



Anna-Kaisa Katiska-Riihiaho

## **YKSILÖVASTUISEN HOITOTYÖN RAKENNE-, PROSESSI- JA TULOSTEKIJÄT**

# **YKSILÖVASTUISEN HOITOTYÖN RAKENNE-, PROSESSI- JA TULOSTEKIJÄT**

Anna-Kaisa Katiska-Riihiaho  
Opinnäytetyö  
Kevät 2011  
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu  
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi ammattikorkeakoulututkinto

---

Tekijä: Anna-Kaisa Katiska-Riihiaho

Opinnäytetyön nimi: Yksilövastuisen hoitotyön rakenne-, prosessi- ja tulostekijät

Työn ohjaajat: yliopettaja, TtT Pirkko Sandelin ja kliinisen hoitotieteen asiantuntija, TtT Anne Korhonen

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2011 Sivumäärä: 48 + 2 liitesivua

---

## TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö tehtiin osana Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (PPSHP), Oulun yliopistollisen sairaalan, lasten ja nuorten vastualueen yksilövastuisen hoitotyön (YvHt) kehittämishanketta. Hanke (2005 - 2014) on saanut alkunsa käytännön hoitotyössä havaituista vaikeuksista toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä. Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla yksilövastuisen hoitotyön rakenne-, prosessi- ja tulostekijöitä. Tutkimuskysymykset olivat: 1) millaisia rakennetekijöitä, 2) millaisia prosessitekijöitä ja 3) millaisia tulostekijöitä kuvataan yksilövastuista hoitotyötä käsittelevissä tutkimuksissa. Tavoitteena oli saada tutkimusartikkeleista tietoa hoitotyön rakenne-, prosessi- ja tulostekijöistä, joiden avulla kehitetään yksilövastuisen hoitotyön työmallin teoreettista rakennetta ja käytännön toimintaa.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin mukailtua systemaattista kirjallisuuskatsausta ja sen periaatteita. Kirjallisuuskatsauksen aineisto kerättiin Medic-, Cinahl-, Ovid- ja Medline-tietokannoista sekä manuaalisella haulla. Ennen tiedonhakuja määriteltiin tarkat valintakriteerit. Aineistoon valittiin kaksi tutkimusta, ja se analysoitiin deduktiivisen sisällönanalyysin menetelmällä, jonka analyysirungon muodostamisessa käytettiin Donabedian (1980) rakenne-, prosessi- ja tulosmallia (RPT-malli).

Kahden artikkelin tutkimusaineisto oli niukka, mutta siitä huolimatta tutkimuksissa oli tuloksia, joilla voidaan kehittää yksilövastuisen hoitotyön työmallin teoreettista rakennetta ja käytännön toimintaa. Yksilövastuisen hoitotyön toteuttaminen on yleisempää silloin, kun osastolla on enemmän sairaanhoitajia kuin perushoitajia. Optimaalinen potilasmäärä sairaanhoitajalle, joka toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä sisätautikirurgisella vuodeosastolla, on 4 - 6 potilasta. Mahdollisuus hoitotyön kirjaamiseen saattaa vähentää hoitajien välisiä ristiriitoja, ja tällöin myös työperäisen stressin todennäköisyys pienee. Hoitajan roolin laajeneminen ja lisääntynyt vastuu potilaan hoidosta yksilövastuisessa hoitotyössä sen sijaan saattavat lisätä työperäistä stressiä. Tämä voi vaarantaa myös yksilövastuiseen hoitotyöhön liittyvän hoitajan autonomian.

---

Asiasanat: yksilövastuinen hoitotyö, sairaala, rakenne-, prosessi- ja tulostekijät

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Master`s Degree Programme in Clinical Expertise

---

Author: Anna-Kaisa Katiska-Riihiaho

Title of thesis: Primary nursing, Structure, Process and Outcome

Supervisors: Principal Lecturer, PhD Pirkko Sandelin and Specialist in Clinical Nursing Science, PhD Anne Korhonen

Spring term 2011.

Number of pages: 48 pages + 2 appendix pages

---

## ABSTRACT

The work was commissioned by Oulu University Hospital and it was part of a project called Development of primary nursing. The project was started, because there have been difficulties in the primary nursing practice. The objective of the study was to describe primary nursing structure, process and outcome factors. The specific questions were: what kind of 1) structure factors, 2) process factors and 3) outcome factors there are in primary nursing studies. The main purpose was to get information about primary nursing`s structure, process and outcome. Information will help to develop the primary nursing care model structure and nursing practice.

This study used a systematic literature review. It did not completely fulfill the criteria, which a real systematic review requires, because researcher worked alone. Therefore, the reliability criterion was not met. The inclusion and exclusion criterias were included in the study. The research study strategy was to find relevant literature in Medic, Medline, Ovid and Cinahl -databases. Manual research was also conducted. The results were minimal, and only included two studies. The studies were analyzed using deductive content analysis and Donabedian`s (1980) designed structure, process and outcome - model.

Findings revealed that higher ratios of Registered Nurses to Practical Nurses increased the likelihood of organizing work closer to primary nursing. The literature supports a range of 4 to 6 patients per nurse in hospital medical-surgical wards. It is possible, that an opportunity to write nursing notes may decrease the problems in interpersonal relationships and that might affect the likelihood of nurses` stress. It is possible that nurses` role expansion and increased responsibility in primary nursing can induce stress and this can have an effect on primary nurses` autonomy.

---

Keywords: primary nursing, hospitals, structure, process, outcome

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
1.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja näyttöön perustuva hoitotyö .....	7
1.2	Kliinisen hoitotyön asiantuntijan tehtävät asiantuntijatoimintamallin mukaan .....	9
2	YKSILÖVASTUISEN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN .....	10
2.1	Työnjakomallina yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus.....	11
2.2	Haasteena omahoitajuuden tukeminen.....	11
2.3	Rakenne-, prosessi- ja tulostekijät yksilövastuisessa hoitotyössä.....	12
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	15
4	SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS.....	16
4.1	Hakustrategia ja valintakriteerit .....	17
4.1.1	Tietokannat.....	17
4.1.2	Hakusanat .....	18
4.1.3	Alkuperäistutkimusten valintakriteerit .....	19
4.2	Tutkimusten valitseminen kriteerien mukaan .....	20
4.2.1	Rakennetekijät .....	21
4.2.2	Prosessitekijät.....	23
4.2.3	Tulostekijät.....	26
4.3	Manuaalinen haku .....	27
4.4	Yhteenveto hakutuloksista .....	28
4.5	Tutkimusten menetelmällisen laadun arviointi .....	29
4.6	Tutkimusten analysointimenetelmänä deduktiivinen sisällön analyysi .....	31
5	TUTKIMUSTULOKSET .....	32
5.1	Tutkimusten esittely .....	32
5.2	Tutkimusten rakenne-, prosessi- ja tulostekijät sekä johtopäätökset .....	33
6	POHDINTA .....	38
6.1	Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi .....	38
6.2	Yksilövastuisen hoitotyön kehittämis- ja jatkotutkimushaasteet .....	40
	LÄHTEET .....	44
	LIITTEET .....	49

# 1 JOHDANTO

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (PPSHP) strategiatyöryhmä on laatinut uuden strategian vuosille 2010 - 2015. Tavoitteena on olla innovatiivinen, uudistuva ja tuloksellinen terveydenhuollon huipputoimija sekä erikoissairaanhoidon arvostetuin ja vetovoimaisin työnantaja. Strategian kivijalkana ovat seuraavat arvot ja eettiset periaatteet: ihmisarvo, vastuullisuus, oikeudenmukaisuus, uusiutumiskyky ja avoimuus. Sairaanhoitopiirin johtaja Hannu Leskisen mukaan strategiaproessi tulee olemaan jatkuva ja se täydentyy joka vuosi. (Strategia, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, hakupäivä 16.9.2010.)

Tämä opinnäytetyö on osa PPSHP:n, Oulun yliopistollisen sairaalan, lasten ja nuorten vastuualueen yksilövastuisen hoitotyön (YvHt) kehittämishanketta (Korhonen & Kangasniemi, 2010). Hanke on saanut alkunsa käytännön hoitotyössä havaituista vaikeuksista toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä. Hankkeen (2005 - 2014) tarkoituksena on kehittää yksilövastuisen hoitotyön työmallia sekä teoreettisena rakenteena että käytännön toiminnassa. Tavoitteena on tuottaa tietoa yksilövastuisen hoitotyön rakenteesta ja prosessista työmallin kehittämiseen siten, että organisaation hyvän hoidon perustehtävä voidaan toteuttaa olemassa olevissa olosuhteissa.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla yksilövastuisen hoitotyön rakenne-, prosessi- ja tulostekijöitä. Tutkimuskysymykseni ovat: 1) millaisia rakennetekijöitä kuvataan yksilövastuista hoitotyötä käsittelevissä tutkimuksissa, 2) millaisia prosessitekijöitä kuvataan yksilövastuista hoitotyötä käsittelevissä tutkimuksissa ja 3) millaisia tulostekijöitä kuvataan yksilövastuista hoitotyötä käsittelevissä tutkimuksissa. Tavoitteena on saada tutkimusartikkeleista tietoa hoitotyön rakenne-, prosessi- ja tulostekijöistä, joiden avulla kehitetään yksilövastuisen hoitotyön työmallin teoreettista rakennetta ja käytännön toimintaa.

Tutkimusmenetelmänä käytän mukailtua systemaattista kirjallisuuskatsausta ja sen periaatteita; systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen luotettavasti vaatii vähintään kahden tutkijan yhteistyötä, joiden tulee tuntea systemaattisen kirjallisuuskatsauksen

menetelmä. Kahden tai useamman tutkijan merkitys korostuu erityisesti tutkimusten valinta- ja poistamisvaiheessa. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46, Kranke 2010, 766.) Opinnäytetyössäni käytän termiä *mukailtu systemaattinen kirjallisuuskatsaus*, koska tein sen yksin ja se ei täytä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden takaiselle vaadittua kriteeriä. Tutkimusten analyysimenetelmänä on deduktiivinen sisällön analyysi. Analyysirunkona on Donabedianin (1980) rakenne-, prosessi- ja tulostekijämalli (RPT-malli), jossa on määritelty hoitotyön arvioinnin perustekijät. Näitä ovat hoitotyön rakenne-, prosessi- ja tulostekijät.

Vastuullisuus määritellään PPSHP:n strategiassa seuraavasti: jokaisella työyhteisön jäsenellä on vastuu omasta tehtävästään ja työyhteisön toimivuudesta. Hänellä on vastuu myös toiminnan ja talouden suunnittelusta ja niiden yhteensovittamisesta. Strategiassa vastuullisuuden lähtökohtana on se, että jokainen työyhteisön jäsen kehittää myös osaamistaan ja työssä jaksamisesta huolehtii koko työyhteisö. (Strategia, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, hakupäivä 16.9.2010.) Opinnäytetyössäni olen kiinnostunut työyhteisön toimivuuden haasteista. Oulun yliopistollisen sairaalan, medisiinisen tulosalueen, kardiologisen vastuualueen vuodeosasto 35:n henkilökunnan kokemuksen mukaan yksilövastuuisen hoitotyön työnjakomallia on syytä kehittää vastaamaan tämän päivän hoitotyön tarpeita. Henkilökunta on kokenut ongelmallisina yhteistyön ja yhteisvastuullisuuden puutteet osaston toiminnassa. Konkreettisenä henkilökunnan toiveena on, että jokaisen potilaan tarpeisiin vastattaisiin, vaikka kyseessä ei olisikaan niin sanottu oma potilas. Vastuullisuus hoitotyössä olisi tällöin myös yhteisöllistä: kunnioitetaan omahoitajan työtä ja kannetaan vastuu hänen potilaistaan silloin, kun hän itse ei ole läsnä (Laitinen 2002, 152). Osastomme työnjakomallin kehittäminen osana YvHt:n kehittämishanketta vastaa näin PPSHP:n strategiassa linjattuun arvoon sekä eettiseen periaatteeseen ja uusi työnjakomalli asettuu näin organisaation strategian ja tavoitteiden rinnalle. (Wolf & Greenhouse 2007, 386.)

## **1.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja näyttöön perustuva hoitotyö**

Systemaattista kirjallisuuskatsausta pidetään tehokkaana välineenä tiivistää tietoja asioista, joista on jo valmista tutkittua tietoa ja tuloksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123.) Tutkimustietoa kokoavat systemaattiset kirjallisuuskatsaukset helpottavat tiedon soveltamista, ja ne ovat hoidon vaikuttavuuden arvioimista (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-

Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen- Julkunen & Åstedt-Kurki 2007, 120). Tutkittua tietoa on esimerkiksi hoitosuosituksissa ja järjestelmällisissä kirjallisuuskatsauksissa (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009, 55). Kliinisen päätöksenteon tulee perustua parhaaseen tämänhetkiseen näyttöön ja tämän tavoitteen edistämiseksi systemaattisella kirjallisuuskatsauksella on tärkeä rooli (Kranke 2010, 763).

Näyttöön perustuva toiminta tarkoittaa parhaan ajantasaisen tiedon tarkkaa, arvioitua ja punnittua käyttöä yksittäisen asiakkaan, asiakasryhmän tai väestön hoitoa koskevassa päätöksenteossa (Lehtomäki 2009, 13). Näyttöön perustuvan toiminnan tarkoituksena on lisätä terveydenhuollon tuottavuutta ja vaikuttavuutta, turvata asiakaskeskeinen ja hyvä hoito sekä potilaan oikeudet, jotka on ilmaistu laissa Potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994) edellyttää, että toiminta on asianmukaista, näyttöön sekä hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa, laadukasta ja turvallista. Tavoitteena näyttöön perustuvassa hoitotyössä on hyvä, tasalaatuinen osaaminen ja toiminta. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009, 33, 53.)

Näyttöön perustuvan hoitotyön toiminnan edellytyksenä on, että hoitotyöstä on tuotettu tutkimus- ja seurantatietoa. Tiedon tulee olla käyttökelpoista ja sitä täytyy olla saatavilla toimintayksiköissä. Näyttöön perustuva hoitotyö ja sen kehittäminen edellyttävät terveydenhuollon ammattilaisilta hoidon kehityksen seuraamista, tiedon käytön ja päätöksenteon osaamista, valmiutta kyseenalaistaa totut toimintatavat ja kykyä etsiä uutta tietoa toiminnan kehittämiseksi. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009, 54.)

Näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamiseksi on käytettävissä suunnaton ja nopeasti kasvava määrä tutkimuksia, tutkimusartikkeleita ja kirjallisuutta sekä painettuna että Internetissä (Tähtinen 2007, 10). Tutkimustietoa luetaan kuitenkin vähän, ja valtaosa hoitamisesta perustuu kokemukseen ja traditioon (Lehtomäki 2009, 13). Suomalaisissa tutkimuksissa hoitotyöntekijöiden suhtautuminen tutkimustiedon käyttöä kohtaan on ollut kuitenkin pääasiallisesti myönteistä. Näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönottoon tulisi osoittaa resursseja, koska sillä vaikutetaan potilaiden terveyteen, hoitotyön käytäntöihin ja hoitotyöntekijöiden osaamiseen. Jotta näyttöön perustuvan toiminnan käyt-



töönotto onnistuu, tarvitaan käytännön hoitotyöntekijöiden, tutkijoiden, opetustehtävissä toimivien sekä hoitotyön johtajien yhteistyötä. (Melender & Häggman-Laitila 2010, 37, 52 - 53.)

## 1.2 Kliinisen hoitotyön asiantuntijan tehtävät asiantuntijatoimintamallin mukaan

Terveystieteiden vaikuttavuuden vaatimuksen kannalta on tärkeää, että käytettävät toimintatavat ja menetelmät perustuvat parhaaseen ajantasaiseen tietoon (Lehtomäki 2009, 13). Päätöksenteon tueksi tulee etsiä aina parasta mahdollista tutkimusnäyttöä. Ajantasaisen tiedon saatavuutta ja käyttöä tukevat tietojärjestelmät, Internet-yhteydet ja alan julkaisut. Näyttöön perustuvassa päätöksenteossa käytetään eritasoista ja eri lähteistä saatua tietoa. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009, 55.) Hoitotieteellisiä tutkimuksia lukeva sairaanhoitaja toimii aktiivisesti keskustelemalla kollegoiden kanssa ja etsimällä tietoa. Yksikin näin toimiva sairaanhoitaja voi esimerkiksi virittää keskustelua ja kiinnostusta tutkimustietoa kohtaan. (Lahtonen & Johansson & Hupli 2010, 116.)

Parhaan ajan tasalla olevan tiedon kriittinen käyttö edellyttää kuitenkin tiedon hankinnan, tiedonsynteetin ja sen soveltamisen osaamista. Näyttöön perustuvan toiminnan vaikkinnuttaminen edellyttää hoitotyön asiantuntijatoimen tukea. **Kliinisen hoitotyön asiantuntijalla** on kliinisen osaamisen lisäksi tutkimus- ja kehittämisosaamista, ja asiantuntijuuden tehtävänä on edistää näyttöön perustuvaa toimintaa. Kliinisen hoitotyön asiantuntijan tehtävät on määritelty Oulun yliopistollisessa sairaalassa kehitetyssä asiantuntijatoimintamallissa (Korhonen & Ukkola & Isola 2008). Niitä ovat näyttöön perustuvan hoitotyön käytäntöjen käyttöönotossa tieteellisen tiedon soveltaminen, käytäntöjen yhtenäistäminen toimintayksiköissä, tiedon hakeminen, levittäminen ja käytön seuraaminen sekä kansallisen että kansainvälisen kehityksen seuraaminen. Määritellyt tehtävät antavat kliiniselle hoitotyön asiantuntijalle mahdollisuuksia vaikuttaa omassa työssään, ja näin hän voi osaltaan edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Vaikutusmahdollisuudet tukevat hänen sitoutumistaan omaan organisaatioonsa ja ammattialaansa. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009, 35 - 36, 55, 57, 60.)

## 2 YKSILÖVASTUISEN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN

Yksilövastuinen hoitotyö on sekä hoitotyön filosofia että organisatorinen malli. Hoitotyön filosofiana se edellyttää potilaskeskeisyyden periaatteen noudattamista ja organisaatiomallina jokaisen potilaan koordinoitua ympärivuorokautista ja kattavaa hoitoa. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaalle nimetään oma sairaanhoitaja, joka koordinoi hänen ympärivuorokautisen hoitonsa. (Hegyvary 1987, 17.) Yksilövastuinen toimintamalli, jossa potilaalle nimetään **omahoitaja**, mahdollistaa asiakkaan hoidon yksilöllisyyden, jatkuvuuden, kattavuuden sekä potilaan hoitojen yhteensovittamisen. Nämä periaatteet ovat ominaisia asiakaslähtöiselle toiminnalle. (Räikkönen & Perälä 2002, 132.) Suomalaisessa terveydenhuollossa asiakaslähtöisellä toiminnalla tarkoitetaan sitä, että asiakas/potilas voi vaikuttaa hoitoprosessissa jokaiseen vaiheeseen, joita ovat tarpeen määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009, 40).

Ennen yksilövastuista hoitotyötä on ollut käytössä useita työnjakomalleja, kuten esimerkiksi modulaarinen työnjako. Tässä mallissa on pyrkimys toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä siten, että kaikki hoitohenkilökuntaan kuuluvat ovat siinä mukana. Jokaisella potilaalla on vastuusairanhoitaja, ja perushoitajat toimivat vastuuhoitajien ohjauksessa. Sairanhoitaja huolehtii potilaan hoidon suunnittelusta ja ohjauksesta. Hoitajat huolehtivat ryhmätyönä pienestä potilasryhmästä eli moduulista. (Luotolinna-Lybeck & Leino-Kilpi 1991, 10.) Perinteisten hoitotyön työnjakomallien (esimerkiksi yksilövastuinen hoitotyö) rinnalle on tullut myös perinteisistä poikkeavia työnjakomalleja, joita on kehitetty terveydenhuollon muuttuviin tarpeisiin erityisesti USA:ssa. Tällainen työnjakomalli on esimerkiksi laillistetun sairaanhoitajan ja rekisteröimättömän avustavan henkilökunnan kumppanuuteen perustuva työnjakomalli. (Lookinland, Tiedeman & Crosson 2005, 74.)

Omassa työyksikössäni Oulun yliopistollisen sairaalan vuodeosastolla 35 on käytössä modulaarinen työnjakomalli mutta jokaisella potilaalla on myös nimetty omahoitaja. Opinnäytetyöni aihe nousi osastomme työnjaossa havaituista ongelmista. Hoitohenkilökunta kokee omahoitajan roolin joustamattomana ja hoitotyön epätasaisena jakautumi-

sena moduuleiden välillä. Lisäksi koetaan yksinäisyyttä hoitotyössä: töitä saa tehdä yksin, jos ei pyydä itse apua.

## 2.1 Työnjakomallina yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus

Yksilövastuisella hoitotyön mallilla tarkoitetaan saman hoitajan vastuuta yksittäisestä potilaasta hänen sairaalaan saapumisestaan aina kotiin pääsyyn saakka. Hoitaja suunnittelee, toteuttaa ja arvioi potilaansa hoitotyön ja toimii potilaan hoidon koordinoijana. Tämä työnjakomalli eroaa muista malleista hoitajan roolin, hoitaja-potilassuhteen ja hoitotyön palvelun organisointiin liittyvien asioiden osalta. (Hegyvary 1987, 30, Luoto-linna-Lybeck 1991, 11.) Yksilövastuisen hoitotyön periaatteita ovat 1) yksilöllinen vastuu päätöksenteossa, 2) hoitotyön kohdentuminen tiettyihin potilaisiin, 3) yksilöllinen vastuullisuus, 4) hoitotyön itsenäisyys, 5) hoitotyön jatkuvuus, 6) hoitotyön toteuttamisen kokonaisvaltaisuus sekä 7) hoidon koordinointi (Munnukka 1993, 8, 43). Yksittäisen potilaan hoitoprosessin koordinoitivastuu on potilaan **omahoitajalla** (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009, 40).

Tiedeman & Lookinland ovat tutkineet sekä perinteisiä että perinteistä poikkeavia hoitotyön työnjakomalleja määritelläkseen vaikuttavimman työnjakomallin. He päätyivät tulokseen, ettei tieteellistä näyttöä työnjakomallien vaikuttavuudesta voi osoittaa. (Wolf & Greenhouse 2007, 384.) Työnjakomallin vaikuttavuuden arviointi on mahdollista vasta sen jälkeen, kun uusi työnjakomalli on ollut käytössä vähintään 3 - 5 vuoden ajan (Lookinland ym. 2005, 79).

## 2.2 Haasteena omahoitajuuden tukeminen

Yksilövastuisessa hoitotyössä tarkastelun kohteena on hoitajan ja potilaan välinen yhteistyösuhde (Munnukka 1993, 97). Lisäksi siinä on olennaista hoitohenkilökunnan väliset keskinäiset yhteistyösuhteet (Drach-Zahavy 2004, 7). **Omahoitajat** voivat kokea eristyneisyyttä ja yksinäisyyttä toteuttaessaan yksilövastuista hoitotyötä (Tiedeman & Lookinland 2004, 296, Korhonen & Kangasniemi 2009, 24). Yksilövastuinen hoitotyö ei ole sitä, että hoitajat tekevät työtään yksin, vaan sen onnistunut toteuttaminen tarvitsee tuekseen asiantuntevia johtamiskäytäntöjä. Jos hoitajat eivät saa työssään tukea, se vaikuttaa heidän työtehoonsa kielteisesti. (Drach-Zahavy 2004, 15.) Työn organisointiin

liittyvillä tekijöillä, kuten työjärjestelyillä ja johtamisella, on vaikutusta hoitajien jakamiseen työssään (Utriainen & Kyngäs 2008, 45). Yksilövastuisen hoitotyön toteuttamisessa johtajan merkitys korostuu hoitotyön edellytysten luojana ja hoitajien tukijana (Kalasniemi, Kuivalainen & Ryhänen 2004, 22, 27). Hoitotyön johtajuudella on keskeinen merkitys sekä hoitohenkilöstön työasenteisiin että heidän sitoutumiseensa työhönsä (Kanste 2011, 34).

### **2.3 Rakenne-, prosessi- ja tulostekijät yksilövastuisessa hoitotyössä**

Yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus työnjärjestelytapoina ovat Donabedianin (1980) rakenne-, prosessi- ja tulostekijöiden (RPT-malli) mukaisesti rakennetekijöitä. Prosessitekijöitä ovat omahoitajan tehtävät, eli hoidon tavoitteiden asettaminen, suunnittelu, kirjaaminen, toteutus ja arviointi. Seuraukset, esimerkiksi potilaan tyytyväisyys, ovat tulostekijöitä. (Munnukka 1993, 27.)

Professori Avedis Donabedianin (1919 - 2000) tutkimustyön kohteena oli koko hänen uransa ajan terveydenhuollon laadun arviointi ja siihen liittyvät tekijät. Hän julkaisi kriittisiä artikkeleita laadun määritelmästä ja sen suhteesta hoitotyön prosessi- ja lopputulostekijöihin. (Sunol 2000, 452.) Donabediania pidetään kansainvälisesti rakenne-, prosessi- ja tulostekijöiden kehittäjänä. Hän määrittelee tuloksen muutokseksi, joka johtuu edeltävästä hoidosta. Jo vuonna 1969 Donabedian on ollut sitä mieltä, että hoitoprosessin olennaisten piirteiden lisäksi tulisi tarkastella laajempia prosesseja. (Munnukka 1993, 21.)

Vuonna 1980 kirjoittamassaan kirjassa Donabedian on määritellyt, mitä ovat rakenne-, prosessi- ja tulostekijät. Johtopäätöksensä hän esittää, että ne ovat ketju, jossa rakenteet mahdollistavat toiminnan (prosessin), joka puolestaan mahdollistaa lopputuloksen. Jos halutaan kehittää toimintaa, täytyy tarkastella prosessia, joka johti ei-toivottuihin lopputuloksiin. Virheet toiminnassa johtavat yleensä rakennetekijöiden tarkasteluun: mitkä rakenteelliset ominaisuudet myötävaikuttivat ei-optimaaliseen käyttäytymiseen. Rakenne-, prosessi- ja tulostekijät ovat keskinäisessä yhteydessä. (Donabedian 1980, 121 - 122.)

RPT-mallia (rakenne-prosessi-tulos) on hyödynnetty myös suomalaisessa tutkimuksessa, esimerkiksi Munnukka (1993) ja Tervo-Heikkinen (2008). Sitä on käytetty myös sairaalan vetovoimaisuutta käsittelevissä tutkimuksissa (Kramer & Schmalenberg 2004, Wolf & Greenhouse 2007). Kuvaan seuraavaksi Donabedianin määrittelemiä rakenne-, prosessi- ja tulostekijöitä, jotka löytyvät tarkemmin laatimastani analyysirungosta liitteestä yksi (liite 1). Donabedian (1980) jaottelee kirjassaan rakenne-, prosessi- ja tulostekijät neljään eri osa-alueeseen: hoidon saatavuus, tekninen johtaminen, ihmistenvälisen toiminnan johtaminen ja hoidon jatkuvuus. Näihin kaikkiin osa-alueisiin kuuluvat rakenne-, prosessi- ja tulostekijät. Tulostekijät hän jakaa vielä potilas- ja hoitajalähtöisiin tekijöihin. (Donabedian 1980, 95 - 97.)

**Rakennetekijöillä** tarkoitetaan suhteellisen vakaita hoidon tarjoajien resursseja, kuten potilaan hoidossa käytettäviä välineitä ja inhimillisiä voimavaroja sekä toimintaympäristön rakenteellisia olosuhteita, joissa sairaanhoitajat hoitavat potilaita oman työnjakomallinsa mukaisesti. Donabedian arvioi hyvät rakennetekijät tärkeimmiksi hyvän hoidon tarjoamisen edellytyksiksi. Rakennetekijät koskevat myös hallinnollisia organisaatioita sekä hoitajien ja muiden hoidon tarjoajien pätevyysvaatimuksia. Myös kansalaisten sairausvakuutus on eräs rakennetekijöistä. Niitä ovat myös hoitotyöntekijöiden työtavat – työ itsenäisesti tai ryhmässä – sekä heidän palkkauksensa. Rakennetekijöihin sisältyy myös se, kuinka henkilökunta on organisoitu sairaalassa. (Donabedian 1980, 81 - 82.)

**Prosessitekijät** sisältävät kaikki hoitajan toiminnot hänen hoitaessaan potilasta sekä toiminnan vaikutukset potilaan ja siten myös koko yhteiskunnan terveyteen ja hyvinvointiin. Ihmisten välisessä kanssakäymisessä ovat läsnä arvot, eettiset periaatteet ja säännöt. Erityisesti nämä korostuvat hoitotyön ammattilaisten ja asiakkaiden välisissä suhteissa. (Donabedian 1980, 80.) Yleisesti prosessitekijät perustuvat hyväksytyihin sääntöihin ja henkilön subjektiivisiin mielipiteisiin. Osittain tästä syystä johtuen hoitotyössä onkin kiinnitetty erityistä huomiota prosessitekijöiden tunnistamiseen ja niiden laadun mittaamiseen. (Shiber & Larson 1991, 58.)

