

YKSILÖVASTUISEN HOITOTYÖN TOTEUTUMINEN

POTILAIEN ARVIOIMANA

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Pro gradu-tutkielma
Anu Nyman

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto

Hoitotieteen laitos

Nyman Anu

Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana

Pro gradu – tutkielma, 45 sivua, 4 liitettä

Ohjaajat: TtT, lehtori Meeri Koivula, THT, dosentti, yliassistentti Marja-Terttu Tarkka

Hoitotiede

Toukokuu 2006

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten yksilövastuisen hoitotyön periaatteet toteutuvat potilaiden arvioimana sekä miten tarpeellisena potilaat kokevat yksilövastuisen hoitotyön.

Aineisto kerättiin tutkimusta varten laaditulla kyselylomakkeella. Kyselylomakkeita jaettiin 250 ja 146 potilasta palautti sen. Yksilövastuisen hoitotyön toteutumista mitattiin 35 kysymyksellä, joista muodostettiin summamuuttujia. Yksilövastuisen hoitotyön toteutumisen merkitystä mitattiin 15 kysymyksellä. Aineisto analysoitiin SPSS 12.0 for Windows-ohjelman avulla. Aineiston kuvailussa käytettiin prosentti ja frekvenssijakaumia. Summamuuttujia muodostettiin 6 ja taustatekijöiden yhteyttä niihin selvitettiin Kruskal-Wallis testin avulla. Yksilövastuisen hoitotyön tarpeellisuutta mittaavista kysymyksistä muodostettiin yksi summamuuttuja ja taustatekijöiden yhteyttä siihen selvitettiin Kruskal-Wallis testin avulla. Lisäksi mukana oli yksi avoin kysymys, jonka tulokset raportoitiin suorina lainauksina.

Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet toteutuivat hyvin tai kiitettävästi. Vastaajista kolmeneljäsosaa oli jäänyt ilman omahoitajaa tai ei ollut tietoinen omahoitajan nimeämisestä. Omahoitajan nimeämisellä oli yhteys lähes kaikkien yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutumisessa. Omaisten tieto omahoitajasta oli yhteydessä yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutumiseen. Vastaajat, jotka tiesivät omahoitajansa tällä hoitajaksolla, arvioivat yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutuneen paremmin. Omaisten mukaan ottaminen potilaan hoitamiseen ei toteutunut vastaajien mielestä hyvin. Yksilövastuisen hoitotyön merkitystä pitivät tärkeimpänä ne potilaat, joilla tällä hoitajaksolla oli ollut omahoitaja. Omahoitajan katsottiin lisäävän hoidon kokonaisvaltaisuutta. Yksilövastuisen hoitotyön merkityksestä vastaajat nostivat tärkeäksi asiaksi tasa-arvoisuuden toteutumisen hoidossa. Omahoitajan nimeäminen lisää potilaiden mielestä turvallisuuden tunnetta hoidossa. Hoidon tavoitteiden yhdenmukaisuutta pidettiin merkittävänä asiana. Hoidon suunnittelua yhdessä omahoitajan kanssa vastaajat pitivät tärkeänä, samoin hoitajakson päättyessä yhdessä tehtävää arviointia. Vastaajista neljännes ei pidä tärkeänä sitä, että sama hoitaja jatkaisi seuraavalla hoitajaksolla omahoitajana.

Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet toteutuvat potilaiden arvioimana hyvin. Heikosti toteutuu omaisten huomioiminen hoidossa. Hoidon jatkuvuutta ja kokonaisvaltaisuutta voidaan parantaa ottamalla huomioon myös potilaan omaiset. Jatkossa olisi hyödyllistä selvittää omaisten odotuksia omahoitajalta.

Avainsanat: yksilövastuinen hoitotyö, omahoitaja

ABSTRACT

University of Tampere

Department of Nursing Science

Nyman Anu

Implementation of primary nursing as evaluated by patients

Master's thesis 45 pages, 4 appendices

Supervisors: Meeri Koivula, lecturer, PhD, Marja-Terttu Tarkka, PhD, Docent, Senior Academic Assistant

Nursing science

May 2006

The purpose of the study was to ascertain how the principles of primary nursing were implemented in the patients' estimation and how necessary the patients considered primary nursing.

Data collection was by a questionnaire developed for the study. Questionnaires were distributed to 250 patients, of who 146 returned them. The implementation of primary nursing was measured by 35 questions of which sum variables were formed. The importance of primary nursing was measure by 15 questions. The data were analysed using SPSS 12. for Windows software. Percentages and frequency distributions were used in the analysis of the data. Sic sum variables were formed and the association of background variables with them was ascertaining using the Kruskal-Wallis test. From the questions measuring the need for primary nursing one sum variable was formed and the associations with it ascertained using the Kruskal-Wallis test. There was also one open-ended question, the results of which were reported in the form of verbatim quotations.

The principles of primary nursing were rated to be well or excellently implemented. Three quarters of the respondents had had no named nurse or had not been aware that they had been assigned a named nurse. There was an association between having a named nurse and the implementation of almost all the principles of primary nursing. The knowledge of the patients' relatives about named nurses was associated with the fulfilment of the principles of primary nursing. Those respondents who knew about their named nurse during their present hospital stay estimated that the principles of primary nursing had been implemented better. Including the relatives in the care of the patient had not been implemented well in the opinion of the respondents. The importance of primary nursing was rated higher by those patients who on their present hospital stay had had a named nurse. The named nurse was considered to increase the holistic care. Regarding the importance of primary nursing the respondents raised the fulfilment of equality in the implementation of care as an important aspect. The appointment of a named nurse increases feeling of security in nursing in the patients' estimation. Equality in nursing objectives was considered important. Planning of nursing together with the named nurse was considered important, likewise the assessment made together at the end of the hospital stay. One quarter of the respondents did not consider it important that the same nurse should continue to be the named nurse on a subsequent hospital stay.

The principles of primary nursing were evaluated by the patients to be implemented well. Inclusion of relatives in care was poorly implemented. Continuity and holistic aspects can be improved by taking into consideration the patients' relatives. In the future it would be useful to ascertain what the relatives expect of the named nurse.

Keywords: primary nursing, named nurse

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	1
2 YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ	3
2.1 Yksilövastuisen hoitotyön määrittelyä	3
2.2 Yksilövastuisen hoitotyön kehittyminen	4
2.3 Yksilövastuisen hoitotyön keskeiset tunnuspiirteet	5
2.4 Yksilövastuisen hoitotyön arviointia	9
3 YKSILÖVASTUISEN HOITOTYÖN TUTKIMUKSIA	11
3.1 Suomalaisia tutkimuksia	11
3.2 Ulkomaisia tutkimuksia	15
4 TUTKIMUSTEHTÄVÄT	17
5 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT	18
5.1 Tutkimukseen osallistujat ja tietojen keruu	18
5.2 Mittarin laadinta	18
5.2 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi	19
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	21
6.1 Vastaajien taustatiedot	21
6.2 Vastuullisuuden periaatteen toteutuminen	22
6.3 Potilaskeskeisyyden periaatteen toteutuminen	24
6.4 Koordinoinnin toteutuminen	25
6.5 Itsenäisyyden toteutuminen	27
6.6 Kokonaisvaltaisuuden toteutuminen	29
6.7 Jatkuvuuden toteutuminen	31
7 YKSILÖVASTUISEN HOITOTYÖN TARPEELLISUUS POTILAIEN KOKEMANA	33
7.1 Yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden merkitys potilaiden kokemana	33
7.2 Yksilövastuisen hoitotyön merkityksen kokemisen taustalla olevat tekijät	37
8 POHDINTA	38
8.1 Tutkimuksen luotettavuus	38
8.2 Tutkimuksen eettisyys	39
8.3 Tulosten tarkastelu	40
8.3.1 Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana	40
8.3.2 Yksilövastuisen hoitotyön merkitys potilaiden kokemana	43
8.4 Johtopäätökset	44
LÄHTEET	46
Liite 1 Potilastiedote	50
Liite 2 Kyselylomake potilaille	51
Liite 3 Summamuuttajaluettelo	54
Liite 4 Tiedote henkilökunnalle tutkimuksesta	55

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Hoitotyön käytäntöjen muuttaminen ja arvioiminen kuuluvat nykyaikaiseen hoitotyön kehitykseen, sillä väestön muuttuneet tarpeet ja toiveet sekä kohonnut koulutustaso edellyttävät uusia toimintamalleja. Hoitotyön laatua sekä tuloksia on arvioitava potilaan saaman hoidon näkökulmasta ja paras hoitonsa arvioija on potilas. Tällä hetkellä käsitys on, että yksilövastuisen hoitotyön kautta potilaille voidaan taata yksilöllisempää ja laadukkaampaa hoitoa. Yhteiskunnallisesti on merkittävää, että terveydenhuoltoon suunnatut voimavarat käytetään ja kohdennetaan oikein ja että potilaiden saama hoito on laadukasta. Myös hoitotyön ja hoitotieteen kehittämisen kannalta on tärkeitä saada tietoja myös potilaiden kokemuksista saamastaan hoidosta. (Munnukka 1993, Laaksonen 1994, Mäkisalo 2001.)

Yksilöllisyys on kaikille tärkeää, erityisesti sairastuessa, se on myös länsimaisen ajattelun kulmakiviä ja sitä pidetään yhtenä tärkeimmistä hoitotyön periaatteista. Yksilöllisyys on hoidon laatua kuvaava ominaisuus, hyvän hoidon arviointikriteeri sekä hoidon tavoite. Yksilöllisen hoidon lähtökohdiana on yksilö, potilaita ei kohdella homogeenisena ryhmänä vaan yksilöinä, toisistaan erottuvina henkilöinä. Yksilöllisyys lähtee potilaan tarpeiden ja elämäntilanteen huomioimisesta ja hoidon suunnittelusta näistä lähtökohdista. Yksilöllisessä hoidossa hoitajat pyrkivät toimimaan potilaalle sopivalla tavalla, potilailla on itsemääräämisoikeus ja oikeus sekä velvollisuus osallistua päätöksentekoon. Yksilövastuisen hoitotyönmallin mukaan toimivien hoitajien on todettu antavan potilaalle valinnanmahdollisuuksia sekä selvittävän hoitotyön toimintojen sisältöä. (Perälä, 1990.)

Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Suomen laki 785/1992) tuo esiin yksilöllisyyden vaatimuksen: ”potilasta on kohdeltava niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.” Tämän lain mukaan potilaalla on oikeus saada tietoa sairaudestaan, hoidosta sekä hoidon vaihtoehdoista.

Yksilövastuinen hoitotyö on saanut alkunsa hoitajien tyytymättömyydestä vallitseviin toimintatapoihin. Hoitajat huolestuivat hoidon pirstaleisuudesta, potilaskontaktien vähäisyydestä ja viestinnän monimutkaisuudesta, he halusivat lähemmäksi potilasta tekemään työtään. Suomeen yksilövastuinen hoitotyö alkoi levitä 1980-luvulla. (Laaksonen 1994, Mäkisalo 2001.)

Yksilövastuinen hoitotyö pohjautuu potilaskeskeiselle toimintafilosofialle ja sen omaksuminen voi merkitä huomattavia muutoksia hoitotyössä ja viedä pitkänkin ajan. Yksilövastuisen hoitotyön tarkoituksena on mahdollistaa potilaan osallistuminen hoitoonsa omien

voimavarojensa mukaan ja näin taata potilaalle hänen tarpeitaan vastaava hoitoa. (Perälä 1990.)

Yksilövastuista hoitotyötä pidetään parhaimpana tapana järjestää potilaan hoito ja tämän vuoksi se on ollut myös Suomessa hoitotyön kehittämiskohteena jo vuosikymmenen ajan. Myös Tampereen yliopistollisessa sairaalassa yksilövastuista hoitotyötä on kehitetty jo yli vuosikymmenen ajan, siitä on tehty monia tutkimuksia ja siitä on järjestetty runsaasti koulutusta sekä hoitotyön johtajille että hoitohenkilökunnalle (mm. Munnukka 1993, Pukuri 1997, Vesaluoma & Laitinen 2000). Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen vuodeosastoilla oli myös Tampereen yliopistollisen sairaalan hoitotyön menestystekijä vuosina 1997–2002. Yksilövastuisen hoitotyön ja omahoitajuuden kehittäminen ovat edelleen PSHP:n hoitotyön strategiassa tärkeänä osana mukana.

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa hoitotyötä on pyritty systemaattisesti kehittämään potilaskeskeiseksi. Potilaan kunnioittaminen ja itsemääräämisoikeus ovat keskeisiä periaatteita toiminnan ohjaamisessa. Vuonna 1990 Tampereen yliopistollisen sairaalan (Tays) toimintasuunnitelmaan kirjattiin tavoite yksilövastuisen hoitotyön toteuttamisesta koko sairaalassa. Osastot ovat kokeilleet yksilövastuiseen hoitotyöhön siirtymistä eri tavoin ja hoitotyön johtajille on järjestetty koulutusta. Tavoitteena koulutuksessa oli, että hoitotyön johtajat kouluttaisivat seuraavaksi osastojensa henkilökunnan. Koulutus sisälsi tutustumista yksilövastuisen hoitotyön filosofiaan ja perusteisiin ja niiden soveltamista käytännön toimintaan. (Pukuri 1997, Vesaluoma & Laitinen 2000.)

Vuonna 2000 yksilövastuisen hoitotyön kehittäminen oli edelleen konservatiivisen tulosalueen painopistealueita. Vesaluoma ja Laitinen tekivät vuonna 2000 selvityksen konservatiivisen tulosalueen vuodeosastoilla yksilövastuisen hoitotyön toteutumisesta hoitohenkilöstön arvioimana. Selvityksessä käytettiin Pukurin (1995) mittaria. Mittarissa mitataan yksilövastuista hoitotyötä kuuden eri osa-alueen kautta: asenne, autonomia, jatkuvuus, koordinointi, potilaskeskeisyys ja vastuullisuus. Selvityksen mukaan yli puolet osastoista ilmoitti työnjakomuodokseen yksilövastuisen hoitotyön (59%). Luku on kasvanut vuodesta 1995 jolloin 47% vastaajista ilmoitti yksilövastuisen hoitotyön työnjakomuodoksi.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten yksilövastuisen hoitotyön periaatteet potilaiden mielestä toteutuvat. Lisäksi tarkoituksena on saada tietoa siitä, miten tärkeänä potilaat pitävät yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutumisen.

2 YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ

2.1 Yksilövastuisen hoitotyön määrittelyä

Primary nursing on suomennettu yksilövastuiseksi hoitotyöksi, jossa ajatuksena on sekä yksilön että vastuun korostaminen. Suomessa 1980- luvun ja 1990- luvun alkupuolella on esiintynyt käsitteiden selkiintymättömyyttä, mutta 1990- luvun loppupuolella käsite yksilövastuinen hoitotyö näyttää vakiintuneen käyttöön. Primary nurse-termin suomenkielisenä vastineena on käytetty mm. omahoitajaa, omasairaanhoidajaa sekä vastuuhoidajaa. Näistä omahoitaja on vakiintunein ilmaisu. (Lohikoski 2000.)

Yksilövastuisen hoitotyön käsite on edelleen vakiintumaton, samaa asiaa ilmaistaan monin eri tavoin ja käsitteen merkityssisältö vaihtelee. Yksilövastuista hoitotyötä on tutkittu ja kehitetty vuosia sen sisällön ollessa sangen kirjavasti määriteltä. Tämä aiheuttaa epäselvyyksiä yksilövastuisen hoitotyön toteuttamisessa. Käsitteiden vakiinnuttamiseksi tarvitaan edelleen yksilövastuisen hoitotyön tutkimusta. On tarpeen edelleen selvittää yksilövastuisen hoitotyön perimmäistä ajatusta sekä sitä miten sen toteuttaminen kirjallisuuden ideaalimallin mukaisesti olisi mahdollista. Yksilövastuisella hoitotyöllä tarkoitetaan toisaalta tapaa organisoida hoitotyötä ja toisaalta filosofista toimintaperiaatetta. Tapana organisoida hoitotyötä yksilövastuisella hoitotyöllä tarkoitetaan sitä, että jokaiselle potilaalle nimetään omahoitaja, joka on hänestä vastuussa ja koordinoi hoitoa koko hoitajakson ajan. (Laaksonen 1996, Perkinen 1998, Laakso & Routasalo 2001.) Hoitofilosofiana se merkitsee koko hoitohenkilökunnan yhteistä näkemystä hoitotyöstä inhimillisenä, potilaskeskeisenä ja kokonaisvaltaisena toimintana, siinä korostuvat sekä vastuu että yksilöllisyys, hoitotyön tulee olla yksilöllistä, jatkuvaa, kokonaisvaltaista ja koordinoitua. Filosofiana se korostaa potilaskeskeyttä. Potilas huomioidaan aktiivisena, ainutlaatuisena yksilönä ja hänen tarpeensa ovat hoitotyön lähtökohtana. Käsite yksilövastuinen hoitotyö kuvaa hoitotyötä, jossa yksilöllä tarkoitetaan sekä hoitajaa että potilasta, jotka tasavertaisina kohtaavat toisensa hoitotyössä. (Hegyvary 1987, Haavisto 1991, Luotolinn-Lybeck & Leino-Kilpi 1991, Munnukka 1993, Pukuri 1997, Steven 1999, Pontin 1999, Haapala & Hyvönen 2001.)

Yksilövastuinen hoitotyö ja tehtäväkeskeinen hoitotyö eivät ole vastakkaiset käsitteet, vaan yksilövastuinen hoitotyö on askel professionaalisempaan hoitotyöhön. Myös käsitys siitä, että yksilövastuisen hoitotyön toteutukselle olisi olemassa vain yksi oikea tapa, on virheellinen, jokaisessa työyhteisössä yksilövastuinen hoitotyö on räätälöitävä sille sopivimmaksi sen henkilöstön kanssa joka sillä on käytössään (Hegyvary 1987, Paasovaara 2000).

Yksilövastuisen hoitotyön ja omahoitajuuden tarkoituksena on taata potilaille korkeatasoinen hoito, se lisää potilaan mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoonsa ja hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon. Yksilövastuinen hoitotyö on mielekäs käytännön hoitotyön muoto, joka mahdollistaa muita toimintamalleja paremmin potilaan tarpeiden tyydyttämisen ja inhimillisen hoidon toteutumisen. Omahoitajuus on keino toteuttaa potilaslähtöistä ja potilaskeskeistä hoitotyötä, samalla se lisää hoitajan vastuuta ja laajentaa tehtäväkuvia. (Hegyvary 1987, Haavisto 1991, Luotolinna-Lybeck & Leino-Kilpi 1991, Munnukka 1993, Pukuri 1997, Steven 1999, Pontin 1999, Haapala & Hyvönen 2001.)

Yksilövastuisessa hoitotyössä potilaalla on nimetty omahoitaja, joka on vastuussa potilaan sairaalaan tulosta aina kotiin pääsyyn asti. Omahoitaja on vastuussa omien potilaidensa hoitotyön tarpeiden määrittelystä, hoidon suunnittelusta ja arvioinnista. Omahoitaja vastaa hoitotyön prosessista 24 tuntia vuorokaudessa koko hoitajakson ajan. Omahoitaja on vastuussa myös poissa ollessaan, tämä mahdollistuu hyvän ja kattavan hoitotyön suunnitelman kautta, jota korvaava hoitaja toteuttaa. Omahoitaja määrittelee yhdessä potilaan kanssa hoitotyön tarpeen sekä tavoitteet hoitajaksole, tämän perusteella hän laatii potilaan hoitajaksole hoitotyön suunnitelman. Omahoitaja arvioi potilaansa hoitoa ja tavoitteiden saavuttamista päivittäin ja tarvittaessa hoitotyön suunnitelmaan tehdään muutoksia. Potilaan kotiutuessa omahoitaja arvioi hoitajakson kokonaisuudessaan, potilaan saaman hoidon ja hoitotyön tulokset. Omahoitajuudessa korostuvat hoidon jatkuvuudesta huolehtiminen ja potilaan edunvalvojana toimiminen sekä hoidon koordinoiminen. Ominaista yksilövastuisen hoitotyön ajattelutavalle on terveyskeskeisyys, jolla tarkoitetaan potilaan omien voimavarojen ja terveiden puolien hyväksikäyttämistä ja vahvistamista (Suonsivu 1993.)

