltä		Eri mieltä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oh tukee koulutuksen hankkimisessa	294	78	38	10	43	12	375	100
Saan tarvittaessa oh:lta tukea työhöni	281	75	43	11	52	14	376	100
Oh:n toiminta tukee työtäni omahoitajana	243	65	73	19	58	16	374	100
Oh johtaa hoitotyötä osastolla	215	58	54	15	101	27	370	100
Oh vastaa osaston hoitotyön laadusta	226	61	59	16	87	23	372	100
Saan palautetta työstäni esimiehiltäni	197	52	73	19	107	29	377	100

Yli neljännes hoitajista (28 %) vastasi, että osastonhoitaja osallistuu potilaiden hoitamiseen useana päivänä viikossa. Osastonhoitaja osallistuu potilaan hoitamiseen enemmän psykiatrian ja operatiivisella toiminta-alueella kuin konservatiivisella alueella (df=4, p=0,000). (Taulukko 31.)

Taulukko 31. Osastohoitajan osallistuminen potilaan hoitoon toiminta-alueittain

Osastonhoitaja osallistuu potilaan hoitoon useana päivänä viikossa	**Toiminta-alue**							
	Konservatiivi-nen alue		Operatiivinen alue		Psykiatrinen alue		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Eri mieltä	101	75	85	58	40	43	226	60
Ei samaa eikä eri mieltä	16	12	18	12	9	10	43	12
Samaa mieltä	18	13	45	30	43	47	106	28
Yhteensä	135	100	148	100	92	100	375	100

5.1.5 Koulutus

Tutkituista hoitajista 68 % oli tyytyväisiä saamaansa työpaikkakoulutukseen; tyytymättömiä oli 14 % tutkimukseen osallistuneista. Tyytyväisimpiä koulutukseen olivat yli 50 -vuotiaat ja alle 30 -vuotiaat, tyytymättömämpiä 30-40 -vuotiaat (df=12, p=0,02). (Taulukko 32.)

Taulukko 32. Tyytyväisyys työpaikkakoulutukseen iän mukaan (n, %)

Tyytyväisyys koulutukseen	**Luokiteltu ikä**									
	alle 30 v		30 v-40 v		41 v-50 v		yli 50 v		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tyytymätön	4	6	10	10	5	4	3	4	22	6
Melko tyytymätön	7	10	9	9	10	9	2	2	28	8
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	13	18	18	19	23	21	14	16	68	18
Melko tyytyväinen	19	27	26	27	36	32	22	25	103	28
Tyytyväinen	28	39	34	35	38	34	46	53	146	40
Yhteensä	71	100	97	100	112	100	87	100	367	100

Myös osastojen välillä oli eroja tyytyväisyydessä työpaikkakoulutukseen (df:25, p=0,001).

Tutkituista 47 % osallistui sisäiseen toimipaikkakoulutukseen 3-5 kertaa. Kertaakaan sisäiseen koulutukseen ei osallistunut 4 % tutkimukseen osallistuneista. Psykiatrian toiminta-alueella sisäisiin koulutuksiin osallistuttiin useimmin; vähiten niihin osallistuttiin konservatiivisella alueella (df=6, p=0,000). (Taulukko 33.)

Taulukko 33. Osallistuminen sisäiseen koulutukseen toiminta-alueittain (n, %)

Olen ollut viime vuoden aikana talon sisäisessä koulutuksessa	**Toiminta-alue**							
	Konservatiivinen alue		Operatiivinen alue		Psykiatrinen alue		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
En lainkaan	8	6	6	4	1	1	15	4
1-2 kertaa	61	45	53	36	20	22	134	36
3-5 kertaa	54	40	74	50	48	52	176	47
yli 5 kertaa	13	9	15	10	23	25	51	13
Yhteensä	136	100	148	100	92	100	376	100

Myös osastojen välillä oli eroja sisäiseen koulutukseen osallistumisessa (df:25, p=0,000). Yksilövastuisen- ja sekamallin mukaan toimivat hoitajat osallistuivat sisäisiin koulutuksiin useammin kuin ryhmä / moduli- tai tiimimallin mukaan toimivat (df=3, p=0,002).

Tutkittavista 48 % oli ollut 1 -2 kertaa viimeisen vuoden aikana sairaalan ulkopuolisessa täydennyskoulutuksessa; 42 % tutkimukseen vastanneista hoitajista ei ollut osallistunut talon ulkopuoliseen koulutukseen kertaakaan. (Taulukko 34.)

Taulukko 34. Talon ulkopuoliseen koulutuksen osallistumisen määrä (n, %)

Osallistuminen sairaalan ulkopuoliseen koulutukseen	n	%
Ei lainkaan	158	42
1-2 kertaa	177	48
3-5 kertaa	25	6
yli 5 kertaa	11	3
En hakeudu koulutuksiin	2	1
Yhteensä	377	100

Osallistuminen sairaalan ulkopuoliseen täydennyskoulutukseen nousi tasaisesti työskentelyajan osastolla ja terveydenhuollossa lisääntyessä; poikkeuksena 11-20 vuotta terveydenhuollossa työskennelleet, jotka osallistuivat useammin sairaalan ulkopuoliseen koulutukseen kuin yli 20 vuotta työskennelleet (df=4, p=0,000).

5.1.6 Hoitajien näkemyksiä yksilövastuisesta hoitotyöstä omalla osastolla

Avoimeen kysymykseen ”mitä yksilövastuinen hoitotyö käytännössä tarkoittaa osastollasi?” vastasi 284 (75 %) vastaajaa. Vastaukset olivat useamman lauseen lausumia. Lausumat kirjoitettiin sanatarkasti, tulostettiin ja luokiteltiin seuraavasti: mitä yksilövastuisella hoitotyöllä ymmärretään, hoitotyön periaatteet, omahoitajan tehtävät, yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen, esteet yksilövastuisen hoitotyön toteutumiseen, tiimityö ja yksilövastuinen hoitotyö. Vastauksista löytyivät seuraavat yksilövastuisen hoitotyön periaatteet: potilaskeskeisyys, vastuullisuus, itsenäisyys, jatkuvuus ja yksilöllisyys. Omahoitajan tehtäviä kuvattiin sanoilla: suunnittelu, toteutus, koordinointi ja jatkohoidon järjestäminen.

Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen luokiteltiin uudelleen luokiksi hyvin, kohtalaisesti ja huonosti. Erikseen tarkasteltiin omahoitajuuden toteutumista tiimityössä. Yksilövastuisen hoitotyön esteiksi mainittiin työvuorot, asenne, kiire ja työjärjestelyt.

Yksilövastuisen hoitotyön katsottiin olevan hoitotyön filosofia, työnjakomalli tai molempia. Vastauksissa oli pohdittu yksilövastuista hoitotyötä ja omahoitajuutta käsitteinä. Yksi vastaaja arvioi käsitteiden kuvaavan eri asioita. Kahdessa vastauksessa sanoja yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus pidettiin sanahirviöinä, jotka herättävät antipatioita. Yksi vastaaja oli pohtinut, miten hoitajat ymmärtävät yksilövastuisen hoitotyön: ”Ei ehkä mielletä, että yksilövastuinen hoitotyö on tehokas työn organisointikeino. Jostain syystä on syntynyt käsitys, että omahoitaja

vastaa potilaan saamasta hoidosta 24 h ja hänelle soitellaan vaikka keskellä yötä. Kysehän on hoitosuunnitelmasta ja sen toteuttamisesta, eikä toisen hoitajan työskentelystä (vastuu).”

Yksilövastuinen hoitotyö nähtiin kokonaisvaltaisena hoitotyönä (7 vastausta), jossa korostuvat potilaskeskeisyys, yksilöllisyys, jatkuvuus, hoidon koordinointi, vastuullisuus ja itsenäisyys. Vastauksissa (19) arvioitiin vastuun merkitystä yksilövastuisessa hoitotyössä. Yksi vastaaja arvioi sen hyödylliseksi, koska raportointiaikaa voidaan lyhentää, kun omahoitaja tuntee potilaan. Vastuullisuuden arvioitiin lisääntyvän ja työn helpottuvan, kun ei tarvitse vastata kaikista potilaista työvuoron aikana. Potilaiden oletettiin olevan myös tyytyväisempiä hoitoonsa. Yksilövastuista hoitotyötä pidettiin myös negatiivisen asiana: ”Yksilövastuinen hoitotyö ei sovi tähän yksikköön, sen sijaan omahoitajuus kyllä, joskus sekin on nimellinen. Jos se olisi hyvä malli, se olisi ollut täällä jo 20 vuotta.”

Vastauksista 114:ssa oli kuvattu myös yksilövastuisen hoitotyön toteutumista osastoilla. Yksilövastuinen hoitotyö toteutui hyvin 75 vastaajan mielestä: ”Antaa rakenteen ja sisällön hoitotyöhön.” Viisi vastaajaa arvioi yksilövastuisen hoitotyön toteutuvan kohtalaisen hyvin osastollaan: ”Toimii meillä melko hyvin. Potilaat tietävät keneltä voi asioista kysyä / kuka tietää parhaiten juuri hänen asioistaan.” Omia potilaita otettiin ryhmien sisällä (osasto oli jaettu kahteen ryhmään) vaihtelevalla menestyksellä; joskus oli ajanjaksoja, jolloin yksilövastuinen hoitotyö ei toteutunut. Vastaajista 34 arvioi sen toteutuvan huonosti: ”Käytännössä se on nimi papereissa.”

Ongelmaksi koettiin se, ettei nimetyillä omahoitajilla ollut mahdollisuutta käytännössä hoitaa omia potilaitaan. Vastauksista ilmeni myös kollegiaalisuuden puutetta; tämä tuli esiin mm. siinä, etteivät muut hoitajat kunnioittaneet omahoitajan tekemää hoitosuunnitelmaa. Myöskään kaikki hoitajat eivät olleet sitoutuneet toimimaan yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden mukaan. Osastoilta puuttui selkeä sopimus, mitä hoitotyön mallia noudatetaan. Vastaajat kaipasivat myös kannustajaa työlleen.

Ongelmana pidettiin myös hoitajien kykyä luottaa toisiinsa potilaan hoitoa koskevissa asioissa: ”Miinus puolia: jotkut hoitajat eivät luota toisten kykyyn hoitaa, kun itse ovat poissa.” ”Jotkut heittäytyvät usein marttyyreiksi - tyyliin, että” kai se jonkun täytyy tämä vaativa potilas omakseen ottaa, jos kukaan muu ei ole ennättänyt nimeään omahoitajaksi laittamaan”. Ongelmana nähtiin myös se, ettei haluttu ottaa vaativia tai pitkäaikaisia potilaita omiksi

potilaiksi. ”Välillä on tosi pitkästyttävää, kun viikosta toiseen on samat potilaat - tympii jo töihin lähtiessä, kun vastassa on ne samat potilaat, joita on jo viikkoja hoitanut.”

Yksilövastuisen hoitotyön ja omahoitajuuden toteutumista tiimityön yhteydessä kuvasi 56 vastaajaa. Tiimien sisällä nimettiin omia potilaita. Tiimityön ajateltiin olevan vaihtoehto yksilövastuiselle hoitotyölle, koska potilaiden vaihtuvuus on suuri. ”Tiimissä 1 sh:lla on neljä potilasta ja pyrimme hoitamaan samoja potilaita. Potilaat tietävät kuka hoitaa. On kaksi tiimiä ja yhdessä tiimissä on 6-8 potilasta. Yksilövastuinen hoitotyö on jo vanhanaikaista.” Omahoitaja pyrittiin nimeämään mahdollisimman pian potilaan tultua sairaalaan. Yleensä hoitajat voivat itse valita potilaansa. Yksi vastaajista ilmoitti osastonhoitajan määräävän, kuka on kenenkin potilas.

Kiire (12), työvuorosuunnittelu (7), henkilökunnan nopea vaihtuminen, potilaiden vaihto huoneesta toiseen, kielteinen asenne yksilövastuista hoitotyötä kohtaan (8) ja uupuminen työssä olivat esteenä yksilövastuisen hoitotyön toteutumiselle. Ongelmaksi koettiin, ettei kukaan motivoinut kielteisesti asiaan suhtautuvia hoitajia. Vastauksessa pohdittiin myös, olisiko vaihtoehtoja tälle toimintamallille. Yksilövastuinen hoitotyö koettiin pakkona ja ahdistavana. Useissa vastauksissa kuvattiin omahoitajuuden olevan vain nimi papereissa eikä sisältö ollut lainkaan tärkeä: ”Omahoitaja on nimi papereissa, tärkeämpi kuin toteutus. Tilastot kyllä meidänkin osastolla ovat varsin kiitettävät, mutta mikä on totuus käytännössä? Tilastoja vartenko on saatava jonkun hoitajan nimi paperiin.”

Yksi vastaajista kuvasi yksilövastuisen hoitotyön toteutumista osastollaan seuraavasti:
”Sitä ei käytännössä juurikaan ole. Kahden ryhmän sisällä toteutuu usein se, että huoneet jaetaan vielä esim. puoliksi. Tällöin vastuu pienenee ja hoidetaan samoja potilaita. Huoneiden jakokaan ei onnistu silloin, kun on paljon uusia työntekijöitä, jotka eivät pysty tekemään itsenäisesti mitään. Viime aikoina on pitänyt toimia paljon tehtäväkeskeisesti ja keskittyä. Uusia ei kukaan ennätä perehdyttämään. Pitempään olleilla on mahdoton vastuuntaakka kannettavaan. Esimerkiksi, kun annat raportin ja vuoroon tulee kaksi uutta hoitajaa keskenään, on muistettava kertoa kaikki mahdolliset tilanteet, mitä voi sattua ja miten pitää toimia. Osaston kehittäminen on äärimmäisen hidasta, kun hoitajat vaihtuvat koko ajan. Lisäksi tiimikoulutuksen saaneet sijaiset siirretään muualle. Henkilökunta on todella uupunutta, mutta se ei tunnu aiheuttavan mitään muutosta. Potilaat ovat entistä huonokuntoisempia ja uudet hoitajat entistä avuttomampia. Mahdoton yhtälö. Potilasturvallisuus vaarantuu, kun sijaisina joudutaan

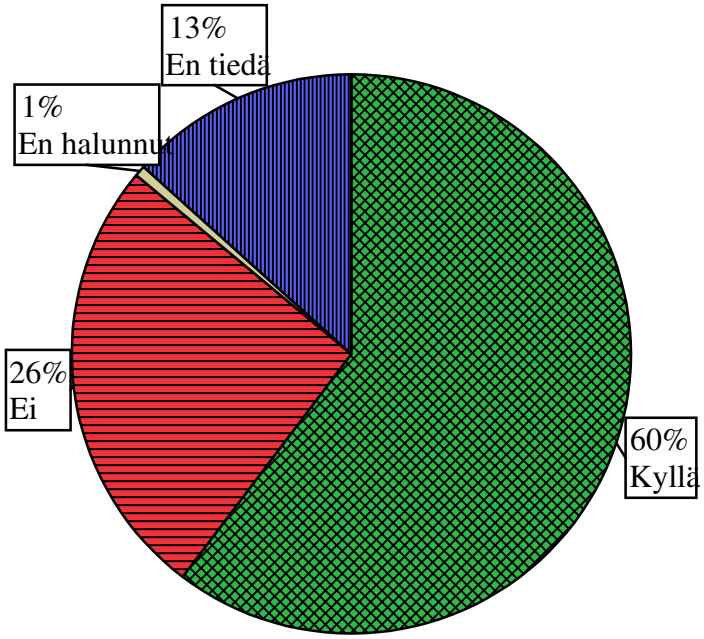
käyttämään opiskelijoita. Kaikki aika menee välttämättömimpiin hoitotoimenpiteisiin, perehdyttämiseen ja osaston kehittämiseen ei jää aikaa eikä ole kohta kiinnostustakaan.”

Osastonhoitajan roolista yksilövastuisen hoitotyön toteutumisessa oli avoimessa kysymyksessä vain yksi maininta: ”osastonhoitaja päättää potilaiden jaosta.”

5.2 Potilaiden kyselyn tulokset

5.2.1 Tietoisuus omahoitajasta

Potilaista 60 % ilmoitti, että heillä oli omahoitaja, 26 % potilaista ei ollut omahoitajaa ja 13 % ei tiennyt, oliko heillä omahoitaja vai ei. Kaksi potilasta (1 %) ei halunnut omahoitajaa. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Omahoitaja potilaan ilmoittamana, % (n=315)

Psykiatrian toiminta-alueella oli potilailla useimmin omahoitaja, konservatiivisella alueella oli eniten niitä, joilla ei ollut omahoitajaa (df=2, p=0,000). (Taulukko 35.) Omahoitajuus erosi myös osastojen kesken (df=25, p=0,000). (Liitetaulukko 5.)

Taulukko 35. Omahoitaja toiminta-alueittain (n, %)

Toiminta-alue	**Omahoitaja**							
	Kyllä		Ei		En tiedä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Konservatiivinen	60	47	47	36	22	17	129	100
Operatiivinen	69	56	35	29	19	15	123	100
Psykiatrinen	61	98	1	1	1	1	61	100
Yhteensä	190	60	83	27	42	13	313	100

Omahoitaja nimettiin 62 %:lle potilaista tulopäivänä, toisena hoitopäivänä oli omahoitaja nimetty 83 % vastanneista; 10 % omahoitaja nimettiin myöhemmin. (Taulukko 36.) Psykiatrian toiminta-alueella omahoitaja nimettiin useammin 2 päivä tai myöhemmin kuin muilla toiminta-alueilla (df=6, p=0,01).

Taulukko 36. Omahoitajan nimeämisen ajankohta (n, %)

Omahoitajan nimeämisen ajankohta	n	%
Tulopäivänä	117	62
2 hoitopäivänä	39	21
Myöhemmin	19	10
En muista	8	4
Tieto puuttuu	7	3
Yhteensä	190	100

Lähes 90 % potilaista sai tiedon omahoitajastaan suullisesti hoitajan itsensä kertomana. Kirjallisesti tiedon sai 4 % vastanneista, kolme potilasta oli saanut tiedon omahoitajastaan kysymällä ja neljälle potilaalle omahoitajan oli kertonut toinen hoitaja. (Taulukko 37.)

Taulukko 37. Tieto omahoitajasta (n, %)

Tieto omahoitajasta	n	%
Suullisesti / omahoitaja	168	88
Kirjallisesti	8	4
Muuten	7	4
Tieto puuttuu	7	4
Yhteensä	190	100

5.2.2 Omahoitajan tehtävät

Lähes kaikille tutkittaville oli kerrottu, että omahoitaja ohjaa ja neuvoo, antaa tietoa, auttaa päivittäisissä toimissa ja keskustelee potilaan kanssa hänen hoitoonsa liittyvistä tarpeista. Potilaista 13 % ei ollut kerrottu, että omahoitaja tekee potilaan kanssa yhdessä hoitotyön suunnitelmaa. Tutkittavista 11 % oli eri mieltä omahoitajan roolista tuen antajana. Potilailla oli eniten epätietoisuutta omahoitajan roolista yhteydenottajana muihin ammattiryhmiin ja jatkohoidon suunnittelussa. (Taulukko 38.)