**Lopputulostekijöillä** tarkoitetaan muutosta potilaan tämänhetkisessä ja tulevaisuuden terveydentilassa, joka voidaan lukea kuuluvaksi edeltävään terveydenhuoltoon. Lopputulostekijöihin kuuluvat potilaiden asenteet omaa terveyttään ja saamaansa hoitoa koh-

taan mukaan luettuna tyytyväisyys hoitoon, potilaan hankkima terveysneuvonta ja sen aiheuttamat muutokset terveyskäyttäytymisessä. Kaikki edellä mainitut tekijät voivat olla nykyhetken terveyden ja tulevaisuuden terveyden edistäjiä. (Donabedian 1980, 82 - 83.) Potilaan hoitamisen lopputulostekijöihin kuuluvat ihmisen kasvu ja kehitys, kyky selviytyä sairauden kanssa sekä kyky kohdata yksilölliset tarpeet sairauden ja heikkouden edessä. Nämä lopputulokset ovat konkreettisia hoitotyön tavoitteita. (Shiber & Larson 1991, 58.)

### **3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tämä opinnäytetyö on osa PPSHP:n, Oulun yliopistollisen sairaalan, lasten ja nuorten vastuualueen yksilövastuisen hoitotyön (YvHt) kehittämishanketta (Korhonen & Kangasniemi 2010). Hankkeen (2005 - 2014) tarkoituksena on kehittää yksilövastuisen hoitotyön työmallia sekä teoreettisena rakenteena että käytännön toiminnassa. Tavoitteena on tuottaa tietoa yksilövastuisen hoitotyön rakenteesta ja prosessista työmallin kehittämiseen siten, että organisaation hyvän hoidon perustehtävä voidaan toteuttaa olemassa olevissa olosuhteissa.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata mukailun systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla yksilövastuisen hoitotyön rakenne-, prosessi- ja tulostekijöitä. Jo vuonna 1991 tutkijat Shiber ja Larson ovat todenneet, että tutkimuksellisesti on järkevää ja hyödyllistä siirtyä tarkastelemaan prosessi- ja tulostekijöiden välisiä yhteyksiä pelkän hoitotyön prosessin tarkastelemisen sijaan (Shiber & Larson 1991, 58).

Yksilövastuisen hoitotyön vaikuttavuutta on myös tutkittu, mutta näiden tutkimusten ongelmana on ollut se, että se ymmärretään yhteismitallisena, jolloin käytännön hoitotyössä käytössä olevan työmallin ajatellaan johtavan tuloksiin (Thomas & Bond, 1991, 291, Kramer & Schmalenberg 2005, 189). Edellä mainittujen tutkijoiden linjaukset ovat yhä myös tämän päivän yksilövastuisen hoitotyön tutkimukseen ja kehittämiseen liittyviä ongelmia, ja niiden vuoksi opinnäytteeni aihe koettiin YvHt:n kehittämishankkeessa tarpeelliseksi. Tavoitteena on saada tutkimusartikkeleista tietoa hoitotyön rakenne-, prosessi- ja tulostekijöistä, joiden avulla kehitetään yksilövastuisen hoitotyön työmallin teoreettista rakennetta ja käytännön toimintaa.

Tutkimuskysymykseni ovat: 1) millaisia rakennetekijöitä kuvataan yksilövastuista hoitotyötä käsittelevissä tutkimuksissa, 2) millaisia prosessitekijöitä kuvataan yksilövastuista hoitotyötä käsittelevissä tutkimuksissa ja 3) millaisia tulostekijöitä kuvataan yksilövastuista hoitotyötä käsittelevissä tutkimuksissa. Opinnäytettäni ohjaavat yliopettaja Pirkko Sandelin, hanketta johtava kliinisen hoitotieteen asiantuntija Anne Korhonen ja osasto 35:n osastonhoitaja Raija Taskinen.

## 4 SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS

Tämän opinnäytetyön toteutin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmällä. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen luotettavasti vaatii vähintään kahden tutkijan yhteistyötä. Heidän tulee tuntea systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmä ja heidän merkityksensä korostuu erityisesti tutkimusten valinta- ja poistamisvaiheessa. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46, Kranke 2010, 766.) Opinnäytetyössäni käytän termiä *mukailtu systemaattinen kirjallisuuskatsaus*, koska tein sen yksin ja se ei täytä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden takaamiselle vaadittua kriteeriä.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa tiivistetään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan kriittisesti tiedon laatua ja syntetisoidaan tuloksia rajatusta ilmiöstä kattavasti. Systemaattinen katsaus on itsenäinen tutkimus, ja siinä pyritään toistettavuuteen ja virheettömyyteen. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus noudattaa tieteellisen tutkimuksen periaatteita perustuen tutkimussuunnitelmaan, ollen toistettavissa ja pyrkien vähentämään systemaattista harhaa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tutkimusprosessi, jonka vaiheet ovat nimettävissä ja jokainen vaihe rakentuu järjestelmällisesti edeltävään vaiheeseen. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen kuuluvat seuraavat vaiheet: 1) tutkimussuunnitelman tekeminen, 2) tutkimuskysymyksen määrittäminen, 3) alkuperäistutkimusten hakeminen, 4) tutkimusten valinta ja laadun arviointi, 5) alkuperäistutkimusten analysointi ja 6) tulosten esittäminen. (Kääriäinen & Lahtinen, 2006, 39.) Kuvaan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja niiden tehtävät seuraavassa taulukossa Kääriäisen ja Lahtisen (2006) artikkelin mukaan (Taulukko 1).



*TAULUKKO 1. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja tehtävät (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39)*

<b>Vaihe</b>	<b>Tehtävä</b>
Tutkimussuunnitelman tekeminen	Ohjaa koko tutkimusprosessin etenemistä.
Tutkimuskysymyksen määrittäminen	Kertoo, mihin kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan ja määrittää kirjallisuuskatsauksen tavoitteen.
Alkuperäistutkimusten hakeminen	Kohdistetaan haut tutkimussuunnitelman mukaisesti niihin tietolähteisiin, joista oletetaan saatavan tutkimuskysymyksen kannalta oleellista tietoa.
Tutkimusten valinta ja laadun arviointi	Määritellään tarkat sisäänottokriteerit ja laadun arvioinnin peruskriteerit.
Alkuperäistutkimusten analysointi	Vastataan mahdollisimman kattavasti, objektiivisesti, ymmärrettävästi ja selkeästi tutkimuskysymykseen.
Tulosten esittäminen	Esitetään tulokset systemaattisesti ja kuvailevasti.

#### **4.1 Hakustrategia ja valintakriteerit**

Tutkimuskysymyksiin perustuva tutkimusten hakeminen tehdään systemaattisesti ja kattavasti: haut kohdistetaan tutkimussuunnitelman mukaisesti niihin tietolähteisiin, joista oletetaan saatavan tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40). Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi tutkijan on syytä käyttää vain alkuperäislähteitä ja valita vain mahdollisimman tasokkaita tieteellisiä julkaisuja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 69 - 71).

##### **4.1.1 Tietokannat**

Mukailun systemaattisen kirjallisuuskatsaukseni aineiston hankinnassa käyttämäni tietokannat olivat Medic, Cinahl, Ovid ja Medline. **Medic** on kotimainen terveystieteellinen tietokanta, jota on tuottanut vuodesta 1978 alkaen Terveystieteiden keskuskirjasto

(Terkko). Medic sisältää viitteitä suomalaisesta hoitotieteellisestä kirjallisuudesta: artikkeleista, kirjoista, väitöskirjoista, opinnäytteistä ja tutkimuslaitosten raporteista. (Tähtinen 2007, 30 - 32.) **CINAHL** (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) on hoitotyöntekijöille tarkoitettu elektroninen tietokanta. Se on kansainvälinen hoitotieteen viite- ja tiivistelmätietokanta, joka sisältää myös terveydenhuollon hallintoa ja koulutusta sisältävää aineistoa. Se päivitetään 12 kertaa vuodessa. (Polit & Beck 2008, 111, Tähtinen 2007, 30 - 32.) **Ovid**- tietokanta päivitetään neljä kertaa vuodessa ja tätä tietokantaa käytettäessä voi samalla kertaa hakea myös Medline, Cinahl- ja Cochrane Library -tietokannat (Tähtinen 2007, 30 - 32). Oulun seudun ammattikorkeakoulun, sosiaali- ja terveystieteiden yksikön kirjastossa CINAHL-tietokanta on EBSCO HOST -hakuohjelman tietokanta. Cinahl-tietokannan kautta voi hakea terveydenhuollon artikkeleiviitteitä. Lisäksi OVID-tietokannasta löytyi **Medline**-tietokanta, jota myös käytin tiedonhaussa. Medline on kansainvälinen tietokanta, ja sitä voi käyttää useilla eri hakuliittymillä (Tähtinen 2007, 31).

Medic-tietokannassa käytin asiasanahakua. Cinahl-tietokannassa oli käytössä Advanced search eli tarkennettu haku ja Word in subject heading eli asiasanakenttä. Ovid-tietokannassa oli käytössä Your Journals Ovid, koko teksti -tietokanta ja Multi-field search eli monikenttähaku. Medline-tietokannassa oli käytössä rajausta vuodesta 1996 vuoteen 2011 asti, monikenttähaku ja asiasanakenttä. Kaikissa tietokantahauissa käytin tutkimussuunnitelmassa määriteltyjä rajoituksia.

#### **4.1.2 Hakusanat**

Kirjallisuuskatsauksessani hakusanoja olivat yksilövastuinen hoitotyö, primary nursing ja sairaala, hospital, jotka yhdistin Donabedianin (1980) RPT-mallin mukaisesti sanoihin rakenne, structure, prosessi, process ja lopputulos, outcome. Jokaisessa tietokantahaussa käytin englanninkielisiä hakusanoja. Ennen ensimmäistä tiedonhaun aloittamista tarkistimme informaattikon kanssa asiasanat MeSH:sta eli Medical Subject Headings -asiasanastosta. Asiasanasto päivitetään vuosittain (Tähtinen 2007, 18).

Medic-tietokantahakua varten jouduin tarkentamaan asiasanoja, ja ne olivat primary nursing care, hospitals, structure-activity relationship, nursing process ja outcome assessment. Muissa tietokannoissa valitut hakusanat olivat määriteltyjä asiasanoja. Ra-

kennetekijöiden hakemisessa käytin Medic-tietokannassa myös sanoja organizational structure ja models, organizational, koska hakutulokset olivat kotimaisessa tietokannassa erittäin niukat. Hakusanat yhdistin jokaisessa tietokannassa Boolean logiikalla, jossa hakutermejä ja lausekkeita yhdistetään operaattoreilla AND, OR ja NOT (Tähtinen 2007, 24). Näin hakutermit muodostuivat seuraavasti: a) primary nursing care AND hospitals AND structure/structure-activity relationship/organizational structure/models, organizational, b) primary nursing care AND hospitals AND nursing process/process, c) primary nursing care AND hospitals AND outcome assessment/outcome.

#### **4.1.3 Alkuperäistutkimusten valintakriteerit**

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laatijan on arvioitava tehtyjen tutkimusten ikää, rajata tiedonhakua ajallisesti sekä käyttää tuoretta tietoa tutkimuksen perustana (Kankunen & Vehviläinen- Julkunen, 2009, 70). Jo tutkimussuunnitelmassa määritetään kriteerit katsaukseen hyväksyttävälle tutkimuksille. Valintakriteerit kuvataan tarkasti ja täsmällisesti, jotta ehkäistään systemaattisia virheitä. Valintakriteerien tulee olla johdonmukaiset ja tarkoituksenmukaiset tutkittavan aiheen kannalta. (Eriksson ym. 2007, 119, Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 48.) Pelkästään sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaan ei ole mahdollista löytää olennaisia tutkimuksia, vaan lisäksi tarvitaan selkeästi laaditut tutkimuskysymykset (Kranke 2010, 765).

Kriteerien laadinnassa asetin valittaville tutkimuksille tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Tutkimusten tuli käsitellä yksilövastuista hoitotyötä ja sen rakennetekijöitä, prosessitekijöitä ja tulostekijöitä. Tutkimuksen tuli olla hoitotieteellinen tutkimus, joka oli julkaistu hoitotieteellisessä tutkimuskirjallisuudessa, ja sen julkaisuvuosi tuli ajoittua vuoden 2003 ja 2010 välille. Tutkimuksen kohteena olivat aikuiset yli 18-vuotiaat potilaat ja tutkimuskohteena oli sairaala ja sairaalavuodeosasto. Tutkimuksen julkaisukieli tuli olla suomi tai englanti. Mikäli tutkimus ei ollut hoitotieteellinen tutkimus eikä ollut saatavilla ilman maksullista korvausta, käsitteli psykiatrasta hoitotyötä, lastenhoitotyötä tai tehohoitotyötä, oli julkaistu muulla kuin suomen tai englannin kielellä ja ei ollut julkaistu hoitotieteellisessä tutkimuskirjallisuudessa, rajautui se pois tutkimusaineistosta. Taulukossa 2 esittelen laatimani sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

## TAULUKKO 2. Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
- tutkimus käsittelee yksilövastuista hoitotyötä ja sen rakenne-, prosessi- ja tulostekijöitä	- tutkimus ei ole hoitotieteellinen tutkimus
- tutkimus on hoitotieteellinen tutkimus	
- tutkimus on julkaistu vuosina 2003 - 2010	- tutkimus ei ole saatavilla ilman maksullista korvausta
- kohdejoukkona ovat aikuiset yli 18-vuotiaat potilaat	- tutkimus käsittelee psykiatrista hoito-, lastenhoito- tai tehohoitotyötä
- tutkimuksen kohteena ovat sairaala ja sairaalavuodeosasto	- tutkimus on julkaistu muulla kuin suomen tai englannin kielellä
- tutkimus on julkaistu hoitotieteellisessä tutkimuskirjallisuudessa	- tutkimusta ei ole julkaistu hoitotieteellisessä tutkimuskirjallisuudessa
- tutkimuksen julkaisukieli on suomi tai englanti	

### 4.2 Tutkimusten valitseminen kriteerien mukaan

Ensimmäinen aineistonhaku mukailtua systemaattista kirjallisuuskatsausta varten tapahtui Oulun seudun ammattikorkeakoulun, sosiaali- ja terveystieteiden yksikön kirjastossa informaation ohjauksessa 30. marraskuuta 2010. Ennen tiedonhaun toteuttamista toimitin informaattikolle tarvittavat tiedot opinnäytetyöstäni: aiheen, tutkimuskysymykset, hakusanat ja kirjallisuuskatsaukseen valitsemani tietokannat. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit kävimme läpi ennen tiedonhaun aloittamista. Olin hakenut tietoa jo aikaisemminkin kaksi kertaa informaation ohjauksessa mutta tutkimuskysymyksiäni muuttuessa halusin parantaa opinnäytetyöni luotettavuutta käyttämällä asiantuntijaa tutkimustiedon hakemisessa. Ohjaustilanteessa toimin itse aktiivisesti tietokantojen käyttäjänä ja kirjasin tarkasti ylös informaation antamat neuvot. Hän oli tiedonhaussa mukana yhteensä kaksi tuntia. Päivityshaun tein itsenäisesti tammi-helmikuussa 2011 oppilaitoksemme elektronisten tietokantojen etäkäyttömahdollisuutta hyödyntäen.