Yksilövastuinen hoitotyö on koko hoitoyhteisöä koskeva kehitymisprosessi. Yksilövastuinen hoitotyö edellyttää, että omahoitaja voi toteuttaa asiantuntijuuttaan laaja-alaisesti. Jotta omahoitajuus voi toteutua täytyy omahoitajalla olla valtuudet toiminnalleen sekä mahdollisuus vastata itsenäisesti potilaidensa hoidosta. Tämän onnistuminen edellyttää että hoitoyhteisössä ollaan valmiita kehittämään ja arvioimaan hoitotyön kulttuuria, yhteistoimintaa, johtamista sekä mahdollisesti myös organisaation rakenteita (Paasovaara 2000.)

2.2 Yksilövastuisen hoitotyön kehittyminen

Sairaanhoidon siirtyminen sairaaloihin ja tarve ympärivuorokautiseen hoitoon johti siihen, että hoitotyössä keskityttiin erilaisten tehtävien suorittamiseen. Sairaalat ja sairaanhoito oli hyvin jäykästi organisoitua. Toisen maailmansodan aikaan tapahtui muutos, kun sairaanhoitajien avuksi palkattiin kouluttamatonta työvoimaa ja sairaanhoitajien työ siirtyi kauemmas potilaiden

ääreitä. Sairaanhoidajista tuli esimiehiä ja opettajia opiskelijoille. Tehtäväkeskeisyyden katsottiin olevan tehokasta hoitoa. Hoitajat hoitivat tiettyjä tehtäviä, eivät potilaita kokonaisuudessaan. Osastonhoitaja jakoi tehtävät ja koordinoi hoitoa, vain hän tiesi potilaiden kokonaistilanteen. (Hegyvary 1987, Kylävalli 1995.)

Ryhmätyönä toteutettava sairaanhoito oli askel kohti professionaalisempaa hoitotyötä, sen myötä hoitotyöhön tuli mukaan jatkuvuutta, kokonaisvaltaisuutta sekä kattavuutta. Henkilökunta osallistui samojen potilaiden hoitoon päivittäin, ryhmä vastasi tietystä potilasryhmästä. Pian kuitenkin huomattiin ryhmätyönä toteutettavan hoitotyön olevan vain yksi jatke tehtäväkeskeiselle hoitotyölle, usein potilaat jaettiin hoitajille vain toimenpiteiden perusteella joita heille oli tarkoitus suorittaa. Osastonhoitaja toimi edelleen hoidon koordinoijana ja vastuu potilaiden hoidosta oli edelleen yhteisvastuuta. Ryhmätyömallissa hoitajat pääsivät kuitenkin paremmin tutustumaan potilaisiin, kokonaisuhoito mahdollistui paremmin. (Hegyvary 1987, Kylävalli 1995.)

Modulaarinen hoitotyö on askel kohti yksilövastuista hoitotyötä, siinä on piirteitä sekä ryhmätyöskentelystä että omahoitajajärjestelmästä. Tässä mallissa jokaisella potilaalla on nimetty omasairaanhoitaja, joka on pätevä sairaanhoitaja. Hänen vastuullaan on potilaan hoidon suunnittelu ja ohjaus potilaan sairaalaan tulosta kotiin pääsyyn. Modulaarisessa työskentelyssä henkilökunta hoitaa ryhmänä pientä potilasryhmää, usein yksikkö on jaettu moduleihin. Modulaarinen työnjakomalli mahdollistaa potilaan yksilöllisiin tarpeisiin vastaamisen sekä hoitotyön jatkuvuuden ja suunnitelmallisen toteuttamisen. Modulaarisessa hoitotyössä yksilövastuista hoitotyötä toteuttaa eriateisen koulutuksen saanut henkilökunta. (Hegyvary 1987, Kukkola & Pulkkinen 1991, Kylävalli 1995.)

Seuraava vaihe on yksilövastuinen hoitotyö, sen keskeinen ajatus on, että yksi hoitaja ns. omahoitaja vastaa potilaan hoidosta koko hoitojakson ajan. Potilaan hoitotyö on annettu korvaavien hoitajien tehtäväksi silloin kun omahoitaja ei ole työvuorossa. Korvaavien hoitajien toiminta perustuu omahoitajan tekemään hoitosuunnitelmaan.

2.3 Yksilövastuisten hoitotyön keskeiset tunnuspiirteet

Yksilövastuisten hoitotyön keskeisinä tunnuspiirteinä pidetään potilaskeskeisyyttä, vastuullisuutta, jatkuvuutta, koordinoitua, itsenäisyyttä sekä kokonaisvaltaisuutta.

Yksilövastuisessa hoitotyössä **potilaskeskeisyys** on avainkäsite. Potilaskeskeisessä hoitotyössä henkilöstön toiminta on ammatillista, vuorovaikutussuhteessa tapahtuvaa

asiakastyötä, joka perustuu jokaisen asiakkaan yksilöllisille tarpeille. Hoitosuhteessa potilas on itsenäinen ja tasavertainen ihminen, jolla on oikeus ja velvollisuus osallistua omaan hoitoonsa. Yksilövastuuisen hoitotyön myötä potilaalla on mahdollisuus saada tietoa ja vaikuttaa omaan hoitoonsa. (Karpov 1992, Puhakka 1994, Pukuri 1997.) Vuorovaikutus potilaan kanssa lisääntyy yksilövastuista hoitotyötä toteutettaessa ja se on vastavuoroista informaation vaihtoa, sillä vuorovaikutus ei ole vain välttämätön osa potilaan hoitoa vaan vuorovaikutus on hoitosuhde. (Haavisto 1991, Karpov 1992). Yksilövastuinen hoitotyö on potilaan kannalta hyvä keino hoitotyön toteutukselle, kun potilas kokee saavansa etuja joita ei esimerkiksi tehtäväkeskeisessä työnjaossa ole ollut tarjolla. Tärkein etu on kuitenkin potilaan oleminen hoitotyön ytimenä, hän on toiminnan keskipiste ja hoitotyö on yksilöllistä, potilaan tarpeista lähtevää. Yksilövastuinen hoitotyö mahdollistaa potilaan osallistumisen hoitoonsa sekä potilaan voimavarojen hyödyntämisen hoitotyössä aikaisempaa paremmin ja laajemmin. (Korhonen ja Koskela 1995, Perkinen 1998.) Potilaat kokevat hoidon vähemmän stressaavaksi kun käytössä on yksilövastuuisen hoitotyön mukainen ideologia (Archibong 1999). Yksilövastuinen hoitotyö on ideologia, joka huomioi potilaan yksilölliset tarpeet. Sen voidaan katsoa tuottavan suurempaa potilastyytyväisyyttä, työtyytyväisyyttä ja nostavan hoidon laatua. (Waters ja Easton 1999.)

Yksilövastuuisen hoitotyön edellytyksenä on **vastuullinen toiminta**, vastuun perusedellytys on kyky tehdä päätöksiä ja toimia. Jotta yksilö voi kantaa vastuuta, hän tarvitsee valtaa, tukea ja oikeuden kantaa vastuuta jostakin. Tämä toiminta edellyttää johdonmukaista toimintaa ja tiedottamista, ja on myös määritettävä, kuka on vastuussa ja kenelle. Potilaan, omaisten ja muun henkilökunnan on tiedettävä, kuka on potilaan omahoitaja sekä oltava selvillä siitä, mitä omahoitajan rooliin kuuluu. Vastuullisuudella tarkoitetaan sitä, että hoitaja on vastuussa potilaan hoidosta koko hoitajakson ajan ympäri vuorokauden. Hoitajan tulee sisäistää itselleen vastuu potilaan hoidosta sairaalahoidon aikana. Hoitaja on vastuussa siitä, että potilas saa kokonaisvaltaista hoitoa, joka lähtee potilaan omista henkilökohtaisista tarpeista ja on yksilöllistä ja hoidon jatkuvuus on turvattu. Jatkuvuuden mahdollistavat korvaavat hoitajat, kun omahoitaja on poissa. (Anttikoski, Holopainen, Kostianen, Luostarinen & Väyrynen 1996, Luotolinna-Lybeck & Leino-Kilpi 1991, Kukkola & Pulkkinen 1991.) Omahoitajalla pitää olla johtajan taitoja, hän omaksuu potilaiden hoidossa aktiivisen rooli ja päättää mitä on tehtävä ja tekee sen itse tai yhdessä ryhmän kanssa. Tällainen vastuullisuus edellyttää taitoa työskennellä muiden kanssa, huolehtia potilaan ja omaisten tarpeista sekä saada järjestelmä toimivaksi myös potilaan ja omaisten kannalta. Potilaan omahoitaja on työstään vastuullinen potilaalle, hänen omaisilleen sekä organisaatiolle, jossa hän toimii. Hänellä on itsenäinen valta toimia ammatissaan ja suorittaa ammatin vaatimat toiminnot yhteistyössä potilaan, lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan kanssa. (Hegyvary 1987.)

Omahoitaja on vastuussa potilaalle, omaisille, itselleen, työtovereilleen, omalle ammattikunnalleen sekä koko yhteiskunnalle. Vastuu ja etiikka kuuluvat kiinteästi yhteen. Vastuullinen hoitaja toimii eettisesti ja potilas voi luottaa, että omahoitaja ajaa potilaan etua ja asiaa sekä pyrkii toimimaan potilaan parhaaksi. Myös luottamus liittyy vastuullisuuteen, kun potilas luovuttaa vastuun hoidostansa omahoitajalle antaa hän samalla hoitajalle luottamuksen osoituksen. Luottamukseen perustuvassa yhteistyösopimuksessa asetetaan yhteiset päämäärät hoidolle tavoitteena potilaan parempi terveys. Näiden lisäksi vastuullisuuteen liittyy itsenäisyys. Tällä tarkoitetaan sitä, että omahoitajalla on valta, vapaus ja oikeus tehdä itsenäisiä päätöksiä ja toimia niiden mukaisesti potilaansa hoidossa. (Munnukka 1993, Laaksonen 1994, Koskela & Korhonen 1995, Perkinen 1998.) Vastuullisuuteen kasvaminen on yksilöllinen kehittämisprosessi, joka vaatii erilaisilta ihmisiltä eripituisen ajan. Kuka tahansa ei voi toimia omahoitajana vaan siihen vaaditaan koulutuksen ja kliinisen ammattitaidon lisäksi myös perehtyneisyyttä yksikön hoitotyöhön ja toimintafilosofiaan. Jotta hoitaja kykenee toimimaan omahoitajana, tarvitaan jatkuvaa itsensä kehittämistä ja uuden tiedon hankkimista. (Laaksonen 1994, Puhakka 1996, Pukuri 2002.)

Yksilövastuisessa hoitotyössä **jatkuvuudella** tarkoitetaan potilasta koskevan tiedon siirtymistä muuttumattomana henkilöltä toiselle, työvuorosta toiseen. Hoitajalta edellytetään kykyä laatia potilaan kanssa sellainen hoitotyön suunnitelma, josta tulevat esiin potilaan tarvitsemat yksilölliset palvelut. (Karpov 1992.) Hoitotyön jatkuvuutta edistää jatkuva tietojen täsmentyminen saman hoitajan kanssa turvallisiksi koetussa hoitosuhteessa. Turvallisuuutta hoitosuhteeseen tuo hoitajan ja potilaan yhteistyösuhteen jatkuminen koko hoidon ajan. Potilas oppii tuntemaan hoitajansa ja päinvastoin, näin myös vaikeiden asioiden käsittely helpottuu. Potilailla on tarve keskustella hoitajien kanssa sairauteen liittyvistä asioista, epävarmuudesta, uusiutumisesta, kotiutumisesta, jatkohoidosta ja hoito-ohjeista. (Paasovaara 2000). Omahoitaja ja korvaavat hoitajat noudattavat potilaan kanssa tehtyä hoitotyönsopimusta. Potilas tietää jatkuvasti, mitä hänelle kulloinkin tapahtuu. Myös tiedon oikea-aikaisuus on jatkuvuuden perusta. Jotta potilas voi vaikuttaa hoitoonsa, on hänellä oltava riittävästi oikeata tietoa jonka hän ymmärtää. Tieto myös auttaa potilasta peloista ja epätoivon tuntemuksista selviytymisessä. Omahoitaja vastaa tiedon kulusta muille hoitoon osallistuville sekä suullisesti että kirjallisen hoitosuunnitelman avulla. Kirjallisesta hoitosuunnitelmasta selviää mitä omahoitaja on sopinut potilaan kanssa. Hoidon jatkuvuus voi toteutua vain jos kaikki noudattavat tehtyä suunnitelmaa ja sen sopimuksia. Erityisesti omahoitajan tulee varmistaa hoidon jatkuvuus hoitopaikan vaihtuessa sekä hoitoon osallistuvien henkilöiden muuttuessa. (Kukkola & Pulkkinen 1991, Korhonen & Koskela 1995, Lohikoski 2000). Omahoitaja huolehtii hoidon jatkuvuudesta ja koordinoinnista käyttäen apunaan hoitotyön suunnitelmia ja kirjaamista. Yksilövastuinen hoitotyö turvaa hoidon jatkuvuutta.

Koordinointi käsittää sekä hoitotyön toiminnot että niihin käytetyn ajan. Sillä tarkoitetaan, että potilaan hoitotyö toteutuu potilaan tarpeet huomioon ottaen joustavasti ja tarkoituksenmukaisesti vuorokauden ympäri. Koordinoinnilla varmistetaan, että potilaan ja perheen hoitoon osallistuvilla on yhtenäinen käsitys hoidon tavoitteista ja suunnitelmasta. Koordinoinnilla varmistetaan hoidon sujuvuus, johdonmukaisuus ja tasapainoisuus. Omahoitaja pyrkii itse kommunikoidaan kaikkien hoitoon osallistuvien kanssa ja pyrkii sovittamaan hoitotyön osat yhteen niin, että niistä syntyy kokonaisuus joka etenee joustavasti, johdonmukaisesti sekä asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Koordinointi edellyttää omahoitajalta yhteistyötaitoja ja joskus hyvinkin erilaisten näkemysten ja ajattelutapojen yhteensovittamista. Omahoitajan tehtävänä on koordinoita kokonaisuhoito, saada hoito sujumaan potilasta ja omaisia tyydyttävällä tavalla. (Hegyvary 1987, Karpov 1992, Korhonen ja Koskela 1995, Lohikoski 2000, Pukuri 2002.)

Yksilövastuisen hoitotyön yksi tunnuspiirre on **itsenäisyys**, sillä tarkoitetaan omahoitajan itsemääräämisoikeutta potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja myös valtuutta toimia päätösten mukaisesti. Omahoitajalla on oikeus ja velvollisuus tehdä potilaan hoitoa koskevia päätöksiä kunnioittaen potilaan toiveita ja itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Omahoitajan tulee tietää, mistä asioista hän voi tehdä itsenäisiä päätöksiä. Hoitajan tulee sekä kyetä tekemään itsenäisesti päätöksiä että kantaa vastuu tekemistään päätöksistä. Päätösten teko edellyttää asiantuntemukseen perustuvan tiedon monipuolista käyttöä. Itsenäisyys ei tarkoita kieltäytymistä yhteistyöstä tai työskentelyä yksin. Päätösten teko ei tarkoita muiden tekemien päätösten toimeenpanoa tai osaston rutiinien noudattamista. Omahoitaja toimii yhteistyössä kaikkien hoitoon osallistuvien kanssa. (Hegyvary 1987, Karpov 1992 Perkinen 1998, Lohikoski 2000.) Kollegiaalisuus on yksilövastuisen hoitotyön edellytys, se on ryhmän koossa pitävä voima. Sillä kukaan ei jaksakaan yksin vaan tarvitaan ryhmän ja esimiehen tukea (Pukuri 2002.)

Myös **kokonaisvaltaisuus tai kattavuus** on yksi yksilövastuisen hoitotyön tunnuspiirteistä, sillä tarkoitetaan potilaan huomioimista kokonaisuutena. Tämän tunnuspiirteen toteutuminen edellyttää yksilöllistä, omahoitajan ja potilaan yhdessä laatimaa hoitotyönsuunnitelmaa. Kokonaisvaltaisuus tarkoittaa myös sitä, että omahoitaja tai korvaava hoitaja huolehtii kaikista potilaan tarpeista ja hoitotoimista työvuoronsa aikana. Kattavuudella tarkoitetaan myös sitä, että potilas saa kaiken tarvitsemansa hoidon, ei vain sitä, mitä on ollut tapana antaa. Osa kokonaisuhoitoa on toimia potilaan edun valvojana tarvittaessa tai potilaan niin halutessa. (Hegyvary 1987, Kukkola & Pulkkinen 1991, Perkinen 1998.)

2.4 Yksilövastuisen hoitotyön arviointia

Yksilövastuisen hoitotyön **etuina** on nähty hoidon laadun parantuminen, hoitajien ammatti-identiteetin vahvistuminen, kustannuksien väheneminen sekä potilas tyytyväisyyden lisääntyminen. Hoitohenkilökunta on kokenut itsenäisyyden lisääntyneen samoin innovatiivisuuden. Hoitajat kokevat tyytyväisyyttä työhönsä ja tuntevat potilaansa paremmin. Työ monipuolistuu ja sen mielekkyys lisääntyy. Myös hoitajien välinen yhteistyö paranee, he oppivat tuntemaan toistensa vahvuudet ja heikkoudet, kommunikointi lisääntyy. Hoitajien päätöksentekokyky kasvaa ja ammatillinen kehittyminen ja kasvaminen vahvistuvat. Yksilövastuinen hoitotyö on ideologia, joka huomioi potilaan yksilölliset tarpeet. Sen voidaan katsoa tuottavan suurempaa potilastyytyväisyyttä, työtyytyväisyyttä ja nostavan hoidon laatua sekä olevan kustannustehokasta. (Hegyvary 1987, Harkila 1991, Waters & Easton 1999, Steven 1999). Yksilövastuisessa hoitotyössä hoitotyöntekijöiden vastuullisuus lisääntyy, tämä lisää hoitajien työtyytyväisyyttä ja potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon (Kukkola & Pulkkinen 1991). Yksilövastuisessa hoitotyössä potilaiden kokemus turvallisuuden tunteesta lisääntyy, he rohkaistuvat ottamaan osaa omaa hoitoaan koskevaan päätöksen tekoon. Tiedon kulku paranee ja hoitajat tuntevat potilaansa paremmin. Lisäksi potilaat pitävät tärkeänä tuttua hoitajaa, hankalien ja arkojen asioiden käsittely ja esiin tuominen helpottuu tutun ihmisen kanssa. (Paasovaara 2000)

Hoitotyön ammatillinen toteuttaminen edellyttää, että hoitotyöllä kyetään tuottamaan väestön tarvitsemia palveluja. Hoitaja on vastuullinen toimija, jolla on asiantuntijuutta ja kykyä tehdä itsenäisiä oman tieteenalansa sisäisiä päätöksiä. Potilaan itsemääräämisoikeus nostaa esiin hoitotyön yksilöllisyyden vaatimuksen. Miten potilas voi vaikuttaa hoitoonsa, ellei hänellä ole yhteistyökumppania vaihtuvien työntekijöiden joukossa? Potilaat kokevat yksilövastuisen hoitotyön myönteisenä, myös hoitajat kokevat enemmän tyytyväisyyttä työhönsä. (Puhakka 1996, Pukuri 1997.)

Yksilövastuisen hoitotyön **huonoina puolina** on nähty oman työn rajojen katoaminen, esimiehiltä saadun palautteen ja tuen vähäisyys sekä esimiehen epäselvä rooli. (Perkinen 1998, Melchior, Halfens, Abu-Saad, Philipsen, van den Berg & Gaasman 1999.)

Moniammatillinen yhteistyö on olennainen osa yksilövastuista hoitotyötä. Se on yhteinen sitoumus tehdä työtä potilaan hyväksi. Suomessa monin paikoin todellinen moniammatillinen yhteistyö on vielä vähäistä, lääkärit jättävät huomioimatta hoitajien mielipiteet ja ajatukset hoidossa, samoin muut ammattiryhmät mm. fysioterapeutit, askartelunohjaajat jne. Olisi tärkeätä, että yhteistyötä korostettaisiin ja kehitettäisiin ja että kaikki ammattiryhmät ymmärtäisivät, mitä tarkoitetaan puhuttaessa moniammatillisesta yhteistyöstä. (Perkinen 1998.)