Taulukko 38. Tieto omahoitajan tehtävistä (n, %)

Minulle kerrottiin, että omahoitaja…	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa	
	n	%	n	%	n	%
antaa tietoa hoitooni liittyvissä asioissa (n=190)	166	87	13	7	11	6
suunnittelee hoitoa minun kanssani (n=189)	153	81	24	13	12	6
ohjaa ja neuvoo (n=188)	167	89	14	7	1	4
auttaa päivittäisissä toimissa tarvittaessa (n=189)	164	87	16	8	9	5
keskustelee kanssani hoitooni liittyvistä tarpeista (n=190)	172	91	14	7	4	2
kertoo, miten voin itse edistää toipumistani (n=188)	160	84	14	8	14	8
antaa tukea kuuntelemalla ja keskustelemalla (n=189)	161	85	20	11	8	4
ottaa tarvittaessa yhteyttä muihin ammattiryhmiin (n=187)	139	74	21	11	27	15
suunnittelee kanssani koti- ja jatkohoidon (n=187)	156	83	14	8	17	9

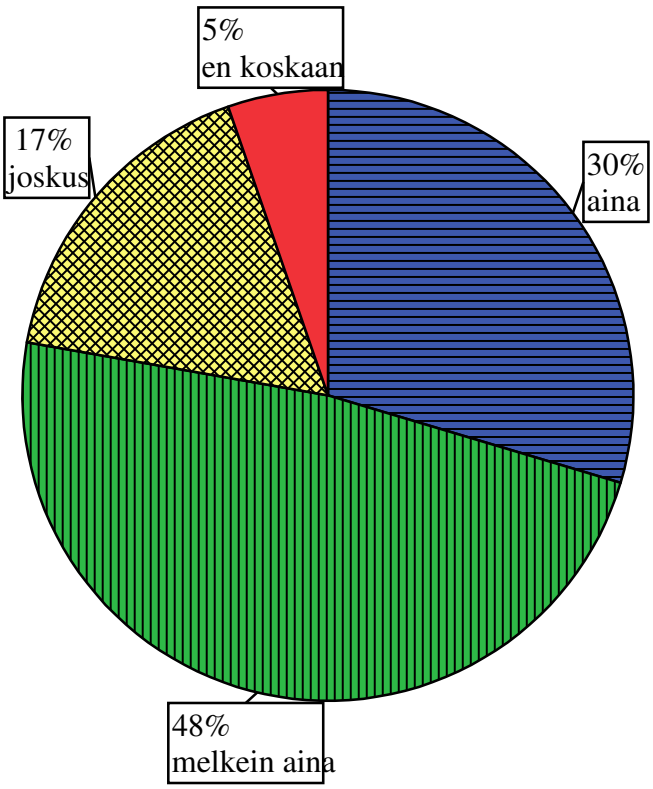
5.2.3 Yhteistyösuhde ja omahoitajan ominaisuudet

Omahoitaja oli tutkittavien mukaan ammattitaitoinen, vastuuntuntoinen ja luottamusta herättävä. Eniten oli tyytymättömyyttä ajan antamisessa ja myötätunnon osoittamisessa potilaalle. (Taulukko 39.) Tarkasteltaessa näitä muuttujia taustamuuttujien suhteen psykiatrian toiminta-alueella oli eniten niitä, joiden mielestä omahoitaja ei ollut luottamusta herättävä (df=2, p=0,008).

Taulukko 39. Omahoitajan suhtautuminen potilaaseen (n, %)

Omahoitajan suhtautuminen	Täysin samaa mieltä		Osittain samaa mieltä		En samaa enkä eri mieltä		Osittain eri mieltä		Täysin eri mieltä	
Omahoitajani….	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
oli myötätuntoinen (n=186)	137	73	29	16	14	7	3	2	3	2
oli vastuuntuntoinen (=185)	152	82	19	10	10	6	2	1	2	1
oli luottamusta herättävä (n=186)	152	82	16	9	11	6	4	2	3	1
oli ammattitaitoinen (n=187)	158	84	20	10	3	2	3	2	3	2
suhtautui asioihini vakavasti (n=186)	144	77	30	17	6	3	2	1	4	2
antoi riittävästi aikaa (n=184)	118	64	38	21	14	8	8	4	6	3

Niistä potilaista, joilla oli omahoitaja, lähes 80 % (78 %) tiesi omahoitajansa työvuorossa olon aina tai melkein aina. Joskus omahoitajansa työvuorossa olon vastasi tietävänsä 17 % tutkituista. Potilaista 5 % ei tiennyt koskaan omahoitajansa työssäoloa. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Tieto omahoitajan työssäolosta, % (n=189)

1-2 päivää ja 3-4 päivää sairaalassa olleet potilaat tiesivät omahoitajansa työssä olon paremmin kuin pidempään sairaalassa olleet. Huonoiten omahoitajan työssäolon tiesivät 7-14 päivää sairaalassa olleet (df=4, p=0,003).

5.2.4 Omahoitajan merkitys

Potilaista, joilla oli omahoitaja, 82 % piti omahoitajaa tärkeänä ja 14 % piti omahoitajaa kohtalaisen tärkeänä. Vähän tai ei lainkaan tärkeänä piti omahoitajaa 4 % vastaajista. (Taulukko 40.) Taustamuuttujilla ei ollut yhteyttä potilaiden käsitykseen omahoitajan tärkeydestä.

Taulukko 40. Omahoitajan tärkeys (n, %)

Omahoitajan tärkeys Pidän omahoitajaa….	n	%
Erittäin tärkeänä	94	49
Tärkeänä	63	33
Kohtalaisen tärkeänä	26	14
Vain vähän tärkeänä	5	3
En lainkaan tärkeänä	3	1
Yhteensä	191	100

Avoimeen kysymykseen, mitä hyötyä potilaalle oli omasta hoitajasta, oli vastannut 135 potilasta (71 %, niistä, joilla oli omahoitaja ja 42 % kaikista tutkituista). Eniten potilaat arvostivat sitä, että samoja asioita ei tarvinnut selittää aina uudestaan eikä monelle ihmiselle (21 mainintaa). Omahoitaja lisäsi potilaan turvallisuuden tunnetta (12 mainintaa). Kun yksi hoitaa, hän oppii potilaan tuntemaan paremmin. Turvallisuutta lisäsi sama, tuttu hoitaja, joka tiesi asiat eikä samoja asioita tarvinnut kerrata turhaan. Potilaat sanoivat saaneensa omahoitajalta paljon tukea tilanteessaan (17 mainintaa). Omahoitaja antoi tukea keskustelemalla, antamalla aikaa ja olemalla läsnä. Myös tarpeet ja toiveet oli helpompi tuoda esille, kun oli omahoitaja. Omahoitaja lisäsi potilaan luottamusta hoitoonsa (17 mainintaa); hänelle voi kertoa aroistakin asioista ja häneltä oli helppo kysyä itselle tärkeistä asioista. Omahoitaja oli yhdyshenkilö eri suuntiin (mm. jatkohoito, eri työntekijät), näin hän huolehti hoidon jatkuvuudesta (11 mainintaa). Jatkuvuutta lisäsi myös se, että omahoitaja oli aina ajan tasalla hoidon suhteen. Potilaat vastasivat omahoitajan myös antavan tietoa sairaudesta, hoidosta ja suunnitelmista (22 mainintaa). Muutamia mainintoja oli hoidon sujuvuudesta ja hyvästä yhteistyöstä. Kuusi potilasta vastasi, että omahoitaja kantoi vastuuta hoidosta. Neljä tutkittavaa ei osannut sanoa, oliko omahoitajasta hyötyä vai ei. Viidelle potilaalle omahoitajasta ei ollut mitään hyötyä, koska hän ei ollut ehtinyt ollenkaan heitä hoitamaan ja kolme potilasta vastasi, että omahoitajasta olisi ollut heille hyötyä, jos he olisivat tienneet, oliko heillä omahoitaja.

5.2.5 Yksilöllisyyden kokeminen

Taulukossa 40 esitetään potilaan hoidossaan kokemaa yksilöllisyyttä kuvaavien summamuuttujien tunnuslukuja. Parhaiten toteutui hoidon oikea-aikaisuus ja huonoiten

potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa. (Taulukko 41.) Jatkossa summamuuttujia tarkastellaan yksitellen taustamuuttujien suhteen.

Taulukko 41. Hoidon yksilöllisyyttä kuvaavien summamuuttujien tunnusluvut

Summamuuttuja	**Osioiden määrä**	**Ka**	**Min**	**Max**	**Vaihtelu-väli**	**Alfa**
Osallistuminen omaan hoitoon	4	3,7	3,4	4,0	0,58	0,80
Potilaskeskeisyys	5	3,8	3,4	4,1	0,78	0,75
Hoidon oikea-aikaisuus	4	4,2	4,1	4,5	0,40	0,78
Hoidon joustavuus	4	3,9	3,0	4,3	1,30	0,68
Hoidon jatkuvuus	5	3,8	3,4	4,1	0,72	0,80

Muuttujat saivat arvoja 0-5 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

5.2.5.1 Osallistuminen omaan hoitoon

Summamuuttuja ”osallistuminen hoitoon” sai arvoja 3,4 – 4,0 (ka 3,7). Parhaiten hoidon aikana huomioitiin potilaan toivomukset ja mielipiteet. Vähiten potilaat kokivat voivansa osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. (Taulukko 42).

Taulukko 42**.** Summamuuttujan ”osallistuminen omaan hoitoon**”** keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=289) ka 3,7 α=0,80

Osallistuminen omaan hoitoon	**Keski-arvo**	**Keski-vaihtelu**	**Korrelaatio summaan**	**Alfa, jos osio poistetaan**
Voin osallistua päivittäisen hoitoni suunnitteluun	3,4	1,5	0,52	0,72
Hoitooni liittyviä toivomuksiani toteutettiin hoidon aikana	4,0	1,3	0,34	0,79
Sain osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon	3,5	1,6	0,52	0,73
Esittämäni mielipiteet huomioitiin hoidossani	4,0	1,3	0,42	0,75

Muuttujat saivat arvoja 0-5 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Tutkituista 10 % ei halunnut osallistua päivittäisen hoidon suunnitteluun. ja sama määrä ei myöskään halunnut osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilaista lähes neljännes (23 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, voivatko he osallistua päivittäisen hoitonsa suunnitteluun vai ei. Parhaiten potilaan mielipiteet huomioitiin hoidossa ja hoitoon liittyviä toivomuksia toteutettiin hoidon aikana. Huonoiten potilas koki voivansa osallistua päivittäisen hoitonsa suunnitteluun ja hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Taulukko 43.)

Taulukko 43. Summamuuttujan ”osallistuminen hoitoon” suorat jakaumat (n, %)

Summamuutuja ”osallistuminen omaan hoitoon”	Samaa mieltä		Ei samaa eikä eri mieltä		Eri mieltä		En halua /ei koske minua		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Voin osallistua päivittäisen hoitoni suunnitteluun	180	59	69	23	24	8	32	10	305	100
Hoitooni liittyviä toivomuksiani toteutettiin hoidon aikana	230	76	38	12	25	9	11	3	304	100
Sain osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon	183	61	54	18	32	11	30	10	299	100
Esittämäni mielipiteet huomioitiin hoidossani	235	79	31	10	19	6	15	5	300	100

Potilaista 74 % koki voivansa osallistua omaan hoitoonsa; potilaista 9 % ei kokenut voivansa osallistua omaan hoitoonsa. Potilaista 17 % ei osannut sanoa, voiko hän osallistua omaan hoitoonsa vai ei. Kun potilaalla oli omahoitaja, hän voi paremmin osallistua omaan hoitoonsa. Kun potilas ei tiennyt oliko hänellä omahoitaja vai ei, hän koki kaikkein huonoiten voivansa osallistua omaan hoitoonsa (df=2, p=0,02). (Taulukko 44.)

Taulukko 44. Summamuuttuja ”osallistuminen hoitoon” suhteessa omahoitajaan (n, %)

Summamuuttuja ”osallistuminen omaan hoitoon”	**Omahoitaja**							
	Kyllä		Ei		En tiedä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Eri mieltä	10	6	8	11	7	18	25	9
Ei samaa eikä eri mieltä	27	15	11	15	11	27	49	17
Samaa mieltä	138	79	55	74	22	55	215	74
Yhteensä	175	100	74	100	40	100	289	100

Osallistuminen omaan hoitoon lisääntyi kun tyytyväisyys hoitoon lisääntyi (df=4, p=0,000). Osallistuminen omaan hoitoon lisääntyi myös kun potilas koki terveydentilansa paremmaksi. (df=6, p=0,000.)

5.2.5.2 Hoidon joustavuus

Summamuuttuja ”joustavuus” sai arvoja 3,0 – 4,3 (ka 3,9). Potilaiden mukaan hoitajat tunnistivat hyvin heidän voinnissaan tapahtuneet muutokset ja potilaat saivat hyvin apua tarpeidensa mukaan. Huonoiten toteutui potilaiden jokapäiväisten tottumusten kysyminen. (Taulukko 45.)

Taulukko 45. Summamuuttujan ”hoidon joustavuus” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=287), ka 3,9, α=0,68

Hoidon joustavuus	**Keski-arvo**	**Keski-vaihtelu**	**Korrelaatio summaan**	**Alfa, jos osio poistetaan**
Minulta kysyttiin jokapäiväisiä tottumuksiani	3,0	1,7	0,19	0,63
Sain apua tarpeideni mukaan	4,2	1,5	0,20	0,60
Hoitoni eteni joustavasti sairaalassa	4,0	1,4	0,22	0,59
Hoitajat tunnistivat voinnissani tapahtuneet muutokset	4,3	1,1	0,25	0,58

Muuttujat saivat arvoja 0-5 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Hoidon joustavuus toteutui paremmin miesten mielestä kuin naisten (df:1, p=0,02). Koulutustason noustessa tyytyväisyys hoidon joustavuuteen laski (df:1, p=0,01). Nuoremmat olivat tyytymättömämpiä hoidon joustavuuden toteutumiseen; kokemus hoidon joustavuudesta lisääntyi iän noustessa (df=4, p=0,000). Myös osastojen kesken oli eroja potilaan kokemassa hoidon joustavuudessa (df:7, p=0,001). Operatiivisella toiminta-alueella hoidon joustavuus toteutui potilaiden mukaan parhaiten; huonoiten se toteutui psykiatrian toiminta-alueella. (Taulukko 46.)

Taulukko 46. Hoidon joustavuus suhteessa toiminta-alueeseen (Kruskal-Wallis)

Joustavuus	Toiminta-alue	N	Ka	Sd	Järjestyspisteet *	Merkitsevyys, χ^2
Summamuuttuja ”joustavuus”	Konservatiivinen	112			145,38	17,364, df=2, p=0,000
	Operatiivinen	117			163,41	
	Psykiatrinen	60			108,39	
Yhteensä		289	15,5	4,0		

*mitä korkeammat järjestyspisteet, sitä paremmin toteutui

5.2.5.3 Hoidon jatkuvuus

Summamuuttuja ”hoidon jatkuvuus” sai arvoja 3,4 - 4,1 (ka 3,8). Potilaat saivat selkeät kotihoito-ohjeet ja heille kerrottiin, miten jatkohoito on järjestetty ja miten toimia kotona ongelmatilanteissa. Vähemmän kysyttiin heidän mielipidettään hoidosta. (Taulukko 47.)

Taulukko 47. Summamuuttujan ”hoidon jatkuvuus” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=283), ka 3,8, α=0,80

Hoidon jatkuvuus	**Keski-arvo**	**Keski-vaihtelu**	**Korrelaatio summaan**	**Alfa, jos osio poistetaan**
Minulle kerrottiin, miten toimia kotona ongelmatilanteissa	4,0	1,5	,50	0,75
Tiesin, miten jatkohoitoni oli järjestetty	4,0	1,6	,38	0,75
Sain selkeät kotihoito-ohjeet	4,1	1,5	,57	0,73
Hoitajat kysyivät mielipidettäni hoidosta lähtiessäni	3,6	1,7	,34	0,75
Eri hoitopaikat toimivat joustavasti hoitoni aikana	3,4	1,9	,29	0,79

Muuttujat saivat arvoja 0-5 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Lähes neljännes tutkittavista ei tarvinnut / halunnut yhteydenottoa muihin hoitopaikkoihin. Potilaista 14 % ei ollut kysytty mielipidettä hoidosta, mutta 9 % ei sitä halunnutkaan ja 12 % tutkittavista ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. (Taulukko 48.)

Taulukko 48. Summamuuttujan ”hoidon jatkuvuus” osioiden suorat jakaumat (n, %)

Hoidon jatkuvuutta kuvaavat väittämät	**En halunnut**		**Eri mieltä**		**Ei samaa eikä eri mieltä**		**Samaa mieltä**		**Yhteensä**	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Minulle kerrottiin, miten toimia kotona ongelmatilanteissa	23	8	20	7	34	11	227	74	304	100
Tiesin, miten jatkohoitoni oli järjestetty	33	11	9	3	18	6	246	80	306	100
Sain selkeät kotihoito-ohjeet	28	9	6	2	27	9	245	80	306	100
Hoitajat kysyivät mielipidettäni hoidosta lähtiessäni	28	9	43	14	35	12	194	65	300	100
Eri hoitopaikat toimivat joustavasti hoitoni aikana	56	19	22	7	40	13	181	61	299	100

Nuoremmat olivat tyytymättömämpiä hoidon jatkuvuuden toteutumiseen; kokemus hoidon jatkuvuudesta lisääntyi iän noustessa (df=4, p=0,006). Kutsuttuna tai päivystyksenä leikkauksessa olevilla hoidon jatkuvuus toteutui parhaiten; huonoiten se toteutui synnytyksen

takia sairaalassa olevilla (df=3, p=0,001). Myös osastojen kesken oli eroa potilaan kokemassa hoidon jatkuvuudessa (df:23, p=0,003). Operatiivisella toiminta-alueella potilaan kokemus hoidon jatkuvuudesta toteutui parhaiten, huonoiten se toteutui psykiatrian toiminta-alueella (df=2, p=0,001). (Taulukko 49.)

Taulukko 49. Hoidon jatkuvuus suhteessa toiminta-alueeseen (Kruskal- Wallis)

Jatkuvuus	Toiminta-alue	N	Ka	Sd	Järjestyspisteet *	Merkitsevyys, χ^2
Summamuuttuja ”joustavuus”	Konservatiivinen	109			142,31	14,642, df=2, p=0,001
	Operatiivinen	116			160,40	
	Psykiatrinen	60			110,61	
Yhteensä		285	19,1	6,2		

*mitä korkeammat järjestyspisteet, sitä paremmin toteutui

5.2.5.4 Potilaskeskeisyys

Summamuuttuja ”potilaskeskeisyys” sai arvoja 3,4 – 4,1 (ka 3,8). Parhaiten potilas sai hoitajilta tietoa sairaudestaan ja hänen kanssaan keskusteltiin sairauteen liittyvistä tuntemuksista. Huonoiten toteutui omaisille tiedon antaminen potilaan niin halutessa ja yhteyden otto eri ammatti-ihmiseen potilaan puolesta. (Taulukko 50.)

Taulukko 50. Summamuuttujan ”potilaskeskeisyys” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=283), ka 3,8, α=0,75

Potilaskeskeisyys	**Keski-arvo**	**Keski-vaihtelu**	**Korrelaatio summaan**	**Alfa, jos osio poistetaan**
Halutessani omaisilleni annettiin tietoa tilanteestani	3,4	2,0	,22	0,72
Sain hoitajilta riittävästi tietoa sairaudestani	4,1	1,2	,23	0,73
Hoitajat keskustelivat peloistani ja huolistani	3,7	1,6	,44	0,66
Hoitajat keskustelivat sairauteeni liittyvistä tuntemuksista	4,0	1,4	,45	0,67
Hoitajat ottivat puolestani yhteyttä eri ammatti-ihmisiin	3,6	2,0	,33	0,67

Muuttujat saivat arvoja 0-5 ts. mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui

Potilaskeskeisyys toteutui paremmin, kun potilaalla oli omahoitaja (df=1, p= 0,01). (Taulukko 51.)

Taulukko 51. Potilaskeskeisyys suhteessa omahoitajaan (Kruskal-Wallis)

Potilaskeskeisyys	Omahoitaja	N	Ka	Sd	Järjestyspisteet *	Merkitsevyys, χ^2
Summamuuttuja ”potilaskeskeisyys”	Kyllä	174			152,17	5,588; df:1; p=0,01
	Ei	111			128,62	
Yhteensä		285	19,0	5,9		

*mitä korkeammat järjestyspisteet, sitä paremmin toteutui.

Koulutusasteen noustessa kokemus hoidon potilaskeskeisyydestä laski (df=1, p=0,01). Lähes neljännes (24 %) potilaista ei halunnut, että omaisille annetaan tietoa heidän tilastaan ja 18 % potilasta ei tarvinnut / halunnut yhteydenottoa heidän puolestaan eri ammatti-ihmisiin. Potilaista 11 % ei myöskään tarvinnut / halunnut keskustelua peloista tai huolista. Toisaalta 7 % potilasta oli kokenut, että hoitajat eivät keskustelleet peloista ja huolista tai sairauteen liittyvistä tuntemuksista. (Taulukko 52.)