Seuraavaksi käyn läpi mukaillun systemaattisen kirjallisuuskatsaukseni aineistonkeruuprosessin rakenne-, prosessi- ja lopputulostekijöittäin. Esitän tietokantojen hakutulosten lukumäärät taulukossa 3 ja sen jälkeen kuvaan yksityiskohtaisesti hakuprosessin, joka sisältää myös tässä vaiheessa valintakriteerien mukaisesti sisäännotetut tutkimukset ja poissuljetut tutkimukset, joiden lukumäärät löytyvät myös taulukosta 3.

*TAULUKKO 3. Kirjallisuushaun tulokset tietokannoista*

<b>Hakusanat</b>	<b>Medic*</b>	<b>Ci- nahl</b>	<b>Ovid</b>	<b>Med- line</b>	<b>Yh- teensä</b>	<b>Kritee- rien mu- kaan poistetut</b>	<b>Jäi</b>
primary nursing and hospitals and structure/structure-activity relationship*/organizational structure*/models, organizational*	1	1	47	0	49	35	14
primary nursing and hospitals and process/nursing process	1	4	75	13	93	71	22
primary nursing and hospitals and outcome/outcome assessment	0	1	40	4	45	29	16

\*Vain Medic-tietokannassa käytettyjä hakusanoja.

#### **4.2.1 Rakennetekijät**

Rakennetekijöiden hakemisen aloitin Medic-tietokannasta asiasanahakuna ja määritelyjä rajauksia käyttäen. Viitteitä ei löytynyt määritellyillä hakusanoilla yhtään kappaletta. Kokeilin hakua uudelleen jättämällä sanan hospitals pois. Tuloksia ei tullut yhtään kappaletta. Kokeilin etsiä rakennetekijöitä koskevia artikkeleita käyttämällä structure-sanasta termiä organizational structure ja models organizational ja jätin sanan hospitals pois. Tuloksena oli yksi viite, joka oli pro gradu -tutkielma, jonka jätin kriteerien mu-

kaisesti pois kirjallisuuskatsauksestani. Medline-tietokanta ei antanut yhtään hakutulosta.

Cinahl-tietokannassa valitsin hakukentäksi Advanced Search eli tarkennettu haku ja asiasanakentät ”Word in subject heading”. Ensimmäinen rakennetekijöiden haku ei antanut yhtään tulosta. Jätettyäni sanan hospitals pois tuloksena tuli yksi artikkeli, joka käsitteli syöpäpotilaiden poliklinikkahoitoa. Määriteltyjen kriteerien mukaisesti artikkeli rajautui pois kirjallisuuskatsauksestani, koska tutkimus käsitteli syöpäpotilaiden avohoittoa.

Ovid-tietokannassa käytin kokotekstitietokantaa Your Journals Ovid, multi-field search eli monikenttähaku ja all fields eli kaikki kentät. Tuloksia tuli **47**. Kävin tulokset läpi lukemalla otsikot ja tiivistelmät. Valitsin yhteensä **14** tutkimusartikkelia lähempää tarkastelua varten tiivistelmien perusteella. Artikkelit käsittelivät syöpähoitajien autonomisuutta, hoitotyön rakennetta, prosessia ja lopputulosta, kliinistä autonomiaa mahdollistavia rakenteita, magneettisairaaloiden rakennetta, hoitotyön yksiköiden erityispiirteitä ja lopputuloksia, hoitotyön laatua, hoitotyön mallia potilaiden turvallisuudeksi, omahoitajuutta, potilaan ja organisaation lopputulosten välistä suhdetta, työn organisointia ja stressitekijöitä, organisaation muutosta ja hoitotyön mallien arviointia, hoitotyön organisointia, hoitotyön malleja, hoitotyötä ja laadukkaita lopputuloksia ja hoitotyön mallien arviointia SARS-epidemian aikana. Rakennetekijöitä koskeva tiedonhaku tuotti **33** viitettä, jotka eivät täyttäneet sisäänottokriteerejä. Nämä viitteet ovat kuvaan taulukossa neljä (Taulukko 4).

TAULUKKO 4. Poissuljetut rakennetutkimukset Ovid-tietokannasta

Poistetun tutkimuksen aihe	Lukumäärä
hoitotyö teoria	1
lastenhoitotyö	3
psykiatrinen hoitotyö	2
akuutti, kriittinen hoitotyö	9
työturvallisuus	1
radiologinen hoitotyö	2
rekisteröidyt hoitajat ja avustava henkilöstö	1
hoitotyön koulutus	1
kansainvälisesti koulutettujen hoitajien osuus USA:ssa	1
hoitajan ja lääkärin välinen yhteistyö	2
hoitotyön ympäristön ja hoitajien persoonallisuuden vaikutusta hoitotyöhön	1
työtyytyväisyys	1
periooperatiivinen hoitotyö	1
organisaatioiden infrastruktuuri	1
hoitotyö ilmiönä	1
satunnaisotanta tutkimuksissa	1
hoitajien ajankäyttö	1
mukavuus	1
hoidon koordinoinnin strategia	1
laadullinen tutkimus hoitotyön kehittämisessä	1

#### 4.2.2 Prosessitekijät

Medic-tietokanta ei antanut yhtään tulosta hakiessani prosessitekijöihin liittyviä tutkimuksia. Kun hospitals-sanan jätti pois, osumia tuli yksi. Viite oli yksilövastuista hoitotyötä käsittelevä kirja, jota en valinnut kirjallisuuskatsaukseen, koska kyseessä ei ollut hoitotieteellinen tutkimus, vaan esimerkiksi lähihoitajien koulutukseen soveltuva oppikirja. Cinahl-tietokannasta ei löytynyt yhtään viitettä. Kun jätin sanan hospitals pois, tuloksia tuli yhteensä neljä kappaletta. Kaksi viitettä käsitteli yksilövastuista hoitotyötä; toinen käsitteli yksilövastuista hoitotyötä Puolassa ja toinen hoitotyötä vanhainkodeissa. Kriteerit täytti vain puolalainen tutkimus. Kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle rajautui kolme tutkimusta; vanhainkotihoitotyötä käsittelevä artikkeli, vanhusten hoitotyötä psykiatrialisella osastolla vanhainkodissa käsittelevä artikkeli ja hoitotyön prosessin perusrakenteita Japanissa käsittelevä artikkeli.

Ovid-tietokannasta tuli prosessitekijöitä haettaessa **75** osumaa. Kävin tulokset läpi lukemalla otsikot ja tiivistelmät. Valitsin tiivistelmien perusteella tarkasteltaviksi yhteensä **19** tutkimusta. Artikkelit käsitelivät syöpähoitajien autonomisuutta, interventioiden tuloksia ja sairaalahoitotyön ympäristön parantamista, hoitotyön rakennetta, prosessia ja lopputulosta, kliinistä autonomiaa mahdollistavia rakenteita, hoitotyön mallien arviointia SARS-epidemian aikana, hoitotyön laatua ja potilastyytyväisyyttä, magneettisairaaloiden rakennetta, ei-traditionaalisia hoitotyönmalleja, ammatillisia hoitokäytäntöjä sairaalolosuhteissa, hoitotyön yksiköiden erityispiirteitä ja hoitotuloksia, hoitotyön laatua, hoitotyön mallia potilaiden turvallisuudeksi, omahoitajuutta, potilaan ja organisaation lopputulosten välistä yhteistyösuhdetta, hoitokäytäntöjä ja potilastyytyväisyyttä, työn organisointia ja stressitekijöitä, organisaatioiden muutosta ja hoitotyön mallien arviointia, hoitotyön organisointia ja hoitotyön malleja, hoitotyötä ja laadukkaita lopputuloksia. Kuvaan poissuljetut tutkimukset seuraavassa taulukossa viisi (Taulukko 5).



TAULUKKO 5. Poissuljetut prosessitutkimukset Ovid-tietokannasta

Poistetun tutkimuksen aihe	Lukumäärä
hoitotyön sähköinen dokumentointi ja teknologia	2
lastenhoitotyö	3
psykiatrinen hoitotyö	3
akuutti, kriittinen hoitotyö	14
syövän patofysiologia	1
syöpäpotilaan avohoitotyö	1
käsihygieniä	1
hoitotyön johtajuus	1
pääkirjoitus	1
hoitotyön teoria	2
deliriumpotilaiden hoito	1
kulttuurinen kompetenssi hoitotyössä	1
insuliinihoito	1
hoitotyön poliittiset linjaukset USA:ssa	1
radiologia	1
hoitotyön kirjaaminen	1
perioperatiivinen hoitotyö	2
rekisteröidyt hoitajat ja avustava henkilöstö	1
lumen-katetriin huuhtelu	1
hoitajien työaika	1
hoitajan ja lääkärin välinen yhteistyö	3
hoitotyön koulutus	1
hoitajan urakehitys	1
sairaalaorganisaation mittasuhteet ja organisaatioiden infrastruktuuri	2
laadullinen tutkimus hoitotyön kehittämisessä	1
satunnaisotanta tutkimuksissa	1
osastonhoitajan ja vastuuhoidajan välinen yhteistyö	1
hoitajien ajankäyttö	1
mukavuus	1
virtsatieinfektioiden hoito	1
hoitajien lääkelaskutaidot	1
hoidon poikkitieteellinen koordinointi	1

Medline-haku antoi kolme tulosta, joista yksi koski hoitotyön dokumentointia ja kaksi artikkelia käsitteli psykiatrasta hoitotyötä. Kun sanan hospitals jätti pois, tuli 13 osumaa. Kävin tiivistelmät läpi ja valitsin kaksi tutkimusta tarkasteltavaksi. Ne käsittelivät yksilövastuista hoitotyötä Puolassa ja potilaskeskeistä hoitoa ja hoitotyön laatua Alankomaissa. Kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle rajautuivat seuraavat tutkimukset: kaksi maksullista artikkelia, jotka käsittelivät munuaispotilaiden hoitotyön lopputuloksia, käytännön erityispiirteitä ja voimaantumista, omahoitajan työn laadun parantamista koskeva artikkeli, joka oli julkaistu lääketieteellisessä lehdessä, saksankielinen tutkimusartikkeli, psykiatrasta hoitotyötä koskevat artikkelit (3), yksi hoitotyön dokumentointia kos-

keva artikkeli, psykogeriatrissa hoitotyötä koskeva artikkeli, kättilöhoitotyötä koskeva artikkeli ja syöpäpotilaiden avohoitoa käsittelevä tutkimus.

### 4.2.3 Tulostekijät

Medic-tietokanta ei antanut tulostekijöitä haettaessa yhtään viitettä. Jättämällä sanan hospitals pois ei tullut yhtään tulosta. Cinahl-tietokanta antoi yhden hakutuloksen. Artikkelit koski sairaaloiden organisaatioiden rakenteiden vaihtelevuutta ja potilaiden käsitteitä yksilöllisestä hoidosta Suomessa. Valitsin artikkelin tarkempaa tarkastelua varten.

Ovid-tietokantahaku antoi yhteensä **40** tulosta, joista valitsin tiivistelmien perusteella **14** tutkimusta tarkasteltaviksi: interventtioiden tuloksia ja sairaalahoitotyön ympäristön parantamista, hoitotyön rakennetta, prosessia ja lopputulosta käsittelevä tutkimus, kliinistä autonomiaa käsittelevä tutkimus, hoitotyön laatua ja potilas tyytyväisyyttä käsittelevä tutkimus, magneettisairaaloiden rakennetta käsittelevä tutkimus, ei-traditionaalisia hoitotyön malleja käsittelevä tutkimus, ammatillisia hoitokäytäntöjä sairaalolosuhteissa, organisaation mittasuhteet sairaalan hoitokäytännössä, hoitotyön yksiköiden erityispiirteitä ja hoitutuloksia, hoitotyön mallia potilasturvallisuudeksi, omahoitajuutta, potilaan ja organisaation lopputulosten välistä yhteistyösuhdetta, organisaatioiden muutosta ja hoitotyön mallien arviointia ja hoitotyön malleja, hoitotyötä ja laadukkaita lopputuloksia. Viitteistä rajautuivat pois seuraavat tutkimukset, jotka kuvaan taulukossa kuusi (Taulukko 6).

## TAULUKKO 6. Poissuljetut tulostutkimukset Ovid-tietokannasta

Poistetun tutkimuksen aihe	Lukumäärä
hoitotyö teoria	3
psykiatrinen hoitotyö	2
akuutti, kriittinen hoitotyö	9
hoitotyön johtajuus	1
radiologinen hoitotyö	2
rekisteröidyt hoitajat ja avustava henkilöstö	1
hoitajan ja lääkärin välinen yhteistyö	2
kirja-arvio (Book review)	1
mukavuus	1
hoitotyön kieli	1
hoidon poikkitieteellinen koordinointi	1
virtsatieinfektioiden hoito	1
pääkirjoitus (Editorial)	1

Medline-haku antoi neljä tulosta, joista valitsin yhden tutkimuksen tarkasteltavaksi. Artikkelin käsitteli sairaaloiden organisaatioiden vaihtelevuutta ja potilaiden käsityksiä yksilöllisestä hoidosta Suomessa. Artikkelin oli sama, joka oli tullut myös CINAHL-tietokantahaun yhteydessä. Viitteistä kaksi käsitteli psykiatrista hoitotyötä ja yksi oli maksullinen (Pay Per View) artikkeli, joka käsitteli ikääntyvien, kroonista sairautta sairastavien potilaiden uusia hoitotyömalleja. Nämä tutkimukset jätin kriteerieni mukaisesti pois kirjallisuuskatsauksestani.