Yksilövastuinen hoitotyö vaikuttaa suuresti myös lääkäreiden työhön, pitkällä aikavälillä tulokset ovat olleet myönteisiä, mutta alkuvaiheessa voi tulla väärinkäsityksiä, turhautumista ja epämukavuutta. Lääkäreiden suhtautuminen vaikuttaa myös hoitohenkilökunnan asenteeseen yksilövastuista hoitotyötä kohtaan. Lääkärit saattavat tuntea turhautumista etsiessään omahoitajaa osastolta, aikataulujen koordinointi saattaa tuottaa vaikeuksia. (Hegyvary 1987.)

Ongelmia yksilövastuisen hoitotyön toteuttamiselle aiheuttaa monessa paikassa nykyisten resurssien riittämättömyys. Hoitajat kokevat riittämättömyyden tunnetta, koska omille potilaille ei jää riittävästi aikaa. He kokevat etteivät pysty lunastamaan omahoitajuuden velvoitteita. Asetetut tavoitteet ahdistavat hoitajia kun niitä ei tavoiteta. Ongelmalliseksi koetaan myös potilaiden kotiutuminen omahoitajan ollessa vapaalla. Nykyistä hoitotyötä monessa toimipisteessä rytmittää lääkärintierto, joka saattaa viedä jopa koko aamupäivän. Tämän jälkeen hoitajilla on kiire suorittaa kierrolla annetut määräykset ja useinkaan aamuvuoron aikaan hoitajille ei jää aikaa toteuttaa omahoitajuutta. Myös oman yksityisyyden turvaaminen omahoitajasuhteessa saattaa aiheuttaa ongelmia ja pohdintaa. Miten lähelle hoitaja haluaa päästää potilaan ja kuinka voi torjua liian läheiseksi pyrkivän potilaan loukkaamatta tai nöyryyttämättä potilasta. (Paasovaara 2000.)

Hoitotyön kehittyminen yksilövastuisen hoitotyönmallin mukaiseksi muuttaa myös käsitystä kirjaamisesta. Kirjaaminen on kehittynyt hitaasti saamastaan huomiosta huolimatta ja hoitohenkilökunta kokee sen edelleen vaikeaksi asiaksi. Kirjalliset hoitotyön suunnitelmat jäävät tekemättä monista eri syistä. Perusteluiksi esitetään kiirettä, muuttuvia tilanteita, suunnitelmien vanhenemista jne. Perusteluista käy esiin tehtävä- ja organisaatiokeskeisyys. Hoitotyön perusta on jäänyt epäselväksi. (Laitinen 1998.) On esitetty, että hoitajilla on vaikeuksia hoitosuunnitelmien teossa, koska he eivät ole tietoisia potilaan todellisista tarpeista. Hoitotyön prosessin kirjaamista pidetään vaikeana. Myös hoitosuunnitelmien lukeminen on usein puutteellista. Yksilövastuinen hoitotyö on ideologia, joka huomioi potilaan yksilölliset tarpeet. Sen voidaan olettaa tuottavan suurempaa potilastyytyväisyyttä, työtyytyväisyyttä ja nostavan hoidon laatua. (Waters & Easton 1999.) Omahoitaja on vastuussa potilaasta koko hoitajakson ajan, hänen ollessaan poissa varmistetaan kirjallisella hoitosuunnitelmalla hoitotyön jatkuvuus. Kirjallinen hoitosuunnitelma on olennainen osa yksilövastuista hoitotyötä, sen avulla mahdollistuu hoitotyön suunnitelmallinen toteutuminen. (Pukuri, 1997, Laitinen 1998.) Keinoina potilaslähtöiseen kirjaamiseen on potilaan kuunteleminen ja häneltä kysyminen. Myös kriittinen omien toimintatapojen ja ajatusten pohtiminen on tärkeää. (Laitinen 1998.) Myös Harkilan tutkimuksen mukaan yksilövastuinen hoitotyö parantaa kirjaamista muuttaen sitä suunnitelmallisemmaksi sekä yleisemmäksi (Harkila 1991).

Tuen saaminen johdolta on tärkeää yksilövastuisessa hoitotyössä. Hoitajat toivovat johdon kulkemista edellä hoitotyötä kehitettäessä, mitä ei nykyään useinkaan tapahdu. Sairaanhoitajat kokevat saavansa niukasti kiitosta ja tukea. Johdon koetaan olevan kiinnostuneita tulostavoitteista ja hoitopäivistä, ei hoitohenkilöstöstä tai sen jaksamisesta. (Paasovaara 2000.)

Omien asenteiden muuttaminen koetaan vaikeaksi, samoin aiemmasta hoitotyön mallista ja vakiintuneista rutiineista irrottautuminen. Tehtäväkeskeisestä toimintatavasta irti pääseminen koetaan vaikeaksi, lisäksi perushoitajien rooli yksilövastuisessa hoitotyössä askarruttaa sairaanhoitajia. (Paasovaara 2000.)

Hoitotyön suunnittelu ja kirjaaminen tunnistetaan tärkeäksi osaksi potilaslähtöistä hoitotyötä sekä hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Hoitajat kokevat, ettei heillä ole mahdollisuutta kirjata toteutunutta hoitoa yhdessä potilaan kanssa. (Paasovaara 2000.)

3. YKSILÖVASTUISEN HOITOTYÖN TUTKIMUKSIA

3.1 Suomalaisia tutkimuksia

Harkilan (1991) tekemän tutkimuksen tavoitteena oli kuvata hoitokäytännön muutosta siirryttäessä ryhmätyöskentelymallista omahoitajakäytäntöön sekä kuvata hoitajien kokemuksia omahoitajakäytännöstä. Tutkimus tehtiin Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimusaineistona olivat hoitajien kirjoittamat esseet, ryhmätyöraportit ja osastokokousmuistiot sekä hoitajille kohdistetut kyselyt. Tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksena, liikkeelle lähdettiin osastojen hoitokäytäntöjen ongelmista. Hoitajille järjestettiin koulutusta ja sen aikana aloitettiin uuden hoitokäytännön suunnittelu. Tulokset osoittivat, että siirtyminen omahoitajuuteen on hidas ja koulutusta vaativa prosessi. Muutoksen lähtökohtana tulee olla hoitohenkilökunnan halu muuttaa hoitokäytäntöjä, lisäksi heillä tulee olla mahdollisuus osallistua muutoksen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Kirjallisuuden määrittelemä omahoitajakäytäntö ei ole toteuttamiskelpoinen kaikissa yksiköissä sellaisenaan vaan jokaisen yksikön tulee löytää oma tapansa ja käytäntönsä toteuttaa hoitotyötä.

Kukkolan ja Pulkkisen (1991) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien suhtautuminen yksilövastuiseen hoitotyöhön on myönteistä ja yhtenäistä. Sairaanhoitajilla on valmiuksia toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä ja halukkuutta lisääntyneen vastuun kantamiseen. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajilla ilmeni halukkuutta nykyistä laajempaankin yksilövastuisen hoitotyön toteuttamiseen. Yksilövastuisen hoitotyön toteuttamiseksi hoitajat toivoivat lisää koulutusta, työnohjausta ja perehdyttämistä. Tutkimuksen mukaan

yksilövastuisen hoitotyön keskeisimpinä kielteisinä vaikutuksina pidetään vastuun ja kirjallisten töiden lisääntymistä, potilas-omahoitajasuhteen toimimattomuutta, työnjaon epäselvyyttä sekä omahoitajan riittämättömyyden tunnetta ja väsymistä. Ongelmia aiheuttavat myös vuorotyön mukanaan tuoma hoitosuhteen katkonaisuus sekä työvuorojen suunnittelu, nämä ongelmat asettavat vaatimuksia nimenomaan osastonhoitajalle, jonka tehtävänä on tukea hoitohenkilökuntaa ja yksilövastuisen hoitotyön kehittymistä osastolla. Vastuullisuuden lisääntyminen koetaan kielteisenä joskin myös myönteisenä asiana, ristiriita tässä saattaa aiheuttaa epävarmuutta omasta roolista potilastyössä. Kuitenkin Kukkolan ja Pulkkinen tutkimuksen mukaan yksilövastuisessa hoitotyössä koetaan olevan enemmän myönteisiä vaikutuksia kuin kielteisiä.

Munnukka (1993) on tarkastellut yksilövastuisen hoitotyön kehittymistä sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla. Tutkimus on tehty toimintatutkimuksen menetelmin. Munnukka toteaa, että siirtymistä yksilövastuiseen hoitotyöhön voidaan edistää ja tukea sopimalla tavoitteista sekä koulutuksen ja työnohjauksen avulla. Yksilövastuisen hoitotyön avulla voidaan Munnukan mukaan edistää potilaiden hyvää oloa ja terveyttä jos omahoitajan ja potilaan yhteistyösuhteessa potilas voi ottaa vastaan turvaa ja läheisyyttä, tulla ajallaan autetuksi ja saada hallintaan omaa elämäänsä. Tutkimustulosten mukaan yksilövastuisen hoitotyön kehittämistä tulee jatkaa.

Kylävallin (1995) tutkimuksessa perehdyttiin yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutumiseen potilaiden näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan vain muutamalla potilaalla (N=260) oli omahoitaja (6 %), omahoitajan olisi halunnut 36 % potilaista. Yksilövastuisen hoitotyön keskeiset periaatteet Kylävallin tutkimuksessa olivat vastuullisuus, itsenäisyys, koordinointi, kattavuus, jatkuvuus sekä yksilöllisyys. Tutkimuksen mukaan vastuullisuus ei toteutunut kirjallisen hoitosuunnitelman osalta ja potilaita hoiti aamuvuorossa keskimäärin 4 hoitajaa. Potilaiden yksilöllinen hoito toteutui hyvin. Potilaat kokivat myös koordinoinnin toteutuneen hyvin. Kokonaisvaltaisuuden periaate oli potilaiden mielestä myös toteutunut hyvin. Myös hoidon jatkuvuuden periaatteen potilaat olivat kokeneet toteutuneen. Tutkimuksen mukaan potilaiden kokemukset yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutumisesta olivat hyvin myönteisiä.

Puhakan (1996) tutkimuksessa oli tarkoituksena selvittää, miten sairaanhoitajat arvioivat edellytyksensä toimia vastuullisesti hoitotyön päätöksenteossa ja mitkä tekijät ovat siihen yhteydessä. Tutkimus suoritettiin Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä kyselytutkimuksena 150 sairaanhoitajalle ja kättilölle. Tuloksena saatiin, että yksilövastuista hoitotyön mallia noudattavat hoitajat kokivat vastuunsa laajempina kuin muut, he määrittelivät vastuunsa kohdistuvan potilaan ja perheen lisäksi myös omaan ammattikuntaansa,

työyhteisöön, itseensä ja yhteiskuntaan. Yksilövastuinen hoitotyö lisää päätösten perustelua ja potilaan osallistumista omaan hoitoonsa. Myös hoidon tavoitteiden sopiminen yhdessä potilaan kanssa toteutuu paremmin yksiköissä joissa toteutuu yksilövastuinen hoitotyö. Myös jatkuvuuden toteutuminen oli parempaa yksilövastuista hoitotyötä noudattavissa yksiköissä. Lisäksi Puhakka totesi yksilövastuisen hoitotyön mallin parantavan hoitajien valmiuksia vastata potilaan avun tarpeeseen sosiaalisissa ongelmissa. Myös hoitajien toimivaltuudet koettiin paremmiksi yksiköissä joissa toteutettiin yksilövastuista hoitotyötä. Hoitajien itsenäisyys oli parempaa ja oman toiminnan arviointi yleisempää kuin tehtäväkeskeisesti toimivissa yksiköissä. Yksilövastuista hoitotyötä noudattavissa yksiköissä hoitajat kokivat esimieheltään saadun tuen paremmaksi kuin muilla.

Myös Pukuri (1997) on tutkinut Tays:ssa yksilövastuisen hoitotyön toteutumista. Pukurin tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutumista omahoitajien arvioimina. Tutkimus toteutettiin tutkijan kehittämän mittarin avulla. Tutkimuksen mukaan lähes puolet vastanneista ilmoitti osastolla olevan käytössä yksilövastuisen hoitotyön mallin. Kaikilla vastanneilla oli hyvin myönteinen käsitys yksilövastuisesta hoitotyöstä. Kuitenkin 24 tunnin vastuullisuus ja työvuorossa ollessa omien potilaiden hoitaminen aiheuttivat erimielisyyttä. Vastaajat ilmoittivat toimivansa potilaskeskeisesti sekä suunnittelevansa hoitoa potilaiden kanssa. Tutkimuksen mukaan omahoitajat eivät kuitenkaan ensisijaisesti hoitaneet omia potilaitaan eivätkä voineet paneutua heidän hoitoonsa. Omahoitajille tulisikin antaa mahdollisuus hoitaa omia potilaitaan ja mahdollistaa todellisten hoitosuhteiden syntyminen.

Lipposen (1997) tutkimus saattohoitopotilaan tahdon toteutumisesta tukee omahoitajuuden merkitystä. Lipposen mukaan omahoitajuus on lähtökohta potilaan tahdon toteutumiselle ja siksi omahoitajana toimimiseen tulee kiinnittää edelleen huomiota. Omahoitajuus mahdollistaa luottamuksellisen, dialogisen ja molemmin puolisen hoitosuhteen, näin hoitaja ja potilas voivat todella kohdata toisensa. Hoitohenkilökunnalta tämä vaatii toimivan omahoitaja-potilassuhteen merkityksen entistä syvempää tiedostamista.

Laurikainen, Natunen ja Partanen (1998) tutkivat potilaiden kokemuksia yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutumisesta lyhytaikaisessa hoitosuhteessa Kuopion yliopistollisen sairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien vuodeosastolla. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lyhytaikaisessa hoidossa olleiden potilaiden kokemuksia yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutumisesta (jatkuvuus, kokonaisvaltaisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus) ja niiden tärkeydestä. Lisäksi haluttiin saada hoitoon liittyviä kehittämissuhteita. Aineisto kerättiin 100 potilaalta kyselylomakkeella. Tutkimuksen tulosten mukaan potilaat pitivät tuloksia tärkeinä ja ne toteutuivat osittain.

Perkisen tutkimuksessa (1998) tarkasteltiin yksilövastuisen hoitotyön toteutumista geriatrisessa sairaalassa omahoitajien näkökulmasta. Yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutuminen oli tutkimuksen mukaan hyvällä tasolla, vastuun ja koordinoinnin osalta tulokset olivat muita alhaisempia.

Suhosen, Välimäen ja Katajiston (1999) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, missä määrin yksilöllinen hoito toteutuu sairaalahoidossa aikuispotilaan näkökulmasta. Tutkimuksen tulosten mukaan yksilöllinen hoito toteutui melko hyvin, potilaat olivat mielestään saaneet osallistua hoitoonsa ja heidän yksilölliset tarpeensa oli huomioitu. Potilaiden mielestä sairauden syvempää vaikutusta elämään ei otettu riittävästi huomioon. Yli 65-vuotiaat arvioivat nuorempia useammin, että heidän hoidossaan yksilöllisyys oli huomioitu. Tulokset tuovat esiin sen, että yksilöllistä hoitoa kehitettäessä ja toteutettaessa pitäisi hoitohenkilökunnan kiinnittää huomiota sairaalaan joutumisen syiden lisäksi myös henkilökohtaiseen elämäntilanteeseen.

Turun yliopistollisessa sairaalassa on kartoitettu omahoitajan merkitystä potilaan kokemuksille saamastaan hoidosta. Tuloksena oli, että 62 % potilaista kokee omahoitajan tarpeelliseksi, naiset useammin kuin miehet ja alle 41-vuotiaat enemmän kuin vanhemmat. Huonoksi vointinsa kokeneet toivoivat useammin omahoitajaa. Analysoitaessa syytä omahoitajan tarpeellisuudelle tuli esiin, että potilaiden kokemuksen mukaan omahoitaja luo turvallisuuden tunnetta ja helpottaa omien asioiden esille ottamista. Tutkimuksen mukaan omahoitajan toiminta koettiin erittäin hyödyllisenä ja positiivisena asiana. Omahoitajan saaneet potilaat osallistuivat muita useammin hoidon suunnitteluun, hoidosta keskustelemiseen, jatkohoidon suunnitteluun sekä vaikuttivat hoitotoimenpiteiden ajankohtaan. Lisäksi he kokivat muita useammin saaneensa riittävästi ohjausta ja neuvontaa. Omahoitajan saaneet potilaat kokivat omaistensa tulleen paremmin huomioiduksi ja omahoitajan valvoneen potilaan etua paremmin. (Kaukkila, Lauri, Järvi, Kärkkäinen, Suominen 1999)

Paasovaaran tutkimuksessa (2000) haluttiin selvittää Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosaston hoitajien näkemyksiä yksilövastuisen hoitotyön ja omahoitajuuden kehittämisestä omalla osastollaan. Tutkimuksella haluttiin selvittää mitä vahvuuksia ja heikkouksia sairaanhoitajat kuvaavat yksilövastuisen hoitotyön ja omahoitajuuden kehittämisessä, mitä uhkia he kuvaavat yksilövastuisen hoitotyön ja omahoitajuuden kehittämisessä sekä mitä mahdollisuuksia kehittämisessä nähdään olevan. Aineisto kerättiin sairaanhoitajien kirjoittamista esseistä. Esseet analysoitiin sisällönanalyysimenetelmää käyttäen. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat pitivät tärkeänä, että kun he nimeävät itsensä potilaan omahoitajiksi heillä on myös mahdollisuus toimia omahoitajuuden lupauksen mukaisesti. Omahoitajuus koettiin palkitsevaksi. Organisaation ei kuitenkaan koettu mahdollistavan omahoitajuutta. Paasovaaran tutkimuksen mukaan potilaan ja omahoitajan suhde koettiin tärkeäksi ja palkitsevaksi, potilaiden

turvallisuuden tunne lisääntyi ja potilaat kokivat itsensä arvokkaammaksi. Omahoitajan tuttuus lisää potilaan luottamusta asioidensa hoitoon ja rohkaisee häntä osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Lisäksi sairaanhoitajat kokivat voivansa enemmän hyödyntää ammattitaitoaan toimiessaan omahoitajina. Osaston kiire ja työpaineet estivät hoitajia tuntemasta tyytyväisyyttä omahoitajuuteen ja työhönsä. Sairaanhoitajat ilmaisivat olevansa halukkaita kantamaan kokonaisvastuun omien potilaidensa hoidosta. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat tunnistivat omahoitajuuden edellytykset ja edut omassa työssään, mutta kokivat, ettei nykyisin resurssein ole mahdollisuutta kehittää työtä yksilövastuisen hoitotyön suuntaan.

Laakso ja Routasalo (2001) tutkivat yksilövastuisen hoitotyön mukanaan tuomia muutoksia vanhainkotien asukkaiden, heidän omaistensa sekä henkilökunnan näkökulmista. Vanhainkodin asukkaiden mielestä muutos yksilövastuiseen hoitotyöhön ei juuri muuttanut heidän hoitoaan. Myös omaisten näkemys oli hyvin samanlainen, heistä osa kuitenkin koki, että vanhainkodin ilmapiiri oli parantunut. Hoitajien mielipiteet olivat hyvin erilaisia, he kokivat, että vanhusten hoito oli kohentunut merkittävästi, heillä oli enemmän aikaa olla vanhusten kanssa sekä kohdella heitä yksilöllisesti. Tutkimuksen tulokset puhuvat yksilövastuisen hoitotyön puolesta, hoidon yksilöllisyys lisääntyi, tyytyväisyys työhön lisääntyi ja itsenäinen päätöksenteko lisääntyi. Yksilövastuisen hoitotyön voidaan katsoa myös lisäävän hoitohenkilökunnan ja omaisten välistä yhteistyötä.

Mäkisalun (2001) raportissa tuodaan esiin myös yksilövastuisen hoitotyön vaativuuden aiheuttama henkilökunnan uupuminen, hoitajat saattavat kokea riittämättömyyttä kohdatessaan potilaita ja omaisia, yhtenä ongelmana saattaa olla yksilövastuisen hoitotyön mieltäminen ”yksin tekemiseksi”, jolloin vaarana on uupuminen ja omaan työskentelytapaan sokeutuminen. Mallin soveltaminen käytännön hoitotyöhön on koettu vaikeana.