Taulukko 52. Summamuuttujan ”potilaskeskeisyys” osioiden suorat jakaumat (n, %)

Potilaskeskeisyyttä kuvaavat väittämät	**En halunnut /asia ei koske minua**		**Eri mieltä**		**Ei samaa eikä eri mieltä**		**Samaa mieltä**		**Yhteensä**	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Halutessani omaisilleni annettiin tietoa tilanteestani	72	24	7	2	25	8	197	66	301	100
Sain hoitajilta riittävästi tietoa sairaudestani	10	3	19	6	34	11	243	80	306	100
Hoitajat keskustelivat peloistani ja huolistani	34	11	20	7	27	9	223	73	304	100
Hoitajat keskustelivat sairauteeni liittyvistä tuntemuksista	15	5	21	7	23	7	248	81	307	100
Hoitajat ottivat puolestani yhteyttä eri ammatti-ihmisiin	53	18	10	3	27	9	210	70	301	100

5.2.5.5 Hoidon oikea-aikaisuus

Summamuuttuja ”oikea-aikaisuus” sai arvoja 4,0 – 4,5 (ka 4,2). Parhaiten potilaat kokivat hoitajan olevan selvillä hänen voinnistaan. Huonoiten toteutui hoitajien kiireetön työskentely. (Taulukko 53.)

Taulukko 53. Summamuuttujan ”oikea-aikaisuus” keskiarvo, keskivaihtelu, korrelaatio summaan ja alfa (n=289), ka 4,2, α=0,78

Summamuuttuja ”oikea-aikaisuus”	**Keski-arvo**	**Keski-vaihtelu**	**Korrelaatio summaan**	**Alfa, jos osio poistetaan**
Hoitajilla oli minulle riittävästi aikaa	4,1	1,1	,39	0,71
Sain kaikilta hoitooni osallistuvilta yhdenmukaista tietoa	4,1	1,1	,37	0,72
Hoitajat työskentelivät kiireettömästi	4,0	1,0	,37	0,72
Hoitajat olivat selvillä voinnistani	4,5	0,8	,33	0,74

Potilaista 13 % oli eri mieltä väittämästä ”hoitajat työskentelivät kiireettömästi” ja 11 % oli eri mieltä väittämästä ”hoitajilla oli minulle riittävästi aikaa”. Lähes 90 % tutkittavista vastasi, että hoitajat olivat selvillä hänen voinnistaan. (Taulukko 54.)

Taulukko 54. Hoidon oikea-aikaisuutta kuvaavien väittämien suorat jakaumat (n, %)

Hoidon oikea-aikaisuutta kuvaavat väittämät	**En halunnut**		**Eri mieltä**		**Ei samaa eikä eri mieltä**		**Samaa mieltä**		**Yhteensä**	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hoitajilla oli minulle riittävästi aikaa	1	1	34	11	20	6	250	82	305	100
Sain kaikilta hoitooni osallistuvilta yhdenmukaista tietoa	3	1	26	9	36	12	232	78	297	100
Hoitajat työskentelivät kiireettömästi	2	1	38	13	21	6	249	80	310	100
Hoitajat olivat selvillä voinnistani	2	1	13	4	17	6	274	89	306	100

Miehet kokivat hoidon oikea-aikaisuuden toteutuvan vähän paremmin kuin naiset (df=1, p=0,04). Iän noustessa tyytyväisyys hoidon oikea-aikaisuuteen lisääntyi; nuorimmat olivat kaikkein vähiten tyytyväisiä (df=4, p=0,005). 3-4 päivää sairaalassa olleet olivat tyytyväisimpiä hoidon oikea-aikaisuuteen ja seuraavaksi tyytyväisiä olivat 1-2 päivää sairaalassa olleet. Sairaalassa oloajan lisääntyessä tyytyväisyys hoidon oikea-aikaisuuteen väheni (df=4, p=0,006). Potilaan kokemassa hoidon oikea-aikaisuudessa oli myös osastojen kesken eroja (df=23, p=0,001). Hoidon oikea-aikaisuus toteutui parhaiten operatiivisella alueella; huonoiten se toteutui psykiatrian toiminta-alueella (df=2, p=0,000).

5.2.6. Arvio hoidosta

Potilaista 85 % oli tyytyväisiä hoitoonsa, 11 % oli kohtalaisen tyytyväisiä; tyytymättömiä oli 4 % tutkittavista (asteikolla 1 (erittäin tyytymätön) – 5 (erittäin tyytyväinen) ka oli 4.38, n=307). Tyytyväisyys hoitoon lisääntyi, kun terveydentila oli parempi (df=4, p=0,01). Tyytyväisyys hoitoon lisääntyi myös potilaiden iän kasvaessa; tyytymättömimpiä hoitoon olivat alle 30 -vuotiaat ja tyytyväisimpiä yli 75 -vuotiaat (df=4, p=0,000). Myös toiminta-alue oli yhteydessä potilaan tyytyväisyyteen hoitoonsa; tyytyväisimpiä olivat operatiivisen alueen potilaat ja tyytymättömämpiä psykiatrian alueen potilaat. (Taulukko 55.) Omahoitajuudella ei ollut yhteyttä potilaan tyytyväisyyteen hoitoonsa.

Taulukko 55. Tyytyväisyys hoitoon toiminta-alueittain (Kruskal-Wallis)

Tyytyväisyys hoitoon	Toiminta-alue	N	Ka	Sd	Järjestyspisteet *	Merkitsevyys, χ^2
Tyytyväisyys	Konservatiivinen alue	124			164,83	36,664, df=2, p=0,000
	Operatiivinen alue	123			169,79	
	Psykiatrinen alue	60			99,24	
Yhteensä		307	4,38	0,89		

*mitä korkeammat järjestyspisteet, sitä paremmin toteutui

5.2.7 Potilaiden vastaukset avoimeen kysymykseen

Avoimeen kysymykseen, johon vastaajat voivat vapaasti kirjoittaa ajatuksiaan, oli vastannut 117 potilasta (37 % tutkituista). Potilaiden vastaukset olivat yksittäisiä sanoja tai muutama lause. Vastaukset kirjoitettiin sanatarkasti, tulostettiin, luettiin ja luokiteltiin myönteisiin (75 kpl) ja kielteisiin lausumiin (42 kpl).

Tarkasteltaessa lausumia löydettiin seuraavia aihe-alueita: tyytyväisyys hoitoon ja kohteluun, resurssit, hoidon laatu, henkilökunnan toiminta ja ominaisuudet, omahoitajan toiminta ja osaston ilmapiiri.

Hoitoonsa oli tyytyväisiä 75 (24 %) vastaajaa, 15 vastaajalla oli jotain huomautettavaa hoidon suhteen ja 27 potilasta vastasi olevansa tyytymätön saamaansa hoitoon tai / ja kohteluun. Tyytyväiset potilaat ilmaisivat kiitollisuutta, arvioivat hoitajien myönteisiä ominaisuuksia tai hyvää ilmapiiriä osastolla: ”Saan hyvää ja ammattitaitoista hoitoa. Vaikka hoitajilla on paljon

potilaita, he jaksavat olla aina ystävällisiä ja avuliaita. Arvostan hoitoammattilaisten työtä.” Henkilökunnalle lähetettiin kiitoksia hoidosta. ”Suhtautuminen potilaisiin ja hoidon taso on ollut erinomaista.”

Tyytymättömyyttä ilmaistiin lausumilla: ”Omahoitajalla pitäisi olla enemmän aikaa keskusteluun potilaan kanssa.” ”Myös muiden hoitajien pitäisi keskustella potilaan kanssa, kun huomaavat, että on paha olla.” Potilaiden kohteluun oli otettu kantaa lausumissa: ”Kohdelkaa potilaita ihmisinä ja kuvitelkaa vaikka omiksi lapsiksenne.” Myös lääkärien työskentelyyn oli otettu kantaa vastauksissa. ”Tuntuisi kivalta, jos lääkäri tervehtisi hereillä olevaa potilasta.” Lääkärin kierron potilaat kokivat kiireiseksi ja muiden potilaiden läsnäolon kiusalliseksi: ”Lääkärin kiertoa en ymmärtänyt kierroksi ollenkaan, se oli niin nopea. En ehtinyt kysyä, menikö leikkaus hyvin. Miksi lääkärit puhuvat niin kovaa kierron aikana?”

Henkilökunnan ominaisuuksia oli arvioitu 17 vastauksessa. Henkilökunnan myönteisiä ominaisuuksia oli kuvattu sanoilla ammattitaitoinen, ystävällinen, miellyttävä, avulias, osaava, empaattinen, joustava, asiallinen, iloinen. Myös hoitajien tieto-taito oli arvioitu hyväksi. Hoitajien kielteisiä ominaisuuksia oli kuvattu sanoilla epäystävällinen, ilkeä ja välinpitämätön.

Vastauksissa (9 kpl) oli arvioitu myös hoitotyön laatua sanoilla joustava, turvallinen, yksilöllinen ja asiallinen. Myös tiedon saamista, hoitajien kuuntelemista, vastuun ottamista hoidosta ja potilaille ajan antamista oli kuvattu vastauksissa: ”Hämmästyttävän yksilöllistä suhtautumista.” ”Joudun olemaan säännöllisesti hoidossa ja vaikka kaikki ovat tulleet tutuiksi, lisää turvallisuutta, että on yksi tai muutama hoitaja. Tämän pitäisi olla itsestäänselvyys.”

Omahoitajuutta tai omahoitajan toimintaa kuvasi kahdeksan vastaajaa. Myönteisenä asiana toiminnan oli kokenut kolme vastaajaa: ”Omahoitaja on välttämättömyys, samoin hänelle varahoitaja.” Omahoitaja piti yhteyttä potilaan puolesta ulkomaailmaan. Kolme vastaajaa piti yksilövastuista hoitotyötä sekavana tai epäselvänä: ”Omahoitaja asia on vähän sekava, kun joka päivä on eri hoitaja.” ”En saanut selvää, kuka oli omahoitaja, kun he aina vaihtuivat.”

Myös kritiikkiä hoidosta esitettiin: potilaat pitäisi ottaa mukaan enemmän hoitonsa suunnitteluun ja heitä pitäisi kuunnella enemmän Kielteisenä koettiin yksilöllisyyden puute, hoitoon pääsyn vaikeus, henkilökunnan vaihtuvuus ja tiedon puute. 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: ”Kokeiden tuloksia salataan, ettei tule paha mieli. Papereita ei annettu luettavaksi. Osasto tietää kaikki asiat ennen kuin itse saa tietää.” Yhdessä vastauksessa arvioitiin tiedon saamista riittäväksi. Potilaiden osallistuminen päätöksentekoon oli koettu puutteelliseksi: ”Hoitajat ja lääkärit päättävät liikaa potilaan puolesta.” Potilaan näkemystä kuunneltiin, mutta tehtiin toisin. ”Se on väärin potilasta kohtaan.” Lääkärien ja hoitajien aitoa läsnäoloa ja kuuntelua kaivattiin enemmän. ”Toivoisin, että hoitajat ja lääkäri olisivat keskustelussa läsnä ja kuuntelisivat asiakasta ja uskoisivat, mitä potilas kertoo omista säryistä ja tuntemuksista, sillä vain potilas voi tietää.”

Henkilökunnan riittävyyttä oli arvioitu seitsemässä vastauksessa: ”Hoitajia on palkattava enemmän, ei yksi ihminen tee kahden ihmisen töitä.” Hoitajilla oli liikaa töitä ja joillakin osastoilla hoitajat olivat kiireisiä ja väsyneen tuntuisia, vaikka yrittävätkin parhaansa. Kiireestä huolimatta hoitajat olivat ystävällisiä ja pyrkivät potilaiden mukaan luomaan kiireettömän ilmapiirin ”Hoitajilla on kiire, mutta yksittäisen potilaan hoitoon he keskittyvät kiireettömästi.”

Vastaajista 5 oli kokenut osaston ilmapiirin hyväksi, rennoksi ja rauhalliseksi. Osaston hygieniaa oli kuvattu lausumalla: ”Olin 20 vrk sairaalassa, vuodevaatteita ei vaihdettu kertaakaan.” Ruuasta oli yksi maininta. Sitä pidettiin huonona.

6. TULOKSEN VERTAILUA EDELLISEEN TUTKIMUKSEEN

Tutkimustulosta vertaillaan lyhyesti vuonna 2002 ja 2005 tehtyyn tutkimukseen taulukoimalla vierekkäin tärkeimmät summamuuttujat ja niiden tunnusluvut. Koska vuonna 2005 tutkimuksessa oli vain operatiivisen hoitotyön alue, oli tutkimukseen osallistuvien hoitajien määrä silloin pienempi ja samasta syystä kätilöiden suhteellinen osuus oli suurempi kuin vuonna 2002 ja vuonna 2006. Hoitajien kyselyn vastusprosentti oli vuonna 2006 4 % suurempi kuin vuonna 2002, mutta 19 % pienempi kuin vuonna 2005. Hoitajien iän keskiarvo oli vuoden pienempi vuonna 2002 kuin vuosina 2005 ja 2006. Vuonna 2006 työskentelyaika terveydenhuollossa ja osastolla oli reilun vuoden alhaisempi kuin vuosina 2005 ja 2002. (Taulukko 56.)

Taulukko 56. Hoitajien taustatiedot vuosina 2002, 2005 ja 2006 (n, %)

Vuosi 2002	**Vuosi 2005**	**Vuosi 2006**
N= 489, vastaus % 68 % (n= 330)	N= 151, vastaus % 88 % (n= 133)	N=529, vastaus % 71% (n=377)
Ikä: ka 41 v	Ikä: ka 42 v	Ikä ka 42 v
Työaika terveydenhuollossa: ka 15,7 v	Työaika terveydenhuollossa: ka 16.8 v	Työaika terveydenhuollossa: ka 14,9 v
Työaika osastolla: ka 8 v	Työaika osastolla: ka 8,3 v	Työaika osastolla: ka 7,3 v
Sairaanhoitaja: 72 %	Sairaanhoitaja: 64 %	Sairaanhoitaja: 81 %
Kätilö: 5 %	Kätilö: 16 %	Kätilö: 4 %
Ph / Lh / Mth: 18 %	Ph / Lh: 20 %	Ph / Lh / Mth : 15 %

Potilaiden vastausprosentti oli vuonna 2006 reilut 10 % pienempi kuin vuosina 2002 ja 2005. Potilaiden taustatiedoissa suurimmat erot ovat sairaalassaolo ajassa; se oli vuonna 2006 21 vuorokautta, vuonna 2005 4 vrk ja vuonna 2002 8 vrk. Tämä selittyy kaikkien psykiatristen osastojen mukana ololla tutkimuksessa vuonna 2006. Keskimääräinen sairaalassaoloaika vuonna 2006 oli konservatiivisilla ja operatiivisilla osastoilla 5,6 vrk, eli sairaalassa oloaika oli lyhyempi kuin vuonna 2002 (vuonna 2002 mukana oli 2 psykiatriselta osastolta yhteensä 17 potilasta), mutta pidempi kuin vuonna 2005, jolloin mukana oli vain operatiiviset osastot. Sairaalassa olon syyt ovat vuonna 2002 ja 2006 suunnilleen samanlaiset, vuonna 2005 leikkauksessa olo korostuu. Sukupuolijakauma oli samanlainen vuonna 2005 ja vuonna 2006,

vuonna 2002 naisten osuus oli suurempi. Koska vuonna 2002 ja vuonna 2006 tutkimus tehtiin kaikilla keskussairaalan vuodeosastoilla, oli tutkimukseen osallistujien määrä suurempi. Muuten potilaiden taustatiedoissa ei ole suuria eroja, joten tuloksia voinee verrata keskenään. (Taulukko 57.)

Taulukko 57. Potilaiden taustatiedot vuosina 2002, 2005 ja 2006 (n, %)

Vuosi 2002	**Vuosi 2005**	**Vuosi 2006**
N=474, vastaus % 73 % (n=346)	N= 200, vastaus % 74 % (n = 148),	N=500, vastaus % 65 % (n= 325)
Sukupuoli: Nainen:60 % Mies: 40 %	**Sukupuoli:** Nainen:56 % Mies:44 %	**Sukupuoli:** Nainen: 56 % Mies: 44 %
Ikä: ka: 53,8	**Ikä**: ka 54,5	**Ikä:** ka 52,1
Siviilisääty: Naimisissa / avoliitossa: 62 % Naimaton: 14 % Leski: 12 % Eronnut:12 %	**Siviilisääty:** Naimisissa / avoliitossa: 61 % Naimaton: 16 % Leski: 11 % Eronnut:12 %	**Siviilisääty:** Naimisissa / avoliitossa: 58 % Naimaton: 20 % Leski: 11 % Eronnut:11 %
Työssä olo: Työelämässä:27 % Työtön: 8 % Eläkkeellä.: 50 % Muu: 15 %	**Työssä olo**: Työelämässä: 33 % Työtön: 7 % Eläkkeellä.: 46 % Muu: 14 %	**Työssä olo**: Työelämässä: 24 % Työtön: 8 % Eläkkeellä.: 53 % Muu: 15 %
Sairaalassaoloaika: ka: 8 vrk 1-2 pv: 23 % 3-5 pv: 22 % 6-10 pv: 23 % 11-15 pv: 8 % yli 16 pv: 6 % Tieto puuttuu: 18 %	**Sairaalassaoloaika**: ka 4 vrk 1-2 pv: 36 % 3-4 pv: 28 % 5-6 pv: 23 % yli 7 pv:12 % Tieto puutuu: 1 %	**Sairaalassaoloaika**: ka 21 vrk 1-2 pv: 24 % 3-4 pv: 20 % 5-6 pv: 15 % 7-14 pv: 14 % yli 15pv: 15 % Tieto puutuu: 12 %
Sairaalassaolon syy: Kutsuttuna leikkauksessa: 32 % Päiv. pot. leikkauksessa: 7 % Päiv. pot. hoidossa: 35 % Kutsuttuna hoid. / tutkim.:21 % synnytys / raskaus: 5 %	**Sairaalassaolon syy**: Kutsuttuna leikkauksessa: 42 % Päiv. pot. leikkauksessa:16 % Päiv. pot. hoidossa:23 % Kutsuttuna hoid. / tutkim.: 9 % synnytys / raskaus: 10 %	**Sairaalassaolon syy**: Kutsuttuna leikkauksessa: 27 % Päiv. pot. leikkauksessa:4 % Päiv. pot. hoidossa:36 % Kutsuttuna hoid. / tutkim.: 26 % synnytys / raskaus: 7 %
Koulutus: Ei ammattikoulutusta: 28 % Ammattikoulu /-kurssi: 42 % Opistotaso: 17 % Korkeakoulu: 11 % Tieto puuttuu 2 %	**Koulutus**: Ei ammattikoulutusta: 28 % Ammattikoulu /-kurssi: 42 % Opistotaso:17 % Korkeakoulu:12 % Tieto puuttuu: 1 %	**Koulutus**: Ei ammattikoulutusta: 35 % Ammattikoulu /-kurssi: 34 % Opistotaso:18 % Korkeakoulu: 7 % Tieto puuttuu: 5 %
Terveydentila: Huono: 2 % Melko huono: 21 % Melko hyvä: 43 % Hyvä: 29 % Erittäin hyvä: 5 %	**Terveydentila:** Huono: 3 % Melko huono: 19 % Melko hyvä: 50 % Hyvä: 25 % Erittäin hyvä: 3 %	**Terveydentila:** Huono: 5 % Melko huono: 10 % Melko hyvä: 62 % Hyvä: 20 % Erittäin hyvä: 3 %

6.1 Hoitajien aineisto

Keskiarvojen vertailussa on huomioitava, että vuonna 2006 mittarin asteikko vaihteli välillä 1-7 ja muina vuosina välillä 1-4. Siksi vuosien 2002 ja 2005 keskiarvot skaalattiin verrannollisiksi vuoden 2006 keskiarvoihin kertomalla ne luvulla 1,75. Potilaskeskeisyys toteutui nyt huonommin kuin vuonna 2002 ja 2005. Itsenäisyys hoitajien työssä toteutui vuonna 2006 hieman huonommin kuin vuonna 2005 operatiivisella alueella. Vastuullisuus yksilövastuisessa hoitotyössä toteutui myös huonommin kuin vuonna 2005. Vuonna 2002 itsenäisyyttä ja vastuullisuutta ei voitu erottaa, joten näitä keskiarvoja ei voi verrata keskenään. Mutta summamuuttujan osioiden analyysistä voi jo silloin päätellä, että vastuullisuuden toteutumisessa oli ongelmia.