### 4.3 Manuaalinen haku

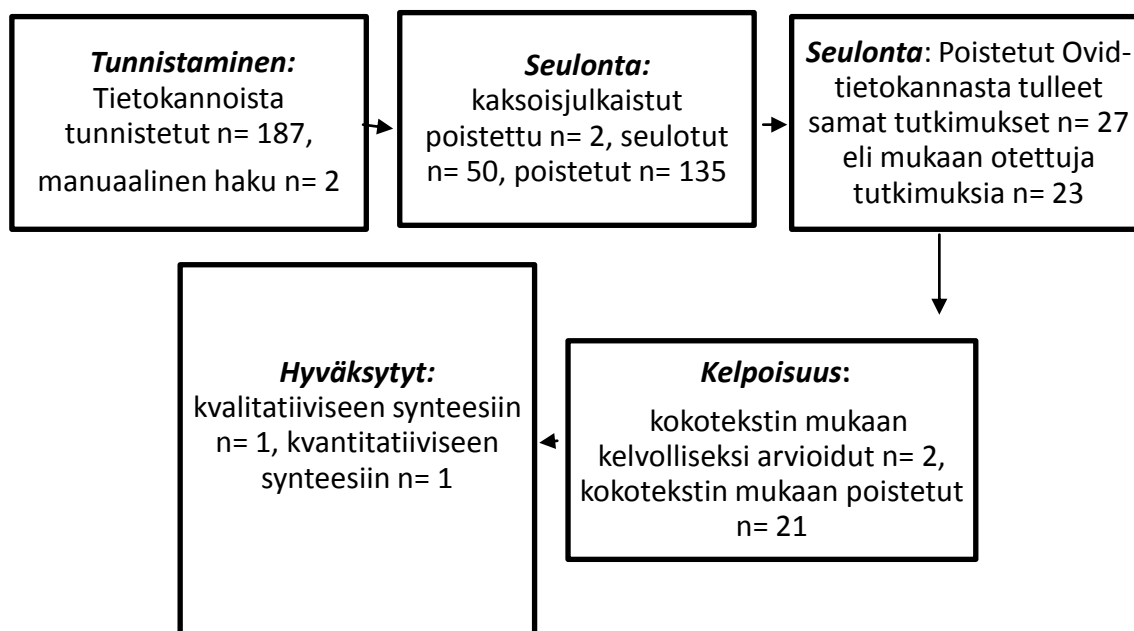
Manuaalinen tiedonhaku täydentää tietokantahakua, koska vain osa relevanteista alkuperäistutkimuksista löydetään elektronisesti. Manuaaliseen hakuun valitaan rajatulta ajalta tutkimuskysymysten kannalta esimerkiksi keskeiset lehdet ja tutkimusten lähde luettelot. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40 - 41.) Kirjallisuuskatsaukseni varten kävin läpi *Hoitotiede* ja *Tutkiva hoitotyö* -lehdet vuodesta 2008 helmikuuhun 2011 saakka. *Hoitotiede*-lehdistä ei löytynyt yhtään tutkimusta katsaukseni varten. *Tutkiva hoitotyö*-lehdistä löytyi kaksi yksilövastuista hoitotyötä käsittelevää tutkimusta. Toinen käsitteli yksilövastuista hoitotyötä psykiatrisessa hoitotyössä ja toinen lastenhoitotyössä. Molemmat rajautuivat kriteerieni mukaisesti pois kirjallisuuskatsauksestani.

#### 4.4 Yhteenveto hakutuloksista

Otsikoiden ja tiivistelmien lukemisen perusteella tietokantojen antamista **yhteensä 187** viitteestä karsin pois kriteerien mukaisesti yhteensä **135** tutkimusta eli jäljelle jäi yhteensä **52** tutkimusta. Hakiessani vastauksia kolmeen eri tutkimuskysymykseen tuli Ovid-tietokantahaussa vastaan samoja tutkimuksia. Näin esimerkiksi yksi ja sama tutkimus antoi vastauksia kaikkiin kolmeen tutkimuskysymykseeni. Kun laskin tarkasteltavien tutkimusten kokonaismäärän poistaen sekä kaksoisjulkaistut tutkimukset, joita oli yhteensä kaksi ja Ovid -tietokannasta saadut ja tarkasteltavaksi valitut samat tutkimukset, tuli tutkimusten lukumääräksi yhteensä **23** tutkimusta.

Seuraavaksi hankin valitsemistani tutkimuksista kokotekstit ja luin tutkimukset läpi. Kokotekstien tarkastelun jälkeen ilmeni, että vain **kaksi** tutkimusta täytti sisäänottokriteerit ja vastasi tutkimuskysymyksiini. Artikkelit käsittelivät uuden hoitotyön työnjakomallin kehittämistä (asiantuntija-artikkeli) ja hoitotyön organisointimallien ja stressin välisiä yhteyksiä Suomessa. Kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle rajautuneista 11 tutkimuksessa ei käsitelty yksilövastuista hoitotyötä lainkaan, ja ne eivät näin vastanneet tutkimuskysymyksiini. Muut tutkimukset rajautuivat pois käsitellen 1) potilaiden käsitäyksiä yksilöllisestä hoidosta, 2) psykiatrasta hoitotyötä vanhainkodeissa, 3) potilaskeskeistä hoitotyötä, 4) hoitajien ja apuhoitajien välistä työnjakohistoriaa, 5) akuuttia hoitotyötä (n=5) ja 6) syöpätautien polikliinista hoitoa.

Seuraavassa kuviossa esitän koko kirjallisuuskatsaukseni hakutulokset Kranken (2010) artikkelissa kuvatun systemaattisen katsauksen raportoiminen -ohjeen mukaisesti. Kranke (2010) nimeää katsauksen raportointivaiheet neljään eri osaan, ja ne ovat: tunnistaminen, seulonta, kelpoisuus ja hyväksyminen. Seulontavaiheessa oleva kaksoisjulkaisujen poistaminen tarkoittaa työssäni sitä, että kaksi tutkimusta tuli hakuvaiheessa esiin kahdessa eri tietokannassa ja poistin toisen tietokannan kaksi samaa tutkimusta.



Kuvio 1. Kirjallisuuskatsauksen raportoiminen mukaillen Kranke systemaattisen katsauksen raportointimallia (Kranke 2010, 767)

#### 4.5 Tutkimusten menetelmällisen laadun arviointi

Tutkimusten laadun arviointi kohdistuu niiden tutkimusmenetelmällisen laadun arviointiin. Kun tutkija on asettanut tutkimussuunnitelmassaan tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit, voidaan olettaa, että tutkimuskysymysten kannalta olennaiset tutkimukset löydetään. (Kranke 2010, 766.) Tutkimusten laadun arviointi muodostuu niiden metodologian laadun arvioinnista, joka sisältää tutkimuksen kaikki vaiheet edeten tutkimuskysymyksistä aina tulosten esittämiseen saakka. Laadun arvioinnissa olisi hyvä käyttää kahta tai useampaa toisistaan riippumatonta arvioijaa. Arvioinnin tukena voi käyttää itse kehitettyä tai valmista mittaria tai tarkistuslistaa. Mikäli käytetään jotakin mittaria, se tulisi testata etukäteen. (Kontio & Johansson 2007, 101 - 102, Kranke 2010, 766.)

Joanna Briggs Instituutti (JBI) on vuonna 1996 Australiassa perustettu monialainen, voittoa tavoittelematon tutkimus- ja kehittämisorganisaatio, jonka johtajana toimii Alan Pearson. Sen tarkoituksena on kehittää näyttöön perustuvaa toimintaa ja tuottaa siinä tarvittavia resursseja terveydenhuoltohenkilöstölle. Se tarjoaa myös välineitä järjestel-

mällisten kirjallisuuskatsausten laadintaan. (Joanna Briggs Institute, hakupäivä 16.3.2011.)

Suomen JBI:n yhteistyökeskus on usean eri toimijan verkosto. Sen isäntäorganisaationa toimii Hoitotyön tutkimussäätiö. Oulun yliopistollinen sairaala (OYS) on yksi JBI:n jäsenistä. (Hoitotyön tutkimussäätiö, Suomen JBI yhteistyökeskus, hakupäivä 8.5.2011.) JBI julkaisee sekä järjestelmällisiä katsauksia että niihin perustuvia suosituksia avuksi ja tueksi hoitotyön päätöksentekoa varten. Terveystieteiden haasteena onkin se, että esimerkiksi johtajat ja hoitotyön asiantuntijat osaisivat käyttää katsauksia ja suosituksia hoitotyön kehittämisessä potilaan parhaaksi. (Hovi, Saranto, Korhonen, Korhonen & Holopainen 2011, 38.) OYS:ssa on aloitettu keväällä 2011 JBI:n CONNECT-ohjelmiston koulutukset. Ohjelmisto sisältää JBI:n tuottamat järjestelmälliset katsaukset ja niihin perustuvat suositukset, potilasohjeet ja hoito-ohjeet (Hovi ym.2011, 38).

Työnantajani kautta sain mahdollisuuden käyttää tutkimusten laadun arvioinnin apuna JBI:n kirjallisuuskatsausten kriittiseen laadun arviointiin tarkoitettuja kriteerejä. Tutkimusten laadun arvioimisessa ja kvalitatiivisten tutkimusten kriittisessä arvioinnissa tarkastellaan seuraavia asioita: 1) taustafilosofia ja tutkimusmetodologia ovat linjassa toistensa kanssa, 2) tutkimusmenetelmät ja tutkimuskysymys/tavoite ovat linjassa toistensa kanssa, 3) tutkimusmenetelmät ja aineistonkeruumenetelmät ovat linjassa toistensa kanssa, 4) tutkimusmenetelmät ja sekä aineiston esittäminen ja analyysi ovat linjassa toistensa kanssa, 5) tutkimusmenetelmät ja tulosten tulkinta ovat linjassa toistensa kanssa, 6) tutkijan kulttuurinen tai teoreettinen asema on esitetty, 7) tutkijan vaikutus tutkimukseen ja päinvastoin on osoitettu/kerrottu, 8) osallistujat ja heidän äänensä on tuotu esiin asianmukaisesti, 9) tutkimus noudattaa ajantasaisia eettisiä kriteereitä ja 10) tutkimuksessa raportoidut johtopäätökset perustuvat aineiston analyysiin tai tulkintaan.

Kaikkia näitä kohtia arvioidaan suhteessa arvioinnin kohteena olevaan tutkimukseen asteikolla kyllä, ei, ei osaa sanoa. Kävin valintakriteerieni mukaisesti valitut kaksi tutkimusta läpi soveltaen tätä kvalitatiivisen tutkimuksen kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa myös kvantitatiiviseen tutkimukseeni. Ne saivat molemmat kahdeksan kyllä-merkintää, ja näin ne olivat JBI:n säännön 80/20-luvun mukaisia: 8/10 kyllä, 2/10 ei. Näin kirjallisuuskatsaukseni tulleet tutkimukset täyttivät JBI:n mukaiset laadun arvioinnin kriteerit.

#### 4.6 Tutkimusten analysointimenetelmänä deduktiivinen sisällön analyysi

Opinnäytetyössäni käytin analysointimenetelmänä deduktiivista sisällönanalyysiä. Sisällön analyysi on menetelmä, jolla voidaan järjestää ja yhdistää laadullista tietoa esiintuvien teemojen ja käsitteiden mukaan (Polit & Beck 2008, 750). Sisällön analyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikessa laadullisessa tutkimuksessa. Sitä voidaan pitää yksittäisenä metodina ja väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.)

Sisällön analyysi jaetaan **induktiiviseen** ja **deduktiiviseen** analyysiin. Induktiivinen tarkoittaa yksityisestä yleiseen ja deduktiivinen tarkoittaa yleisestä yksittäiseen. Aineiston analyysissä ne kuvaavat tutkimuksessa käytettävää päättelyn logiikkaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.) Hoitotieteessä induktiivinen sisällön analyysi on ollut enemmän käytössä, mutta esimerkiksi hoitotieteen tutkijat Elo ja Kyngäs (2008) arvioivat, että deduktiivinen analyysi vahvistuu teorioiden testaamisessa ja kehittämisessä (Elo & Kyngäs, 2008, 114, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134).

Sisällön analyysi voidaan muodostaa teorialähtöisesti eli deduktiivisesti: aineiston analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen, joka voi olla teoria tai käsitejärjestelmä. Analyysia ohjaa silloin jokin teema tai käsitekartta. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä muodostetaan analyysirunko. Se on strukturoitu, jolloin aineistosta kerätään vain niitä asioita, jotka sopivat analyysirunkoon. (Elo & Kyngäs 2008, 111, Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.) Käytin analyysirungon muodostamisessa apuna Donabedianin (1980) esittämää RPT-mallia, jossa on määritelty rakenne-, prosessi- ja tulostekijät. Analyysirunko on näin strukturoitu. Kirjallisuuskatsaukseni analyysirunko on kuvattuna liitteessä 1 (liite 1). Olen kuvannut Donabedianin (1980) RTP-mallia kappaleessa 2.3.

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

Mukaillun systemaattisen kirjallisuuskatsaukseni aineistoon tuli vain kaksi tutkimusta, jotka täyttivät sisäänottokriteerit ja vastasivat tutkimuskysymyksiini. Seuraavaksi esittelen tutkimukset ja kuvaan niissä käytetyt tutkimusmenetelmät. Sen jälkeen käyn läpi tutkimuksista löytyneet yksilövastuisen hoitotyön rakenne-, prosessi- ja tulostekijät. Yhteenveto tuloksista löytyy taulukosta 7 (taulukko 7).

### 5.1 Tutkimusten esittely

Mäkinen, Kivimäki, Elovainio & Virtanen (2003) ovat tutkineet hoitotyön työnjakomallien yhteyttä stressiin. Taustalla on oletus, että työperäinen stressi johtuu työn organisoitavista, ja on olemassa vain vähän tutkimustietoa siitä, mitkä työn organisoimallit ovat yhteydessä stressitekijöihin. Tutkimus on kvantitatiivinen, ja tutkimustulokset kerättiin kyselylomakkeiden avulla. Tiedonantajiksi tutkijat valitsivat kahdeksan sairaalan sisätautien ja kirurgian vuodeosastojen henkilökunnat, joiden työnjakomalli ei ollut muuttunut kahteen vuoteen. He määrittelivät kyselylomakkeeseen neljä erilaista työnjakomallia: tehtäväkeskeinen työnjakomalli, tiimityömalli, modulaarinen työnjakomalli ja yksilövastuinen hoitotyö. Kyselyyn vastasi 568 hoitajaa 27:ltä eri vuodeosastolta. Vastausprosentti oli 84. Mäkisen ym. tutkimuksen edut ovat suuri vastaajajoukko, vuodeosastojen vakaat työolosuhteet sekä tarkat ja luotettavat tutkimusmittarit. (Mäkinen, Kivimäki, Elovainio & Virtanen 2003, 200, 203 - 204.)