3.2 Ulkomaisia tutkimuksia

Webbin (1996) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta koki työn vastuullisuuden sekä kontrollin omasta työstään lisääntyneen yksilövastuisen hoitotyön käyttöön ottamisen myötä. Hoitohenkilökunta koki myös, että he saivat enemmän käyttää omia intuitioitaan työssään. Myös päätöksenteko ja työn priorisoinnin mahdollisuudet lisääntyivät yksilövastuisen hoitotyön myötä. Hoitajat kokivat, että he pystyivät paremmin hyödyntämään omia taitojaan potilaan hyväksi yksilövastuisessa hoitotyössä. Kiinnostuneisuus omaan työhön lisääntyi, hoidon suunnitteluun osallistuminen lisääntyi samoin oman työn arvioiminen. Yksilövastuinen hoitotyö tukee myös hoidon jatkuvuutta, hoitajat tuntevat potilaansa ja voivat suunnitelmallisesti toteuttaa hoitotyötä potilaan tarpeista lähtien. Työn organisointi helpottuu ja vuorojen vaihtoon liittyvä raportoinnin tarve vähenee. Myös potilaiden luottamus hoitohenkilökuntaan lisääntyy, potilaat kokevat

hoitajien olevan helpommin saavutettavissa. Kommunikaatio potilaan ja hoitajan välillä lisääntyy sekä määrällisesti että laadullisesti.

Manley, Hamill ja Hanlonin (1997) tutkimuksen mukaan hoitajien itsenäisyys sekä vastuullisuus työssään lisääntyivät siirryttäessä yksilövastuiseen hoitotyöhön. Hoitajat kokivat tuntevansa potilaansa aikaisempaa paremmin sekä olivat valmiimpia toimimaan potilaansa edunvalvojana ja tekemään potilaansa etujen mukaisia päätöksiä. Tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat hoidon laadun parantuneen, jatkuvuuden toteutuneen paremmin sekä hoidon tulleen tehokkaammaksi yksilövastuiseen hoitotyön myötä. Hoitajat tunnistivat oman ammatillisen osaamisensa paremmin. Hierarkian vähenemistä hoitajat pitivät erityisen hyvänä asiana. Omaiset ja potilaat olivat hoitajien mukaan tyytyväisiä saamaansa hoitoon, kommunikointi lisääntyi ja hoitajat tiesivät potilaiden asioista enemmän. Hoitajat toivat tutkimuksessa esiin myös omaisten ja potilaiden riippuvuutta omasta hoitajastaan. Riippuvuus saattoi ajoittain olla liiallista, potilaat eivät esimerkiksi halunneet kenenkään muun hoitavan heitä. Myös hoitajilla oli jonkin verran vaikeuksia luovuttaa potilaansa hoitoa muille, etenkin jos hoitosuhde oli kestänyt pitkään. Lisäksi persoonallisuuksien välisiä ongelmia esiintyi jonkin verran.

Archibongin (1999) tutkimuksessa saatiin vastaavanlaisia tuloksia, hoitotyön laatu parani kaikilla hoitotyön alueilla selkeästi sen jälkeen kun yksilövastuinen hoitotyö otettiin käyttöön. Suurin vaikutus todettiin hoidon yksilöllisyyteen, potilaan tarpeet huomioitiin paremmin, vähiten yksilövastuisella hoitotyöllä näytti olevan vaikutusta hoitotyön rutiineihin. Yksilövastuisella hoitotyön avulla parantuivat hoidon suunnittelu ja potilaiden yksilöllisyyden huomioiminen, potilaan henkisen hyvinvoinnin tukeminen sekä kommunikointi potilaan ja hoitajan välillä.

Hoitajien työtyytyväisyyden on todettu lisääntyneen myös Melchior ym. (1999) tekemässä tutkimuksessa, hoitajat kokivat autonomisuuden työssään lisääntyneen ja työn monimutkaisuuden vähentyneen. Lisäksi potilaan tarpeet huomioitiin paremmin. Hoitajat kokivat työn vastuullisuuden lisääntyneen, samoin päätöksenteon koettiin parantuneen.

4 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa potilaiden näkemyksistä yksilövastuisen hoitotyön nykyisestä toteutumisesta sekä selvittää heidän mielipiteitään siitä, miten tarpeellisena he kokevat yksilövastuisen hoitotyön toteuttamisen. Tutkimuksen myötä pyritään saamaan tietoa, jonka avulla voidaan arvioida ja kehittää yksilövastuista hoitotyötä.

Tutkimustehtävänä on selvittää

1. Miten yksilövastuisen hoitotyön periaatteet toteutuvat potilaiden arvioimana?
2. Miten tarpeellisena potilaat kokevat yksilövastuisen hoitotyön

5 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

5.1 Tutkimukseen osallistujat ja tietojen keruu

Tutkimuksen kohderyhmä oli erään yliopistosairaalan yhden ylihoitajan alaiset osastot, yhteensä neljä osastoa. Näillä osastoilla hoidetaan pitkäaikaisesti sairaita potilaita, joista monet joutuvat käymään useita kertoja sairaalassa saamassa hoitoja. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella osastoilta kotiutuville potilailta. Potilaiden osallistuminen oli vapaaehtoisuuteen perustuvaa. Kyselylomake jaettiin 250 tutkimusajankohtana (marraskuu – joulukuu 2003) osastoilta kotiutuville potilaille. Potilaat täyttivät kyselylomakkeen ennen osastolta lähtöään ja palauttivat sen osastolla olevaan palautuslaatikkoon tai hoitajille suoraan. Tutkija itse jakoi kyselylomakkeet osastoille ja selvitti tutkimuksen tarkoituksen ja tärkeyden osastonhoitajille, jotka kertoivat tutkimuksesta mm. osastotunneilla hoitohenkilökunnalle.

Hoitohenkilökunta jakoi lomakkeet osastoilla oleville potilaille sovittujen kriteerien mukaisesti. Tässä tutkimuksessa mittarin luotettavuuden varmistamiseksi suoritettiin esitestaus pienelle ryhmälle ennen varsinaisen kyselylomakkeen jakamista (n=30). Esitestauksen perusteella mittaria hieman tarkennettiin muutaman kysymyksen kohdalta, varsinaisia muutoksia ei tehty. Esitestaus tehtiin varsinaiseen tutkimukseen osallistuvilla osastoilla joten kohderyhmä on hyvin yhdenmukainen varsinaiseen tiedonantajaryhmään nähden. Koska mittarin muokkaus esitestauksen jälkeen oli hyvin vähäistä, otettiin nämä tulokset mukaan tutkimusaineistoon. (Knapp 1998, Polit & Hungler 1999). Vastausprosentti oli 60 ja lopullisia vastauksia palautettiin 146 kappaletta.

5.2 Mittarin laadinta

Potilaiden mielipiteitä yksilövastuisesta hoitotyöstä ei ole juurikaan suomalaisessa tutkimuksessa kartoitettu joten valmista mittaria ei ollut käytettävissä. Valmiin mittarin etuna olisi ollut sen luotettavuuden varmistuminen jo aikaisemmissa tutkimuksissa sekä tulosten vertailukelpoisuus aikaisempiin mittauksiin samalla mittarilla (Metsämuuronen 2000).

Mittarin ensimmäisessä osiossa kartoitetaan vastaajien taustatietoja (kysymykset 1-13). Taustatiedoissa kysytään vastaajien ikä, sukupuoli, koulutus, hoitava osasto, aikaisemmat hoitokerrat, hoitjakson pituus, omahoitajan nimeämiseen liittyviä asioita (kysymykset 8-12) sekä vointi sairaalasta kotiutumisen hetkellä.

Mittarin toinen osio mittaa potilaiden kokemusta toteutuneesta hoidosta (kysymykset 14-49). Mittarin pohjana käytetyn kirjallisuuden perusteella mittari koostuu 6 osiosta, jotka mittaavat yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutumista hoitotyössä. Näitä periaatteita ovat

potilaskeskeisyys, vastuullisuus, jatkuvuus, koordinointi, itsenäisyys ja kokonaisvaltaisuus. Mittari koostuu 36 väittämästä, joihin potilaat vastaavat asteikolla 4-10 (4=toteutuu heikosti...10=toteutuu kiitettävästi). Väittämät muodostavat summamuuttujia niin, että samaa asiaa mittaa 6 väittämää (Liite 3). Väittämät luotiin aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden avulla (taulukko 1).

Mittarin kolmas osio mittaa sitä, miten tärkeänä potilaat pitävät yksilövastuun hoitotyön toteutumista. Osio koostuu 10 väittämästä, joista muodostettiin yksi summamuuttuja. Tämä mittarin osio pohjautuu aikaisempiin yksilövastuun hoitotyön tutkimuksiin potilaiden kokemuksista sekä yksilövastuuseen hoitotyöhön liittyvään kirjallisuuteen. Väittämät on muodostettu samojen tutkimusten ja kirjallisuuden pohjalta kuin periaatteiden toteutumista mittaavat väittämät (taulukko 1).

Taulukko 1. Kyselylomakkeen perusteena käytetyt tutkimukset

Yksilövastuun hoitotyön periaatteita mittaavat väittämät	Väittämien perusteena käytetyt tutkimukset
Vastuullisuuden periaate	Hegyvary 1987, Luotolinna-Lybeck & Leino-Kilpi 1991, Munnukka 1993, , Laaksonen 1994, Anttikoski ym 1996, Pukuri 2002
Jatkuvuuden periaate	Karpov 1992, Kukkola & Pulkkinen 1992, Korhonen & Koskela 1995
Koordinoinnin periaate	Hegyvary 1987, Karpov, 1992, Lohikoski 2000, Pukuri 2002
Itsenäisyyden periaate	Hegyvary 1987, Karpov 1992
Kokonaisvaltaisuuden periaate	Hegyvary 1987, Kukkola & Pulkkinen 1991, Perkinen 1998

Lisäksi mukana on yksi avokysymys. Avokysymyksellä haluttiin saada esiin myös potilaiden yksilöllisiä ajatuksia ja mielipiteitä hoidostaan, jotka eivät ehkä tule esiin kyselylomakkeen kysymyksissä.

5.2 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Aineiston analysoinnissa käytettiin kuvailevan tilastotieteen menetelmiä määrällisen aineiston osalla. Kvantitatiivinen aineisto tallennettiin ja analysoitiin SPSS 12.0 for Windows -ohjelman avulla. Taustamuuttujat luokiteltiin analysointivaiheessa riittävän suuriin ja mielekkäisiin luokkiin. Kvantitatiivista aineistoa tarkasteltiin erilaisten tunnuslukujen avulla. Tässä tutkimuksessa Likert-asteikollisia muuttujia ovat kysymykset 14-67, asteikkona käytettiin arvoja 4-10 (4= ei toteutunut lainkaan, 10= toteutui täydellisesti), koska ne ovat suomalaisille kouluasteikosta tuttuja (Heikkilä 2004, 55). Muuttujat luokiteltiin suurempiin luokkiin analysointia varten, arvosanat 4-6 luokiteltiin heikosti toteutuneiksi, 7-8 toteutui hyvin ja arvosanat 9-10 toteutui kiitettävästi.

Aluksi summamuuttujia tarkasteltiin histogrammien avulla jotta saatiin selvitettyä summamuuttujien jakautuminen. Kaikkien summamuuttujien jakauma oli vino, joten tarkasteluun käytettiin Kruskal-Wallis- testiä. Kruskal-Wallis- testi kuuluu parametrittomiin testeihin joita voidaan käyttää vinosti jakautuneen aineiston analysointiin. Testiä voidaan käyttää myös otoksen ollessa pieni. Kruskal-Wallis- testiä voidaan käyttää yksisuuntaisen varianssianalyysin sijasta kun normaalijakauman ehto ei toteudu. Kruskal-Wallis- testin ehdot ovat samat kuin varianssianalyysissä, eli selittävän muuttujan pitää olla vähintään kolmiluokkainen. Tämän vuoksi kaksiluokkaiseen muuttujiin on käytetty Mann-Whitneyn testiä, jolla tutkitaan ovatko kaksi riippumatonta otosta samoin jakautuneesta perusjoukosta. Mann-Whitneyn- testiä voidaan käyttää t-testin asemasta kun aineisto ei ole normaalisti jakautunut (Lepola ja muut 2003.)

Summamuuttujien muodostaminen

Likert- tyyppisistä väittämistä muodostettiin summamuuttujia. Muodostettujen summamuuttujien luotettavuus tarkistettiin Cronbachin alfa-kertoimen avulla. Kertoimiin ei olisi saatu parannusta jättämällä mitään kysymystä pois (Cronbach's alpha if item deleted), joten kaikki suunnitellut kysymykset on otettu mukaan. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Summamuuttujien kysymykset ja cronbachin α -kertoimet

Summamuuttuja	cronbachin α	Kysymysten numerot
Vastuullisuuden toteutuminen	0.817	13, 14, 15, 19, 20, 24
Potilaskeskeisyyden toteutuminen	0.910	16, 17, 18, 21, 22, 23
Koordinoinnin toteutuminen	0,820	25, 26, 27, 28, 29, 30
Itsenäisyyden toteutuminen	0,858	31, 32, 33, 34, 35, 36
Kokonaisvaltaisuuden toteutuminen	0,851	37, 38, 39, 40, 41, 42
Jatkuvuuden toteutuminen	0,882	43, 44, 45, 46, 47, 48

Yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutumista tarkasteltiin summamuuttujittain. Vastauksissa oli puuttuvia tietoja, joten vastausten määrä kysymyksittäin vaihtelee runsaasti.

Avokysymyksen analysointiin oli tarkoitus käyttää sisällön analyysi menetelmää. Vastauksien määrä oli hyvin vähäinen ja vastaukset olivat hyvin suppeita, joten niitä ei voitu sisällön analyysillä analysoida vaan ne on raportoitu asianomaisessa kohdassa suorina lainauksina.

6. TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajista yli puolet oli naisia. Vastaajien ikä vaihteli 21 vuodesta 78 vuoteen, keskiarvo oli 55 vuotta. Yli puolet vastaajista oli naimisissa. Suurimmalla osalla vastaajista oli korkeintaan ammatillisen oppilaitoksen tutkinto (taulukko 3.) Vastaajista suurin osa oli ollut sairaalahoidossa 1-10 kertaa jo ennen tätä hoitojaksoa. Yli kymmenen kertaa hoidossa oli ollut noin viidennes vastaajista. Hoitojakson pituus oli kaksi vuorokautta tai sitä lyhyempi kolmanneksella vastaajista, ja kahdella kolmanneksella hoitojakso kesti 3 vuorokautta tai sitä enemmän. Kotiutusvaiheessa vointinsa tunsivat hyväksi hieman yli puolet vastaajista (taulukko 3).

Taulukko 3. Vastaajien taustatiedot

		N	%
Ikä	-50	37	29
	51-60	39	30
	61-	52	41
Sukupuoli	Nainen	77	60
	Mies	51	40
Siviilisäätö	Naimissa tai avoliitossa	107	73
	Eronnut, leski tai naimaton	39	27
Koulutus	Kansa-, perus- tai ammattikoulu	78	60
	Koulu-, opisto- tai korkeakoulututkinto	50	40
Aikaisemmat hoitojaksot	Ei yhtään	14	10
	1-10	85	68
	yli 10	27	22
Hoitojakson kesto tällä hoitokerralla	≤ 2 vrk	36	30
	≥ 3 vrk	86	70
Vointi tällä hetkellä	Kohtuullinen	60	47
	Hyvä	68	53

Vastaajista yli puolelle ei ollut joko nimetty omahoitajaa tai he eivät ainakaan olleet tietoisia omahoitajasta. Reilu kolmannes tiesi omahoitajansa nimen tällä hoitojaksolla (Taulukko 4). Vastaajista 75% oli sitä mieltä, että omaiset eivät tieneet heidän omahoitajastaan ja vain pieni osa oli sitä mieltä, että myös omaiset olivat tietoisia heidän omahoitajastaan. Vastaajista 2/3 oli tietoisia siitä mitä tarkoitetaan kun puhutaan omahoitajasta (Taulukko 4).

Taulukko 4. Vastaajien kokemukset omahoitajan nimeämisestä

		N	%
Nimetty omahoitaja tällä hoitojaksolla	Kyllä	52	42
	Ei	32	25
	En tiedä	42	33
Omahoitajan nimi tiedossa	Kyllä	46	39
	Ei	73	61
Omaiset tietoisia omahoitajasta	Kyllä	21	17
	Ei	92	75
	En tiedä	9	8
Omahoitajasanon merkitys	Kyllä	101	84
	Ei	20	16

6 YKSILÖVASTUISEN HOITOTYÖN PERIAATTEIDEN TOTEUTUMINEN

6.2 Vastuullisuuden periaatteen toteutuminen

Vastaajista kolme neljäsosaa oli sitä mieltä, että vastuullisuuden periaate toteutui hyvin tai kiitettävästi hoitojakson aikana (taulukko 5).

Taulukko 5. Vastuullisuuden periaatteen toteutuminen potilaiden arvioimana

Vastuullisuuden periaatteen toteutuminen	N	%
Toteutui heikosti (4-6)	12	12
Toteutui hyvin (7-8)	48	47
Toteutui kiitettävästi (9-10)	42	41
Yhteensä	102	100

Omahoitajansa nimeä ei tiennyt runsas kolmannes vastaajista. Yli puolet ei tiennyt korvaavan hoitajan nimeämisestä omahoitajan poissaolojen ajaksi. Vastaajista runsas puolet arvioi tuntevansa omahoitajan työn sisältöä. Vastaajien suhde omahoitajaan oli luottamuksellinen, lähes 90% vastaajista koki voineensa luottaa omahoitajaansa hyvin tai kiitettävästi. Myös omahoitajan toimimisen potilaan edunvalvojana koki yli 80 % vastaajista toteutuneen hyvin tai kiitettävästi. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Vastuullisuuden toteutuminen kysymyksittäin

	N	%
Tiesin omahoitajani nimen		
Toteutui heikosti (4-6)	37	33
Toteutui hyvin (7-8)	25	22
Toteutui kiitettävästi (9-10)	50	45
Yhteensä	112	100
Omahoitajani poissaolojen ajaksi oli nimetty korvaava hoitaja		
Toteutui heikosti (4-6)	56	50
Toteutui hyvin (7-8)	28	25
Toteutui kiitettävästi (9-10)	27	24
Yhteensä	111	100
Tiesin mitä omahoitajani työhön kuului		
Toteutui heikosti (4-6)	43	39
Toteutui hyvin (7-8)	28	26
Toteutui kiitettävästi (9-10)	38	35
Yhteensä	109	100
Luotin omahoitajaani		
Toteutui heikosti (4-6)	6	5
Toteutui hyvin (7-8)	28	23
Toteutui kiitettävästi (9-10)	86	72
Yhteensä	120	100
Omahoitajani toimi edunvalvojanani		
Toteutui heikosti (4-6)	10	8
Toteutui hyvin (7-8)	30	25
Toteutui kiitettävästi (9-10)	79	66
Yhteensä	119	100
Tunsin oloni turvalliseksi		
Toteutui heikosti (4-6)	7	6
Toteutui hyvin (7-8)	24	20
Toteutui kiitettävästi (9-10)	89	74
Yhteensä	120	100

Vastuullisuuden periaatteen toteutumiseen oli yhteydessä se, oliko omahoitaja nimetty, tällöin vastuullisuuden periaate toteutui tilastollisesti merkitsevästi paremmin vastaajien mielestä ($p=0.001$). Omahoitajan nimen tietämisellä oli myös tilastollisesti merkitsevä yhteys vastuullisuuden periaatteen toteutumiseen ($p<0.000$). Kun potilaan omaiset tiesivät omahoitajan nimen koki vastaaja vastuullisuuden periaatteen toteutuneen paremmin ($p=0.008$). Melkein merkitsevä yhteys oli vastaajan voinnilla kotiutusvaiheessa ($p=0.076$). Ne jotka tunsivat vointinsa kotiutusvaiheessa hyväksi, kokivat vastuullisuuden periaatteen toteutuneen hyvin. Muilla taustamuuttujilla ei todettu olevan tilastollista yhteyttä (taulukko 7.)