Jatkuvuus / koordinointi oli parantunut verrattuna vuoteen 2002, mutta se toteutui nyt huonommin kuin vuonna 2005 operatiivisella alueella. Edellytykset yksilövastuiseen hoitotyöhön olivat nyt hiukan huonommat kuin vuonna 2002 ja selkeästi huonommat kuin vuoden 2005 tutkimuksessa operatiivisella alueella. Myös hoitajien kokemus osastonhoitajan roolista yksilövastuisen hoitotyön tukijana oli nyt hieman huonompi kuin vuonna 2002 ja selkeästi huonompi kuin vuonna 2005. Koulutukseen erittäin tai melko tyytyväisiä on nyt noin 6 % vähemmän kuin vuosina 2002 ja 2005, mutta koulutukseen tyytymättömiä tai erittäin tyytymättömiä on nyt 14 % ja vuosina 2002 ja 2005 noin 26 %, joten koulutukseen neutraalisti suhtautuvien määrä oli lisääntynyt. (Taulukko 58.)

Taulukko 58. Hoitajien aineistojen summamuuttujien keskiarvot ja vaihteluvälit vuosina 2002, 2005 ja 2006.

2002:Summamuuttujat	**2005: Summamuuttujat**	**2006: Summamuuttujat**
Potilaskeskeisyys: (10 osiota) ka: 3,3 (2.8 - 3.8) **skaalattu ka 5,7**	Potilaskeskeisyys: (10 osiota) ka: 3,3 (2.8 - 3.9) **skaalattu ka 5,8**	Potilaskeskeisyys: (12 osiota) **ka: 5,2** (4,0 – 6,1)
Itsenäisyys / vastuullisuus: (12 osiota) ka 3,5 (3.0 - 3.9) **skaalattu ka 6,1**	Itsenäisyys: (7 osiota) ka 3.4 (3.1 - 3.7) **skaalattu ka 6,0** Vastuullisuus: (8 osiota) ka 2,6 (1.8 - 3.3) **skaalattu ka 4,6**	Itsenäisyys: (8 osiota) **ka 5,5** (4,7 – 6,2) Vastuullisuus: (4 osiota) **ka 3,8** (2,9- 4,9)
Jatkuvuus / koordinointi: (9 osiota) ka 3,3 (3.0 -3.8) **skaalattu ka 5,8**	Jatkuvuus / koordinointi: (5 osiota) ka 3,8 (3.7- 3.9) **skaalattu ka 6,7**	Jatkuvuus / koordinointi: (9 osiota) **ka 6,2** (5,7- 6,7)
Yvh:n edellytykset : (5 osiota) ka 2,8 (2.5 - 3.0) **skaalattu ka 5,0**	Yvh:n edellytykset: (6 osiota) ka 3,0 (2.5 - 3.4) **skaalattu ka 5,3**	Yvh:n edellytykset: (7 osiota) **ka 4,8** (3.8 – 5,6)
Osastonhoitajan rooli: (6 osiota) ka 2,94 (2.3 - 3.2) **skaalattu ka 5,2**	Osastonhoitajan rooli: (5 osiota) ka 3.3 (3.2 - 3.5) **skaalattu ka 5,8**	Osastonhoitajan rooli: (7 osiota) **ka 4,9** (4,3-5,5)
	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 %	<u>Tyytyväisyys koulutukseen</u>: Tyytyväinen: 40 % Melko tyytyväinen: 28 % Ei tyytyväinen eikä tyytymätön: 18 % Melko tyytymätön: 8 % Tyytymätön: 6 % ka 4,99
Muuttujat saivat arvoja 1-4		Muuttujat saivat arvoja 1-7

Mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui (skaalaus: 4 x 1,75= 7)

6.2 Potilaiden aineisto

Vuonna 2006 mittarin asteikko vaihteli välillä 1-5 ja muina vuosina välillä 1-4. Siksi vuosien 2002 ja 2005 keskiarvot skaalattiin verrannollisiksi vuoden 2006 keskiarvoihin kertomalla ne luvulla 1,25. Vuonna 2006 omahoitaja oli 60 % potilaista, joten omahoitajan saaneet potilaat olivat lisääntyneet verrattuna vuosiin 2002 (51 %) ja 2005 (42 %). Nyt niiden potilaiden määrä, jotka eivät tienneet, oliko heillä omahoitaja vai ei oli vähentynyt verrattuna vuosiin 2002 ja 2005. Kaksi potilasta ei halunnut omahoitajaa vuonna 2006. Operatiivisen hoitotyön alueen strategiassa on tavoitteena, että vuonna 2006 75 % potilaista on omahoitaja ja konservatiivisella alueella tämä tavoite on 80 %; nämä tavoitteet olivat vielä saavuttamatta tämän tutkimuksen mukaan (psykiatrian alueen strategiassa ei ole mainintaa prosentti tavoitteesta).

Vuonna 2006 potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa laski vuoteen 2002 verrattuna, mutta oli parempi kuin vuonna 2005. Tosin summamuuttujan sisältökin muuttui, kun potilaan autonomia voitiin faktorianalyysin perusteella erottaa omaksi muuttujaksi vuonna 2005. Kyselylomaketta muutettiin edelleen vuonna 2006 ja nyt uutena muuttujana oli hoidon potilaskeskeisyys. Tämä toteutui kohtuullisen hyvin. Hoidon joustavuus / oikea-aikaisuus toteutui yhtä hyvin vuosina 2002 ja 2005, nyt kysymyslomakkeen muuttuessa nämä erotettiin omiksi summamuuttujikseen faktorianalyysin perusteella. Potilaan kokema hoidon joustavuus oli huonontunut verrattuna edellisiin vuosiin. Hoidon oikea-aikaisuus toteutui vuonna 2006 paremmin kuin hoidon joustavuus. Myös potilaan kokemus hoitonsa jatkuvuudesta huononi vuoteen 2002 ja 2005 verrattuna. Potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä hoitoonsa, vuonna 2006 potilaan kyselylomakkeesta jätettiin pois arvosana osaston henkilökunnalla ja omahoitajalle ja kysyttiin sen sijaan yleistä tyytyväisyyttä hoitoon. (Taulukko 59.)

Taulukko 59. Potilaiden aineistojen summamuuttujien keskiarvot ja vaihteluvälit vuosina 2002, 2005 ja 2006.

2002: Summamuuttujat	**2005: Summamuuttujat**	**2006: Summamuuttujat**
Omahoitaja: **Kyllä: 51 %** Ei: 29 % En tiedä: 16 % En halua: 0 %	Omahoitaja: **Kyllä: 42 %** Ei: 31 % En tiedä: 26 % En halua: 1 %	Omahoitaja: **Kyllä: 60 %** Ei: 26 % En tiedä: 13 % En halua: 1 %
Osallistuminen hoitoon: (9 osiota) ka 3,3 (2.9 - 3.6) **skaalattu ka 4,1**	Osallistuminen hoitoon: (4 osiota) ka 2.8 (2,7 – 3,1) **skaalattu ka 3,5**	Osallistuminen hoitoon: (4 osiota) **ka 3,7** (3,4 – 4,0)
	Autonomia : (5 osiota) ka 3,4 (3,3 – 3,6) **skaalattu ka 4,3**	Potilaskeskeisyys : (5 osiota) **ka 3,8** (3,4 – 4,1)
Joustavuus/oikea-aikaisuus: (6 osiota) ka 3,4 (2,9 - 3,7) **skaalattu ka 4,3**	Joustavuus/oikea-aikaisuus: (5 osiota) ka 3,4 (3,1 - 3,7) **skaalattu ka 4,3**	Joustavuus: (4 osiota) **ka 3,9** (3,0 - 4,3)
		Oikea-aikaisuus (4 osiota) **ka 4,2** (4.0 - 4,5)
Jatkuvuus: (4 osiota) ka 3,5 (3,3 - 3,7) **skaalattu ka 4,4**	Jatkuvuus: (5 osiota) ka 3,3 (3,1– 3,7) **skaalattu ka 4,1**	Jatkuvuus: (5 osiota) **ka 3,8** (3,4– 4,1)
Arvosana omahoitaja: ka 9,26 muut hoitajat: 9,08 muu hk: 9.08	Arvosana omahoitaja: 9,50 muut hoitajat: 8,99 muu hk: 9,05	Tyytyväisyys hoitoon: Tyytyväinen: 85 % Kohtalaisen tyytyväinen: 11 % Tyytymätön: 4 % **ka 4,4**
Muuttujat saivat arvoja 1-4		Muuttujat saivat arvoja 1-5

Mitä korkeampi keskiarvo sen paremmin toteutui (skaalaus: 4 x 1,25= 5)

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 Pohjois-Karjalan keskussairaalassa vuonna 2002 ja vuonna 2005 tehtyjen yksilövastuisen hoitotyön tutkimusten perusteella; ne taas perustuivat yksilövastuisen hoitotyön teoriaan ja aikaisempiin tutkimustuloksiin.

Potilasmittarin kysymykset olivat selkeitä ja loogisia. Tehty faktorianalyysi antoi tulokseksi ratkaisun, joka oli sopusoinnussa teorian kanssa. Summamuuttujien alfat vaihtelivat välillä 0,70 – 0,80, joita voi pitää hyvinä. Mitta-asteikon muuttaminen 0-4 asteikoksi kysymyksissä 14 – 22 selkiytti mittaria. Toisaalta 5- portainen asteikko kysymyksissä 33 – 54 houkutti ehkä valitsemaan neutraalin vaihtoehdon; joten jatkossa kannattanee palata asteikkoon 0-4.

Hoitajien mittarin kysymykset vaativat vielä hiontaa, koska faktorianalyysissä osa kysymyksistä latautui niin, että ne reliabiliteetti- analyysin mukaan huononsivat summamuuttujaa. Mittarin muutos 7-portaiseksi lisäsi kysymysten hajontaa ja selkeytti mittaria. Faktorianalyysin perusteella jouduttiin poistamaan 2 muuttujaa huonon kommunaliteetin perusteella. Faktorianalyysi jouduttiin tekemään käyttämällä 6 faktorin ratkaisua, joten mittari vaatii vielä kehittämistä. Summamuuttujan ”vastuullisuus” alfa oli 0.61, jota voidaan pitää hyväksyttävänä, mutta mittari tarvitsee vielä jatkokehittelyä etenkin tältä osin. Muiden summamuuttujien alfat vaihtelivat 0.72 ja 0.90 välillä, jotka ovat hyviä. Eksploratiivinen faktorianalyysi oli myös 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. Tutkimuksesta informoitiin kaikkia osastonhoitajia sähköpostitse ja uudelleen lomakkeita jaettaessa. Kysymyslomakkeet ohjattiin antamaan kaikille potilaille, kun potilas vaan kykeni vastaamaan

ja suostui tutkimuksen, näin potilaiden valikoitumista tutkimukseen pyrittiin ehkäisemään. 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 9 potilaan vastaukset. Joidenkin osastojen hoitohenkilökunnan vastausprosentti jäi alhaiseksi; ehkä se oli merkki tutkimusväsymyksestä; myös epäilyjä vastaajan tunnistettavuudesta esiintyi jonkin verran.

7.2 Tulosten tarkastelua

7.2.1 Hoitotyön malli

Yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan toimivia hoitajia oli 48 % vastaajista. Tiimimallin mukaan toimi 35 % tutkituista, ryhmä /modulimallia käytti 11 % vastaajista ja sekamallin, jossa oli piirteitä kaikista malleista, käyttäjiä oli 6 % vastaajista. Seitsemän osaston (27 %) hoitohenkilökunta sanoi työskentelevänsä yksinomaan yksilövastuisen mallin mukaan ja viidellä osastolla se oli enemmistönä. Pelkästään tiimimallin mukaan toimittiin kolmella osastolla ja enemmistönä se oli viidellä osastolla. Osastoista 38 % oli käytössä vähintään kolme eri mallia. Tilanne on vähän korjaantunut vuoteen 2002 verrattuna; tosin syynä saattaa olla kaikkien psykiatristen osastojen osallistuminen tutkimukseen. Psykiatrian alueen osastot kahta osastoa lukuun ottamatta ilmoittivat toimivansa useimmiten yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan.

Uutena asiana kysyttiin tänä vuonna toimintamallin piirteitä (kysymykset 7-12). Näistä vastauksista laskettiin toimintamalli-indeksi (liite 4). Näiden vastausten perusteella yksilövastuisen mallin mukaan toimi 31 % vastaajista ja tiimi / ryhmämallin mukaan 68 % vastaajista. Kun hoitajien itsensä ilmoittamaa toimintamallia verrattiin indeksillä laskettuun malliin, todettiin, että tiimimallin mukaan toimivista 10 % toimikin yksilövastuisen mallin mukaan ja yksilövastuisen mallin toimintamallikseen ilmoittaneista 48 % toimi tiimi / ryhmätyömallin mukaan. Tästä voi päätellä, että lähes puolella osastojen henkilökuntaa työn organisointimalli ei ole selkeä tai sitten siitä ei ole sovittu yhteisesti. Tai sitten osastolla on päätetty, että meillä toimitaan yksilövastuisen mallin mukaan, mutta käytännön toimintaa ei kuitenkaan ole organisoitu sen mukaan. Tätä näkemystä tukevat avoimen kysymyksen vastaukset, missä todettiin, että joillakin osastoilla omahoitaja on vain nimi papereissa tai

tilastoissa ja todellinen toiminta on tiimi- tai ryhmätyötä. Tosin osaston kulttuurin muutos on pitkä prosessi ja se vie paljon aikaa ja alkuinnostuksen jälkeen palataan helposti vanhaan tapaan. (vrt. Kaukkila ym. 2000, Mäkisalo 2002, Kalasniemi ym. 2002, 2004, Berhout ym. 2003, Mäkinen 2003, Berkhout ym. 2004, Boumans ym. 2005, Ristolainen & Sarajärvi 2006.)

Hoitajien avoimessa kysymyksessä tuli esille esteitä yksilövastuisen hoitotyön toteuttamiseen. Toimintamallista ei käydä perusteellista keskustelua henkilökunnan kanssa, vaan se määrätään ylhäältä päin. Kiire, vuorotyö ja nopeasti vaihtuvat potilaat vaikeuttavat yksilövastuisen hoitotyön toteuttamista. Monella osastolla omien potilaiden määrä on ilmeisesti yksi tulospalkkaus kriteeri. Sisältö tuntui kuitenkin jääneen pohtimatta, kun omahoitajan koettiin olevan vaan nimi papereissa (vrt. Pontin 1999, Ristolainen & Sarajärvi 2006). Kielteisesti yksilövastuiseen hoitotyöhön suhtautuvia hoitajia ei ole yritetty motivoida ja johdon tuki koettiin usein puutteelliseksi. Osastonhoitajan tehtävä on mahdollistaa valitun toimintamallin toteuttaminen; hänen johtamistapansa vaikuttaa myönteisesti henkilökunnan työmotivaatioon, työn laatuun ja tuloksellisuuteen (vrt. Kangas 1994, Krause 1994, Paasovaara 2000, Koivuselkä ym. 2002, Drach-Zahavy 2004, Berkhout ym. 2004, Ristolainen & Sarajärvi 2006). Myös kollegiaalisuudessa koettiin puutteita, esimerkiksi omanhoitajan tekemää hoitosuunnitelmaa muutettiin perustelematta tai ei luotettu toisen hoitajan taitoihin hoitaa omaa potilasta (vrt. Ristolainen & Sarajärvi 2006). Joku totesi myös, että yksilövastuinen hoitotyö on jo vanha juttu, tiimityö on tullut tilalle. Joidenkin mukaan yksilövastuisen hoitotyön malli ei sovi heidän yksikköönsä (vrt. Vuorinen 2001, Bislimi & Suominen 2002). Osastoilla pitäisi käydä avointa keskustelua siitä, mikä olisi paras ja tuloksellisin tapa organisoida työt, niin että sekä potilaat, hoitajat että työnantaja olisivat tyytyväisiä.

Potilaista 60 % vastasi, että heillä oli omahoitaja. Kun henkilökunnasta 48 % oman ilmoituksensa mukaan ja 31 % indeksistä lasketun mallin mukaan sanoi työskentelevänsä yksilövastuisen mallin mukaan, niin tähän jää vaihtoehdosta riippuen 12 % - 29 % ero. Tämä voisi viitata, että osa aineistosta on valikoitunut, siis tutkimukseen on otettu enemmän niitä, joilla on omahoitaja. Toinen vaihtoehto on, että hoitaja hoitaa omia potilaita, vaikka toimintamalliksi ei ole sovittu yksilövastuista hoitotyötä. Niillä osastoilla, jotka ilmoittivat toimivansa pelkästään yksilövastuisen hoitotyön mukaan, kaikilla potilailla ei ollut omahoitajaa tai ainakaan potilaat eivät tienneet sitä. Potilaista 13 % ei tiennyt, oliko hänellä oma hoitaja vai ei; vuonna 2005 operatiivisella alueella yli neljännes (26 %) potilaista ei tiennyt, oliko hänellä oma hoitaja vai ei (vuonna 2002 16 %); tämä asia oli siis korjaantunut.

Potilaalle voi jäädä epävarmuus omahoitajasta etenkin silloin, kun potilasta hoitaa samat hoitajat, mutta kukaan ei selkeästi esittäydy hänelle omaksi hoitajaksi.

Psykiatrian alueella oli omahoitaja lähes kaikilla potilailla (98 %), vaikka psykiatrian 8 osastosta vain kolmen osaston hoitajat vastasivat toimivansa yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan 100 %:sti; tosin enemmistönä se oli lisäksi kolmella. osastolla. Konservatiivisilla osastoilla oli eniten niitä potilaita, joilla ei ollut omahoitajaa (36 %) ja myös eniten niitä, jotka eivät tienneet, oliko heillä omahoitaja vai ei (17 %). Täydellinen omahoitajuus näyttää olevan vaikea toteuttaa käytännössä eri olosuhteista johtuen. On todettu, että organisaation muutokset toteutetaan usein pinnallisesti eikä esimerkiksi vastuuta ja valtuuksia selkeästi delegoida ja kiireessä helposti palataan vanhaan malliin (vrt. Berkhout ym. 2004, Boumans ym. 2005). On myös merkittävää, että vain kaksi potilasta oli valinnut vaihtoehtoa ”en halunnut omahoitajaa”; vuonna 2002 yksikään potilas ei valinnut tätä vaihtoehtoa ja vuonna 2005 1 potilas ei halunnut omaa hoitajaa. Tämä merkinnee sitä, että potilaat pitävät omahoitaja-mallia hyvänä ja toivottavana.

Omahoitaja nimettiin 83 %:lle tulopäivänä tai seuraavana päivänä, 10 %:lle tutkituista omahoitaja ilmoitettiin myöhemmin (7 % ei joko muistanut tai jätti vastaamatta kysymykseen). Tämä tukee yksilövastuisen hoitotyön teoriaa, minkä mukaan omahoitaja pitäisi nimetä 12 tunnin kuluessa hoitoon tulosta. Tilanne oli parantunut vuoteen 2002 verrattuna, jolloin omahoitaja nimettiin 15 %:lle myöhemmin kuin vuorokauden kuluessa. Potilas sai tiedon omahoitajasta pääasiassa (88 %) suullisesti tulevalta omahoitajalta; tämä lieneekin hyvä tapa luottamuksellisen hoitosuhteen luomiseksi. (vrt. Kalasniemi ym. 2002, Ryhänen 2005.)