Wolf ja Greenhouse (2007) linjaavat tutkimuksessaan hoitotyön työnjakomallia suhteessa aikaisempaan tutkimukseen ja tulevaisuuden vaatimukseen. Tutkimus on ennustava, ja tutkijat asettivat työhypoteeseja, joilla he esittävät odotuksiaan tuloksista. Tutkijoiden esittämät hypoteesit eli oletukset ovat: 1) laillistetulla sairaanhoitajalla on positiivinen vaikutus potilaan hoidon lopputuloksiin, 2) avustavaa henkilökuntaa voi käyttää tehokkaasti, ja 3) lopputulokset paranevat, kun hoito on kokoaikaisesti koordinoitua ja tavoitteet tehdyn työn laadusta on määritelty. Ideaalitalanne on tulevaisuudessa se, että laillistettu sairaanhoitaja voi keskittyä kokonaisvaltaisen hoidon ja yksilövastuisen hoitotyön toteuttamiseen ja kliinisen hoidon arviointiin, ja hän on myös vastuussa yksi-



lövastuisen hoitotyön laadusta. Lisäksi hoitotyössä tulisi olla mahdollista käyttää avustavaa henkilöstöä kustannustehokkaasti. (Wolf & Greenhouse, 384.)

Työnjakomallin suunnittelussa tulee tunnistaa 1) lopputulokset, jotka halutaan nähdä, 2) prosessit, joiden avulla saavutetaan halutut lopputulokset ja 3) rakenteet, jotka tukevat prosesseja. Wolf ja Greenhouse kuvaavat viisi asiaa, jotka tulee huomioida uuden työnjakomallin suunnittelussa: muutokset potilaissa, muutokset hoidon tarjoajissa, lääketieteen kehittyminen, informaatioteknologia ja muutokset kulujen korvaamisessa. (Wolf & Greenhouse 2007, 382.)

Potilas tulee olla pääasia suunniteltaessa työnjakomallia. Potilaat odottavat neljää erilaista asiaa: tarjontaa, kumppanuutta, suojelijaa ja yhteensovittamista. Työnjakomallin suunnitteluun täytyy sisältyä rakenne (kuka tulee tekemään mitä), prosessi (kuinka se tullaan tekemään) ja lopputulokset (mitä tulevaisuudessa olennaisia tieteelliseen näyttöön perustuvia muutoksia saavutetaan.) On tyypillistä, että hoitotyön mallit ovat keskittyneet prosessiin, mutta pääkohde pitäisi olla siinä, mitä hoidolla saavutetaan, kun mitataan laatua ja arvioidaan kuluja. (Wolf & Greenhouse 2007, 384 - 385).

## **5.2 Tutkimusten rakenne-, prosessi- ja tulostekijät sekä johtopäätökset**

Mäkisen ym. (2003) tutkimuksessa yksilövastuisen hoitotyön **rakennetekijöitä** kuvataan seuraavasti: 1) kirurgisilla vuodeosastoilla työnjakomalli on lähempänä yksilövastuista hoitotyömallia kuin sisätautiosastoilla ja 2) yksilövastuisen hoitotyön toteuttaminen on yleisempää silloin, kun osastolla on enemmän sairaanhoitajia kuin perushoitajia. **Prosessitekijöitä** ovat: 1) vaikeudet hoitajien välisissä suhteissa ovat yleisimpiä sisätautiosastoilla kuin kirurgisilla osastoilla, 2) vastuullisuudesta johtuva stressi on yhteydessä työtaakkaan ja vaikeuksiin hoitajien välisissä suhteissa, 3) hoitotyön kirjaaminen on yleistä yksilövastuisessa hoitotyössä, 4) hoitajien vastuullisuuden lisääntyminen yksilövastuisessa hoitotyössä ja 5) hoitajan roolin laajeneminen yksilövastuisessa hoitotyössä. **Tulostekijöitä** ovat: 1) mahdollisuus kirjaamiseen saattaa vähentää työperäisen stressin todennäköisyyttä, koska silloin ei ole vaikeuksia ihmisten välisessä kanssakäymisessä ja 2) on mahdollista, että lisääntynyt vastuullisuus ja hoitajan roolin laajeneminen yksilövastuisessa hoitotyössä saa aikaan stressiä, ja osittain näin vaarantaa lisääntyvät mahdollisuudet autonomiaan. Hoitotyön organisointitavalla on todettu olevan yhte-

yttä työmotivaatioon ja -tyytyväisyyteen, mutta tutkimustulosten mukaan niiden vaikutukset työperäiseen stressiin ovat vähäiset. (Mäkinen ym. 2003, 200 - 201.)

Wolfen & Greenhousen (2007) tutkimuksessa kuvataan laajasti tulevaisuuden työnjakomallin kehittämisessä huomioitavia rakenne-, prosessi- ja tulostekijöitä. Näistä ainoastaan **rakennetekijöiden** kuvaamisessa he linjaavat yhden sairaaloiden vuodeosastoja koskevan rakennetekijän: sairaaloiden sisätautikirurgisilla osastoilla sopiva määrä potilaita yhdelle sairaanhoitajalle on 4 - 6 potilasta. (Wolf & Greenhouse 2007, 385.) Koska muut rakenne-, prosessi- ja tulostekijöitä koskevat linjaukset ovat yleisiä työnjakomallin suunnittelua koskevia asioita, jätän ne raportoimatta, koska niissä ei ole eriteltyä juuri vuodeosastohoitotyötä koskevia tekijöitä. Taulukossa 7 esitän yhteenvedon tutkimuksista esiin nousseista yksilövastuista hoitotyötä koskevista rakenne-, prosessi- ja tulostekijöistä.

TAULUKKO 7. Tutkimus, tarkoitus, aineisto, rakenne-, prosessi- ja tulostekijät sekä muita huomioita

Tutkimus	Tarkoitus	Aineisto	Rakennetekijät	Prosessitekijät	Tulostekijät	Muita huomioita
<b>Mäkinen, A, Kivimäki, M, Elövainio, M &amp; Virtanen, M. 2003.</b>	Tutkia hoitotyön organisointimallien ja stressin välistä yhteyttä.	Kyselylomakkeet, kahdeksan sairaalan sisätautien ja kirurgian vuodeosastojen (n=27) vastaajina n = 568 hoitajaa. Vastausprosentti 86. Suomi.	-yksilövastuisen hoitotyön toteuttaminen yleisempää yksiköissä, joissa on enemmän sairaanhoitajia kuin perushoitajia. -kirurgisilla vuodeosastoilla työnjakomalli lähempänä yksilövastuista hoitotyötä kuin sisätauti-osastoilla.	-hoitotyön kirjaaminen -ihmisten välinen kanssakäyminen -vastuullisuus -hoitajan roolin laajeneminen	-hoitotyön kirjaaminen on yksilövastuussa hoitotyössä yleistä, ja mahdollisuus kirjaamiseen vähensi stressin todennäköisyyttä, koska silloin ei ollut vaikeuksia ihmisten välisessä kanssakäymisessä	-on mahdollista, että lisääntynyt vastuullisuus ja hoitajan roolin laajeneminen yksilövastuisessa hoitotyössä saa aikaan stressiä ja osittain näin vaarantaa lisääntyvät mahdollisuudet autonomiaan.
<b>Wolf, GA &amp; Greenhouse PK. 2007.</b>	Suunnitella uusi hoitotyön tulevaisuuden toimintamalli.	Asiantuntija-artikkeli. Ennustava tutkimusote. USA.	-sairaaloiden sisätautikirurgisilla vuodeosastoilla sopiva määrä potilaita yhdelle sairaanhoitajalle on 4 - 6 potilasta.	-	-	-visioi tulevaa -sairaanhoitaja keskittyy kokonaisvaltaisen hoidon ja yksilövastuisen hoitotyön toteuttamiseen ja kliinisen hoidon arviointiin -sairaanhoitaja vastaa yksilövastuisen hoitotyön laadusta.

**Johtopäätökset** tutkimuksista käyn läpi tutkimuskysymyksittäin ja peilaan saatuja tuloksia mukailun systemaattisen kirjallisuuskatsaukseni tavoitteeseen ja yksilövastuisen hoitotyön kehittämishankkeen (YvHt) tavoitteeseen. Kirjallisuuskatsaukseni tavoitteena oli saada tutkimusartikkeleista tietoa hoitotyön rakenne-, prosessi- ja tulostekijöistä, joiden avulla kehitetään yksilövastuisen hoitotyön työmallin teoreettista rakennetta ja käytännön toimintaa. YvHt:n kehittämishankkeen tavoitteena on tuottaa tietoa yksilövastuisen hoitotyön rakenteesta ja prosessista työmallin kehittämiseen siten, että organisaation hyvän hoidon perustehtävä voidaan toteuttaa olemassa olevissa olosuhteissa. Kahden artikkelin tutkimusaineisto on erittäin niukka, mutta siitä huolimatta artikkeleista nousi esiin tuloksia, joilla voidaan kehittää yksilövastuisen hoitotyön työmallin teoreettista rakennetta ja käytännön toimintaa.

Kirjallisuuskatsauksen aineiston suomalaisessa tutkimuksessa todetaan, että yksilövastuista hoitotyötä toteutetaan Suomessa sisätautikirurgisilla vuodeosastoilla. Rakennetekijöiden tuloksena voidaan todeta, että yksilövastuisen hoitotyön toteuttaminen on yleisempää silloin, kun osastolla on enemmän sairaanhoitajia kuin perushoitajia. Lisäksi optimaalinen potilasmäärä sairaanhoitajalle, joka toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä sisätautikirurgisella vuodeosastolla on 4 - 6 potilasta. Potilasmäärän ollessa sopiva suhteessa hoitajien lukumäärään, voidaan olettaa, että sairaanhoitaja voi tällöin keskittyä yksilövastuisen hoitotyön toteuttamiseen ja kliinisen hoidon arviointiin. Näillä tekijöillä on vaikutusta myös yksilövastuisen hoitotyön laatuun.

Prosessi- ja tulostekijöiden tuloksina voidaan todeta, että mahdollisuus hoitotyön kirjaamiseen saattaa vähentää hoitajien välisiä ristiriitoja ja tällöin myös työperäisen stressin todennäköisyys pienenee. Hoitajan roolin laajeneminen ja lisääntynyt vastuu potilaan hoidosta yksilövastuisessa hoitotyössä sen sijaan saattaa lisätä työperäistä stressiä. Tämä voi vaarantaa myös yksilövastuiseen hoitotyöhön liittyvän hoitajan autonomian. Hoitotyön kirjaaminen ja hoitajien välinen kanssakäyminen ovat tärkeitä prosessitekijöitä yksilövastuisessa hoitotyössä, ja niillä on suuri vaikutus myös lopputulostekijöihin.

Yhteenvetona mukailen Donabedianin RPT-mallia: yksilövastuinen hoitotyön työnjakomalli toteutuu yleisemmin, kun osastolla on enemmän sairaanhoitajia kuin perushoitajia, jolloin sairaanhoitajalle mahdollistuu se, että hänellä on vähemmän potilaita, joista hän on vastuussa. Tällöin sairaanhoitajan mahdollisuus työperäiseen stressiin vähenee, koska vastuu potilaiden määrällä arvioituna on vähäisempi ja sairaanhoitajan mahdollisuus autonomiaan ei tällöin vaarannu. Kun hoitajalla on mahdollisuus hoitotyön kirjaamiseen, se vähentää stressin todennäköisyyttä, koska silloin vähenevät ongelmat hoitajien välisessä kanssakäymisessä.

Eräs prosessitekijöistä on se, että omahoitaja toteuttaa hoitotyön kirjaamisen. Hoitajalähtöiset tulostekijät, esimerkiksi hoitajan tyytyväisyys järjestelyihin ja toimenpiteisiin, jotka edistävät hoidon jatkuvuutta, ovat tulostekijöitä. (Munnukka 1993, 27, Donabedian 1980, 95 - 97.) PPSHP:n strategiassa vastuullisuuden periaate tarkoittaa sitä, että jokaisella työyhteisön jäsenellä on vastuu omasta tehtävästään ja työyhteisön toimivuudesta. Työyksikössäni henkilökunta ilmaisi syksyllä 2009 puutteita yhteistyössä ja yhteisvastuullisuudessa osaston toiminnassa. Omahoitajan roolin joustamattomuus, hoitotyön epätasainen jakautuminen moduuleiden välillä ja yksinäisyys hoitotyössä olivat konkreettisia ilmauksia osastollamme vallitsevasta tilanteesta. Henkilökunnan toiveena oli, että jokaisen potilaan tarpeisiin vastataan, vaikka kyseessä ei olisikaan niin sanottu oma potilas. Opinnäytetyöni tuloksista voin viedä työyksikköni aika niukasti tietoa, mutta yksi asia korostuu ylitse muiden: kun hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus kirjaamiseen, sen seurauksena tiedonkulku paranee ja nämä molemmat tekijät saattavat vähentää hoitajien välisiä ristiriitoja. Mahdollisuus kirjaamiseen edistäisi tiedonkulun paranemisen myötä sitä, että jokainen hoitaja voisi tällöin vastata jokaisen potilaan tarpeisiin, vaikkei kyseessä olisikaan niin sanottu oma potilas. Vastuullisuus olisi tällöin yhteisöllistä: otetaan vastuu toisen omahoitajan potilaista silloin, kun hän itse ei ole läsnä. (Laitinen 2002, 152).

## 6 POHDINTA

Tämän mukaillun systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on ollut kuvata yksilövastuisen hoitotyön rakenne-, prosessi- ja tulostekijöitä. Tutkimustulokset olivat niukat, mutta valitsemani tutkimukset olivat valintakriteerieni mukaiset ja vastasivat tutkimuskysymyksiin. Arvioin pohdintaosion aluksi tutkimukseni luotettavuutta ja sen jälkeen käsittelen yksilövastuisen hoitotyön kehittämisen- ja jatkotutkimushaasteita.