Taulukko 7. Vastuullisuuden toteutumiseen yhteydessä olevat tekijät

		N	Keskiarvo	Vapausaste	p
Ikä	-50	32	45,88	2	,312
	51-60	35	52,36		
	61-	35	55,79		
Sukupuoli	Nainen	58	48,66		,220
	Mies	44	55,25		
Siviilisäätö	Naimisissa tai avoliitossa	74	51,70		,901
	Eronnut, leski tai naimaton	28	50,96		
Hoitoaika tällä hoitojaksolla	≤ 2 vrk	26	47,90		,789
	≥ 3 vrk	71	49,40		
Koulutus	Kansa-, perus- tai ammattikoulu	57	54,13		,266
	Koulu-, opisto tai korkeakoulu	45	48,17		
Aikaisemmat hoitojaksot	Ei yhtään	12	39,63	2	,133
	1-10	64	49,73		
	yli 10	24	57,98		
Hoitoaika tällä hoitojaksolla	≤ 2 vrk	25	43,68		,731
	≤ 3 vrk	64	45,52		
Nimetty omahoitaja	Kyllä	45	61,71	2	,001
	Ei	25	44,94		
	En tiedä	31	40,34		
Omahoitajan nimi	Kyllä	41	61,67		,000
	Ei	57	40,75		
Omaiset tiesivät omahoitajan	Kyllä	19	66,26	2	,008
	Ei	74	46,74		
	En tiedä	6	38,75		
Tiedän, mitä omahoitaja tarkoittaa	Kyllä	83	51,39	1	,226
	Ei	16	42,78		
Vointi tällä hetkellä	Kohtuullinen	47	46,39		,076
	Hyvä	55	55,86		

6.3 Potilaskeskeisyyden periaatteen toteutuminen

Potilaskeskeisyyden periaate toteutui hyvin tai kiitettävästi vastaajista 90 % mielestä (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Potilaskeskeisyyden toteutuminen

Potilaskeskeisyyden toteutuminen	N	%
Toteutui heikosti (4-6)	9	10
Toteutui hyvin (7-8)	29	30
Toteutui kiitettävästi (9-10)	56	60
Yhteensä	94	100

Yli puolet vastaajista oli saanut kertoa hoitonsa sujumisesta omahoitajalleen, mutta lähes viidennes vastaajista koki että mahdollisuutta kertoa hoidon sujumisesta ei tarjottu. Lähes 90 % vastaajista koki tulleen kohdelluksi yksilöllisesti. Itsenäisyyden säilyttämisen oli kokenut yli 90 % toteutuneen hyvin tai kiitettävästi. Omahoitajan kanssa tasavertaisen hoitosuhteen oli kokenut noin 80 % vastaajista. Lähes viidennes vastaajista oli kokenut, ettei ole tärkeä hoitosuhteessaan. Oman hoitonsa arviointiin ei päässyt osallistumaan runsas 10 % vastaajista (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Potilaskeskeisyyden toteutuminen kysymyksittäin

	N	%
Sain kertoa hoitajalleni hoidon onnistumisesta		
Toteutui heikosti	22	20
Toteutui hyvin	28	25
Toteutui kiitettävästi (9-10)	61	55
Yhteensä	111	100
Tulin kohdelluksi yksilöllisesti		
Toteutui heikosti	13	11
Toteutui hyvin	29	24
Toteutui kiitettävästi (9-10)	80	66
Yhteensä	122	100
Tunsin olevani itsenäinen		
Toteutui heikosti	7	6
Toteutui hyvin	27	22
Toteutui kiitettävästi (9-10)	87	72
Yhteensä	121	100
Tunsin olevani hoitajani kanssa tasavertainen		
Toteutui heikosti	12	10
Toteutui hyvin	36	31
Toteutui kiitettävästi (9-10)	69	59
Yhteensä	117	100
Tunsin olevani tärkeä		
Toteutui heikosti	18	15
Toteutui hyvin	40	35
Toteutui kiitettävästi (9-10)	59	50
Yhteensä	117	100
Sain osallistua hoitoni arviointiin		
Toteutui heikosti	14	13
Toteutui hyvin	34	31
Toteutui kiitettävästi (9-10)	61	56
Yhteensä	109	100

Potilaskeskeisyyden toteutumiseen oli melkein merkitsevästi yhteydessä potilaan ikä ($p=0.057$). Vanhimmat potilaat kokivat potilaskeskeisyyden toteutuneen muita paremmin. Muilla taustamuuttujilla ei todettu olevan merkitystä (taulukko 10.)

Taulukko 10. Potilaskeskeisyyden toteutumiseen yhteydessä olevat tekijät

		N	Keskiarvo	Vapausaste	p
Ikä				2	,057
	-50	32	40,22		
	51-60	29	47,76		
Sukupuoli	61-	33	54,33	1	,112
	Nainen	60	44,13		
	Mies	33	52,21		
Siviilisäätö	Naimisissa tai avoliitossa	69	49,17	1	,256
	Eronnut, leski tai naimaton	25	42,88		
Hoitoaika tällä hoitajaksolla				1	,896
	≤ 2 vrk	25	39,56		
Koulutus	≥3 vrk	54	40,20	1	,107
	Kansa-, perus- tai ammattikoulu	48	50,81		
Aikaisemmat hoitajaksot	Koulu-, opisto- tai korkeakoulu	45	42,93	2	,340
	Ei yhtään	12	37,21		
Nimetty omahoitaja	1-10	56	47,95		
	yli 10	23	45,85	2	,234
	Kyllä	40	51,40		
Omahoitajan nimi tiedossa	Ei	25	46,00	1	,088
	En tiedä	28	41,61		
	Kyllä	35	49,53		
Omaiset tiesivät omahoitaja	Ei	53	41,18	2	,287
	Kyllä	15	53,70		
	Ei	70	43,54		
Tiedän mitä omahoitaja tarkoittaa	En tiedä	5	48,30	1	,312
	Kyllä	75	45,51		
	Ei	13	38,69		
Voitni tällä hetkellä				1	,256
	Kohtuullinen	35	43,43		
	Hyvä	58	49,16		

6.4 Koordinoinnin toteutuminen

Koordinoinnin periaatteen arvioi noin 16 % vastaajista toteutuneen heikosti, enemmistö potilaista arvioi kokonaisvaltaisuuden toteutuneen hyvin tai kiitettävästi (taulukko 11).

Taulukko 11. Koordinoinnin toteutuminen

Koordinoinnin periaatteen toteutuminen	N	%
Toteutui heikosti (4-6)	13	16
Toteutui hyvin (7-8)	43	52
Toteutui kiitettävästi (9-10)	26	32
Yhteensä	82	100

Yli 80 % koki hoidon suunnittelun onnistuneen eikä kokenut joutuneensa odottamaan turhaan tutkimuksiin tai hoitoihin pääsemistä. Alle 5 % vastaajista koki, että päivittäisen ohjelman määrä oli huonosti suunniteltu. Vastaajista alle 10 % oli sitä mieltä, että hoitajan yhteistyö muiden

hoitoon osallistuvien kanssa sujui heikosti, mutta valtaosa (67 %) oli sitä mieltä, että yhteistyö sujui hyvin tai kiitettävästi. (Taulukko 12.)

Vastaajista yli puolet oli sitä mieltä, että omahoitajan yhteistyö läheisten ja omaisten kanssa sujui heikosti. Omaisten saaman neuvonnan koettiin myös toteutuneen heikosti 58 %:n mielestä. Vähän yli viidennes vastaajista koki, että yhteistyö omaisten kanssa oli sujunut kiitettävästi. Hoitajan koettiin toimineen asioiden eteenpäin viejänä hyvin tai kiitettävästi (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Koordinoinnin toteutuminen kysymyksittäin

	N	%
En joutunut turhaan odottamaan tutkimuksia tai hoitoja		
Toteutui heikosti	11	9
Toteutui hyvin	31	27
Toteutui kiitettävästi	75	64
Yhteensä	117	100
Päivittäisen ohjelman määrä oli sopiva		
Toteutui heikosti	4	3
Toteutui hyvin	16	13
Toteutui kiitettävästi	99	84
Yhteensä	119	100
Hoitajan yhteistyön sujuminen muiden hoitoon osallistuvien kanssa		
Toteutui heikosti	11	10
Toteutui hyvin	26	23
Toteutui kiitettävästi	75	67
Yhteensä	112	100
Hoitajan yhteistyö omaisteni kanssa		
Toteutui heikosti	58	58
Toteutui hyvin	20	20
Toteutui kiitettävästi	22	22
Yhteensä	100	100
Omaisteni saama neuvonta hoitajaltani		
Toteutui heikosti	56	58
Toteutui hyvin	15	16
Toteutui kiitettävästi	26	26
Yhteensä	97	100
Hoitajani vei asioitani eteenpäin		
Toteutui heikosti	11	10
Toteutui hyvin	33	29
Toteutui kiitettävästi	70	61
Yhteensä	114	100

Koordinoinnin periaatteen toteutumiseen oli yhteydessä sukupuoli. Miehet olivat tyytyväisempiä koordinoinnin toteutumiseen kuin naiset ($p=0.003$). Sillä, oliko potilaalla aikaisempia hoitajaksoja ($p=0.010$) oli myös yhteys koordinoinnin toteutumiseen. Myös sillä oliko omahoitaja nimetty, oli tilastollisesti merkittävä yhteys koordinoinnin periaatteen toteutumiseen ($p=0.025$). Tilastollisesti merkitsevä yhteys näytti olevan myös sillä, tiesivätkö vastaajan omaiset omahoitajan ($p=0.000$). (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Koordinoinnin periaatteen toteutumiseen yhteydessä olevat tekijät

		N	Keskiarvo	Vapausaste	p
Ikä	-50	28	38,63	2	,481
	51-60	27	40,52		
	61-	27	45,46		
Sukupuoli	Nainen	49	35,27	1	,003
	Mies	32	49,78		
Siviilisäätö	Naimisissa tai avoliitossa	59	44,65	1	,034
	Eronnut, leski tai naimaton	23	33,41		
Hoitoaika tällä hoitajaksolla	≤ 2 vrk	26	34,56	1	,100
	≤ 3 vrk	53	42,67		
Koulutus	Kansa-, perus- tai ammattikoulu	46	43,17	1	,292
	Koulu-, opisto- tai korkeakoulu	35	38,11		
Aikaisemmat hoitajaksot	Ei yhtään	10	30,20	2	,010
	1-10	54	38,49		
	yli 10	16	53,72		
Nimetty omahoitaja	Kyllä	31	45,69	2	,214
	Ei	27	37,07		
	En tiedä	22	37,39		
Omahoitajan nimi tiedossa	Kyllä	27	46,04	1	,025
	Ei	50	35,20		
Omaiset tiesivät omahoitaja	Kyllä	14	62,79	2	,000
	Ei	62	35,12		
	En tiedä	3	34,50		
Tiedän mitä omahoitaja tarkoittaa	Kyllä	67	39,27	1	,806
	Ei	11	40,91		
Vointi tällä hetkellä	Kohtuullinen	39	39,87	1	,645
	Hyvä	42	42,05		

6.5 Itsenäisyyden toteutuminen

Itsenäisyyden arvioi yli 90% vastaajista toteutuneen hyvin tai kiitettävästi. Potilaista 3 % oli sitä mieltä, että itsenäisyys toteutui heikosti. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Itsenäisyyden toteutuminen

Itsenäisyyden periaatteen toteutuminen	N	%
Toteutui heikosti (4-6)	2	2
Toteutui hyvin (7-8)	27	32
Toteutui kiitettävästi (9-10)	55	66
Yhteensä	84	100

Vastaajat kokivat omahoitajansa olleen ammattitaitoisia, vain vajaa prosentti oli sitä mieltä, että omahoitajan ammattitaito toteutui heikosti. Hoitajat tuntuivat myös viihtyvän työssään vastaajien mielestä. Yli 90 % vastaajista koki, että omahoitaja ajoi heidän asioitaan hyvin tai kiitettävästi.

Omahoitajat huomioivat potilaiden toiveet hyvin tai kiitettävästi yli 90 %:n mielestä. Hoidon suunnitteluun osallistuminen toteutui heikosti vastaajista lähes neljänneksen mielestä. Hoitajien toiminta koettiin myös hyvin itsenäiseksi, vajaa 10 % vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajan toiminnan itsenäisyys toteutui heikosti (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Itsenäisyyden periaatteen toteutuminen kysymyksittäin

	N	%
Hoitajani oli ammattitaitoinen		
Toteutui heikosti (4-6)	1	1
Toteutui hyvin (7-8)	16	13
Toteutui kiitettävästi (9-10)	104	86
Yhteensä	121	100
Hoitajani tuntui viihtyvän työssään		
Toteutui heikosti (4-6)	1	1
Toteutui hyvin (7-8)	29	26
Toteutui kiitettävästi (9-10)	81	73
Yhteensä	111	100
Hoitajani uskalsi ajaa asioitani		
Toteutui heikosti (4-6)	7	6
Toteutui hyvin (7-8)	32	29
Toteutui kiitettävästi (9-10)	71	65
Yhteensä	110	100
Toiveitani kunnioitettiin		
Toteutui heikosti (4-6)	7	6
Toteutui hyvin (7-8)	25	21
Toteutui kiitettävästi (9-10)	85	73
Yhteensä	117	100
Sain osallistua hoitoni suunnitteluun		
Toteutui heikosti (4-6)	25	23
Toteutui hyvin (7-8)	40	38
Toteutui kiitettävästi (9-10)	41	39
Yhteensä	106	100
Hoitajani toimi itsenäisesti		
Toteutui heikosti (4-6)	5	5
Toteutui hyvin (7-8)	38	35
Toteutui kiitettävästi (9-10)	66	60
Yhteensä	109	100

Itsenäisyyden toteutumiseen eivät olleet yhteydessä kysytyt taustamuuttujat (Taulukko 16).

Taulukko 16. Itsenäisyyden toteutumiseen yhteydessä olevat tekijät

		N	Keskiarvo	Vapausaste	p
Ikä	-50	30	38,27	2	,136
	51-60	22	40,23		
	61-	32	48,03		
Sukupuoli	Nainen	46	41,61	1	,841
	Mies	37	42,49		
Siviilisäätö	Naimisissa tai avoliitossa	61	42,21	1	,832
	Eronnut, leski tai naimaton	23	43,26		
Hoitoaika hoitojaksolla	tällä			1	,085
	≤ 2 vrk	24	35,25		
Koulutus	≤ 3 vrk	57	43,42	1	,620
	Kansa-, perus- tai ammattikoulu	46	42,98		
Aikaisemmat hoitojaksot	Koulu-, opisto- tai korkeakoulu	37	40,78	2	,403
	Ei yhtään	10	35,50		
Nimetty omahoitaja	1-10	54	41,17	2	,440
	yli 10	18	45,83		
	Kyllä	30	45,70		
Omahoitajan nimi tiedossa	Ei	27	40,43	1	,105
	En tiedä	26	39,37		
	Kyllä	25	44,00		
Omaiset omahoitaja	Ei	52	36,00	2	,219
	Kyllä	13	49,00		
	Ei	64	38,70		
Tiedän mitä omahoitaja tarkoittaa	En tiedä	3	42,00	1	,108
	Kyllä	66	41,54		
	Ei	13	32,19		
Voitni tällä hetkellä	Kohtuullinen	35	39,89	1	,411
	Hyvä	48	43,54		

6.6 Kokonaisvaltaisuuden toteutuminen

Kokonaisvaltaisuuden periaatteen arvioi toteutuneen hyvin tai kiitettävästi noin kaksi kolmasosaa vastaajista, viidennes vastaajista arvioi kokonaisvaltaisuuden toteutuneen heikosti (taulukko 17).

Taulukko 17. Kokonaisvaltaisuuden toteutuminen

Kokonaisvaltaisuuden periaatteen toteutuminen	N	%
Toteutui heikosti (4-6)	12	20
Toteutui hyvin (7-8)	35	50
Toteutui kiitettävästi (9-10)	36	30
Yhteensä	83	100

Vastaajista kymmenesosa koki, ettei heidän elämäntilannettaan huomioitu hoidossa. Arvostetuksi koki tulleensa hieman yli 90 % vastaajista. Hoidon tavoitteiden suunnittelu yhdessä hoitajan kanssa toteutui heikosti yli kolmasosan mielestä. Kaiken tarvitsemansa hoidon koki saaneensa yli 90 % vastaajista. Heikosti toteutui yhden hoitajan toimiminen asioista huolehtijana (vajaa puolet). Lähes viidennes vastaajista koki tulleensa heikosti huomioiduksi kokonaisuutena (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Kokonaisvaltaisuuden periaatteen toteutuminen kysymyksittäin

	N	%
Elämäntilanteeni huomioitiin hoidossa		
Toteutui heikosti (4-6)	13	11
Toteutui hyvin (7-8)	32	29
Toteutui kiitettävästi (9-10)	66	60
Yhteensä	111	100
Tunsin olevani arvostettu		
Toteutui heikosti (4-6)	10	9
Toteutui hyvin (7-8)	40	35
Toteutui kiitettävästi (9-10)	64	56
Yhteensä	114	100
Suunnittelimme hoidon tavoitteet yhdessä hoitajani kanssa		
Toteutui heikosti (4-6)	36	36
Toteutui hyvin (7-8)	29	30
Toteutui kiitettävästi (9-10)	34	34
Yhteensä	99	100
Sain kaiken tarvitsemani hoidon		
Toteutui heikosti (4-6)	6	5
Toteutui hyvin (7-8)	24	22
Toteutui kiitettävästi (9-10)	85	73
Yhteensä	115	100
Yksi hoitaja huolehti asioistani		
Toteutui heikosti (4-6)	44	42
Toteutui hyvin (7-8)	35	34
Toteutui kiitettävästi (9-10)	25	24
Yhteensä	104	100
Koin tulleen huomioiduksi kokonaisvaltaisesti		
Toteutui heikosti (4-6)	18	16
Toteutui hyvin (7-8)	34	30
Toteutui kiitettävästi (9-10)	61	54
Yhteensä	113	100

Kokonaisvaltaisuuden toteutumiseen yhteydessä oli ikä erittäin merkittävästi. Yli 61-vuotiaat kokivat kokonaisvaltaisuuden periaatteen toteutuneen paremmin kuin sitä nuoremmat ($p < 0.000$). Lisäksi itsenäisyyden toteutumiseen vaikutti melkein merkittävästi se oliko vastaajalla omahoitajan nimi tiedossa ($p = 0.010$). Ne, jotka tiesivät omahoitajansa nimen, olivat sitä mieltä, että kokonaisvaltaisuuden periaate toteutui paremmin. Sillä, että omaiset tiesivät omahoitajan nimen, oli myös merkittävä yhteys ($p = 0.049$). Vastaajat, joiden omaiset tiesivät omahoitajan, kokivat kokonaisvaltaisuuden toteutuneen paremmin. Muilla taustamuuttujilla ei todettu olevan vaikutusta itsenäisyyden toteutumiseen (Taulukko 19.)

Taulukko 19. Kokonaisvaltaisuuden toteutumiseen yhteydessä olevat tekijät

		N	Keskiarvo	Vapausaste	p
Ikä	-50	30	35,95	2	,000
	51-60	25	34,30		
	61-	28	55,36		
Sukupuoli	Nainen	41	38,85	1	,180
	Mies	33	45,44		
Siviilisäätö	Naimisissa tai avoliitossa	58	41,85	1	,927
Hoitoaika tällä hoitojaksolla	Eronnut, leski tai naimaton	25	42,34	1	,203
	≤ 2 vrk	21	35,83		
	≤ 3 vrk	60	42,81		
Koulutus	Kansa-, perus- tai ammattikoulu	44	45,35	1	,142
	Koulu-, opisto- tai korkeakoulu	39	38,22		
Aikaisemmat hoitojaksot				2	,217
	Ei yhtään	9	37,39		
	1-10	57	39,78		
Nimetty omahoitaja	yli 10	16	49,94	2	,130
	Kyllä	32	48,13		
	Ei	24	37,33		
	En tiedä	25	39,02		
Omahoitajan nimi tiedossa	Kyllä	27	48,50	1	,010
	Ei	52	35,59		
Omaiset tiesivät omahoitaja				2	,049
	Kyllä	11	54,73		
	Ei	64	37,81		
	En tiedä	5	43,60		
Tiedän mitä omahoitaja tarkoittaa				1	,131
	Kyllä	66	41,59		
Voitni tällä hetkellä	Ei	13	31,92	1	,177
	Kohtuullinen	38	38,43		
	Hyvä	45	45,01		

6.7 Jatkuvuuden toteutuminen

Jatkuvuuden periaate toteutui vastaajista kolme neljäsosan mielestä hyvin tai kiitettävästi. Noin 15 % oli sitä mieltä, että jatkuvuus toteutui heikosti. (Taulukko 20.)