Potilaat olivat melko hyvin selvillä omahoitajan tehtävistä. Parhaiten potilaalle oli selvitetty, että omahoitaja keskustelee hoitoon liittyvistä tarpeista (91 %) ohjaa ja neuvoo (89 %), antaa tietoa (87 %) ja auttaa päivittäisissä toimissa (87 %). Huonoiten potilaat tiesivät, että omahoitaja tekee hoitosuunnitelmaa yhdessä potilaan kanssa, ottaa tarvittaessa yhteyttä muihin ammattiryhmiin, antaa tukea ja miten potilas voi itse edistää toipumistaan. Noin neljännes potilaista ei tiennyt tai ei osannut sanoa, miten hän voi edistää toipumistaan tai että omahoitaja ottaa tarvittaessa yhteyttä muihin ammattiryhmiin ja noin viidesosa ei tiennyt, että omahoitaja suunnittelee hoitoa yhdessä potilaan kanssa. Verrattuna vuoteen 2002 tilanne on korjaantunut huomattavasti ja edelleen korjaantumista on tapahtunut verrattua viime vuoteen, jolloin noin 40 %:lle tutkituista ei ollut kerrottu tai he eivät tienneet näitä omahoitajan tehtäviä. Tilanne on

siis korjaantunut, mutta omahoitaja ei vieläkään kerro rooliaan tarpeeksi selvästi potilaalle. Tähän voisi viitata myös se, että 13 % potilaista (vuonna 2002 16 % ja vuonna 2005 24 %) ei vieläkään 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, Ristolainen & Sarajärvi 2006), kuin yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden mukaan toimiva omahoitaja. (vrt. Kaukkila ym. 2000, Kalasniemi ym. 2002, 2004, Ryhänen 2005.)

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. Hoitajien ilmoittama potilaskeskeisyys hoidossa oli kuitenkin laskenut verrattuna vuosiin 2002 ja 2005. Huonoiten hoitajien arvioimana toteutui hoitosuunnitelman laatiminen vapaapäivien ajaksi ja potilaan oma osallistuminen hoitoonsa ja sen suunnitteluun. Hoitajien mukaan potilasta ei aina oteta mukaan hoitonsa suunnitteluun, noin 36 % tutkittavista vastasi näin; vuonna 2005 näin vastasi 28 % tutkituista ja vuonna 2002 34 % tutkituista. Tilanne on siis samankaltainen kuin vuonna 2002. Potilaiden vastaukset tukivat tätä tulosta; omaan hoitoon osallistumisen osioista toteutui huonoiten päivittäiseen hoidon suunnitteluun osallistuminen. Tutkituista potilaista 59 % oli samaa mieltä väitteestä, ”voin osallistua päivittäisen hoitoni suunnitteluun”, mielipidettään ei osannut sanoa 23 % ja 8 % oli eri mieltä väitteestä. Mittari oli nyt asteikoltaan erilainen kuin vuonna 2002 ja 2005, mutta jos laskee yhteen epävarmat ja ne jotka olivat eri mieltä väitteestä, 29 % potilaista koki, ettei voinut osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Tämä tilanne on parempi kuin vuonna 2005, jolloin 38 % ei ollut voinut osallistua oman hoitonsa suunniteluun, mutta huonompi kuin vuonna 2002, jolloin näin ajatteli 22 % potilaista. Potilaista 10 % ei halunnut osallistua oman hoitonsa suunnitteluun (16 % vuonna 2005), joten potilaiden halukkuus osallistua omaan hoitoonsa oli lisääntynyt. (vrt. Kalasniemi ym. 2002, 2004, Ryhänen 2005.)

Kun koko summamuuttujaa ”osallistuminen omaan hoitoon” tarkastellaan, potilaista 26 % koki, ettei voi osallistua omaan hoitoonsa; vuonna 2005 näin ajatteli 39 %; joten tilanne oli

siis parantunut tähän verrattuna. Vuoden 2002 summamuuttujaa ”osallistuminen hoitoon” ei voi suoraan verrata vuosiin 2005 ja 2006, koska summamuuttuja oli silloin sisällöltään erilainen; kahtena viimeisenä vuonna summamuuttuja voitiin jakaa kahdeksi eri muuttujaksi. Ehkä hoitajat ajattelevat potilaan haluttomuuden osallistua oman hoitonsa suunnitteluun olevan suurempaa, eivätkä tarjoakaan potilaalle hoidon suunnitteluun osallistumismahdollisuutta. Hoitajista 48 % vastasi heillä olevan liian paljon työtä (vuonna 2005 30 % ja vuonna 2002 48 %); tilanne on siis samanlainen kuin vuonna 2002, jolloin kysely tehtiin kaikilla osastoilla. Hoitajista 60 % (vuonna 2002 52 % ja vuonna 2005 71 %) kuitenkin vastasi, että heillä on aikaa tutustua potilaaseen. Konservatiivisten osastojen hoitajilla oli eniten liikaa töitä ja vähiten aikaa tutustua potilaaseen; psykiatrian osastoilla päinvastoin. Konservatiivisella toiminta-alueella potilaskeskeinen hoito toteutui huonoiten; parhaiten se toteutui psykiatrian toiminta-alueella. Yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan toimivat hoitajat vastasivat useimmin, että heillä oli aikaa tutustua potilaaseen; vähiten oli aikaa potilaaseen tutustumiseen tiimimallin mukaan toimivilla. (vrt. Kalasniemi ym. 2002, 2004, Ryhänen 2005.) 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 paremmin omaan hoitoonsa. Potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa oli myös yhteydessä tyytyväisyyteen hoitoon ja potilaan terveydentilaan; terveydentilansa paremmaksi kokeneet voivat myös paremmin osallistua hoitonsa suunnitteluun. Yli 40 -vuotiaat hoitajat toteuttivat potilaskeskeistä hoitotyötä enemmän kuin sitä nuoremmat. Hoitajien työskentelyajalla terveydenhuollossa oli myös yhteys potilaskeskeisen hoidon toteuttamiseen; työskentelyajan lisääntyessä myös työskentely potilaskeskeisesti lisääntyi. Lyhyt työskentelyaika terveydenhuollossa voi vaikeuttaa potilaskeskeisen hoidon toteuttamista, koska hoitaja ei ehkä hallitse vielä kaikkea erikoisalan vaatimaa tietoa ja hänen on näin ollen myös vaikea ottaa potilasta hoidon suunnitteluun mukaan; alle 2 vuotta terveydenhuoltoalalla työskennelleistä hoitajista vain 23 % teki hoitosuunnitelmaa potilaan kanssa, kun yli 20 vuotta työskennelleistä 59 % 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.)

Summamuuttujan ”osallistuminen omaan hoitoon” keskiarvo parani vähän verrattuna vuoteen 2005, vuoteen 2002 summamuuttujaa ei voi suoraan verrata, koska sen sisältö oli silloin erilainen. Vain 6 % potilaista koki, ettei ollut voinut sanoa omaa mielipidettään hoidostaan, epävarmoja kannastaan oli 10 %. Potilaista 11 % ei ollut saanut osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon; tosin lähes sama määrä ei ollut halunnutkaan näin tehdä. Potilaat myös näyttävät haluavan osallistua oman hoitonsa suunnitteluun, koska vain 10 % tutkittavista ei halunnut näin tehdä. (vrt. Kalasniemi ym. 2002, 2004, Ryhänen 2005.)

Uusi summamuuttuja ”potilaskeskeisyys” toteutui paremmin, kun potilaalla oli omahoitaja. Paremmin koulutetut potilaat olivat kriittisempiä, sillä koulutusasteen noustessa kokemus potilaskeskeisyydestä laski. Potilaat saivat hyvin tietoa tilanteestaan ja heidän kanssaan keskusteltiin sairauteen liittyvistä tuntemuksista. Vain pieni osa (7 %) potilaista oli kokenut, että hoitajat eivät keskustele peloista ja huolista tai sairauteen liittyvistä tuntemuksista. Eniten epätietoisuutta (11 % oli riittävän tiedon saamisesta sairaudesta. Lähes neljännes potilasta (24 %) ei halunnut, että omaisille annetaan tietoa heidän tilanteestaan ja yli 10 % (11 %) ei halunnut hoitajan keskustelevan sairauteen liittyvistä tuntemuksista. Potilaan hoitaminen vaatii siis tarkkaa potilaan kuuntelua ja toimimista hänen ehdoillaan; tähän ei mahdollisuutta, jos hoito on kovin pirstoutunutta ja kiireistä (vrt. Suhonen ym. 2004).

Potilaskeskeisyys hoidossa näyttää siis edelleen 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, Saramäki 1997, Melchior 1999, Kaukkila ym. 2000, Sellick ym. 2003.) Yksilövastuinen hoitotyö näyttää näin mahdollistavan paremmin hoidon potilaskeskeisyyden ja potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa (vrt. Perälä 1989, Munnukka 1993, Pukuri 1997, Kalasniemi ym. 2002, Rittel-Taitel 2002, Suhonen 2002, Ryhänen 2005).

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

Hoitohenkilökunta arvioi huomioivansa hoidon jatkuvuuden hyvin. Hoidon jatkuvuus toteutui nyt paremmin kuin vuonna 2002 ja lähes yhtä hyvin kuin vuonna 2005. Hoidon jatkuvuus hoitajien arvioimana toteutui parhaiten psykiatrisella ja operatiivisella toiminta-alueella; huonoiten se toteutui konservatiivisella toiminta-alueella. Parhaiten hoidon jatkuvuus toteutui yksilövastuisen mallin mukaan toimivilla hoitajilla; aikaisemmin taustamuuttujilla ei ollut asiaan yhteyttä. (vrt. Kalasniemi ym. 2002, 2004, Ryhänen 2005.)

Keskiarvoja vertaillessa kokemus hoidon jatkuvuudesta huononi potilaiden arvioimana verrattuna vuosiin 2002 ja 2005. Potilaista 80 % sai selkeät kotihoito-ohjeet ja tiesi, miten heidän jatkohoitonsa oli järjestetty, mutta 11 % potilaista oli epäselvää, miten toimia kotona ongelmatapauksissa ja 7 % tutkittavista ei ollut tätä kerrottu (vuonna 2005 tämä oli epäselvää 17 %:lle). Potilaista 14 % ei ollut kysytty mielipidettä hoidosta sairaalasta pois lähtiessä (12 % ei osannut sanoa mielipidettään asiasta) ja 9 % ei olisi halunnut sitä kertoakaan. Vuonna 2005 27 % potilaista ei ollut kysytty mielipidettä hoidosta kotiutusvaiheessa. Ehkä potilaan lähtötilanne on niin kiireinen ja sisältää muutenkin paljon asiaa, että hoitaja ei huomaa kysyä hoidon palautetta. Kysymys voi myös olla tutkimuksen ajoittamisessa; jos potilas on vastannut kyselyyn, ennen kuin kaikki asiat on läpikäyty, voi kysymys hoidon arviosta olla vielä esittämättä. Operatiivisella toiminta-alueella hoidon jatkuvuus toteutui parhaiten; myös osastojen kesken oli eroja hoidon jatkuvuuden kokemisessa. Nuoremmat olivat tyytymättömämpiä hoidon jatkuvuuden toteutumiseen; tässä varmaan näkyy nuorempien suurempi kriittisyys. Toisin kuin vuonna 2005, hoidon jatkuvuus potilaan arvioimana ei tässä tutkimuksessa ollut yhteydessä hoitotyön malliin eikä omahoitajaan. (vrt. Kalasniemi ym. 2002, 2004, Ryhänen 2005.)

Hoidon joutavuus ja oikea-aikaisuus voitiin nyt tässä tutkimuksessa erottaa omiksi muuttujikseen faktorianalyysin mukaan, joten tuloksia eri vuosina ei voi suoraan verrata keskenään. Miehet pitivät hoitoa joustavampana kuin naiset; ehkä naiset ovat muutenkin kriittisempiä palvelujen suhteen. Koulutustaso oli yhteydessä kokemukseen hoidon joustavuudesta; koulutustason noustessa kokemus hoidon joustavuudesta väheni. Tilanne oli samansuuntainen vuonna 2005. Tämä on todennäköisesti yleinen suuntaus; kun väestön

koulutustason nousee myös vaatimukset palvelujen tasosta lisääntyvät. Vuonna 2002 nuoremmat potilaat olivat tyytymättömämpiä hoidon joustavuuteen ja oikea-aikaisuuteen; vuonna 2005 iällä ei ollut yhteyttä asiaan, mutta nyt taas nuoremmat olivat kriittisempiä. Operatiivisella toiminta-alueella toteutui hoidon joustavuus potilaiden mukaan parhaiten; huonoiten se toteutui psykiatrian alueella. Operatiivisten potilaiden hoito eteneekin yleensä ennalta suunnitellun prosessin mukaan, mikä lienee yhtenä selityksenä tähän. (vrt. Kalasniemi ym. 2002, 2004, Ryhänen 2005.)

Vuonna 2002 yli 90 % ja vuonna 2005 83 % potilaista oli kokenut, että hoitajilla oli heille riittävästi aikaa, nyt tuo luku oli vähän laskenut, sillä 82 % potilaista vastasi näin. Vuonna 2002 noin 16 % potilaista oli eri mieltä väittämästä ”hoitajat työskentelivät kiireettömästi”; nyt näin ajatteli 19 % potilaista (tulos oli samanlainen vuonna 2005). Potilaan kokemus hoitajan kiireestä on siis lisääntynyt verrattuna vuoteen 2002, mutta pysynyt samana verrattuna viime vuoteen. Potilaat toivat hoitajien kiireen esille myös kysymyslomakkeen avoimessa kohdassa, jossa he voivat vapaasti kertoa mitä halusivat. Kun potilaat kokevat hoitajan kiireiseksi, he jättävät kysymättä itselleen tärkeistä asioista ja tyytyvät vähempään hoitoon kuin tarvitsisivat. Näin heille voi jäädä epäselviä asioita, joita he joutuvat selvittämään myöhemmin. Näiden epäselvien asioiden selvittely myös lisää potilaalle tulevan vaivan lisäksi ruuhkia jo ennestään ruuhkautuneeseen terveydenhuoltoon. (vrt. Kalasniemi ym. 2002, Ryhänen 2005.)

7.2.2.3 Itsenäisyys / vastuullisuus hoitajien arvioimana

Hoitohenkilökunta koki työnsä itsenäiseksi. Summamuuttujien keskiarvojen vertailun perusteella tilanne on kuitenkin heikentynyt verrattuna vuoteen 2005. Hoitajien kokemaa itsenäisyyttä työssään ei voi suoraan verrata vuoteen 2002, sillä summamuuttujaan oli silloin laskettu yhteen vastuullisuus ja itsenäisyys. (Kalasniemi ym. 2002, Ryhänen 2005.) Myös tämän tutkimuksen mukaan hoitajien kokema itsenäisyys vaihteli osastojen välillä. Yksi syy eroon voi olla osastojen erilainen toiminta- ja johtamiskulttuuri. Psykiatrian toiminta-alueella hoitajien kokema itsenäisyys toteutui parhaiten; huonoiten se toteutui konservatiivisella alueella. Yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan toimivien hoitajien itsenäisyys toteutui parhaiten (vrt. Pukuri 1997, Melchior 1999, Laakso & Routasalo 2001, Sellick ym 2003); huonoiten se toteutui tiimi- ja ryhmämallin mukaan toimivilla (vrt. Bislimi & Suominen 2002, Ritter-Teitel 2002, Mäkinen ym. 2003).

Summamuuttuja ”vastuullisuus” on rakenteeltaan erilainen kuin vuonna 2005 (vuonna 2005 siihen kuului 8 osiota, nyt vuonna 2006 muuttujaan kuului 4 osiota). Summamuuttujan sisältö on kuitenkin osittain samanlainen, joten sillä perusteella vertailua vuoteen 2005 voi tehdä. Vuonna 2002 vastuullisuus ja itsenäisyys kuuluivat samaan summamuuttujaan, joten tätä tulosta ei voi verrata vuoteen 2002 (vrt. Kalasniemi ym. 2002). Kun verrattiin summamuuttujan keskiarvoa vuoteen 2005, todettiin, että hoitajien kokemus vastuullisuudestaan on edelleen laskenut (vrt. Ryhänen 2005). Yksilövastuisen toimintamallin mukaan toimivien hoitajien vastuullisuus toteutui parhaiten; huonoiten se toteutui tiimimallin mukaan toimivilla. Myös muiden tutkimusten mukaan yksilövastuinen hoitotyönmalli edistää hoitajien kokemusta työnsä itsenäisyydestä ja vastuullisuudesta (vrt. Perälä 1989, Harkila 1991, Pakarinen 1992, Melchior 1999, Laakso &Routasalo 2001, Mäkinen ym. 2003).

Erityisesti kokonaisvastuu potilaan hoidosta on edelleen ongelmallista. Vuonna 2005 yli 70 % tutkittavista sanoi vastaavansa potilaan hoidosta vain työvuoronsa ajan; nyt näin vastasi 52 % tutkittavista ja 15 % ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. Kun nämä mielipiteestään epävarmat lasketaan yhteen samaa mieltä olevien kanssa, ollaan melkein samassa luvussa kuin edellisen kerran (67 %) (vrt. Ryhänen 2005). Työvuorokohtainen vastuu ei ole yksilövastuisen hoitotyön perusperiaatteiden mukaista; pikemminkin malli muistuttaa nk. nimettyä hoitajaa (vrt. Krause 1994, Steven 1999, Kalasniemi ym. 2002, Ristolainen & Sarajärvi 2006). Vaikeimmaksi koetaan 24-tuntinen vastuu potilaan hoidosta, vaikka se on yksilövastuisen hoitotyön yksi perusperiaatteista. Tämän tutkimuksen mukaan 61 % tutkituista oli eri mieltä väittämästä ”vastaan 24 h / vrk potilaan hoidosta” ja lisäksi 14 % tutkittavista ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. Kun nämä lasketaan yhteen (75 %), lähestytään vuoden 2005 tulosta, jolloin operatiivisella alueella 83 % tutkituista oli eri mieltä väitteestä ”vastaan potilaani hoidosta 24 h / vrk”. Näin ajattelevien hoitajien määrä on kuitenkin kääntynyt laskuun; ehkä keskustelu aiheesta edellisen tutkimuksen jälkeen on vaikuttanut tähän (vrt. Ryhänen 2005). Noin kolmannes (33 %) yksilövastuisen- ja sekamallin mukaan toimivista hoitajista sanoi vastaavansa 24 h / vrk potilaan hoidosta; tiimi- ja ryhmämallin mukaan toimivista hoitajista näin vastasi toimivansa 15 % tutkittavista.

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. Voidaan myös ajatella, että se vastaa potilaan hoidosta kuka kulloinkin hoitaa. Vastuu potilaasta 24 h / vrk pitäisi kirjallisuuden mukaan turvata kirjallisella hoitotyönsuunnitelmalla (vrt. Myöhänen 1985, Zander 1985, Lukander 1991, Munnukka 1993). Akuuttisairaalassa potilaan tila ja vointi voi vaihdella hyvinkin nopeasti. Usealle päivälle (esim. vapaapäivien 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, Melchicor ym. 1999, Paasovaara 2000).

Tämän tutkimuksen mukaan 16 % hoitajista oli samaa mieltä väitteestä ”tiimin / ryhmän vastaava hoitaja vastaa potilaan hoitotyöstä”; tutkittavista 13 % ei osannut sanoa asiaan kantaansa. Kun nämä mielipiteestään epävarmat lasketaan yhteen samaa mieltä olevien kanssa, päästään lähes samaan lukuun (29 %) kuin vuonna 2005. Silloin tutkimukseen osallistuneista hoitajista 28 % vastasi ryhmän / tiimin johtajan vastaavan potilaan hoidosta (vrt. Ryhänen 2005). Tulos oli nytkin hyvin samankaltainen kuin vuonna 2005 myös toimintamalleittain asiaa tarkastellessa. Kun lasketaan yhteen ”samaa mieltä” ja ”en osaa sanoa”, tiimimallin mukaan työskentelevistä hoitajista 42 % vastasi ryhmän / tiimin vastaavan hoitajan olevan vastuussa potilaan hoitotyöstä (vuonna 2005 40 %); yksilövastuisen mallin mukaan toimivista näin ajatteli 19 % (vuonna 2005 17 %). Tiimityötä ei tällöin nähdä yksilövastuisen hoitotyön tukirakenteena, vaan tiimityö nähdään eräänlaisena ryhmätyön muotona, jossa vastuu on tiimin johtajalla. Tätä ajatusta tukee myös vaikeus vastata 24 h / vrk potilaan hoidosta. (vrt. Bislimi & Suominen 2002, Rittel-Teitel 2002, Mäkinen ym. 2003, Kivimäki 2004, Tiedeman & Lookinland 2004, Ristolainen & Sarajärvi 2006.) 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 hoidon ja tarvittaessa tiimin jäsenet auttavat omahoitajaa. (vrt. Mäkisalo 1999, 2002.)