### 6.1 Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Opinnäytetyöni luotettavuuden arvioinnin aloitan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tärkeimmästä määritelmästä: systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen luotettavasti vaatii vähintään kahden tutkijan yhteistyötä, ja heidän tulee tuntea systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmä. Kahden tai useamman tutkijan merkitys korostuu erityisesti tutkimusten valinta- ja poistamisvaiheessa. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46, Kranke 2010, 766.) Tein opinnäytetyöni yksin ja tästä syystä käytin jokaisessa vaiheessa käsitettä mukailtu systemaattinen kirjallisuuskatsaus, koska tieteelliselle tutkimusmenetelmälle tärkein luotettavuuden kriteeri ei täyttynyt. Luotettavuutta varmisti kuitenkin jokaisen kirjallisuuskatsaukseni vaiheen arviointi yhdessä opinnäytetyöni ohjaajien kanssa, ja asiantuntijoiden antama palaute ja kriittinen arviointi tukivat minua työssäni eteenpäin.

Kirjallisuuskatsauksen eri vaiheita tulee arvioida kriittisesti, jotta voidaan arvioida saadun tiedon luotettavuutta. Jokainen tutkimustyön vaihe on kirjattava huolellisesti muistiin, jotta lukijat voivat seurata tutkijan tutkimusprosessia ja näin arvioida tulosten luotettavuutta. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53- 54.) Olen pyrkinyt kuvaamaan opinnäytetyössäni tiedonhakuprosessin tarkasti: tiedonhaun täytyy olla järjestelmällistä, tarkkaa sekä hyvin rajattua ja sen tulee olla uudelleen toistettavissa (Tähtinen 2007, 10).

Seuraavaksi arvioin mukaillun systemaattisen kirjallisuuskatsaukseni luotettavuutta teoreettisen tiedon, tutkimuskysymysten, tutkimusten valintakriteerien ja tekemieni tiedonhakujen avulla.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta arvioidaan hakujen onnistumisella ja kerätyn aineiston edustettavuudella: kuinka edustavasti aihetta koskeva tieto on pystytty kartoittamaan (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53). Luotettavuutta edisti informaation käyttö tiedonhaussa, ja tein haut hänen avustuksellaan systemaattisesti sekä kirjasin hakuprosessin tarkasti ylös. Luotettavuuden kannalta kriittisin kohta oli työssäni alkuperäistutkimusten valinta, koska tutkimuksia oli niukasti. Sisäänottokriteerien toimivuuden testaaminen etukäteen (Kääriäinen & Lahtinen, 2006, 41) olisi voinut osaltaan parantaa tiedonhaussa tulleiden tutkimusten lukumäärää. Tutkimuskysymyksiin vastaaminen ja tarkat valintakriteerit auttoivat minua etsimään niukoista tutkimustuloksista huolimatta relevantit tutkimukset kirjallisuuskatsaukseeni.

Luotettavuutta saattoi heikentää kieliharha, joka syntyy, kun tiedonhaku tehdään vain tietyillä kielillä (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53). Valitsin kieliksi suomen ja englannin, vaikka suositeltavaa olisi huomioida myös muilla kielillä tehdyt tutkimukset, jotta ei kadotettaisi asiaankuuluvaa ja olennaista tietoa (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53). Kielitaitosyistä ja rajallisten resurssien vuoksi valitsin tutkimusten julkaisukieliksi suomen ja englannin, mikä osaltaan heikensi kirjallisuuskatsaukseni luotettavuutta.

Luotettavuudessa tulee arvioida myös valikoitumisharhaa, joka voidaan estää tarkoilla sisäänottokriteereillä ja käyttämällä kahta toisistaan riippumatonta alkuperäistutkimusten arvioijaa (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41). Pysin kiinnittämään huomiota valikoitumisharhaan, vaikkei minulla ollut toista tutkijaa arvioimassa artikkeleja. Tehtävä oli haastava, koska artikkelit olivat englanninkielisiä ja niissä käytetyt ilmaukset vaativat kääntämistyössä erityistä tarkkuutta ja huolellisuutta. Lisäksi Ovid-tietokantahaun tuloksissa sana nursing eli hoitaminen aiheutti ongelmia tutkimuskysymysteni kannalta olennaisten tutkimusten löytämisessä: käytössä oli monikenttähaku sekä kaikki kentät ja näin nursing-sanan esiintyminen tutkimuksessa tuli automaattisesti tuloksiin mukaan, vaikkei tutkimuksessa käsitelty ollenkaan yksilövastuista hoitotyötä (primary nursing). Kuitenkin Ovid-tietokannassa tehdyt valinnat olivat perusteltuja muiden tietokantojen antamien niukkojen hakutuloksien vuoksi.

Kirjallisuuskatsaukseni tutkimustuloksien luotettavuutta tukevat seuraavat asiat: tutkimus on keskittynyt akuutin hoitotyön rakennetekijöiden kuvaamiseen (Wolf & Greenhouse 2007, 385) ja esimerkiksi USA:ssa ANCC:n (The American Nurses Credentialing Center) myöntämän magneettisairaalarastatuksen saaneissa sairaaloissa vain neljäsosassa on käytössä yksilövastuisen hoitotyön työnjakomalli (Kramer & Schmalenberg 2005, 191). Nämä linjaukset näkyvät myös kirjallisuuskatsaukseni poissuljettujen tutkimusten lukumäärissä sekä hakutulosten niukoissa tuloksissa. Nämä seikat tukevat tutkimustulosteni luotettavuutta.

Tutkimusten laadun arvioinnissa olisi hyvä käyttää kahta tai useampaa toisistaan riippumatonta arvioijaa ja arvioinnin tukena voi käyttää itse kehitettyä tai valmista mittaria tai tarkistuslistaa. Mikäli käytetään jotakin mittaria, se tulisi testata etukäteen. (Kontio & Johansson 2007, 101 - 102, Kranke 2010, 766.) Käytin kirjallisuuskatsaukseni tulneiden tutkimusten laadun arvioinnissa JBI:n kvalitatiivisten tutkimusten kriittiseen arviointiin tarkoitettua tarkistuslistaa. Tein artikkeleiden laadun arvioinnin yksin, ja näin systemaattiselle kirjallisuuskatsaukselle vaadittu kriteeri ei täytynyt.

Kirjallisuuskatsaukseni jokaisessa vaiheessa olen pyrkinyt rehelliseen, tarkkaan ja avoimeen työskentelyyn ja ilmaisuun. Tämä näkyy työssäni esimerkiksi siinä, että olen kuvannut kirjallisuuskatsaukseni jokaisen vaiheen tarkasti, jotta kirjallisuuskatsaus on toistettavissa. Opinnäytetyössäni käytetyt esimerkit työyksikköni ongelmista toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä ovat peräisin osastomme henkilökunnalle maaliskuussa 2010 tehdystä työhyvinvointia koskevasta kyselystä. Kyselyn ja tulosten analysoinnin toteutti työyksikkömme osastonhoitaja. Henkilökunnalle kerrottiin jo tiedonkeruuvaiheessa, että tutkimustuloksia voidaan käyttää opinnäytetyössäni. Itse en täyttänyt kyselylomaketta. Näin kyselystä saatujen tietojen käyttäminen osana kirjallisuuskatsaustani oli eettisten periaatteiden mukaista.

## **6.2 Yksilövastuisen hoitotyön kehittämisen- ja jatkotutkimushaasteet**

Wolfen ja Greenhousen (2007) tutkimuksen mukaan tulevaisuudessa hoitotyön työnjakomallia koskevissa tutkimuksissa tulisi analysoida rakenteellisia tekijöitä suhteessa hoidon jatkuvuuteen ja päätökset suhteessa prosessitekijöihin tulisi perustua kysymykseen, kuinka potilaiden hoito oikeasti toteutetaan. He painottavat erityisesti potilaiden osallistumista



hoitoaan koskevaan päätöksentekoon kumppanina sekä hoidon saumattomuutta ja jatkuvuutta. (Wolf & Greenhouse 2007, 385). Nämä linjaukset näkyvät myös Suomen uudessa terveydenhuoltolaissa, joka tuli voimaan 1.5.2011. Terveydenhuoltolain tavoitteena ovat asiakaskeskeiset ja saumattomat palvelut. Laki vahvistaa perusterveydenhuoltoa ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Lisäksi lailla pyritään edistämään terveystalvelujen saatavuutta ja tehokasta tuottamista. Sillä myös varmistetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö ja asiakaskeskeisyys. Uuden terveydenhuoltolain voimaan astumisen jälkeen kansalaisten valinnanvapaus lisääntyy niin hoitopaikan kuin hoitohenkilöstönkin suhteen. Potilas tai asiakas voi vapaammin valita sen terveydenhuollon toimintayksikön, jossa häntä hoidetaan. Lisäksi laki korostaa potilaan roolia oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa. (Uusi terveydenhuoltolaki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, hakupäivä 31.5.2011.)

Työnjakomallin kehittäminen sairaaloissa on mielenkiintoinen tulevaisuuden kysymys. USA:n esimerkin on ollut tapana näkyä myös meidän yhteiskunnassamme, ja nyt esimerkiksi Wolfin ja Greenhousen vuonna 2007 kirjaamat linjaukset hoidon saumattomuudesta ja jatkuvuudesta näkyvät konkreettisesti uudessa terveydenhuoltolaissa. USA:ssa esimerkiksi magneettisairaalastatuksen saaneista sairaaloista enää neljäsosa (25 %) toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä (Kramer & Schmalenberg 2005, 191). Tilalle on tullut esimerkiksi työnjakomallina uuden tiimityön toteuttaminen, jossa hoitotyön ammattilaiset johtavat ja ohjaavat tietyn potilasryhmän hoitoa käyttäen apunaan avustavaa henkilöstöä. Sairaanhoidajan rooli on toimia tehtävien jakajana. Tässäkin mallissa on taustalla yksilövastuisten hoitotyön filosofiaa, koska sairaanhoidaja on vastuussa potilaiden hoidon saatavuudesta. Se ei kuitenkaan ole enää puhtaasti yksilövastuista hoitotyötä, jonka toteuttamisessa tulee varmasti olemaan tulevaisuudessa haasteita. Esimerkiksi pula hoitotyön ammattilaisista tulee olemaan suuri haaste terveydenhuollossa ja se vaikuttaa merkittävästi rakennetekijöitä koskeviin tulevaisuuden linjauksiin.

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön -toimintaohjelma linjaa, että yksittäisen potilaan hoitoprosessin koordinoituvastuu on potilaan **omahoitajalla**. Työyksikössäni sairaanhoidajan rooli on laajentunut omahoitajan työhön kuuluvien tehtävien lisäksi käsittämään kaikkea osaston hoitotyön tehtävien koordinoitua. Se tarkoittaa esimerkiksi sitä, että aamu- ja iltavuorossa yksi sairaanhoidaja huolehtii uusien potilaiden sijoittamisesta osastolle. Tällaisessa tilanteessa hänellä on kuitenkin sama vastuu

omista potilaistaan ja lisäksi koordinoivan hoitajan tehtävät. Hoitajan roolin laajentuminen on tässä tilanteessa täyttä totta. Vastuun määrä on moninkertainen. Pitäisi miettiä, kuinka tästä haasteesta selvitään tulevaisuudessa ja olisiko ratkaisu ottaa käyttöön yhteisöllisyyden periaate.

Vastuullisuus hoitotyössä on myös yhteisöllistä. Se on omahoitajan työn kunnioittamista ja vastuun kantamista hoitajan potilaista silloin, kun hän itse ei ole läsnä. Opinnäytetyöni toteuttaminen osana YvHt:n kehittämishanketta alkoi, kun löysin Tutkiva hoitotyö-lehdestä artikkelin Yksilövastuainen hoitotyö – yksinäisyyttä vai yhteisöllisyyttä (Korhonen & Kangasniemi 2009). Artikkelin sisältö ja tulos oli puhutteleva: yhteisöllisyydellä tuetaan hoitajien jaksamista, ja se parantaa hoidon laatua.

Yksilövastuuisen hoitotyön kehittämishanke jatkuu Oulun yliopistollisessa sairaalassa Lasten ja nuorten vastuualueen hankkeena vuoteen 2014 asti. Jo nyt hankkeen tuloksena on lasten- ja nuorten tulosyksikössä alettu kehittää uutta hoitotyön työnjakomallia. Toivon, että voin tulevaisuudessa hyödyntää hankkeen tuloksia oman kardiologisen vastuualueen vuodeosaston hoitotyön kehittämisessä PPSHP:n linjaamaan strategian mukaisesti. Kirjallisuuskatsaukseni tulokset kertovat, että tulevaisuudessa tulee kiinnittää huomiota hoitotyön kirjaamiseen, koska tällä prosessitekiäjällä on vaikutuksensa tulostekijöihin. Kirjaamisen avaaminen ja sen merkityksen sekä tavoitteiden selvittäminen voisivat ainakin omassa työyksikössäni parantaa tämän merkittävän prosessitekijän toteuttamisen laatua.

Suomalaisessa hoitotieteen tutkimuksessa ei ole enää nykyaikana tuotettu laajasti uutta tietoa yksilövastuisesta hoitotyöstä, jota toteutetaan yhä esimerkiksi sisätautikirurgisilla vuodeosastoilla. Manuaalisen haun perusteella tein havainnon, että on siirrytty tutkimaan ja kehittämään yksilöllistä hoitoa (individualised care). Esimerkiksi Tutkiva hoitotyö ja Hoitotiede-lehdistä löytyi vuodelta 2009 kaksi yksilöllistä hoitoa koskevaa tutkimusta: Yksilöllinen hoito ja siihen yhteydessä olevat tekijät – esimerkki hoitotieteen teorianmuodostuksesta empiirisen tutkimuksen avulla (Suhonen, Hupli, Välimäki & Leino-Kilpi 2009) ja Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät – hoitohenkilöstön näkökulma (Gustafsson, Leino-Kilpi & Suhonen 2009). Yksilöllinen hoito edistää näiden tutkimusten mukaan potilastyytyväisyyttä, ja sitä on tutkittu erityisesti sairaalapotilaiden näkökulmasta. Onko näissäkin tutkimuksissa kuitenkin hypätty suoraan lopputulosten arvi-

ointiin? Tutkimuksissa sanotaankin, että puuttuu tietoa siitä, mitkä tekijät edistävät yksilöllisen hoidon toteutumista. Rakennetekijöistä siis puuttuu tietoa.

Hoitohenkilökunta on ilmaissut tässä yksilöllisen hoidon (ICProject) tutkimushankkeessa, että riittävä henkilökuntamäärä ja osastolla toteutettava työnjako, esimerkiksi moduulityöskentely, antavat mahdollisuuden tutustua potilaisiin paremmin, ja siten ne edistävät yksilöllisen hoidon toteutumista. (Gustafsson ym.2009, 5, 8.) Mikäli tulevaisuuden trendi on tämä, että yksilöllisen hoidon periaate on se lähtökohta, josta hoitotyötä linjataan, jatkossa olisi mielenkiintoista tehdä systemaattinen kirjallisuuskatsaus yksilöllisestä hoidosta ja sen rakenne-, prosessi- ja tulostekijöistä. Donabedianin (1980) RPT-mallin hallitsemisesta on hyötyä kliiniselle hoitotyön asiantuntijalle hoitotyön kehittämisen apuvälineenä tulevaisuudessa.