Taulukko 20. Jatkuvuuden toteutuminen

Jatkuvuuden periaatteen toteutuminen	N	%
Toteutui heikosti (4-6)	13	14
Toteutui hyvin (7-8)	38	43
Toteutui kiitettävästi (9-10)	38	43
Yhteensä	89	100

Vastaajista vajaa 10 % oli sitä mieltä, että heille tiedotettiin tulevista toimenpiteistä heikosti. Omahoitaja tiedotti tulevista toimenpiteistä yli puolen mielestä kuitenkin riittävästi. Vastaajista 40 % oli sitä mieltä, että hoidon perustuminen kirjalliseen hoitosuunnitelmaan toteutui heikosti. Vastaajista lähes 90 % oli sitä mieltä, että myös muut hoitoon osallistuvat tiesivät hyvin tai

kiitettävästi hoitoon liittyvistä asioista. Riittämättömästi tietoa sairaudesta selviytymiseksi oli saanut hieman yli kymmenesosa vastaajista. Jatkohoidon suunnittelu yhdessä potilaan kanssa toteutui heikosti lähes kolmasosan mielestä. (Taulukko 21.)

Taulukko 21. Jatkuvuuden periaatteen toteutuminen kysymyksittäin

	N	%
Sain riittävästi tietoa tulevista toimenpiteistä		
Toteutui heikosti (4-6)	9	7,9
Toteutui hyvin (7-8)	31	27,2
Toteutui kiitettävästi (9-10)	74	64,9
Yhteensä	114	100,0
Hoitoni perustui kirjalliseen suunnitelmaan		
Toteutui heikosti (4-6)	41	40,2
Toteutui hyvin (7-8)	21	20,6
Toteutui kiitettävästi (9-10)	40	39,2
Yhteensä	102	100,0
Muut tiesivät hoitooni liittyvistä asioista		
Toteutui heikosti (4-6)	12	11,2
Toteutui hyvin (7-8)	46	43,0
Toteutui kiitettävästi (9-10)	49	45,8
Yhteensä	107	100,0
Sain riittävästi tietoa selviytyäkseni sairaudestani		
Toteutui heikosti (4-6)	14	12,3
Toteutui hyvin (7-8)	38	33,3
Toteutui kiitettävästi (9-10)	62	54,4
Yhteensä	114	100,0
Suunnittelimme jatkohoitoa yhdessä omahoitajani kanssa		
Toteutui heikosti (4-6)	30	27,8
Toteutui hyvin (7-8)	33	30,6
Toteutui kiitettävästi (9-10)	45	41,7
Yhteensä	108	100,0
Tulevista toimenpiteistä omahoitajani tiedotti riittävästi		
Toteutui heikosti (4-6)	15	12,8
Toteutui hyvin (7-8)	37	31,6
Toteutui kiitettävästi (9-10)	65	55,6
Yhteensä	117	100,0

Jatkuvuuden periaatteen toteutumiseen potilaan iällä oli vähäinen tilastollinen yhteys ($p=0.05$). Yli 61- vuotiaat kokivat jatkuvuuden periaatteen toteutuneen paremmin kuin sitä nuoremmat. Sillä tiesivätkö vastaajat mitä omahoitaja tarkoittaa oli melkein merkitsevä yhteys ($p=0.058$). Muilla taustamuuttujilla ei ollut tilastollista yhteyttä jatkuvuuden periaatteen toteutumiseen. (Taulukko 22.)

Taulukko 22. Jatkuvuuden toteutumiseen yhteydessä olevat tekijät

		N	Keskiarvo	Vapausaste	p
Ikä	-50	32	41,17	2	,050
	51-60	27	39,98		
	61-	30	53,60		
Sukupuoli	Nainen	51	43,52	1	,645
	Mies	37	45,85		
Siviilisäätö	Naimisissa tai avoliitossa	61	47,02	1	,236
	Eronnut, leski tai naimaton	28	40,61		
Hoitoaika tällä hoitajaksolla	≤ 2 vrk	24	39,00	1	,308
	≤ 3 vrk	61	44,57		
Koulutus	Kansa-, perus- tai ammattikoulu	51	38,50	1	,600
	Koulu-, opisto- tai korkeakoulu	38	43,47		
Aikaisemmat hoitajaksot	Ei yhtään	10	38,50	2	,693
	1-10	57	44,24		
	yli 10	20	46,08		
Nimetty omahoitaja	Kyllä	36	48,32	2	,105
	Ei	26	36,33		
	En tiedä	26	47,38		
Omahoitajan nimi tiedossa	Kyllä	32	44,66	1	,387
	Ei	51	40,33		
Omaiset tiesivät omahoitaja	Kyllä	13	54,96	2	,145
	Ei	68	41,58		
	En tiedä	5	39,80		
Tiedän mitä omahoitaja tarkoittaa	Kyllä	70	44,58	1	,058
	Ei	14	32,11		
Vointi tällä hetkellä	Kohtuullinen	38	39,80	1	,074
	Hyvä	51	48,87		

7. YKSILÖVASTUISEN HOITOTYÖN TARPEELLISUUS POTILAIEN KOKEMANA

7.1 Yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden merkitys potilaiden kokemana

Kysymyksillä pyrittiin kartoittamaan yksilövastuisen hoitotyön toteutumisen merkitystä potilaiden kokemana. Selvitettiin miten tärkeänä potilaat pitävät sitä, että heidän hoidossaan toteutuu yksilövastuinen hoitotyö.

Tasa-arvoisuutta hoitajan kanssa piti melko tärkeänä tai erittäin tärkeänä hieman yli 80 % vastanneista. Myös avokysymyksestä nousi esiin tasa-arvoisuuden merkitys

”sen pidän tärkeänä, että on potilaan kanssa tasa-arvoinen, jos potilas kysyy sairauteen johtuvia asioita saa selvät vastaukset että on hyvin ymmärrettävissä”

Vastanneista 23 % katsoi, ettei omahoitajan nimen tietämisellä ollut hoidon kannalta merkitystä. Hoitosuunnitelman tekemistä yhdessä hoitajan kanssa potilaat pitivät tärkeänä. Vajaa puolet vastanneista piti sitä erittäin merkittävänä hoitonsa kannalta.

Potilaiden mielestä myös erittäin merkittävä tekijä hoidon onnistumisen kannalta on se, että hoidon tavoitteet ovat yhdenmukaiset kaikilla hoitoon osallistuvilla. Noin neljä viidestä piti yhdenmukaisia tavoitteita joko melko tai erittäin tärkeinä hoidossaan.

Potilaan kokonaisvaltainen hoito koetaan myös hyvin tärkeänä asiana, sillä vain 3,5 % vastaajista oli sitä mieltä, että sillä ei ole merkitystä, loput pitivät sitä melko tai erittäin tärkeänä. Avokysymyksistä nousi esiin sama asia, vastaajat pitivät tärkeänä kokonaisvaltaisuutta

”omahoitaja on kiinnostunut kokonaisuutena voinnistani eikä pelkästään rutiinisti kerro somaattisesta hoidosta...”,

” on tärkeitä että olisi edes yksi, joka tietää minun tilanteeni tällä hetkellä ja joko pitää valmistautua saattohoitoon... ”

” luo turvallisuutta, kun tietää, että joku erikoisesti huolehtii minun asioistani ja on ajan tasalla hoidossa ja tietoa missä mennään.”

”on mukava tulla osastolle kun siellä on joku joka tuntee, joku jonka kanssa puhutaan muustakin kuin veriarvoista ja sairaudesta”.

”olisi hyvä, että jollain hoitajissa on syvällisempi käsitys minuun liittyvissä asioissa...”

Samoin vastaajat pitivät tärkeänä sitä, että hoitajakson aikana saa kaiken tarvitsemansa hoidon, riippumatta erikoisalasta (Taulukko 23.)

Potilaiden mielestä omahoitaja luo turvallisuutta potilaalle

” omahoitaja vaikuttaa turvallisuuteen, voin luotta, että minua koskevat asiat hoituvat varmasti eteenpäin”

”lisää turvallisuutta potilaan kannalta”

”luo turvallisuutta ja inhimillistä sairaalassaoloa”

”omahoitaja on hieno asia, se luo turvallisuutta potilaalle”

”tuntui tutulta ja turvalliselta, uskalsin sanoa ääneen ja kysyä kaikki asiat”

”hyvin tärkeä merkitys – pidän häntä lääkärin oikeana kätenä, johon voi turvautua kun herää kysyttävää”

”merkitys on erittäin suuri. Hän on silloin minun koko turvani”

”omahoitaja lisää turvallisuutta ja helpottaa asioiden sujumista”

Vastaajista hieman yli 25 %:n mielestä, sillä jatkaako sama hoitaja omahoitajana seuraavalla hoitajaksolla, ei ole merkitystä. Avokysymyksestä nousi esiin, että vastaajista osa toivoisi saman hoitajan jatkavan seuraavalla hoitajaksolla

”... tieto siitä, että on olemassa omahoitaja helpottaa osastolle tuloa...”

”on miellyttävämpi tulla uudelleen hoitoon, kun omahoitaja toivottaa tervetuloa”

Toisaalta osa vastaajista oli sitä mieltä, että he eivät haluaisi samaa omahoitajaa seuraavalla hoitokerralla

”minulle ei ole mitään merkitystä omahoitajalla. Jos saat omahoitajan, joka ei ole erityisemmin innostunut ja huolellinen, on se kärsimys”

”Olen nähnyt, että osastolla on monta hyvää työhönsä paneutunutta hoitajaa, mutta on myös useampi, jotka viis välittävät... olisi kauhistus saada tällainen ”ikuisiksi” omahoitajaksi”

Vastaajista 86 % pitää merkityksellisenä sitä, että jatkohoito suunnitelmat tehdään yhdessä omahoitajan kanssa. Potilaista 88 % haluaisi arvioida hoitajaksoaan omahoitajansa kanssa. (Taulukko 23.)

Taulukko 23. Yksilövastuuden hoitotyön merkitys potilaiden arvioimana

	N	%
Tasa-arvoisuus hoitajan kanssa		
ei merkitystä (4-6)	15	13,4
melko tärkeä (7-8)	48	42,9
erittäin tärkeä (9-10)	49	43,8
yhteensä	112	100
Saan tarpeeksi tietoa hoidostani		
ei merkitystä (4-6)	7	6
melko tärkeä (7-8)	47	40,5
erittäin tärkeä (9-10)	62	53,4
yhteensä	116	100
Tiesin omahoitajan nimen		
ei merkitystä (4-6)	26	23,0
melko tärkeä (7-8)	37	32,7
erittäin tärkeä (9-10)	50	44,2
yhteensä	113	100
Omaiset tietävät omahoitajani		
ei merkitystä (4-6)	24	22,4
melko tärkeä (7-8)	59	55,1
erittäin tärkeä (9-10)	24	22,4
yhteensä	107	100
Tiedän milloin omahoitajani on työssä		
ei merkitystä (4-6)	31	28,2
melko tärkeä (7-8)	41	37,3
erittäin tärkeä (9-10)	38	34,5
yhteensä	110	100
Omahoitajani tiedottaa asioistani muille hoitoon osallistuville		
ei merkitystä (4-6)	18	15,9
melko tärkeä (7-8)	23	20,4
erittäin tärkeä (9-10)	72	63,7
yhteensä	113	100
Teimme hoidon suunnitelman yhdessä hoitajan kanssa		
ei merkitystä (4-6)	17	16,5
melko tärkeä (7-8)	38	36,9
erittäin tärkeä (9-10)	48	46,6
yhteensä	103	100
Hoidon tavoitteet olivat yhdenmukaiset kaikilla hoitoon osallistuneilla		
ei merkitystä (4-6)	22	20,4
melko tärkeä (7-8)	27	25,0
erittäin tärkeä (9-10)	59	54,6
yhteensä	108	100
Omahoitaja toimi asianajajanani		
ei merkitystä (4-6)	10	9,1
melko tärkeä (7-8)	22	20,0
erittäin tärkeä (9-10)	78	53,4
yhteensä	110	100
Hoitoon liittyvät toiveeni huomioidaan		
ei merkitystä (4-6)	7	6,1
melko tärkeä (7-8)	26	22,6
erittäin tärkeä (9-10)	82	71,3
yhteensä	115	100
Tulin huomioiduksi kokonaisuena ihmisenä		
ei merkitystä (4-6)	4	3,5
melko tärkeä (7-8)	23	20,0
erittäin tärkeä (9-10)	88	76,5
yhteensä	115	100
Sain kaiken tarvittavan hoidon hoitajakson aikana		
ei merkitystä (4-6)	4	3,4
melko tärkeä (7-8)	13	11,2
erittäin tärkeä (9-10)	99	85,3
yhteensä	116	100
Sama omahoitaja hoitaa minua kaikilla hoitajaksoilla		
ei merkitystä (4-6)	29	27,9
melko tärkeä (7-8)	28	26,9
erittäin tärkeä (9-10)	47	45,2
yhteensä	104	100
Suunnittelimme jatkohoidon yhdessä omahoitajan kanssa		
ei merkitystä (4-6)	13	12,9
melko tärkeä (7-8)	31	30,7
erittäin tärkeä (9-10)	57	56,4
yhteensä	101	100
Arvioimme hoidon onnistumista yhdessä omahoitajan kanssa		
ei merkitystä (4-6)	12	12,0
melko tärkeä (7-8)	28	28,0
erittäin tärkeä (9-10)	60	60,0
yhteensä	100	100

7.2 Yksilövastuisen hoitotyön merkityksen kokemiseen yhteydessä olevat tekijät

Omahoitajan merkityksen kokivat tärkeäksi ne vastaajista, joilla oli tällä hoitajaksolla ollut nimetty omahoitaja ($p=0,001$) ja jotka tiesivät omahoitajansa nimen ($p=0,001$). Myös sillä näytti olevan merkitystä tiesivätkö omaiset omahoitajasta ($p=0,042$). Oliko vastaaja tietoinen siitä, mitä omahoitaja tarkoittaa ($p=0,043$). Muilla taustatekijöillä ei ollut tilastollista yhteyttä siihen, kokivatko vastaajat omahoitajan tärkeänä oman hoitonsa kannalta. (Taulukko 24.)

Taulukko 24. Omahoitajan merkitykseen yhteydessä olevat tekijät

		N	Keskiarvo	Vapausaste	p
Ikä	-50	33	40,95	2	,529
	51-60	22	40,32		
	61-	29	45,91		
Sukupuoli	Nainen	51	42,67	1	,700
	Mies	32	40,94		
Siviilisäätö	Naimisissa tai avoliitossa	56	41,75	1	,631
	Eronnut, leski tai naimaton	28	44,00		
Hoitoaika tällä hoitajaksolla	≤ 2 vrk	24	37,44	1	,290
	≤ 3 vrk	57	42,50		
Koulutus	Kansa-, perus- tai ammattikoulu	44,80		1	,286
	Koulu-, opisto- tai korkeakoulu	40,09			
Aikaisemmat hoitajaksot	Ei yhtään	6	36,25	2	,507
	1-10	58	41,26		
	yli 10	19	46,08		
Nimetty omahoitaja	Kyllä	35	48,89	2	,001
	Ei	25	30,44		
	En tiedä	23	42,57		
Omahoitajan nimi tiedossa	Kyllä	31	50,27	1	,001
	Ei	50	35,25		
Omaiset tiesivät omahoitaja	Kyllä	14	53,57	2	,042
	Ei	65	38,84		
	En tiedä	3	42,83		
Tiedän mitä omahoitaja tarkoittaa	Kyllä	69	42,25	1	,043
	Ei	11	29,55		
Voitni tällä hetkellä	Kohtuullinen	39	39,19	1	,163
	Hyvä	45	45,37		

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Mittarin luotettavuus on määrällisessä tutkimuksessa keskeistä ja tutkimuksen tulosten luotettavuus on suhteessa mittarin luotettavuuteen. Kysymysten luomisessa tulee huomioida niiden rakenne niin, että ne ovat selkeitä, yksinkertaisia ja ymmärrettäviä (Polit & Hungler 1999.) Tätä tutkimusta varten luotiin kyselylomake aikaisempien hoitotieteellisten tutkimusten sekä kirjallisuuden perusteella. Tutkimuksen ja mittarin käsitteet nousevat aikaisemmista tutkimuksista ja kirjallisuudesta. Mittarin luomisessa pyrittiin mahdollisimman validiin mittariin. Validi mittari mittaa sitä mitä on tarkoituskin ja validilla mittarilla toteutettu mittaus antaa keskimäärin oikeita tuloksia. Mittarin validius on varmistettava etukäteen huolellisella suunnittelulla ja tarkoin harkitulla tiedonkeruulla (Heikkilä 2004.) Mittarin kehittämisessä mukana ovat olleet tutkimuksen ohjaajat ja mittaria on arvioinut maisteriopiskelijoiden ryhmä Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselta. Mittarin validiteettia arvioitiin esitutkimuksella, jossa jaettiin 30 kyselylomaketta tutkimuksessa mukana olleelle osastolle. Esitutkimuksen jälkeen muutaman kysymyksen sanamuotoa tarkennettiin, muita muutoksia ei tehty. Esitutkimuksessa mukana olleet kyselylomakkeet otettiin mukaan varsinaiseen tutkimukseen.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen luotettavuutta eli tulosten tarkkuutta, sitä että tulokset eivät ole sattumanvaraisia. Luotettavuus tarkoittaa, että tutkimus on toistettavissa. Reliabiliteettia voidaan tarkastella jälkikäteen. Summamuuttujien ollessa kyseessä reliabiliteettia voidaan tarkastella korrelaatiokertoimen avulla (Heikkilä 2004.) Tässä tutkimuksessa kaikki summamuuttujat käytiin läpi käyttäen Cronbachin alfaa. Reliabiliteettikerroin on välillä 0-1, mitä lähempänä arvoa 1 ollaan, sen suurempi on mittarin kyky mitata samaa asiaa. Ei ole olemassa yksiselitteistä rajaa, mutta hyvänä kertoimena voidaan pitää arvoa, joka ylittää arvon 0,7 (Heikkilä 2004.) Näillä perusteilla käytetyt summamuuttujat olivat sisäisesti luotettavia.

Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen aineiston yhdistämisellä pyritään saamaan lisää tietoa ja ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Tätä tutkimusta varten laaditussa mittarissa oli taustatietojen ja kvantitatiivisten kysymysten lisäksi yksi avokysymys. Tällä pyrittiin saamaan tarkempaa tietoa siitä, miten merkityksellisenä vastaajat kokevat omahoitajan nimeämisen. Avokysymykseen saatiin hyvin niukasti vastauksia ja vastaukset olivat hyvin suppeita, niiden analysointiin ei voinut käyttää sisällön analyysiä alkuperäisen suunnitelman mukaan, vaan tulokset kirjoitettiin raporttiin suorina lainauksina. Avokysymykseen oli vastattu 71 palautetussa vastauslomakkeessa. Näistä vastauksista saatiin kuitenkin potilaiden näkökulma esiin.

Aineiston tallentaminen SPSS for Windows 12.0-ohjelmaan tehtiin sitä mukaa kuin kyselyjä palautettiin täytettyinä. Yhdellä kerralla tallennettu aineisto sisälsi noin 15 kyselylomaketta. Aineiston tallentaminen vähitellen eliminoi väsymyksestä johtuvien tallennusvirheiden määrää ja lisäsi siten tallennetun aineiston luotettavuutta ja oikeellisuutta.