Ikä ja työskentelyaika terveydenhuollossa olivat yhteydessä vastuullisuuden kokemiseen myös tämän tutkimuksen mukaan. Molempien noustessa kokemus vastuullisuudesta lisääntyi. Tulos

oli samanlainen myös vuonna 2005 (vrt. Ryhänen 2005). Näyttää siltä, että on työskenneltävä tietyn aikaa samalla osastolla, ennen kuin hoitaja voi kokea työnsä itsenäiseksi ja vastuulliseksi. Yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan toimivilla osastoilla vastuullisuus toteutui parhaiten. Tämänkin tutkimuksen mukaan yksilövastuinen hoitotyön malli näyttää siis lisäävän hoitajien itsenäisyyttä ja vastuullisuutta (vrt. Perälä 1989, Harkila 1991, Pakarinen 1992, Melchior 1999, Laakso & Routasalo 2001, Mäkinen ym. 2003, Berkhout ym. 2004, Ryhänen 2005).

Yksilövastuisen 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 kehittää hoitajien vastuullisuutta. (vrt. MacMahon 1990, Voutilainen 1994, 1998, Nissen ym. 1997, Pukuri 1997, Paasovaara 2000, Haapala & Hyvänen 2001, Rittel-Taitel 2002). 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, Ristolainen & Sarajärvi 2006.) Suomessa 2003 terveydenhuoltohenkilöstölle tehdyn tutkimuksen mukaan vastuullisuus oli heikommin yhteydessä työtyytyväisyyttä aiheuttaviin tekijöihin kuin esimerkiksi potilaskeskeinen työnjako tai työvuorosuunnitelma. 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.) Vastuuta pitäisi jakaa ja järjestää näille vastuusta stressaantuville henkilöille tukea ja apua. Työyksikköön pitäisi myös luoda sellainen kulttuuri, että kaikki voivat pyytää ja saada tukea aina sitä tarvitessaan.

7.2.3 Yksilövastuisen hoitotyön edellytykset

Summamuuttujan ”edellytykset” sisältö oli nyt erilainen kuin vuosina 2002 ja 2005, joten tuloksia ei voi suoraan verrata keskenään, mutta keskiarvo oli laskenut (vrt. Kalasniemi ym. 2002, Ryhänen 2005). Tutkittavien mukaan osastoilla oli salliva ilmapiiri; tämä osio toteutui parhaiten yksilövastuisen hoitotyön edellytyksistä. Lisäksi koettiin, että työ oli sopivan vaativaa. Työvuorot mahdollistivat myös melko hyvin omahoitajana toimimisen; samoin oli

aikaa potilaaseen tutustumiseen. Yksilövastuisen mallin mukaan toimivista hoitajista 54 % vastasi heillä olevan aikaa potilaaseen tutustumiseen; muiden mallien mukaan toimivien hoitajien vastaukset vaihtelivat 25 % ja 31 % välillä. Kiire voi olla esteenä yksilövastuisen hoitotyön toteuttamiseen, sillä aikapula voi olla esteenä hoitosuhteen luomiseen. Tosin kiireen taakse voi myös paeta, jos hoitaja ei ole jostakin syystä ole motivoitunut toimimaan yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan (vrt. Elonen ym. 2003, Mäkinen ym. 2003, Drach-Zahavy 2004). Työmäärä vaihteli myös toiminta-alueittain; konservatiivisella alueella 63 % tutkittavista oli joko samaa tai lähes samaa mieltä väittämästä ”minulla on liikaa työtä”, kun psykiatrian alueella näin vastasi 33 % tutkittavista. Liian suureksi koettu työmäärä ja kiire voi olla yksi syy siihen, että konservatiivisella alueella moni yksilövastuisen hoitotyön osa-alue toteutui huonoiten.

Mielenterveyshoitajilla ja kätilöillä edellytykset yksilövastuiseen hoitotyöhön toteutuivat parhaiten ja perushoitajilla / lastenhoitajilla huonoiten. Myös osastojen kesken oli eroja yksilövastuisen hoitotyön edellytysten toteutumisessa. Parhaiten edellytykset toteutuivat psykiatrian alueella ja huonoiten konservatiivisella alueella. Psykiatrian toiminta-alueella myös monet yksilövastuisen hoitotyön osa-alueet toteutuivat parhaiten, joten tämä tulos on aika looginen. Parhaiten edellytykset yksilövastuiseen hoitotyöhön toteutuivat yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan toimivilla ja huonoiten tiimimallin mukaan toimivilla; tämä tulos on myös teorian mukainen. Yksilövastuisen hoitotyön mahdollistumien vaatii, että edellytykset siihen ovat kunnossa. Erityisen tärkeää yksilövastuisen hoitotyön onnistumiseksi on osaston kehitysmyönteinen ja salliva ilmapiiri, riittävät resurssit ja pysyvä henkilökunta (vrt. Rittel-Taitel 2002, Mäkinen ym. 2003, Kivimäki 2004, Tiedeman & Lookinland 2004).

7.2.3.1 Osastonhoitajan rooli

Osastonhoitajalla on tärkeä rooli yksilövastuisen hoitotyön edellytysten luomisessa ja sen mahdollistajana. Hoitohenkilökunnan kokemus osastonhoitajan roolista yksilövastuisen hoitotyön tukena on huonontunut verrattuna vuosiin 2005 ja 2002. Vuonna 2005 kokemus osastonhoitajan roolista yksilövastuisen hoitotyön tukena oli korkeampi kuin vuonna 2002 ja nyt tuo kokemus osastonhoitajan tuesta oli vielä vähän huonompi kuin vuonna 2002. Parhaiten henkilökunta kokee osastonhoitajan tukevan koulutuksen hankkimisessa ja antavan tukea työhön (lähes 80 % tutkittavista oli samaa mieltä; tulos oli samanlainen aikaisempina vuosina). Nuoremmat hoitajat kokivat osastonhoitajan tuen vähäisemmäksi kuin vanhemmat; ehkä

osastonhoitajat ovat halunneet olla tasapuolisia eivätkä ole huomanneet, että nuoremmat hoitajat olisivat tarvinneet enemmän tukea heiltä. Kokemus osastonhoitajan tuesta vaihteli myös osastoittain; tämä voisi viitata siihen, että joillakin osastoilla kulttuuri osastonhoitajan roolista vaihtelee.

Osastonhoitajan antama tuki henkilökunnalle näiden toimiessa omahoitajana oli hoitajien mukaan vähentynyt. Tämän tutkimuksen mukaan 65 % hoitajista oli tyytyväisiä osastonhoitajan tukeen; vuonna 2005 tyytyväisiä oli 82 % ja vuonna 2002 74 % hoitajista. Hoitohenkilökunnan mukaan myös osastonhoitajan rooli hoitotyön johtajana oli tullut epäselvemmäksi. Vuonna 2002 hoitajista 76 % (vuonna 2005 82 %) mielestä osastonhoitaja johtaa hoitotyötä osastolla; nyt näin ajatteli 54 %; tosin 15 % henkilökunnasta ei ottanut väitteeseen selkeää kantaa. 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 osallistuu potilaan hoitamiseen useana päivänä viikossa eniten psykiatrian alueella (47 %) ja toiseksi eniten operatiivisella alueella (30 %). 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, Drach-Zahavy 2004, Kalasniemi ym. 2002, 2004, Ryhänen 2005, Ristolainen & Sarajärvi 2006).

Henkilökunnan tyytyväisyys koulutusmahdollisuuksiin oli pysynyt suunnilleen samana; noin 70 % hoitajista oli tyytyväisiä koulutukseen osallistumismahdollisuuksiinsa. Niiden hoitajiin määrä (4 %), jotka eivät vuoden aikana olleet osallistuneet kertaakaan sisäiseen kolutukseen, oli nyt vähentynyt verrattuna vuosiin 2002 ja 2005 (10 %). Sairaalan ulkopuoliseen koulutukseen ei ollut osallistunut kertaakaan 42 % tutkittavista (2002 44 % ja 2005 37 % tutkituista), joten tilanne oli pysynyt suunnilleen ennallaan. Tyytyväisyys koulutusmahdollisuuksiin vaihteli myös osastoittain. (vrt. Kalasniemi ym. 2002, Ryhänen 2005).

Hoitohenkilökunnan kokemus palautteen saamisesta parani vähän verrattuna aikaisempiin vuosiin. Tosin vuonna 2002 kysyttiin vain kiitoksen saamista työstä; 42 % tutkituista koki silloin saavansa harvoin kiitosta työstään. Vuonna 2005 33 % tutkituista ei saanut kiitosta esimiehiltään eikä 27 % palautetta kollegoiltaan. Nyt kysyttiin sekä esimiehen työstä antamaa palautetta ja palautteen saamista kollegoilta sekä palautteen antamista kollegoille. Nyt 29 % hoitajista ei ollut saanut palautetta esimieheltään (tosin 19 % vastaajista ei ottanut kantaa väitteeseen). Vastaajista 61 % sanoi antavansa palautetta kollegoilleen heidän työstään ja 60 % sanoi saavansa palautetta kollegoiltaan. Tutkittavista 18 % ei saanut eikä antanut palautetta. Palaute ja kiitos työstä auttavat yksilöä kehittymään ja edistävät avointa, kannustavaa ilmapiiriä. Nämä puolestaan edistävät yksilövastuisen hoitotyön toteuttamista. Kiitoksen vähyys nähdään myös Paasovaaran (2000) mukaan esteenä yksilövastuisen hoitotyön toteuttamiselle. (vrt. Vuorinen 2001, Juvakka ym. 2002, Kalasniemi ym. 2002, 2004, Drach-Zahavy 2004, Ryhänen 2005).

7.2.4 Yhteistyösuhde ja omahoitajan ominaisuudet

Potilaiden mukaan omahoitajat olivat ammattitaitoisia, vastuuntuntoisia ja luottamusta herättävä. Eniten oli tyytymättömyyttä ajan antamisessa potilaalle ja myötätunnon osoittamisessa. Psykiatrian alueella olevat potilaat kokivat omahoitajan olevan vähemmän luottamusta herättävä kuin muilla toiminta-alueilla. Potilaista vain 7 % (tosin 8 % ei osannut / halunnut sanoa kantaansa) olisi halunnut, että omahoitajalla olisi ollut heille enemmän aikaa ja vain 4 % (7 % ei osannut / halunnut sanoa mielipidettään) olisi toivonut, että omahoitaja olisi ollut enemmän myötätuntoinen. Siis suuri enemmistö arvostaa omahoitajan ominaisuudet korkealle. Potilaiden toiveet ovat realistisia ja he kokevat saavansa sen hoidon ja tuen kuin tarvitsevatkin. Vaikka avoimessa vastauksessa oli tuotu esille hoidon puutteita, hoitajien vähäisyyttä ja kiirettä, pääosa potilaista oli hyvin tyytyväistä hoitoonsa. Osalla hoitajista tuntuu enemmänkin olevan riittämättömyyden tunteita; tässä on yksi ristiriita potilaan ja hoitajien mielipiteiden välillä. Ehkä tämä voisi olla yhteydessä myös ongelmiin vastuullisuuden kokemisessa; sairaanhoitajat eivät ole valmiita käyttämään ammattitaitoaan joutuessaan priorisoimaan, vaan haluavat antaa kaikille potilaille saman hoidon (vrt. Krause 1994, Ristolainen & Sarajärvi 2006).

Lähes 80 % (78 %) potilaista tiesi omahoitajansa työssäolon aina tai melkein aina, vain 5 % ei koskaan tiennyt omahoitajansa työssäoloa. Tulos oli samanlainen vuosina 2002 ja 2005 (vrt.

Kalasniemi ym. 2002, 2004, Ryhänen 2005). 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 ja tietoa, lisäsi luottamusta hoitoon ja oli ajan tasalla hoidon suhteen. Viisi tutkittavaa ei nähnyt mitään hyötyä omahoitajasta, koska tämä ei ollut ehtinyt ollenkaan hoitaa (vt. Kalasniemi ym. 2002, 2004, Ryhänen 2005).

Tässä tutkimuksessa ei pyydetty potilaita antamaan kouluarvosana 1-10 omahoitajalle; sen sijaan kysyttiin omahoitajan tärkeyttä potilaalle. Potilaista, joilla oli omahoitaja, piti 82 % omahoitajaa tärkeänä ja 14 % piti omahoitajaa kohtalaisen tärkeänä. Vähän tai ei lainkaan tärkeänä omahoitajaa piti vain 4 % vastaajista. Potilaat siis pitivät omahoitajaa hyvänä ja toivottavana asiana, vaikka yleensä tutkimuksissa ei ole eroa potilaan tyytyväisyydessä hoitoonsa olipa hänellä omahoitaja tai ei (vrt. Shukla & Turner 1984, Haavisto 1991, Murtola 1993, Kylävalli 1995, Nissen ym. 1997, Steven 1999, Laakso & Routasalo 2001, Boumans ym. 2005). Ehkä tyytyväisyys hoitoon ei ole tässä asiassa kovin kuvaava mittari sillä se kuvaa aika yleisluontoisesti potilaan kokemusta sairaalassa. Sen sijaan omahoitajan tärkeys kertoo siitä, mitä potilaalle merkitsee se, että nimeltä mainittu, tietty hoitaja vastaa hänen hoidostaan.

7.2.5 Keskeiset päätelmät

- Verrattuna vuosiin 2002 ja 2005 yksilövastuinen hoitotyön malli ei edelleenkään ole päätoimintamalli Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä. Yksilövastuisen mallin mukaan toimi 48 % vastaajista, tiimimallin mukaan 35 % ja muita malleja käytti 17 % vastaajista. Kun toimintamalli laskettiin indeksinä, yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan toimi 31 % vastaajista ja tiimi / ryhmämallin mukaan 68 % vastaajista. Kun hoitajien itsensä ilmoittamaa toimintamallia verrattiin indeksillä laskettuun malliin, todettiin, että tiimimallin toimintamallikseen ilmoittaneista 10 % toimikin yksilövastuisen mallin mukaan ja yksilövastuisen mallin toimintamallikseen ilmoittaneista 48 % toimi tiimi / ryhmätyömallin mukaan. Tästä voisi päätellä, että yksilövastuisen hoitotyön periaatteista ja toimintatavoista ei ole riittävästi keskusteltu osastoilla eikä käytännön toimintaa ei ole organisoitu sen mukaan. Tätä näkemystä tukevat myös hoitajien vastaukset avoimeen kysymykseen, joiden mukaan joillakin osastoilla omahoitaja on vain nimi papereissa tai tilastoissa ja todellinen toiminta on tiimi- tai ryhmätyötä. Osa henkilökunnasta kokee myös, että

toimintamallista ei ole keskusteltu, vaan se on tullut organisaatiosta ylhäältäpäin määräyksenä. Pitää myös muistaa, että osaston kulttuurin muutos on pitkä prosessi ja se vie paljon aikaa ja alkuinnostuksen jälkeen palataan helposti entiseen tapaan (vrt. Ristolainen & Sarajärvi 2006).

- Osastoista 38 % oli käytössä vähintään kolme eri mallia. Tilanne on korjaantunut vuoteen 2002 verrattuna, jolloin yli puolella osastoista oli vähintään kolme eri toimintamallia, joillakin jopa viisi erilaista mallia. Potilaista 60 % vastasi, että heillä oli omahoitaja. Kun henkilökunnasta 48 % oman ilmoituksensa mukaan ja 31 % indeksistä lasketun mallin mukaan sanoi työskentelevänsä yksilövastuisen mallin mukaan, niin tähän jää vaihtoehdosta riippuen 12 % - 29 % ero. Tämä voisi viitata, että osa aineistosta on valikoitunut; siis tutkimukseen on otettu enemmän niitä, joilla on omahoitaja ja todellisuudessa omahoitajaprosentti voisi olla noin 10 % alempi.

- On myös huomattava, että lähes kaikki yksilövastuista hoitoa kuvaavat summamuuttujat ovat laskeneet verrattuna vuosiin 2002 ja 2005. Vain hoitajien ilmoittama hoidon joustavuus ja oikea-aikaisuus on parantunut. Hoitajien kokema kiire ja tunne liiallisesta työmäärästä on lisääntynyt; myös potilaat kokevat hoitajat kiireisemmiksi kuin edellisissä tutkimuksissa. Kiire ja liiallinen työpaine ovat yksi yksilövastuisen hoitotyön este. Myös muut edellytykset yksilövastuiseen hoitotyöhön olivat heikentyneet. Edellytykset vaihtelevat osastojen kesken ja erityisesti konservatiivisella toiminta-alueella kokemus kiireestä ja liiallisesta työmäärästä on merkillepantavaa. Henkilökunta olisi halunnut enemmän tukea osastonhoitajalta toimiessaan omahoitajana. Osastonhoitajan rooli hoitotyön johtajana oli myös muuttunut epäselvemmäksi verrattuna vuosiin 2002 ja 2005. Osastonhoitajat näyttävät olevan osittain työvoimareserviä eivätkä ehkä ehdi riittävästi keskittyä päätehtäväänsä, hoitotyön johtamiseen. Kiitoksen ja palautteen antamisessa on kuitenkin hiljalleen edistytty, mutta vieläkin lähes 30 % (ja lähes 20 % ei ottanut asiaan kantaa) hoitajista vastasi, ettei ollut saanut palautetta esimieheltään.

- Hoitajien kokema työn itsenäisyys ja vastuullisuus oli heikentynyt ja etenkään vastuullisuus ei toteudu yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden mukaan. Edelleen korostuu hoitajien halu työvuorokohtaiseen vastuuseen ja yksilövastuisen hoitotyön yksi pääperiaatteista, vastuu 24 h / vrk potilaan hoidosta tuntuu vieraalta; 61 %

vastaajista ei halunnut vastata potilaan hoidosta 24 h / vrk (15 % ei osannut / halunnut sanoa mielipidettään asiasta). Tiimimallia käyttävien osastojen kannattaa myös huomata se, että kun 29 % kaikista tutkituista sanoi ryhmän / tiimin johtajan vastaavan potilaan hoidosta; näin ajatteli 42 % tiimi / ryhmä mallia käyttävistä. Tosin myös 19 % yksilövastuista mallia käyttävistä sanoi ryhmän / tiimin johtajan vastaavan potilaan hoidosta. Tämä viittaa siihen, että yksilövastuisen 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 yksilövastuisen hoitotyön tueksi, kannattaa tiimin johtajan ja tiimin hoitajien rooli- ja vastuunjaosta keskustella. Tiimimallin mukaan työskentelevien vastauksissa korostuu tiimin johtajan rooli; tämä voisi viitata siihen, että tiimityö nähdään eräänlaisena ryhmätyönä eikä yksilövastuisen hoitotyön tukirakenteena. Tällöin 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.

- Sairaalan johto on linjannut tavoitteeksi, että 75 % - 80 % potilaista on omahoitaja. Nyt tuo tavoite toteutui 60 % potilaista, mutta osastojen kesken oli suurta vaihtelua (12 % - 100 %). Potilaat pitivät omahoitajaa turvallisuutta tuovana asiana. Kun potilaalla oli omahoitaja, hän voi paremmin osallistua omaan hoitoonsa. ja potilaat pitivät omahoitajaa tärkeänä. Potilaan halu ja vaatimus oman hoidon suunnitteluun tuleekin lisääntymään potilaiden koulutustason noustessa; myös tässä tutkimuksessa on siitä selviä viitteitä. Yksilövastuista hoitotyötä kehittämällä voitaisiin vastata tähänkin haasteeseen.

- Kaikki potilaskeskeisen hoidon osa-alueet, lukuun ottamatta hoidon jatkuvuutta, toteutuivat myös paremmin, kun potilaalla oli omahoitaja. Potilaan tyytyväisyydessä hoitoonsa ei ollut eroja olipa hänellä omahoitaja tai ei. Ehkä tyytyväisyyden mittaaminen tässä yhteydessä ei ole riittävän spesifiä.

- 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, Berkhout

ym. 2004, Boumans ym. 2005.) 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 & Roowe 2001, Kivimäki ym. 2004.) Ehkä myös painotetaan liikaa sanaa ”vastuu”, ehkä pitäisi puhua enemmän yksilövastuisen hoitotyön lopputuloksesta, yksilöllisestä hoidosta. Jos yksi kannustavan palkkapolitiikan perusteista on hoitajan halu ottaa omia potilaita ja / tai omahoitajaprosentti, pitäisi myös yksilövastuisen hoitotyön perusperiaatteet ja käytännöt sopia selkeästi osastolla.