Mukaillun systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen osana yksilövastuisen hoitotyön kehittämishanketta (YvHt) on ollut mielenkiintoinen ja erittäin opettavainen kokemus. Olen saanut hyvin asiantuntevaa ohjausta kaikissa opinnäytteen vaiheissa, ja yhteistyö on toiminut hyvin. Miten tästä suuntaan eteenpäin kliinisenä hoitotyön asiantuntijana? Mitä osaan? Hallitsen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tieteellisenä tutkimusmenetelmänä ja osaan soveltaa käytäntöön Donabedianin RPT-mallia. Kirjallisuuskatsaukseni ei antanut mullistavia tutkimustuloksia yksilövastuisen hoitotyön käytännön työmallin kehittämiseksi, mutta siitä huolimatta totean: olen oppinut! Seuraava Aino Suholan ajatelma on vienyt minua kohti uusia haasteita vuodesta 1994 alkaen, ja siihen on myös hyvä päättää elämäni eräs polku, matka kliiniseksi hoitotyön asiantuntijaksi, joka jatkuu nyt uusin opein ja haastein, näyttöön perustuvien askelin:

*Tärkeintä elämässä on nöyryys ja intohimo. Mitä tahansa teetkin, tee se takapuoli savuten. Syöksy siihen suoriin vartaloin, kahdella kierteellä. Koska vain siten lunastat itsekunnioituksesi. Ja jos kaadut, nouse ylös, pane heftaa polveen ja etene taas. Ja jos kaadut aina vaan, ajattele, että ei kukaan kaadu niin komeasti kuin minä. Niin komeasti suoraan mahalleni ja näköala paikalle. Sillä autuaita ovat ne, jotka osaavat nauraa itselleen, koska heiltä ei tule elämässään hupia puuttumaan.*

## LÄHTEET

Donabedian, A. 1980. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Michigan: The University of Michigan.

Drach-Zahavy, A. 2004. Primary nurses`performance: role of supportive management. Journal of Advanced Nursing 45 (1), 7 - 16.

Elo, S & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing 62 (1), 107 - 115.

Eriksson, K, Isola, A, Kyngäs, H, Leino-Kilpi, H, Lindström, UÅ, Paavilainen, E, Pietilä, A-M, Salanterä, S, Vehviläinen-Julkunen, K, Åstedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. Helsinki:WSOY Oppimateriaalit Oy.

Gustafsson, M-L, Leino-Kilpi, H & Suhonen, R. 2009. Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät - hoitohenkilöstön näkökulma. Tutkiva Hoitotyö 7 (4), 4 - 10.

Hegyvary, S.T. 1987. Yksilövastuinen hoitotyö. Vaasa: Vaasa Oy.

Hirsjärvi, S, Remes, P & Sajavaara P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hoitotyön tutkimussäätiö, Suomen JBI yhteistyokeskus, 2011. Hakupäivä 8.5.2011, <http://www.hotus.fi/suomen-jbi-yhteistyokeskus>

Hovi, S-L, Saranto, K, Korhonen, T, Korhonen, A & Holopainen, A. 2011. Järjestelmällinen katsaus on paljon muutakin kuin tiedonhaku. Tutkiva hoitotyö 9 (2), 37 - 38.

Joanna Briggs Institute, 2011. Hakupäivä 16.3.2011, [www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au).

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009 - 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009:18. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

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

Kanste, O. 2011. Johtajuuden yhteys hoitohenkilöstön työasenteisiin ja työhyvinvointiin. Tutkiva hoitotyö 9 (2), 30 - 36.

Kontio, E & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa K. Johansson & A. Axelin & M. Stolt & R-L Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino- Turun yliopisto, 101 - 107.

Korhonen, A & Kangasniemi, M. 2009. Yksilövastuinen hoitotyö -yksinäisyyttä vai yhteisöllisyyttä? Narratiivinen tutkimus omahoitajan ja työyhteisön välisestä yhteistyösuhteesta. Tutkiva hoitotyö 7 (1) 20 - 25.

Korhonen, A & Ukkola, L & Isola, L. 2008. Kliinisen hoitotieteen asiantuntijan toimi. Asiantuntijaneeli apuna toimen kehittämisessä. Hoitotiede 3, 126 - 137.

Kramer, M & Schmalenberg, C. 2004. Development and Evaluation of Essentials of Magnetism Tool. The Journal of Nursing Administration 34 (7/8), 365 - 378.

Kramer, M & Schmalenberg, C. 2005. Revising the Essentials of Magnetism Tool. There is More to Adequate Staffing Than Numbers. The Journal of Nursing Administration 35 (4), 188 - 198.

Kranke, P. 2010. Evidence-based practice: how to perform and use systematic reviews for clinical decision-making. European Journal of Anaesthesiology 27 (9), 763 - 772.

Kääriäinen, M & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37 - 45.

Lahtonen, P, Johansson, K & Hupli, M. 2010. Sairaanhoidaja tutkimustiedon käyttäjänä. *Hoitotiede* 22 (2), 108 - 117.

Laitinen, H. 2002. Yksilövastuisen hoitotyön lähtökohdat lyhytaikaisessa hoitosuhteessa. Teoksessa T. Munnukka & P. Aalto (toim.) *Minun hoitajani -Näkökulmia omahoitajuuteen*. Vantaa: Dark Oy, 151 - 160.

Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Tampere. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Lookinland, S., Tiedeman, ME. & Crosson, AET. 2005. Nontraditional Models of Care Delivery. *The Journal of Nursing Administration* 35 (2), 74 - 80.

Melender, H-L & Häggman-Laitila A. 2010. Näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen hoitotyössä – katsaus koulutusinterventioiden vaikuttavuuteen. *Hoitotiede* 22 (1), 36 - 54.

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Mäkinen, A, Kivimäki, M, Elovainio, M & Virtanen, M. 2003. Organization of nursing care and stressful work characteristics. *Journal of Advanced Nursing* 43 (2), 197 - 205.

Polit, D F. & Beck, C T. 2008. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.

Pudas-Tähä, S-M & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen raja-  
us, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa K. Johansson & A. Axelin & M. Stolt & R-L Ääri (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turku: Digi-  
paino- Turun yliopisto, 46 - 57.

Räikkönen, O & Perälä, M-L. 2002. Menetelmä asiakaslähtöisen toiminnan edellytysten arviointiin hoitotyössä – indeksin kehittäminen. *Hoitotiede* 15, (3), 131 - 143.

Shiber, S & Larson, E.1991. Evaluating the quality of caring: Structure, process, and outcome. *Holistic Nursing Practice* 5(3), 57 - 66.

Stolt, M & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa K. Johansson & A. Axelin & M.Stolt & R-L Ääri (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turku: Digipaino- Turun yliopisto, 58- 70.

Strategia, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2010. Hakupäivä 16.9.2010, [www.ppsHP.fi/strategia](http://www.ppsHP.fi/strategia).

Suhonen, R, Hupli, M, Välimäki, M & Leino-Kilpi, H. 2009. Yksilöllinen hoito ja siihen yhteydessä olevat tekijät - esimerkki hoitotieteen teorianmuodostuksesta empiirisen tutkimuksen avulla. *Hoitotiede* 21 (2), 143 - 156.

Sunol, R. Avedis Donabedian. 2000. *International Journal for Quality in Health Care* 12 (6), 451 - 454.

Tervo-Heikkinen, T. 2008. *Hoitotyön vaikuttavuus erikoissairaanhoidossa*. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja.

Thomas, LH & Bond, S. 1991. Outcomes of nursing care: the case of primary nursing. *International Journal of Nursing Studies* 28 (4), 291 - 314.

Tiedeman, ME & Lookinland, S. 2004. Traditional Models of Care Delivery. What have we learned? *The Journal of Nursing Administration* 34 (6), 291 - 297.

Tuomi, J & Sarajarvi A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Latvia: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa K. Johansson & A. Axelin & M. Stolt & R-L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino- Turun yliopisto, 10- 45.

Utriainen, K & Kyngäs, H. 2008. Hoitajien työhyvinvointi: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 20 (1), 36 - 47.

Uusi terveydenhuoltolaki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, hakupäivä 31.5.2011.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki)

Wolf, GA & Greenhouse, PK. 2007. Blueprint for Design. Creating Models That Direct Change. *JONA*, 37 (9), 381 - 387. USA.

## Julkaisemattomat lähteet

Korhonen, A & Kangasniemi, M. 2010. Tutkimussuunnitelma. Yksilövastuisen hoitotyön kehittäminen lasten hematologian ja onkologian osastolla.

Korhonen, A & Kangasniemi, M. 2010. Tutkimushankkeen Yksilövastuinen hoitotyö: työmallin rakenteen ja prosessin kehittäminen (2005 - 2014), osahanke II.



# LIITTEET

## LIITE 1

TAULUKKO 7. *Analyytirunko mukailten Donabedianin (1980) rakenne-, prosessi- ja tulostekijöitä*

Osa-alue	Rakennetekijät	Prosessitekijät	Potilaslähtöiset tulostekijät	Hoitajalähtöiset tulostekijät
Hoidon saatavuus	Maantieteellinen sijainti, palvelujen laajuus ja saatavuus. Rakenteelliset järjestelyt, väestön ominaispiirteet (sosiaaliset, taloudelliset ja rakenteelliset väestöä koskevat tilastot)	Hoitojonot ja hoitoon hakeutumisen viivästyminen. Järjestelmän hyötykäyttö ajan, paikan, sairauden tai hoitoon hakeutumisen tai hoidon tarjoajan mukaan.	Diagnosoimaton, ehkäistävässä oleva sairaus, sairastavuus, kuolleisuus. Tyytyväisyys hoitoon.	Tyytyväisyys siihen, miten hoidon saatavuutta on edistetty eri järjestelyillä. Tyytymättömyys hoidon huonoon saatavuuteen.
Tekninen johtaminen	Fyysiset rakenteet, välineet ja laitteet. Palvelujen laajuus ja ulottuvuus. Omistussuhteet. Henkilöstön organisointi. Työntekijöiden tyytyväisyys työolosuhteisiin, käytettävissä oleviin välineisiin, suhteisiin työtovereiden ja potilaiden kanssa sekä opiskelumahdollisuuksiin.	Palvelujen tarve suhteessa palvelujen saatavuuteen. Diagnosoinnin ja hoidon asianmukaisuus sisältäen tarkan ja täydellisen diagnoosin. Ammatillisesti määriteltyjen arvojen, eettisten periaatteiden ja sääntöjen noudattaminen sekä yleisissä että erityisissä sairauksissa ja tilanteissa.	Kuolleisuus ja invaliditeetti. Hoitotulokset suhteessa komplikaatioihin, kuolleisuuteen, pysyvään vammautumiseen tai fyysisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden korjaantumiseen.	Tyytyväisyys välineisiin, työtovereiden osaamiseen ja konsultoinnin mahdollisuuteen. Potilastyöhön käytettävä aika. Mielipiteet hoitotyön laadusta, tyytymättömyys olosuhteisiin, jotka eivät anna mahdollisuutta tarjota hyvää hoitoa.
Ihmistenvälisen toiminnan johtaminen	Tyytyväisyys omaan lääkäriin, lääkärin potilaalle käytettävissä oleva aika, fyysiset olosuhteet ja toimenpiteiden sujuvuus. Toimiva palautejärjestelmä (potilaiden ehdotukset ja valitukset).	Tapa, miten henkilökunta kohtaa potilaat. Huolehtiminen, potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, potilaan neuvonta, lohduttaminen, tukeminen, potilaan sairaudesta johtuvan käytäytymisen hyväk-	Tyytyväisyys hoidon miellyttävyyteen ja ihmisten väliseen kanssakäymiseen. Hoito-ohjeiden ymmärtäminen ja noudattaminen. Muutokset hoitosuunnitelmasa. Suunnitel-	Tyytyväisyys hoitosuhteeseen potilaiden kanssa. Mielipiteet potilaiden käytäytymisestä. Tietoisuus potilaiden huolista ja ongelmista.

		<p>syminen. Ajan- käyttö, ei kiirehdi- tä potilasta.</p>	<p>masta poik- keavien hoidon tarjoajien käyt- täminen. Pär- jääminen sai- rauden kanssa, terveyden edis- tyminen ja kyky etsiä ja käyttää hoitopalveluja.</p>	
<p>Hoidon jat- kuvuus</p>	<p>Järjestelyt, jotka varmistavat keskei- set, tasavertaiset hoidon tarjoajat ku- ten omalääkäri- järjestelmät. Lähet- järjestelmät ja seu- rantajärjestelmät. Järjestelmät, jotka ylläpitävät tietoa, jo- ka yhdenmukaistaa johtamista. Henkilö- kunnan vaihtuvuus ja keskimääräinen aika työpaikassaan.</p>	<p>Lääkäreiden mää- rä, hoitoon pääse- misen helppous, läheteellä tai il- man lähetettä. Omalääkärijärjes- telmän keskeytyk- set. Ennalta suun- nittelemattomien hoitokäyntien ti- heys. Ulkopuolis- ten lääkäreiden käyttäminen. Lä- hetteiden tiheys ja tarkoituksenmu- kaisuus. Ei- normaalien löy- dösten hyväksy- minen. Peruuntu- neiden aikojen hy- väksyminen. Hoi- to-ohjeiden nou- dattamisen tarkas- telut.</p>	<p>Määrättyjen hoi- to-ohjeiden noudattaminen, peruuntuneet ajat, ulkopuolis- ten lääkäreiden käyttö ilman lä- hetettä, sairau- den vaikutukset omaan tervey- teen, potilaan tyytyväisyys hoidon jatku- vuuteen, potilas- hoitaja-suhteen pysyvyys. Poti- laan kyky tun- nistaa ensisijai- nen hoidontar- joaja.</p>	<p>Tyytyväisyys järjestelyihin ja toimenpiteisiin, jotka edistävät hoidon jatku- vuutta. Tietä- mys potilaiden aikaisemmasta sairaushistorias- ta, sosiaalisesta taustasta, kotiti- lanteesta, ympä- ristön rasituksis- ta ja riskeistä, potilaan huolis- ta, selviytymis- kyvyistä.</p>