Vastausprosentti oli 60, kato oli 40 %. Vastausprosentin suuruuteen vaikuttavat tutkimuksen kohderyhmä, tutkimuksen aihe, kysymysten määrä, lomakkeen ulkoasu, tehdäänkö uusintakysely vai ei ja mahdollisesti luvatus palkkioon motivoiva vaikutus vastaajiin. Eryyisen merkittävä vaikuttava asia on se, miten tärkeänä vastaajat pitävät tutkimusta. Vastausprosentti vaihtelee yleensä 20–80 % välillä, ollen hyvin usein alle 60. (Heikkilä, 2004.) Kysely jaettiin loppuvuodesta 2003 ajankohtana, jolloin osastoilla oli monta kyselyä tai tutkimusta menossa. Tämä saattoi vaikuttaa henkilökunnan innokkuuteen motivoida potilaita vastaamaan. Tässä tutkimuksessa ei tehty uusintakyselyä tai muistutettu potilaita vastaamisesta. Ottaen huomioon, että vastaajat olivat sairaita henkilöitä, vastausprosentti on odotettu.

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimukseen osallistuville ei saa aiheutua harmia ja heitä ei saa vahingoittaa (Polit & Hungler 1999). Tässä tutkimuksessa tutkimukseen osallistujat täyttivät kyselylomakkeen ennen kotiutumistaan ja palauttivat sen osastolle ennen lähtöään. Yksittäiselle potilaalle tutkimuksesta ei ole suoraan hyötyä, mutta tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä yksilövastuista hoitotyötä edelleen. Tätä kautta myös tutkimukseen osallistujat hyötyvät tutkimuksesta.

Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja vapaaehtoisuudesta tulee pitää kiinni. Tutkimukseen osallistuja tarvitsee riittävästi tietoa tehdäkseen päätöksen tutkimukseen osallistumisesta vapaaehtoisesti. (Polit & Hungler 1997, Uusitalo 1997.) Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen saatekirje kertoi potilaille vapaaehtoisuuden, lisäksi hoitohenkilökunta jakaessaan kyselylomakkeet informoi potilasta myös tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Vastaajilta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Vastaajilla oli mahdollisuus jättää vastaamatta niin halutessaan ja tällä ei ollut vaikutusta heidän hoitoonsa. Kyselylomakkeen saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja sen tuomista hyödyistä, lisäksi henkilökunta informoi potilaita jakaessaan kyselylomakkeita. Henkilökunnalle jokaisella osastolla tutkimuksesta kertoi osastonhoitaja osastotunneilla. Lisäksi henkilökunnalle oli kirjallinen ohje siitä, miten heidän tulee informoida potilaita tutkimuksesta (liite 4).

Henkilöllä, joka osallistuu tutkimukseen, on oikeus olettaa, että hänestä kerätyt tiedot pysyvät salassa. Tutkija vastaa siitä, että luottamuksellisuus toteutuu. Tutkijan täytyy suojella saamaansa tutkimukseen liittyvää materiaalia niin, ettei se joudu ulkopuolisten tietoon. (Polit & Hungler 1997). Tässä tutkimuksessa tutkija säilyttää tietoja lukitussa paikassa eikä muilla ole pääsyä tietoihin.

Ongelmia saattaa aiheuttaa vastaajien pelko tulla tunnistetuksi. Vastaajille täytyy taata henkilöllisyyden suoja. Yksittäinen henkilö ei saa olla tunnistettavissa tutkimusraportista. Tutkimustulokset pitää esittää siten, ettei yksittäisen henkilön vastauksia ole tunnistettavissa. (Burns & Grove 2005.) Tässä tutkimuksessa vastaajien tunnistaminen ei ole mahdollista, koska hoitohenkilökunta jakoi tutkimuslomakkeet ja ne palautuivat suljetuissa kuorissa joko osastolla olleeseen laatikkoon tai hoitohenkilökunnan kautta tutkijalle. Henkilökuntaa pyydettiin keräämään suostumuslomakkeet potilailta erikseen ja toimittamaan erillisinä tutkijalle. Muutamia suostumuslomakkeita palautui kyselylomakkeen kanssa samaan kuoreen suljettuina. Täytetyt kyselylomakkeet koodattiin numeroilla. Vastaavaa numerokoodia ei laitettu suostumuslomakkeisiin, joten tutkija ei kyselylomakkeita käsitellessään tiennyt, kenen täyttämä lomake oli kyseessä.

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa tulee huolehtia kunkin organisaation käytännön mukaisten lupien saamisesta tutkimuksen tekemiselle (Vehviläinen-Julkunen 1998). Tutkimukseen lupa saatiin sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta ja jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla osastonhoitajalta kysyttiin suostumus kerätä aineistoa heidän osastoiltaan.

8.3 Tulosten tarkastelu

8.3.1 Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana

Yli puolella vastaajista ei ollut omahoitajaa nimetty tai he eivät ainakaan tieneet omahoitajastaan. Vain noin kolmannes vastaajista tiesi omahoitajansa nimen. Myös Kylävallin (1995) tutkimukseen osallistuneista vain hyvin pienellä osalla oli omahoitaja, huomattavasti suurempi osa vastaajista olisi halunnut omahoitajan. Korvaavan hoitajan nimeäminen ei näytä edelleenkään tapahtuvan kovin säännöllisesti tai johdonmukaisesti. Samaan tulokseen tuli Kylävalli (1995) omassa tutkimuksessaan. Luottamus omahoitajaan on kuitenkin vastaajien keskuudessa vahva, samoin turvallisuuden tunne. Tutkimusten mukaan potilaiden turvallisuuden tunne lisääntyy omahoitajuuden myötä (Paasovaara 2000.) Myös avokysymyksen vastaukset vahvistivat tätä tulosta.

Myös omahoitajan toimiminen potilaan edunvalvojana toteutui hyvin ja avokysymysten perusteella sitä pidetään erittäin tärkeänä asiana. Myös Manley ym. (1997) totesivat yksilövastuisen hoitotyön vaikuttaneen siihen, että hoitajat tunsivat potilaansa paremmin sekä olivat valmiimpia toimimaan potilaidensa edunvalvojina ja tekemään potilaidensa etujen mukaisia päätöksiä.

Vastuullisuuden periaatteen toteutumiseen oli selkeästi yhteydessä se, oliko omahoitaja nimetty vai ei, tiesikö vastaaja omahoitajansa nimen tai olivatko hänen omaisensa tietoisia omahoitajasta. Vastaajista yli puolet ei tiennyt oliko heille nimetty omahoitaja. Tällöin ei voida puhua yksilövastuisesta hoitotyöstä. Yksilövastuisen hoitotyön perusajatus lähtee siitä, että potilas tietää kuka on hänen omahoitajansa ja että heidän välilleen muodostuu luottamuksellinen hoitosuhde. Tätä ei voi tapahtua jos potilas ei tiedä onko hänelle nimetty omahoitajaa. Myös Munnukan (1993) mukaan yksilövastuisessa hoitotyössä voidaan edistää potilaiden hyvää oloa ja terveyttä jos omahoitajan ja potilaan yhteistyösuhteessa potilas voi ottaa vastaan turvaa ja läheisyyttä. Myös Lipposen (1997) tutkimuksen mukaan omahoitajuus mahdollistaa luottamuksellisen, dialogisen ja molemmin puolisen hoitosuhteen. Vain vajaa puolet vastaajista tiesi omahoitajansa nimen. Myös omaisten mukaan ottaminen hoitotyöhön tuntuu edelleen olevan heikkoa. Tutkimukseen osallistuneista vajaa viidennes oli sitä mieltä, että heidän omaisensa tiesivät heidän omahoitajansa.

Potilaskeskeisyyden toteutuminen toteutui vastaajista 90 % mielestä hyvin tai kiitettävästi. Myös Kylävallin (1995) tutkimus tukee tätä tulosta. Myös Archibong (1999) totesi yksilövastuisen hoitotyön vaikuttaneen hoidon yksilöllisyyteen ja potilaiden tarpeet huomioitiin paremmin. Yli 61-vuotiaat arvioivat nuorempia useammin, että heidän hoidossaan potilaskeskeisyys oli huomioitu. Suhonen ym. (1999) saivat hyvin samansuuntaisia tuloksia, yli 65-vuotiaat arvioivat yksilöllisyyden toteutuneen paremmin kuin nuorempien arvioinneissa.

Koordinointi toteutui noin 80 % mielestä hyvin tai kiitettävästi. Vain vajaa 10 % vastaajista oli sitä mieltä, että he olivat turhaan joutuneet odottamaan tutkimuksia tai hoitoja. Yksilövastuinen hoitotyö parantaa hoidon koordinointia ja sen sujuvuutta. Myös Kaukkila ja muut (1999) totesivat tutkimuksessaan, että omahoitajan saaneet potilaat voivat vaikuttaa muita potilaita useammin oman hoitonsa suunnitteluun ja hoitotoimenpiteiden ajankohtaan. Potilaiden omaisista vain 17 % oli tietoisia omahoitajasta. Omaisten huomiointi ja hoitajan yhteistyö Kaukkilan ym.(1999) tutkimuksessa toteutui heikosti lähes 60 % mielestä, samoin omaisten saama neuvonta hoitajalta. Potilaiden mielestä yksilövastuinen hoitotyö toteutui paremmin silloin kun heidän omaisensa olivat tietoisia omahoitajasta. Kaukkilan ym. (1999) tutkimuksen mukaan yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen ja omahoitajuuden toteutuminen parantaa omaisten kokemusta huomioiduksi tulemisesta. Edelleen omaiset jätetään sivuun aikuispotilaiden

hoidossa. Huonokuntoisten ja lapsipotilaiden perheenjäsenet kohdataan ehkä paremmin kuin muiden. Moni potilaista toivoo, että hoidossa kiinnitettäisiin enemmän huomiota sairaalaan joutumisen syiden lisäksi myös henkilökohtaiseen elämäntilanteeseen (Suhonen ym., 1999.) Hoitotyön tuloksellisuus edellyttää asiakaslähtöisten toimintatapojen käyttämistä, kuten perhekeskeistä hoitotyötä. Myös hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että perheet huomioidaan ja otetaan mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Yksilövastuisen hoitotyön pitäisi lisätä omaisten ja hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä (Laakso ja Routasalo, 2001). Tämän tutkimuksen mukaan näin ei näytä käyvän.

Potilaat olivat hyvin tyytyväisiä hoitajien ammattitaitoon (86 % vastaajista piti ammattitaitoa kiitettävänä). Myös työssä viihtyminen näkyi potilaille asti, samoin potilaiden asioiden ajajana toimiminen sekä hoitajan itsenäinen työskentely. Heikoimmin toteutui oman hoidon suunnitteluun osallistuminen. Kaukkila ja muut (1999) saivat tulokseksi, että omahoitajan saaneet potilaat saivat muita useammin osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Itsenäisyyden toteutumiseen ei vaikuttanut mikään kysytyistä taustatekijöistä, ei edes se, oliko omahoitaja nimetty.

Kokonaisvaltaisuuden toteutumisen arvioi heikosti toteutuneen noin 15 % vastaajista. Elämäntilannetta, josta potilas joutuu hoitoon, huomioidaan vastaajista noin 12 % mielestä heikosti. Myös hoidon suunnittelu yhdessä hoitajan kanssa toteutuu heikosti lähes 40 % mielestä. Myös yksi hoitaja asioiden huolehtijana toteutui heikosti hieman yli 40 % mielestä. Myös Kylävalli (1995) sai tutkimuksessaan samansuuntaisia vastauksia, potilaiden hoitamiseen osallistui aamuvuorossa keskimäärin 4 hoitajaa. Yksilövastuisen hoitotyön peruseriaate on, että omahoitaja hoitaa omia potilaitaan ollessaan työvuorossa, mutta tämä ei tutkimusten mukaan toteudu. Ongelmia aiheuttavat työnjaon epäselvyys, vuorotyö sekä organisaation asettamat rajoitukset omahoitajuuden toteutumiselle (Kukkola ja Pulkkinen 1991, Pukuri, 1997.)

Jatkuvuus toteutui noin 15 % mielestä heikosti. Hoidon perustuminen kirjalliseen hoitosuunnitelmaan toteutui 40 % mielestä heikosti, myös jatkohoidon suunnittelu yhdessä hoitajan kanssa toteutui 28 % mielestä heikosti. Tämä kuvastaa sitä, että hoitosuunnitelmia ei tehdä yhdessä potilaan kanssa, kuten pitäisi. Hoitaja haastattelee potilaan ja tekee sen jälkeen itsenäisesti hoitosuunnitelman ilman, että potilas siihen osallistuisi tai olisi edes tietoinen siitä, että kirjallinen hoitosuunnitelma on tehty. Jatkohoidon suunnitelmat tehdään hyvin yleisesti hoitajien ja lääkäreiden toimesta, eikä kysytä potilaalta tai oteta häntä mukaan jatkohoidon suunnitteluun. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen tukee hoidon jatkuvuutta sekä lisää hoidon suunnitteluun osallistumista (Webb, 1996, Manley ym., 1997). Yksilövastuisen hoitotyön toteutumisesta vaikeuttaa kolmivuorotyö jolloin hoitaja ei ole paikalla koko potilaan hoitoaikaa. Tämä koetaan vaikeaksi ja hankalaksi ja tämän ongelman tunnistavat myös potilaat

Kukkolan ja Pulkkisen tutkimuksen mukaan (1991) keskeisimpiä kielteisiä vaikutuksia ovat vastuun lisääntyminen, kirjallisten töiden lisääntyminen, potilas-omahoitajasuhteen toimimattomuus, työnjaon epäselvyys sekä vuorotyön aiheuttama hoitosuhteen katkonaisuus. Myös Pukurin (1997) mukaan ongelmia aiheuttavat 24 tunnin vastuullisuus sekä omien potilaiden hoitaminen työvuorossa ollessa. Osaston kiire ja työpaineet saattavat estää yksilövastuisen hoitotyön toteutumista (Paasovaara, 2000). Mäkisalun mukaan yksilövastuisen hoitotyön vaatavuus aiheuttaa henkilökunnan uupumista, riittämättömyyden tunnetta hoitajien keskuudessa sekä pelkoa yksin tekemisestä. Myös riippuvuus saattaa ajoittain olla liiallista, potilaat eivät esimerkiksi suostu muiden hoitoon tai hoitajat eivät kykene luovuttamaan potilaidensa hoitoa muille jos hoitosuhde on jatkunut pitkään (Manley ym., 1997).

8.3.2 Yksilövastuisen hoitotyön merkitys potilaiden kokemana

Potilaat pitivät tavoitteiden yhdenmukaisuutta merkittävänä tekijänä hoitonsa onnistumisen kannalta. Puhakan (1996) tutkimuksen mukaan hoidon tavoitteiden sopiminen yhdessä potilaan kanssa toteutuu paremmin yksiköissä, joissa on käytössä yksilövastuinen hoitotyö.

Kokonaisvaltaisuutta pitivät lähes kaikki tämän tutkimuksen vastaajat tärkeänä tai erittäin tärkeänä asiana. Kylävallin (1995) tutkimuksen mukaan yksilövastuinen hoitotyö mahdollistaa muita hoitotyönmalleja paremmin kokonaisvaltaisen hoitotyön toteutumisen. Samaan tulokseen tuli Puhakka (1996) omassa tutkimuksessaan, jossa todettiin yksilövastuisen hoitotyön mallin parantavan hoitajien valmiuksia vastata potilaan avun tarpeisiin myös sosiaalisissa ongelmissa. Myös hoitajien toimintavalmiudet koettiin Puhakan (1996) tutkimuksessa paremmiksi niissä yksiköissä, joissa toteutettiin yksilövastuista hoitotyötä. Suhosen ja muiden (1999) tutkimuksessa todettiin, että potilaiden henkilökohtaiseen elämäntilanteeseen ei kiinnitetty riittävää huomiota, eli kokonaisvaltaisuus ei toteutunut niiltä osin. Paasovaara (2000) sai tutkimuksessaan tulokseksi, että hoitajat olisivat halukkaita kantamaan potilaidensa hoidon kokonaisvastuun ja huomioimaan paremmin kokonaisvaltaisuuden periaatteen toteutumisen, mutta nykyisin resurssein tämä ei ole mahdollista, osaston kiire ja työpaineet estivät hoitotyön kehittämisen yksilövastuisen hoitotyön suuntaan.

Vastaajat pitivät tärkeänä myös sitä, että hoitojakson suunnitelmat tehdään yhdessä omahoitajan kanssa ja että he voisivat arvioida hoitojaksoaan yhdessä omahoitajan kanssa. Kaukkilan ja muiden (1999) tutkimuksen mukaan yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajan nimeäminen parantaa potilaiden osallistumista omaan hoitoonsa sekä jatkohoidon suunnitteluun. Hoidon jatkuvuuden on todettu toteutuvan paremmin yksiköissä, joissa toteutuu yksilövastuinen hoitotyö (Kylävalli 1995, Puhakka 1996.)

Yli 61-vuotiaat pitivät omahoitajaa tärkeämpänä kuin nuoremmat ja naiset useammin kuin miehet. Kaukkila ym. (1999) saivat samansuuntaisia tuloksia omassa tutkimuksessaan. Hoitajakson kestäessä pidempään omahoitajan merkitys korostui, samoin hoitajaksojen määrän kasvaessa. Tieto siitä, mitä omahoitaja tarkoittaa lisäsi myös omahoitajan merkitystä hoidossa. Tässä tutkimuksessa potilaat kokivat omahoitajan luovan potilaalle turvallisuuden tunnetta ja helpottavan asioiden esille ottamista. Kaukkila ym. (1999) saivat samanlaisen tuloksen omassa tutkimuksessaan.

Laakson ja Routasalon (2001) tutkimuksessa muutos yksilövastuiseen hoitotyöhön ei asukkaiden mielestä muuttanut heidän hoitoaan. Henkilökunta koki, että vanhusten hoito oli parantunut huomattavasti. Myös osa omaisista koki ilmapiirin parantuneen. Kun lähdetään muuttamaan hoitotyön käytäntöjä, joudutaan pohtimaan erilaisia työhön liittyviä asioita, mm. hoitotyön ydintä, hoidon periaatteita ja tavoitteita. Hoitohenkilökunta saattaa kokea jo asioiden esille ottamisen ja niistä puhumisen helpottavana ja hoitotyötä parantavanakin asiana, vaikka mitään konkreettista muutosta ei vielä hoitotyössä ole tapahtunut. Muutos tapahtuu hitaasti ja vaikutukset asukkaiden ja omaisten näkökulmasta tulevat pitkällä aikavälillä. Silti hoitohenkilökunta saattaa jo kokea suurempaa työtyytyväisyyttä, uudenlaista itsenäisyyttä sekä vastuullisuutta työssään.

Potilaiden on ehkä vaikea arvioida yksilövastuiseen hoitotyön merkitystä, jos heillä ei milloinkaan ole ollut omahoitajaa tai he eivät ole olleet hoidossa yksikössä, jossa yksilövastuinen hoitotyö olisi toteutunut hyvin. Tässä tutkimuksessa 42 %:lle potilaista oli nimetty omahoitaja, omahoitajan nimen tiesi vain 39 % potilaista ja vain 17 % omaisista tiesi heidän läheiselleen nimitystä omahoitajasta. Potilaista omahoitajan kokivat tarpeellisiksi ne, joilla tällä tai aikaisemmalla hoitajaksoilla oli ollut omahoitaja ja jotka tiesivät omahoitajansa nimen.

8.4 Johtopäätökset

Yli puolelle potilaista ei ollut nimetty omahoitajaa, silti yksilövastuiseen hoitotyön periaatteet toteutuivat tutkimuksen mukaan hyvin tai kiitettävästi. Yksilövastuiseen hoitotyön periaatteista kokonaisvaltaisuuden potilaat kokivat toteutuneen heikoimmin, parhaiten toteutui itsenäisyyden periaate. Yksilövastuiseen hoitotyön periaatteiden toteutumiseen oli yhteydessä omahoitajan nimeäminen, omahoitajan nimen tietäminen sekä omaisten tietoisuus omahoitajasta. Omaisten ja perheen mukaan ottaminen ja huomioiminen hoidossa oli heikkoa, tutkimukseen osallistuneista vain viidennes oli sitä mieltä, että heidän omaisensa tiesivät omahoitajasta.