- Tämän tutkimuksen mukaan yksilövastuista toimintamallia käyttävät hoitajat vastasivat potilaskeskeisyyden, itsenäisyyden, vastuullisuuden ja hoidon jatkuvuuden toteutuvan parhaiten. Näin yksilövastuinen hoitotyön malli näyttäisi edelleen mahdollistavan hoitotyön malleista parhaiten hoitajien itsenäisyyden, vastuullisuuden, itsensä kehittämisen ja sitä kautta työtyytyväisyyden. On myös todettu, että vetovoimainen työpaikka saa paremmin työntekijöitä kuin muut sairaalat. Näitä nk. magneettisairaalan tunnusmerkkejä ovat mm. se, että sairaanhoitajat ovat työhönsä sitoutuneita, he tekevät päätöksiä autonomisesti ja itseohjautuvasti, johtamiskulttuuri on tulevaisuuteen suuntautunut, työajat ovat joustavia ja työntekijöillä on mahdollisuus vaikuttaa työoloihinsa. (vrt. Rittel-Teitel 2002.)

- 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 erilaista eri yksiköissä. Eri yksiköt poikkeavat myös toiminnaltaan, joten jokaisen yksikön on 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.

- Vaikka yksilövastuisesta hoitotyöstä on puhuttu jo kohta 30 vuotta ja moni sanoo sen olevan osastonsa toimintamalli, väite ei kestä tarkempaa tarkastelua kovin hyvin. Kun yksikövastuisen hoitotyön osatekijöitä puretaan auki, ongelmaksi nousee vastuuseen liittyvät kysymykset, ongelmat johtajuudessa, käytännön organisoinnissa jne. Yhteenvetona toteaisin, että osastoilla kannattaisi pohtia, millä tavoin hoitotyötä organisoidaan käytännössä, mikä on kenenkin rooli potilaan hoidossa, miten kirjaamisella voidaan tukea yksilövastuista hoitotyötä, miten tiimityö on yksilövastuisen hoitotyön tuki vai onko se vaihtoehtoinen toimintamalli, mikä on johtajan rooli osastolla ja miten johtaja voi parhaiten tukea työntekijöitään.

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 mitta-asteikossa kannattaa välttää vaihtoehtoa ”en osaa sanoa”. Hoitajien mittarissa on vielä kehitettävää käsitteiden sisällön suhteen erityisesti vastuullisuuteen liittyvien kysymysten osalta. Myös mitta-asteikkoa pitää vielä kehittää siihen suuntaan, että vältetään neutraalia vaihtoehtoa.

LÄHTEET

Ahonen, M-L. 2005. Omahoitaja terveyskeskuksen vastaanottotoiminnassa. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

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.

Berkhout, A., Boumans, N., Van Breukelen, G., Abu-Saad, H. & Nijhuis, F. 2004. Resident-oriented care in nursing homes: effects on nurses. Journal of Advanced Nursing 45 (6), 621-632.

Boumans, N. & Landeweerd, J. 1996. A Dutch study of effects of primary nursing on job characteristics and organizational processes. Journal of Advanced Nursing 24, 16-23.

Boumans, N. & Landeweerd, J.1999. Nurses` well-being in a primary nursing care setting in the Netherlands. Scandinavian Journal of Caring Sciences 13, 116-122.

Boumans, N., Landeweerd, J. & 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

Boumans, N., Berkhout, A. & Landeweerd, A. 2005. Effects of resident-oriented care on quality of care, well-being and satisfaction with care. Scandinavian Journal of Caring Sciences 19, 240-250.

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.

Erätuuli, 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. Omahoitajan 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, R. 1994. Yksilövastuinen hoitotyö ja hoitotyön henkilöstö. Sairaanhoitaja 6, 22-23.

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. Sicness 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.

Krause, K. 1994. Sairaanhoitajien ammatillisuus ja yksilövastuinen hoitotyö. Sairaanhoitaja 6, 10-12.

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 väitöskirjatyö, 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. Yksilövastuisen hoitotyön kehittämisohjelman alkukartoitus Pohjois-Karjalan keskussairaalassa. Pro gradu tutkielma. Terveyshallinnon ja – talouden laitos. Kuopion yliopisto.

Pakarinen, K. 1999. Hoitotyöntekijöiden käsitykset yksilövastuisen hoitotyön tuomista muutoksista.. Terveystieteiden opettajan koulutus. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Perälä, M-L. 1989. Muutos yksilövastuiseen hoitotyöhön: vaikutukset hoitotyöntekijöiden toimintaan ja potilas-hoitajavuorovaikutukseen. Lisensiaattityö. 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 2004. 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. Yksilövastuisen 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.

Ristolainen, M. & Sarajärvi, A. 2006. Omahoitajamallia kehitettiin Myllypuron sairaalassa. Sairaanhoitaja 11, vol 79, 25- 27.

Rittel-Teitel, J. 2002. The impact of restructuring on professional nursing practice. The Journal of Nursing Administration 32 (1), 31-41.

Räikkönen, O. & Perälä, M-L. 2003. Menetelmä asiakaslähtöisen toiminnan edellytysten arviointiin hoitotyössä- indeksin kehittäminen. Hoitotiede 3 (15), 131-143.

Ryhänen, A. 2005. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen: seurantatutkimus operatiivisen hoitotyön alueella. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja 35. Joensuu

Saramäki K. 1997. Psykiatristen sairaalapotilaiden arvio omahoitajan toimintojen hyödyllisyydestä ja toteutumisesta. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Sellick, K., Russell & S. Beckmann, J. 2003. Primary nursing: an evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction. International Journal of Nursing Studies 40, 545-551

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.

Suhonen, R., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. 2005. Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. Journal of Advanced Nursing 50 (3), 283-292

Sullivan, D., Wallis, M. & Lloyd, C. Effects of patient-focused care on seclusion in a psychiatric intensive care unit. International Journal of Therapy and Rehabilitation 11 (11), 503-508.

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

Tiedeman, M. & Lookinland, S. 2004. Traditonal 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 käsiteanalyyttinen 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	Sairaan-sijat	Tutkimusaikana hoidetut potilaat	Jaetut kyselyt	Vastanneet		Vastanneet hoidetuista potilaista	Vastanneet jaetuista lomakkeista
		n	n	n	hylätty	%	%
1A	15	130	15	12	1	9	80
1B	20	64	20	5		8	25
1G	18	76	18	17	1	22	94
2A	21	168	21	10		6	48
2B	24	187	25	15		8	60
2C	30	333	31	24	1	7	77
2G	31	266	32	20		8	63
3A	21	221	21	17		8	81
3B	12	132	12	11		8	92
3C	26	199	27	19		10	70
4	21	117	21	16		14	76
5	29	228	30	21	1	9	70
6	29	183	30	21	1	11	70
7	12	74	12	10		14	83
8	26	222	27	26	1	12	96
9	20	201	20	16	1	8	80
NPS	8	14	8	4		29	50
51	20	45	20	11		24	55
52	16	50	16	12		24	75
53	24	28	24	5	1	18	21
54	18	52	18	7		13	39
55	18	27	18	4	1	15	22
56	16	31	16	15		48	94
57	18	31	18	7		23	39
Yhteensä	493	3079	500	325	9	11	65

(Kyselyt osastoille jaettiin kaavalla (500 / 493) x osaston sairaansijat)

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

Osasto	Hoitohenkilökunnan lukumäärä osastolla tutkimusaikana	Kyselyyn vastanneet	Vastausprosentti
	n	n	%
1A	22	16	72
1B	23	16	69
1G	13	13	100
2A	18	14	77
2B	21	13	62
2C	23	17	74
2G	29	24	83
3A	36	25	69
3B	13	9	69
3C	22	14	63
4	19	17	89
5	20	15	75
6	33	20	60
7	13	11	85
8	22	15	68
9	15	10	66
11	4	4	100
NPS	12	9	75
51	19	17	89
52	19	13	68
53	19	14	74
54	21	6	28
55	19	11	58
56	15	13	87
57	14	9	64
TEHO	45	32	71
Yhteensä	529	377	71

Liitetaulukko 3. Kuuden faktorin ratkaisu yksilövastuisen hoitotyön sisällöstä, lataukset, selitysosuus %, kommunaliteetti, (pääkomponentti menetelmä, Varimax rotaatio) (n= 334)

Muuttujat	**Faktorit**							
	1	2	3	4	5	6	Kommu-naliteetti	Selitys-osuus %
Faktori 1: Potilaskeskeinen hoito								23,9 %
Teen hs:aa potilaan kanssa	,728						,58	
Keskustelen pot. kanssa sairauteen liitt. tuntemuksista	,559						,50	
Arvioin ht:tä yhdessä pot. kanssa	,727						,59	
Kysyn potilaalta hänen hoitoonsa liittyviä toiveitaan	,559						,54	
Pot. voivat osallistua omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin	,501						,39	
Pot. tietävät, milloin olen työssä	,672						,53	
Laadin hs:n vapaapäivieni ajaksi	,580						,45	
Kerron pot:lle, miten hän voi itse osallistua hoitoonsa	,452						,46	
Vastaan potilaan hoidosta koko hoitojakson ajan	,580						,59	
Kerron pot:lle omah. tehtävät	,726						,56	
Pot. tietää, kuka hoitaa häntä, kun en ole paikalla	,665						,52	
Kysyn potilaaltani palautetta hänen hoidostaan	,611						,40	
Kysyn potilaaltani, mitä hän haluaa tietää sairaudestaan	,500						,46	
Faktori 2. Jatkuvuus / koordinointi								8,4 %
Hoidan potilaita hs:n mukaan		,429					,40	
Annan tietoa potilaalle hänen tilanteestaan		,682					,60	
Tiedotan pot. tilanteesta muille häntä hoitaville		,697					,54	
Otan yhteyttä potilaan läheisiin		,667					,48	
Sovitan pot. hoidon yhteen hänen hoit. osallistuvien kanssa		,456					,34	
Kerron potilaalle, miten hänen hoitonsa etenee		,541					,50	
Kysyn neuvoa muilta, jos omat tietoni eivät riitä		,535					,44	
Luotan työtov. ammattitaitoon, kun he hoitavat potilaitani		,394					,35	
Pidän amm. tietoni ajan tasalla		,492					,38	
Faktori 3. Itsenäisyys								5,9 %
Työssäni voin riittävästi käyttää tietojani ja taitojani			,544				,45	
Voin itse suunnitella omaa työtäni			,475				,48	
Voin tehdä itsenäisesti pot. hoitotyöhön liittyvä päätöksiä			,482				,46	
Työni on mielekästä			,436				,37	
Voin vapaasti ilmaista mielipiteitäni osastolla			,685				,59	
Annan palautetta kollegoille heidän työstään			,490				,46	
Saan tarvitessa työssäni tukea kollegoilta			,647				,55	
Saan palautetta työstäni kollegoiltani			,537				,44	

Liitetaulukko 3 jatkuu…

Muuttujat	**Faktorit**							
	1	2	3	4	5	6	Kommu-naliteetti	Selitys-osuus %
Faktori 4: **Osastonhoitajan rooli**								4,9 %
Saan palautetta työstäni esimiehiltäni				,534			,50	
Saan tarv. os.hoit. tukea työhöni				,765			,73	
Oh johtaa hoitotyötä osastolla				,775			,61	
Oh tukee minua koulutuksen hankkimisessa				,748			,66	
Oh vastaa osaston ht:n laadusta				,791			,65	
Oh:n toiminta tukee työtäni omahoitajana				,753			,69	
Faktori 5: Edellytykset								3,8 %
Minulla on aikaa tutustua potilaaseeni					,640		,63	
Osastollani on salliva ilmapiiri					,329		,58	
En voi toteuttaa yvh:ta niin kuin haluan					-,586		,46	
Työni on liian vaativaa					-,423		,39	
Minulla on liikaa työtä					-,732		,56	
Työvuoroni mahdollistavat omahoitajana toimimisen					,521		,48	
Faktori 6: **Vastuullisuus**								3,0 %
Vastaan potilaan hoitotyöstä vain työvuoroni ajan						-,589	,47	
Työni on esimieheni määräysten toteuttamista						-,513	,35	
Vastaan pot. hoitoprosessista 24 h / vrk						,487	,50	
Ryhmän/tiimin vastaava hoit. vastaa pot. hoidosta						-,535	,33	
Ominaisarvo	10,9	3,9	2,7	2,3	1,8	1,4		
Kokonaisselitysaste								50,0 %

Liitetaulukko 4. Faktorianalyysiratkaisu yksilöllisen hoidon kokemuksesta, selitysosuus %, lataukset kommunaliteetti, (pääkomponentti menetelmä, Oblimin rotaatio) (n= 258)

Muuttujat	**Faktorit**						
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**Kommuna-liteetti**	**Selitysosuus %**
Faktori 1. Joustavuus							33,9 %
Minulta kysyttiin tottumuksiani	,422					,31	
Sain apua tarpeideni mukaan	,628					,46	
Hoitoni eteni joustavasti sairaalassa	,357					,51	
Hoitajat tunnistivat muutokset voinnissani	,686					,65	
Faktori 2. Yksilöllisyys							9,8 %
Sain hoitajilta riittävästi tietoa sairaudestani		,302				,53	
Halutessani omaisilleni annettiin tietoa tilanteestani		,748				,58	
Hoitajat keskustelivat huolistani ja peloistani		,644				,66	
Hoitajat keskustelivat sairauteeni liittyvistä tuntemuksista		,581				,61	
Hoitajat ottivat puolestani yhteyttä eri ammatti-ihmisiin		,657				,64	
Faktori 3. Jatkuvuus							6,5 %
Sain selkeät kotihoito-ohjeet			,698			,69	
Kerrottiin, miten toimia kotona ongelmatilanteissa			,536			,53	
Tiesin, miten jatkohoitoni oli järjestetty			,843			,69	
Hoitajat kysyivät mielipidettäni hoidosta lähtiessäni			,540			,52	
Eri hoitopaikat toimivat joustavasti hoitoni aikana			,602			,63	
Faktori 4. Osallistuminen omaan hoitoon							5,7 %
Voin osallistua päivittäisen hoitoni suunnitteluun				-,877		,76	
Hoitooni liittyviä toivomuksiani toteutettiin hoidon aikana				-,447		,57	
Sain osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon				-,847		,72	
Esittämäni mielipiteet huomioitiin hoidossani				-,537		,65	
Faktori 5. Oikea-aikaisuus							4,7%
Hoitajilla oli minulle riittävästi aikaa					,768	,65	
Sain kaikilta hoitooni osallistuvilta yhdenmukaista tietoa					7,31	,65	
Hoitajat työskentelivät kiireettömästi					,864	,70	
Hoitajat olivat selvillä voinnistani					,498	,62	
Ominaisarvo	7,5	2,1	1,4	1,3	1,0		
Kokonaisselitysaste %							60,5 %

Liitetaulukko 5. Omahoitaja osastoittain potilaan ilmoittamana (n, %)

Osasto	**Oliko omahoitaja**							
	Kyllä		Ei		En tiedä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1A	3	27	7	64	1	9	11	100
1B	2	50	2	50	0	0	4	100
1G	11	69	4	25	1	6	16	100
2A	4	40	3	30	3	30	10	100
2B	7	47	8	53	0	0	15	100
2C	12	52	5	22	6	26	23	100
2G	8	40	8	40	4	20	20	100
3A	7	41	6	35	4	24	17	100
3B	5	46	3	27	3	27	11	100
3C	13	68	4	21	2	11	19	100
4	14	88	2	12	0	0	16	100
5	8	40	5	25	7	35	20	100
6	12	60	4	20	4	20	20	100
7	8	80	2	20	0	0	10	100
8	3	12	17	68	5	20	25	100
9	12	80	2	13	1	7	15	100
Nuorisopsykiatria	4	100	0	0	0	0	4	100
51	10	91	0	0	1	9	11	100
52	12	100	0	0	0	0	12	100
53	4	100	0	0	0	0	4	100
54	6	86	1	14	0	0	7	100
55	3	100	0	0	0	0	3	100
56	15	100	0	0	0	0	15	100
57	7	100	0	0	0	0	7	100
Yhteensä	190	61	81	26	42	13	315	100

Liitetaulukko 6. Palautteen antaminen kollegoille

Annan palautetta kollegoilleni heidän työstään	n	%	Kumulatiivinen %
Eri mieltä	67	18	18
En samaa enkä eri mieltä	81	21	39
Samaa mieltä	228	61	100
Yhteensä	376	100	

Liitetaulukko 7. Palautteen saaminen kollegoilta

Saan palautetta kollegoiltani työstäni	n	%	Kumulatiivinen %
Eri mieltä	63	17	17
En samaa enkä eri mieltä	87	23	40
Samaa mieltä	227	60	100
Yhteensä	377	100	

LIITTEET **Liite 1**

POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA

Sivu 1

Johtajaylilääkäri 16.01.2006 1 §

53 / 180 / 2006

Luvat

TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN VA. OSASTONHOITAJA ARJA RYHÄSELLE

Yksihenkilöisen viranomaisen päätöspöytäkirja

Asia

Vs. osastonhoitaja Arja Ryhäsen lupa-anomus "Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä" - tutkimuksen suorittamiseksi. Tutkimuksen aineisto kerätään Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän operatiivisten, konservatiivisten, psykiatristen osastojen ja teho-osaston hoitohenkilökunnalta (yhteensä n. 550) ja teho-osastoa lukuun ottamatta näillä osastoilla hoidossa olevilta potilailta (otos yhteensä 500 potilasta) helmikuussa 2006.

Päätös ja sen perustelut

(Mikäli asian ratkaisu tapahtuu esittelystä, tähän merkitään myös esittelijän nimi ja päätösehdotus)

Myönnän luvan vs. osastonhoitaja Arja Ryhäselle "Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä" tutkimuksen suorittamiseksi. Tutkimusaineisto kerätään kyselylomakkkeiden avulla operatiivisten, konservatiivisten, psykiatristen osastojen ja teho-osaston hoito-henkilökunnalta ja teho-osastoa lukuun ottamatta näillä osastoilla hoidossa olevilta potilailta helmikuussa 2006.

Lupa on ehdollinen siihen saakka kunnes Arja Ryhänen on palauttanut allekirjoittamansa sitoumuksen tutkimuslupaehtojen noudattamisesta.

Lain, asetuksen tai kunnallisen säännön kohta, johon päätös perustuu

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999 23 §
Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän johtosääntö 12 §

Allekirjoitus ja virka-asema

Antti Turunen
vs. johtajaylilääkäri

Oikaisuvaatimusoikeus	*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.*
Oikaisuvaatimusviranomainen	*Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite* ***Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Tikkamäentie 16 80210 Joensuu***
Oikaisuvaatimusaika ja sen alkaminen	*Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.*
Pöytäkirjan nähtäväksi asettaminen	*Pöytäkirja on yleisesti nähtävänä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän kirjaamossa 6.2.2006 klo 9.00 - 13.00.*
Tiedoksianto	*Annettu postin kuljetettavaksi 17.1.2006* *Asianosainen Arja Ryhänen* *Tiedoksiantaja Anna Ahponen, klinikkasihteeri*
Tiedoksi	*Kerttu Martikainen, operatiivisen alueen ylihoitaja* *Kaija Nuutinen, konservatiivisen alueen va. ylihoitaja* *Laila Hiltunen, psykiatrisen alueen va. ylihoitaja* *Mikko Pöyhönen, ylilääkäri*

Liite 2

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 omasairaanhoitajaa, omakätilöä tai korvaavana hoitajana toimivaa perushoitajaa / lastenhoitajaa / mielenterveyshoitajaa. Tässä kyselyssä hoidolla tarkoitamme hoitohenkilökunnan antamaa hoitoa.

Kysely on vapaaehtoinen, vastaukset käsittelemme nimettöminä eikä henkilöllisyytesi tule esille missään vaiheessa. Toivomme sinun vastaavan kyselyyn, sillä tutkimuksella saatavan tiedon avulla voimme kaikki kehittää toimintaamme.