Yksilövastuinen hoitotyö toteutuu paremmin kuin myös omaiset ovat tietoisia omahoitajasta. Yksilövastuisen hoitotyön pitäisi parantaa omaisten huomiointia.

Yksilövastuisen hoitotyön merkitystä pitivät tärkeimpänä ne potilaat, joilla tällä hoitajaksolla oli ollut omahoitaja. Kokonaisvaltaisuutta hoidossa lähes kaikki tähän tutkimukseen vastanneet pitivät tärkeänä. Potilaiden mielestä tärkeää on myös saada osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja arviointiin. Lisäksi omahoitajan nimeäminen lisää potilaiden mielestä turvallisuuden tunnetta hoidossa sekä helpottaa asioiden esille ottamista. Vanhemmat potilaat pitivät omahoitajan merkitystä suurempana kuin nuoremmat, naiset enemmän kuin miehet. Myös hoitajakson pituudella näyttäisi olevan yhteyttä siihen koetaanko omahoitaja tärkeänä, pidemmällä hoitajaksolla omahoitajan merkitys nousee.

Jatkotutkimusehdotuksia

Tämän tutkimuksen perusteella olisi mielenkiintoista tutkia tarkemmin aikuispotilaiden odotuksia omahoitajilta samoin hoitohenkilökunnan ajatuksia omahoitajuudesta ja sen toteuttamisen mahdollisuuksista nykyisin resurssein.

Hoitotyö on aina moniammatillista yhteistyötä, mutta toisen ammattiryhmän työn tunteminen on usein hyvin vähäistä. Tutkimus siitä, miten muut ammattiryhmät kokevat yksilövastuisen hoitotyön, miten se vaikuttaa heidän työhönsä ja mitä he tietävät siitä todellisuudessa, olisi tarpeellista.

Omaisten mukaan ottaminen hoitotyöhön on puutteellista ja potilaat haluaisivat omaistensa tulevan nykyistä enemmän huomioiduksi hoidossa. Tämän kehittämiseksi olisi tarpeellista tutkia, mitä omaiset odottavat omahoitajalta.

LÄHTEET

Anttikoski A., Holopainen T., Kostianen S., Luostarinen A. & Väyrynen L. (toim.) (1996) Yksilövastuinen hoitotyö Kuopion yliopistollisen sairaalan kirurgian klinikassa 1995. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja 34/1996. Kuopio.

Archibong U. (1999) Evaluating the impact of primary nursing practise on the quality of nursing care: a Nigerian study. *Journal of Advanced Nursing*. 29(3), 680-689.

Burns N & Grove S. (2005) *The Practce of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization*, 5th edition. Esevier Saunders, St Louis.

Haapala T. & Hyvönen K. (2001) Omahoitajan toiminnan itsearviointikriteerien laatiminen ja niiden arviointi. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.

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

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

Hegyvary S.T. (1987) Yksilövastuinen hoitotyö. Kirjayhtymä. Helsinki.

Heikkilä T. (2004) Tilastollinen tutkimus. 5. Uudistettu painos. Edita.Helsinki.

Karpov I. (1991) Yksilövastuisen hoitotyön perusteista. Teoksessa Parviainen T., Mölsä A., Karpov I. & Kehä H. Johdonmukainen terveen- ja sairaanhoito. Kirjayhtymä, Helsinki, 59-99

Kaukkila H-S., Lauri S., Järvi L., Kärkkäinen K. & Suominen L. (1999) Potilaslähtöinen hoitotyö. Potilaan kokemuksia vuodeosastolle toteutuneesta hoidosta. Turun yliopistollinen keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja A:28.

Knapp T. R. (1998) *Quantitative Nursing Research*. Sage Publications Inc. California.

Korhonen R. & Koskela A. (1995) Hoitohenkilökunnan koulutustarpeen arviointia siirryttäessä yksilövastuiseen hoitotyöhön. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.

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

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

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.

Laaksonen K. (1994) Potilaskeskeinen hoitotyö. Askel eteenpäin. Kirjayhtymä, Helsinki.

Laaksonen K. (1996) ”Hoitotyön päämäärään pyrkiminen” Vastuullisuuden käsitteen sisältö yksilövastuisessa hoitotyössä. Pro gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Laitinen H. (1998) Näkökulmia potilaslähtöiseen kirjaamiseen. Teoksessa Munnukka T., Halme S., Kiiikkala I., Koponen P. & Voutilainen P. Hoitotyön vuosikirja 1999. Kirjayhtymä, Helsinki, 148-156.

Laurikainen E., Natunen T, & Partanen e. (1998) Potilaiden kokemuksia yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutumisesta lyhytaikaisessa hoitosuhteessa. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, Kuopion yliopistollinen sairaala.

Lepola E., Muhli A. & Kanniainen (2003) SPSS 11.5 for Windows Perusteet. Oulun yliopisto.

Lipponen V. (1997) Saattohoitopotilaan tahdon toteutuminen potilaan ja hänen perheenjäsenensä näkökulmasta tarkasteltuna. Pro gradu –tutkielma, Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Lohikoski H. (2000) Yksilövastuisen hoitotyön tunnuspiirteiden toteutuminen hoitotyön opiskelijoiden harjoittelussa. Pro gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Luotolinna-Lybeck H. & Leino-Kilpi H. (1991) Yksilövastuinen hoitotyö. Hoitohenkilökunnan edellytysten arviointia. Pro nursing ry. Julkaisusarja C:1:1991.

Manley K., Hamill J-M. & Hanlon M. (1997) Nursing staff's perceptions and experiences of primary nursing practice in intensive care 4 years on. *Journal of Clinical Nursing*. 6(4), 277-287.

Melchior M., Halfens R., Abu-Saad H., Philipsen H., van den berg A. & Gassman P. (1999) The effects of primary nursing on work-related factors. *Journal of Advanced Nursing*. 29(1), 88–96

Metsämuuronen J. (2000) Tilastollisen kuvauksen perusteet. *Metodologia-sarja* 2.

Munnukka T. (1993) Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. *Acta Universitatis Tamperensis ser A* vol 375.

Mäkisalo M. (2001) Yhteisöllisyys parantaa hoitotyön laatua. Ryhmästä tiimiksi -projekti Juuan kunnan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Vantaa.

Paasovaara S. (2000) Sairaanhoitajien näkemyksiä yksilövastuisesta hoitotyöstä ja omahoitajuudesta. Pro gradu-tutkielma, Kuopion yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Perkinen P. (1998) Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen geriatrisessa sairaalassa omahoitajien arvioimana. Pro gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Perälä M-L. (1990) Muutos ja yksilövastuinen hoitotyö. *Hoitotiede*. Vol 2(1). 98-104.

Polit D. & Hungler B. (1997) *Essentials of nursing research. Methods, Appraisal and Utilization*. 4th edition. Lippincott, Philadelphia.

Polit D. & Hungler B. (1999) *Nursing research. Principles and methods*. 6th edition. Lippincott, Philadelphia.

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 kättilöiden käsitykset vastuullisen päätöksenteon edellytyksistä hoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Pukuri T. (1997) Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen hoitohenkilöstön arvioimana. *Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu* 7/97.

Pukuri T. (2002) Yksilövastuinen hoitotyö ja sen mittaaminen. Teoksessa Minun hoitajani, näkökulmia omahoitajuuteen. Toim. Munnukka T. & Aalto P. Tammi, Helsinki, 56-72.

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

Suhonen R., Välimäki M. & Katajisto J. (1999) Yksilöllinen hoito potilaiden kokemana. *Hoitotiede*, 11(5), 282-290.

Suonsivu K. (1993) Yksilövastuinen hoitotyö psykiatrisessa sairaalassa omahoitajien kokemuksellisena toimintana. *Lisensiaattityö*, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Suomen laki 785/1992 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

Uusitalo H (1997) *Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan*. Wsoy, Juva.

Waters K. & Easton N. (1999) Individualized care: is it possible to plan and carry out? *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 79-87.

Webb C. & Pontin D. (1996) Introducing primary nursing: nurses' opinions. *Journal of Clinical Nursing*. 5(6), 351–358.

Vehviläinen-Julkunen K. (1997) Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*, 26–34, WSOY, Juva.

Vesaluoma H., Laitinen H., Auvinen S. & Aalto P. (2002) Yksilövastuisen hoitotyön toteuttaminen konservatiivisella tulosalueella hoitohenkilöstön arvioimana vuonna 2000. *Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja* 10/2002.

POTILASTIEDOTE 12.2.2003

Arvoisa potilas,

Pyydän teitä osallistumaan tutkimukseen, jossa selvitetään mitä mieltä potilaat ovat sairaalassa saamastaan hoidosta. Eettinen toimikunta on antanut luvan tutkimuksen suorittamiseen. Opiskelen Tampereen yliopistossa hoitotieteen laitoksella ja tutkimus on opinnäytetyö. Työn ohjaajina toimivat TtT Meeri Koivula ja THT Marja-Terttu Tarkka Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselta.

Tutkimus suoritetaan kyselylomakkeella, jonka toivon Teidän täyttävän ennen kotiutumistanne sairaalasta. Kyselylomakkeen voitte palauttaa osastolla olevaan vastauslaatikkoon tai oheisessa kuoressa suljettuna antaa henkilökunnalle, joka toimittaa sen tutkijalle. Kaikki tieto käsitellään luottamuksellisesti ja Teidän henkilöllisyytenne ei tule missään vaiheessa tietoon.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siihen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen ei vaikuta teidän tämän hetkiseen tai tulevaan hoitoon. Te olette oman hoitonne asiantuntija ja Teidän mielipiteenne on erityisen tärkeä, jotta saisimme potilaiden kokemuksia kartoitettua. Hoidon kehittämiseksi olisi tärkeitä ja toivottavaa, että osallistuisitte tutkimukseen.

Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin

Anu Nyman

Terveystieteiden maisteri-opiskelija,

Osastonhoitaja

Puh. koti 040-736 6960

työ 03- 3116 3150

Olkaa ystävällinen ja ympäröikää sopiva vastaus tai kirjoittakaa vastauksenne sille varattuun tilaan

1. Ikänne _____ vuotta
2. Sukupuoli
 1. nainen
 2. mies
3. Siviilisääty
 1. Naimisissa
 2. Naimaton
 3. Eronnut
 4. Leski
 5. Avoliitossa
4. Koulutuksenne? Merkitkää koulutus, joka edustaa korkeinta saamaanne koulutusta
 1. Kansa-/Peruskoulu
 2. Ammattikoulu
 3. Ylioppilas
 4. Koulutasoinen tutkinto
 5. Opistotasoinen tutkinto
 6. Yliopisto-/ Korkeakoulututkinto
5. Millä osastolla olette nyt hoidettavana? Merkitkää osaston tunnus _____
6. Montako kertaa aikaisemmin olette olleet hoidettavana jollakin vuodeosastolla?
 1. en kertaakaan
 2. 1-5 kertaa
 3. 6-10 kertaa
 4. yli 10 kertaa
7. Montako vuorokautta olitte tällä kertaa sairaalassa? _____
8. Oliko teille nimetty omahoitaja tälle sairaalassa olonne ajalle?
 1. Kyllä
 2. Ei
 3. En tiedä
9. Tiesittekö, kuka oli nimetty omahoitajaksenne?
 1. Kyllä
 2. Ei
10. Tiesivätkö omaisenne, kuka oli nimetty omahoitajaksenne?
 1. Kyllä
 2. Ei
 3. En tiedä
12. Tiesittekö, mitä sana omahoitaja tarkoitti?

1. Kyllä

2. Ei

13. Millaiseksi tunnette vointinne tällä hetkellä?

1. Huono

2. Melko huono

3. Kohtuullinen

4. Melko hyvä

5. Hyvä

Miten seuraavat asiat toteutuivat hoidossanne? Olkaa ystävällinen ja ympäröikää parhaiten kuvaava numero 4 = ei toteutunut lainkaan...10 = toteutui kiitettävästi

Jos Teillä ei ollut omahoitajaa sairaalassa ollessanne, miettikää Teitä eniten

hoitanutta hoitajaa ja vastatkaa sen mukaisesti.

4=ei toteutunut lainkaan

10= toteutui kiitettävästi

14. Tiesin kuka hoitajista oli vastuussa hoidostani	4	5	6	7	8	9	10
15. Tiesin, kuka on vastuussa hoidostani kun omahoitajani ei ollut työssä	4	5	6	7	8	9	10
16. Tiedän, mitä omahoitajani työhön kuului	4	5	6	7	8	9	10
17. Sain kertoa mielipiteeni hoitoni onnistumisesta hoitajalleni	4	5	6	7	8	9	10
18. Tunsin, että minua kohdeltiin yksilöllisesti	4	5	6	7	8	9	10
19. Tunsin, että sain säilyttää itsenäisyyteni	4	5	6	7	8	9	10
20. Pystyin luottamaan hoitajaani	4	5	6	7	8	9	10
21. Luotin siihen, että hoitajani huomioi minun etuni työssään	4	5	6	7	8	9	10
22. Tunsin olevani hoitajani kanssa tasavertainen	4	5	6	7	8	9	10
23. Tunsin olevani tärkeä	4	5	6	7	8	9	10
24. Sain osallistua hoitoni arviointiin hoidon päättyessä	4	5	6	7	8	9	10
25. Tunsin oloni turvalliseksi	4	5	6	7	8	9	10
26. En joutunut odottamaan turhaan tutkimuksia tai hoitoja	4	5	6	7	8	9	10
27. Tutkimuksia/ hoitoja ei ollut liikaa yhdelle päivälle	4	5	6	7	8	9	10
28. Hoitajani teki yhteistyötä muiden hoitoni osallistuvien kanssa	4	5	6	7	8	9	10
29. Hoitajani teki yhteistyötä perheeni/ läheisteni kanssa	4	5	6	7	8	9	10
30. Hoitajani neuvoi ja opasti myös perhettäni/ läheisiäni	4	5	6	7	8	9	10
31. Hoitajani vei asioitani eteenpäin (lääkärille, sosiaalityöntekijälle)	4	5	6	7	8	9	10
32. Hoitajani oli ammattitaitoinen	4	5	6	7	8	9	10
33. Hoitajani viihtyi työssään	4	5	6	7	8	9	10
34. Hoitajani uskalsi ajaa asioitani	4	5	6	7	8	9	10
35. Toiveitani kunnioitettiin	4	5	6	7	8	9	10
36. Sain osallistua hoitoni suunnitteluun	4	5	6	7	8	9	10
37. Mielestäni hoitajani toimi hyvin itsenäisesti minua hoitaessaan	4	5	6	7	8	9	10
38. Elämäntilanteeni huomioitiin hoidossani	4	5	6	7	8	9	10
39. Tunsin olevani arvostettu	4	5	6	7	8	9	10
40. Suunnittelin hoitoni tavoitteet yhdessä hoitajani kanssa	4	5	6	7	8	9	10

41. Sain kaiken tarvitsemani hoidon	4	5	6	7	8	9	10
42. Yksi hoitaja huolehti kaikista asioistani	4	5	6	7	8	9	10
43. Minusta tuntui, että minut huomioitiin kokonaisena ihmisenä	4	5	6	7	8	9	10
44. Sain riittävästi tietoa tulevista tutkimuksista ja hoidoista	4	5	6	7	8	9	10
45. Hoidon alussa tehtiin kirjallinen suunnitelma hoidostani	4	5	6	7	8	9	10
46. Myös muut hoitoni osallistuvat tiesivät hoitoni liittyvistä asioista	4	5	6	7	8	9	10
47. Sain riittävästi tietoa selviytyäkseni sairaudestani	4	5	6	7	8	9	10
48. Sain suunnitella jatkohoitoni liittyviä asioita yhdessä hoitajan kanssa	4	5	6	7	8	9	10
49. Tiesin koko hoitoni ajan mitä tutkimuksia/ hoitoja on tulossa	4	5	6	7	8	9	10

Miten tärkeänä pidätte seuraavia asioita, olkaa ystävällinen ja ympyröikää

tärkeyttä parhaiten kuvaava numero, 4= ei lainkaan tärkeä...10= erittäin tärkeä

	4= ei lainkaan tärkeä
<i><u>Pidän tärkeänä, että:</u></i>	10= erittäin tärkeä
50. Tunnen itseni tasavertaiseksi hoitajani kanssa	4 5 6 7 8 9 10
51. Saan tietoa hoidostani	4 5 6 7 8 9 10
52. Tiedän, kuka on nimetty omahoitajakseni	4 5 6 7 8 9 10
53. Omaiseni tietävät kuka on nimetty omahoitajakseni	4 5 6 7 8 9 10
54. Tiedän, milloin nimetty omahoitajani on töissä	4 5 6 7 8 9 10
55. Omahoitaja tiedottaa asioistani muille hoitoon osallistuville	4 5 6 7 8 9 10
56. Laadimme suunnitelman hoitoni varten yhdessä hoitajani kanssa	4 5 6 7 8 9 10
57. Kaikilla (myös läheisilläni) on yhteinen käsitys hoidon tavoitteista	4 5 6 7 8 9 10
58. Omahoitajani ajaa asioitani tarvittaessa	4 5 6 7 8 9 10
59. Hoidossa otetaan huomioon minun toiveeni	4 5 6 7 8 9 10
60. Tulen huomioiduksi kokonaisena ihmisenä	4 5 6 7 8 9 10
61. Saan kaiken tarvitsemani hoidon	4 5 6 7 8 9 10
62. Kun tulen osastolle uudelleen sama hoitaja on nimetty hoitajani	4 5 6 7 8 9 10
63. Saan osallistua jatkohoidon suunnitteluun hoitajani kanssa	4 5 6 7 8 9 10
64. Hoidon päättyessä arvioin yhdessä hoitajani kanssa hoidon onnistumista	4 5 6 7 8 9 10

65. Kertokaa omin sanoin, mikä merkitys omahoitajalla on teille sairaalahoitonne kannalta.

Liite 3 Summamuuttujaluettelo

Yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutuminen

Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet Summamuuttuja	Kysymyksiä numerot
Vastuullisuus	14, 15, 16, 20, 21, 25
Potilaskeskeisyys	17, 18, 19, 22, 23, 24
Koordinointi	26, 27, 28, 29, 30, 31
Itsenäisyys	32, 33, 34, 35, 36, 37
Kokonaisvaltaisuus	38, 39, 40, 41, 42, 43
Jatkuvuus	44, 45, 46, 47, 48, 49

Liite 4 Tiedote henkilökunnalle tutkimuksesta

Arvoisa henkilökunta,

Osastollanne alkaa tutkimus, jossa selvitetään mitä mieltä potilaat ovat sairaalassa saamastaan hoidosta. Eettinen toimikunta on antanut luvan tutkimuksen suorittamiseen. Opiskelen Tampereen yliopistossa hoitotieteen laitoksella ja tutkimus on opinnäytetyö. Työn ohjaajina toimivat TtT Meeri Koivula ja THT Marja-Terttu Tarkka Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselta.

Kyselylomakkeita jaetaan kolmella vuodeosastolla, yhteensä 250 kpl. Potilaiden tulee saada kyselylomake niin ajoissa, että he voivat täyttää sen ennen osastolta lähtöään ja palauttaa sen oheisessa suljetussa kirjekuoressa osastollanne olevaan palautuslaatikkoon tai teidän kauttanne sisäisessä postissa tutkijalle.

Jakaessanne kyselylomakkeita toivon teidän kiinnittävän huomiota seuraaviin asioihin:

- 1. Vastaajan tulee ymmärtää suomen kieltä riittävästi täyttääkseen kyselylomakkeen**
- 2. Vastaajan fyysinen kunto on riittävän hyvä kyselylomakkeen itsenäiseen täyttämiseen**
- 3. Vastaaja on henkisesti sellaisessa tilassa, että kykenee täyttämään lomakkeen itsenäisesti.**

Lisäksi pyydän teitä kertomaan tutkimuksen tarkoituksen ja vapaaehtoisuuden käymällä kyselylomakkeen saatekirjeen läpi potilaan kanssa. Jos potilas ei halua osallistua tutkimukseen hän voi jättää ottamatta kyselylomakkeen tai hän voi palauttaa sen tyhjänä suljetussa kuoressa.

Annan mielelläni tutkimuksesta lisätietoa

Anu Nyman

Terveystieteiden maisteri-opiskelija,

Osastonhoitaja

Puh.työ03-2473150