Tehtävän toimeksi saaneena

Arja Ryhänen
THM, va. osastonhoitaja
os 7

Leena Kuivalainen
TtT, uroterapeutti
kir.pkl

KYSELYLOMAKE HOITOHENKILÖKUNNALLE
© Arja Ryhänen, Leena Kuivalainen, Maarit Kalasniemi

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

1**. Ikäsi** _____vuotta

2. **Ammattinimikkeesi**
1. sairaanhoitaja
2. kätilö
3. perushoitaja
4. lastenhoitaja
5. 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 selkeästi sovittua toimintamallia?
1. tehtäväkeskeinen toimintamalli
2. ryhmätyömalli
3. moduli - malli
4. yksilövastuinen malli
5. tiimi - malli
6. muu, mikä**?**_____

7. Miten osastollasi pääasiassa organisoidaan hoitohenkilökunnan työt?
1. Hoitajat ovat yhtenä ryhmänä; potilaat jaetaan hoitajille työvuorokohtaisesti osaksi päivää tai koko päiväksi
2. Osaston hk on jaettu tiimeihin / ryhmiin; sen jäsenet hoitavat tiiminsä potilaita työvuoronsa ajan
3. Omahoitaja vastaa omien potilaiden hoidosta yhden tai muutaman työvuoron ajan
4. Omahoitaja vastaa omien potilaiden hoidosta koko potilaan hoitojakson
5. Muuten, miten**?**_____

8. Kuka yleensä jakaa työt, kun työvuoro alkaa
1. Osastonhoitaja tai vastuuvuorossa oleva hoitaja jakaa työt
2. Tiimin- / ryhmän johtaja jakaa työt omalle ryhmälleen / tiimilleen
3. Tiimin - / ryhmän vastaavana oleva hoitaja jakaa työt tiimin sisällä
4. Omana hoitajana työskentelevät hoitajat hoitavat omia potilaitaan
5. Joku muu, kuka _____

9. Miten työvuorot on tavallisimmin suunniteltu osastollasi?

1. Koko osastolle yhtenä ryhmänä
2. Ryhmille / tiimeille erikseen
3. Työvuorot on tehty niin, että hoitajat voivat hoitaa omia potilaitaan
4. Jotenkin muulla tavoin, miten**?**_____

10. Kuka osastollasi vastaa potilaan hoidosta hoitotyön osalta?

1. Osastonhoitaja / vastaava hoitaja
2. Tiimin / ryhmän johtaja
3. Vastuu on jaettu, miten**?**_____
4. Omahoitaja vastaa potilaansa hoidosta

11. Kuka yleensä laatii potilaan kirjallisen hoitotyön suunnitelman?

1. Vastaava hoitaja tekee suurimman osan suunnitelmista
2. Ryhmän / tiimin johtaja tekee suunnitelmat oman tiiminsä potilaille
3. Se hoitaja, joka on työvuorossa (joka hoitaa potilasta)
4. Omahoitaja tekee hoitotyön suunnitelman omille potilailleen
5. Joku muu, kuka? _____

12. Kuka on lääkärin kierrolla?

1. Vastaava hoitaja tai vastuuvuorossa oleva hoitaja
2. Ryhmän / tiimin johtaja
3. Se sairaanhoitaja, joka on paikalla
4. Potilaan omahoitaja
5. Joku muu, kuka?_____

Vastausohje: Vastaa jokaiseen kysymykseen **ympyröimällä** yksi vaihtoehto.
Käytä asteikkoa:

Täysin eri mieltä						Täysin samaa mieltä
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.

13. Teen hoitosuunnitelman yhdessä potilaan kanssa	1	2	3	4	5	6	7
14. Minulla on aikaa tutustua potilaaseeni	1	2	3	4	5	6	7
15. Keskustelen potilaan kanssa hänen sairauteensa liittyvistä tuntemuksista	1	2	3	4	5	6	7
16. Arvioin hoitotyön toteutumista yhdessä potilaan kanssa	1	2	3	4	5	6	7
17. Hoidan potilaita hoitotyönsuunnitelman mukaan	1	2	3	4	5	6	7
18. Kysyn potilaalta hänen hoitoonsa liittyviä toiveitaan	1	2	3	4	5	6	7

Vastausohje: Vastaa jokaiseen kysymykseen **ympyröimällä** yksi vaihtoehto.
Käytä asteikkoa:

	Täysin eri mieltä 1.	2.	3.	4.	5.	6.	Täysin samaa mieltä 7.
19. Potilaani voivat osallistua omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin	1	2	3	4	5	6	7
20. Annan potilaalle tietoa hänen tilanteestaan	1	2	3	4	5	6	7
21. Potilaani tietävät, milloin olen työssä	1	2	3	4	5	6	7
22. Laadin hoitotyön suunnitelman potilailleni vapaapäivieni ajaksi	1	2	3	4	5	6	7
23. Tiedotan potilaan tilanteesta muille häntä hoitaville	1	2	3	4	5	6	7
24. Otan tarvittaessa yhteyttä potilaan läheisiin	1	2	3	4	5	6	7
25. Sovitan potilaan hoidon joustavasti yhteen muiden hänen hoitoonsa osallistuvien kanssa (esim. fysioterapeutti, sosiaalihoitaja, psykiatrinen hoitaja, ravitsemusterapeutti)	1	2	3	4	5	6	7
26. Kerron potilaalle, miten hän itse voi osallistua hoitoonsa	1	2	3	4	5	6	7
27. Vastaan potilaan hoitotyöstä koko potilaan hoitojakson ajan	1	2	3	4	5	6	7
28. Kerron potilaalle, miten hänen hoitonsa etenee	1	2	3	4	5	6	7
29. Kerron potilaalleni, mitkä ovat omahoitajan tehtävät	1	2	3	4	5	6	7
30. Potilaani tietää, kuka hoitaa häntä, kun en ole paikalla	1	2	3	4	5	6	7
31. Vastaan potilaan hoitotyöstä vain työvuoroni ajan	1	2	3	4	5	6	7
32. Kysyn potilaalta palautetta hänen hoidostaan hoitojakson päättyessä	1	2	3	4	5	6	7
33. Kysyn potilaalta, mitä hän haluaa tietää sairaudestaan	1	2	3	4	5	6	7

Vastausohje: Vastaa jokaiseen kysymykseen **ympyröimällä** yksi vaihtoehto
Käytä asteikkoa:

	Täysin eri mieltä 1.	2.	3.	4.	5.	6.	Täysin samaa mieltä 7.
34. Kysyn neuvoa muilta asiantuntijoilta, jos omat tietoni eivät riitä	1	2	3	4	5	6	7
35. Työssäni voin riittävästi käyttää tietojani ja taitojani	1	2	3	4	5	6	7
36. Työni on esimieheni määräysten toteuttamista	1	2	3	4	5	6	7
37. Voin itse suunnitella omaa työtäni	1	2	3	4	5	6	7
38. Osastollani on salliva ilmapiiri	1	2	3	4	5	6	7
39. Voin tehdä itsenäisesti potilaan hoitotyöhön liittyviä päätöksiä	1	2	3	4	5	6	7
40. En voi toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä niin kuin haluan	1	2	3	4	5	6	7
41. Työni on liian vaativaa	1	2	3	4	5	6	7
42. Työni on mielekästä	1	2	3	4	5	6	7
43. Minulla on liikaa työtä	1	2	3	4	5	6	7
44. Vastaan potilaani hoitoprosessista 24 h vuorokaudessa	1	2	3	4	5	6	7
45. Saan palautetta työstäni esimiehiltäni	1	2	3	4	5	6	7
46. Työssä ollessani hoidan pääasiassa omia potilaitani	1	2	3	4	5	6	7
47. Luotan työtovereitteni ammattitaitoon, kun he hoitavat potilaitani poissa ollessani	1	2	3	4	5	6	7
48. Pidän ammatilliset tietoni ajan tasalla	1	2	3	4	5	6	7
49. Voin vapaasti ilmaista mielipiteitäni osastollani	1	2	3	4	5	6	7
50. Ryhmän / tiimin vastaava hoitaja vastaa potilaan hoitotyöstä	1	2	3	4	5	6	7

Vastausohje: Vastaa jokaiseen kysymykseen **ympyröimällä** yksi vaihtoehto
Käytä asteikkoa:

Täysin eri mieltä						Täysin samaa mieltä
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.

51. Saan tarvitessani osastonhoitajalta tukea työhöni	1	2	3	4	5	6	7
52. Osastonhoitaja johtaa hoitotyötä osastolla	1	2	3	4	5	6	7
53. Osastonhoitaja tukee minua koulutuksen hankkimisessa	1	2	3	4	5	6	7
54. Osastonhoitaja vastaa osaston hoitotyön laadusta	1	2	3	4	5	6	7
55. Osastonhoitajan toiminta tukee työtäni omahoitajana	1	2	3	4	5	6	7
56. Osastonhoitaja osallistuu potilaiden hoitamiseen useana päivänä viikossa	1	2	3	4	5	6	7
57. Työvuoroni mahdollistavat omahoitajana toimimisen	1	2	3	4	5	6	7
58. Annan palautetta kollegoilleni heidän työstään	1	2	3	4	5	6	7
59. Saan tarvitessani työssäni tukea kollegoiltani	1	2	3	4	5	6	7
60. Saan palautetta kollegoiltani työstäni	1	2	3	4	5	6	7

61. **Miten tyytyväinen olet mahdollisuuksiisi saada työpaikkakoulutusta ammattitaitosi ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi**

Erittäin tyytymätön						Erittäin tyytyväinen
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.

62. **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- 8 kertaa
5. 9 kertaa tai useammin
6. En hakeudu koulutuksiin

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

1. En lainkaan
2. 1-2 kertaa
3 3-5 kertaa
4 6-8 kertaa
5 9 kertaa tai useammin
6 En hakeudu koulutuksiin

64. **Mitä yksilövastuinen hoitotyö tarkoittaa käytännössä osastollasi?**

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Kiitos vastauksestasi!

© Arja Ryhänen, Leena Kuivalainen, Maarit Kalasniemi

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 joko osastolle vastattuanne tai viimeistään viikon kuluessa postitse (postimaksu maksettu). Tässä kyselyssä omahoitajalla tarkoitamme teille nimettyä omasairaanhoitajaa ja / tai omaperushoitajaa / -mielenterveyshoitajaa 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 kuitenkin vastaavan tähän kyselyyn, sillä antamanne tiedot ovat meille tärkeitä hoitotyön kehittämiseksi.

Arja Ryhänen
THM, va. osastonhoitaja
os 7

Leena Kuivalainen
TtT, uroterapeutti
kir.pkl

© Arja Ryhänen, Leena Kuivalainen, Maarit Kalasniemi

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. PERUSKOULUTUKSENNE

1. Kansa- / keski- / peruskoulu
2. Lukio

5. AMMATILLINEN KOULUTUKSENNE

1. Ei ammatillista koulutusta
2. Kouluasteinen ammatillinen tutkinto
3. Opistoasteinen / ammattikorkeakoulututkinto
4. Akateeminen tutkinto
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?_____

10. MILLAISEKSI KOETTE TERVEYDENTILANNE TÄLLÄ HETKELLÄ?

1. Erittäin huono
2. Huono
3. Melko huono
4. Kohtalainen
5. Melko hyvä
6. Hyvä
7. Erittäin hyvä
8.

Vastausohje: Vastatkaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä yksi vaihtoehto

11. OLIKO TEILLÄ OMAHOITAJA SAIRAALASSA 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. Muuten, miten_____

KERROTTIINKO TEILLE, ETTÄ OMAHOITAJA

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
14. antaa tietoa hoitoonne liittyvissä asioissa	4	3	2	1	0
15. suunnittelee hoitoanne yhdessä teidän kanssa	4	3	2	1	0
16. ohjaa ja neuvoo	4	3	2	1	0
17. tarvittaessa auttaa päivittäisissä toimissa	4	3	2	1	0
18. keskustelee kanssanne hoitoonne liittyvistä tarpeista	4	3	2	1	0
19. kertoo, miten voitte omalla toiminnallanne edistää toipumistanne	4	3	2	1	0
20. antaa tukea kuuntelemalla ja keskustelemalla	4	3	2	1	0
21. ottaa tarvittaessa yhteyttä muihin ammattiryhmiin	4	3	2	1	0
22. suunnittelee kanssanne kotiutukseen ja jatkohoitoon liittyvät asiat	4	3	2	1	0

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

OMAHOITAJANI	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
23. oli myötätuntoinen	5	4	3	2	1
24. oli vastuuntuntoinen	5	4	3	2	1
25. oli luottamusta herättävä	5	4	3	2	1
26. oli ammattitaitoinen	5	4	3	2	1
27. suhtautui asioihini vakavasti	5	4	3	2	1
28. antoi minulle riittävästi aikaa	5	4	3	2	1

29. TIESITTEKÖ, MILLOIN OMAHOITAJANNE OLI TYÖVUOROSSA

1. Aina
2. Melkein aina
3. Joskus
4. En koskaan

30. KUINKA TÄRKEÄNÄ PIDÄTTE SITÄ, ETTÄ TEILLÄ OLI OMAHOITAJA

1. Erittäin tärkeänä
2. Tärkeänä
3. Kohtalaisen tärkeänä
4. Vain vähän tärkeänä
5. En lainkaan tärkeänä

31. MITÄ HYÖTYÄ TEILLE OLI OMAHOITAJASTA?

_____

_____

_____

_____

_____

32. Kuinka tyytyväinen olitte hoitoonne sairaalassa tällä hoitojaksolla

Erittäin tyytymätön				Erittäin tyytyväinen
1.	2.	3.	4.	5.

Vastausohje: Vastatkaa jokaiseen kysymykseen <u>ympyröimällä yksi vaihtoehto jokaisesta väittämästä</u>

ARVIOIKAA ALLA OLEVIEN VÄITTÄMIEN AVULLA, MITEN SEURAAVAT ASIAT TOTEUTUIVAT PÄIVITTÄISESSÄ HOIDOSSANNE.

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	Asia ei koske minua / en halunnut
33. Voin osallistua päivittäisen hoitoni suunnitteluun	5	4	3	2	1	0
34. Minulta kysyttiin jokapäiväisiä tottumuksiani (esim. peseytyminen kotona)	5	4	3	2	1	0
35. Hoitooni liittyviä toivomuksiani toteutettiin hoidon aikana	5	4	3	2	1	0
36. Hoitajilla oli minulle riittävästi aikaa	5	4	3	2	1	0
37. Sain osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon	5	4	3	2	1	0
38. Sain kaikilta hoitooni osallistuvilta yhdenmukaista tietoa	5	4	3	2	1	0
39. Sain apua tarpeideni mukaan (esim. peseytyminen, liikkuminen, kivun hoito)	5	4	3	2	1	0
40. Sain hoitajilta riittävästi tietoa sairaudestani	5	4	3	2	1	0
41. Halutessani omaisilleni annettiin tietoa tilanteestani	5	4	3	2	1	0
42. Hoitoni eteni joustavasti sairaalassa (esim. ei turhaa odottamista, ei ylimääräisiä hoitopäiviä)	5	4	3	2	1	0
43. Esittämäni mielipiteet huomioitiin hoidossani	5	4	3	2	1	0
44. Sain selkeät kotihoito-ohjeet	5	4	3	2	1	0
45. Minulle kerrottiin, miten toimia kotona ongelmatilanteissa	5	4	3	2	1	0
46. Tiesin, miten jatkohoitoni oli järjestetty (esim. kontrolliaika)	5	4	3	2	1	0

Vastausohje: Vastatkaa jokaiseen kysymykseen <u>ympyröimällä yksi vaihtoehto jokaisesta väittämästä</u>

ARVIOIKAA SEURAAVIEN VÄITTÄMIEN AVULLA HOITAJANNE / HOITAJIENNE TOIMINTAA SAIRAALASSAOLONNE AIKANA

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	Asia ei koske minua / en halunnut
47. Hoitajat työskentelivät kiireettömästi	5	4	3	2	1	0
48. Hoitajat keskustelivat kanssani peloistani ja huolistani	5	4	3	2	1	0
49. Hoitajat keskustelivat kanssani sairauteeni liittyvistä tuntemuksista	5	4	3	2	1	0
50. Hoitajat olivat selvillä voinnistani	5	4	3	2	1	0
51. Hoitajat tunnistivat voinnissani tapahtuneet muutokset	5	4	3	2	1	0
52. Hoitajat ottivat puolestani tarvittaessa yhteyttä eri ammatti-ihmisiin	5	4	3	2	1	0
53. Hoitajat kysyivät mielipidettäni hoidosta lähtiessäni sairaalasta	5	4	3	2	1	0
54. Eri hoitopaikat (esim. terveys-keskus, poliklinikka) toimivat joustavasti yhdessä hoitoni aikana	5	4	3	2	1	0

55. MITÄ MUUTA HALUAISITTE SANOA?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Kiitos vastauksestanne!

Liite 4

Valitse vaihtoehdoista osastosi tilannetta parhaiten kuvaava vaihtoehto

Miten osastollasi pääasiassa organisoidaan hoitohenkilökunnan työt?

1. Hoitajat ovat yhtenä ryhmänä; potilaat jaetaan hoitajille työvuorokohtaisesti osaksi päivää tai koko päiväksi (1p)
2. Osaston hk on jaettu tiimeihin / ryhmiin; sen jäsenet hoitavat tiiminsä potilaita työvuoronsa ajan (2p)
3. Omahoitaja vastaa omien potilaiden hoidosta yhden tai muutaman työvuoron ajan (3p)
4. Omahoitaja vastaa omien potilaiden hoidosta koko potilaan hoitojakson (4p)
5. Muuten, miten**?**_____(luokittele 1-4)

Kuka yleensä jakaa työt, kun työvuoro alkaa

1. Osastonhoitaja tai vastuuvuorossa oleva hoitaja jakaa työt (1p)
2. Tiimin- / ryhmän johtaja jakaa työt omalle ryhmälleen / tiimilleen (2p)
3. Tiimin - / ryhmän vastaavana oleva hoitaja jakaa työt tiimin sisällä (2p)
4. Omana hoitajana työskentelevät hoitajat hoitavat omia potilaitaan (4p)
5. Joku muu, kuka _____ (luokittele 1-4)

Miten työvuorot on tavallisimmin suunniteltu osastollasi?

1. Koko osastolle yhtenä ryhmänä (1p)
2. Ryhmille / tiimeille erikseen (1p)
3. Työvuorot on tehty niin, että hoitajat voivat hoitaa omia potilaitaan (4p)
4. Jotenkin muulla tavoin, miten**?**_____(luokittele 1-4)

Kuka osastollasi vastaa potilaan hoidosta hoitotyön osalta?

1. Osastonhoitaja / vastaava hoitaja (1p)
2. Tiimin / ryhmän johtaja (2p)
3. Vastuu on jaettu, miten**?**_____ (luokittele 1-4)
4. Omahoitaja vastaa potilaansa hoidosta (4p)

Kuka yleensä laatii potilaan kirjallisen hoitotyön suunnitelman?

1. Vastaava hoitaja tekee suurimman osan suunnitelmista (1p)
2. Ryhmän / tiimin johtaja tekee suunnitelmat oman tiiminsä potilaille (2p)
3. Se hoitaja, joka on työvuorossa (joka hoitaa potilasta) (3p)
4. Omahoitaja tekee hoitotyön suunnitelman omille potilailleen (4p)
5. Joku muu, kuka? _____ (luokittele 1-4)

Kuka on lääkärin kierrolla?

1. Vastaava hoitaja tai vastuuvuorossa oleva hoitaja (1p)
2. Ryhmän / tiimin johtaja (2p)
3. Se sairaanhoitaja, joka on paikalla (3p)
4. Potilaan omahoitaja (4p)
5. Joku muu, kuka?_____ (luokittele 1-4)

Laske pisteet yhteen, jaa 6:lla. Pisteytys: 1= tehtäväkeskeinen malli, 2= tiimi / ryhmämalli, 3 ja 4= yksilövastuinen malli

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja
ISSN 1796-2714

2007: 1 Eija Martikainen, Antti Turunen & Outi Äijälä
Puhelinneuvontadokumentaation vaatimustenmukaisuus ja puhelinneuvonnan vaikuttavuus: Case Pohjois-Karjalan Ensineuvo
ISBN: 978-952-9793-38-9 (nid.)
ISBN: 978-952-9793-39-6 (Pdf)

2007: 2 Arja Ryhänen
Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä: seurantatutkimus
ISBN: 978-952-9793-40-2 (nid.)
ISBN: 978-952-9793-41-9 (pdf)