



## MIKSI OMAHOITAJUUS KANGERTELEE ?



Koponen Tiina  
Partanen Rinna

LAUREA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Laurea Hyvinkää  
Sosiaali- ja terveysala  
Sairaanhoitaja AMK

TIIVISTELMÄ

Rinna Partanen, Tiina Koponen

Miksi omahoitajuus kangertelee ?

Vuosi 2007

Sivumäärä 58 + Liite 6

---

Omahoitajuus on paljon puhuttu aihe ja se on ollut monessa työyhteisössä käytössä jo pitkään. Silti sen toteuttamisessa on edelleen paljon ongelmia. Tulevaisuudessa potilaslähtöisyys tulee korostumaan. Uusi tieto ja asiakasajattelu syrjäyttävät vanhaa suorituskeskeistä ajattelua. Omahoitajuuden tavoitteena on toteuttaa potilaan hoitoa kokonaisvaltaisesti ja asiakaslähtöisesti.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, miksi omahoitajuus kangertelee Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosaston solussa 2. Opinnäytetyössä tarkasteltiin sitä, miksi omahoitajuutta ei ole otettu solun toimintatavaksi. Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla yhdeksää solun 14 hoitajasta. Aineiston analysointiin käytettiin sisällön analyysia.

Hoitajien toimintaa säätelivät kiire ja motivaation puute, eikä kellään hoitajista ollut omahoitajuutta edistävää roolia. Tulosten perusteella voidaan sanoa, että henkilökunta pitää omahoitajajärjestelmää hyvänä asiana silloin kun se toimii. Yhtä mieltä hoitajat olivat myös siitä, ettei omahoitajuutta pystytä ottamaan käyttöön tässä solussa nykyisillä resursseilla. Haastateltavat näkivät oman roolinsa omahoitajuuden edistämässä neutraalina tai jopa kielteisenä. Haastateltavat kokivat heillä olevan paljon työtä ja kiire oli arkipäivää. Tämä osaltaan aiheutti uupumista ja ahdistusta. Haastateltavilla oli korkea ammatillinen moraalit, eivätkä he halunneet toteuttaa omahoitajuutta vain näennäisesti.

Tulosten perusteella kehittämisideoina esitetään panostamista hoitohenkilökunnan koulutukseen, omahoitajan toimenkuvan kirkastamiseen ja palautteen vastaanottamiseen sekä antamiseen. Omahoitajuuden kehittäminen on jatkuva prosessi, jossa asetetaan selkeät tavoitteet, toimintaa ja toteutumista seurataan ja toimintaa ohjataan oikeaan suuntaan. Henkilöstölle kehittämishaasteina ovat perustehtävän kirkastaminen sekä ajankäytön parempi hallinta. Henkilökunnan ja esimiesten välistä vuorovaikutusta pitäisi kehittää ja yhteistyötä lisätä. Jatkossa olisi tärkeää tarkemmin selvittää sitä, mitä pitäisi tehdä, että omahoitajuus saataisiin solussa 2 toimimaan. Mielenkiintoista olisi myös verrata miten omahoitajuus toteutuu muissa soluissa. Kiire tuli korostetusti esille haastattelun yhteydessä. Mielenkiintoista olisi yleisellä tasolla tutkia sitä, mistä kiire sairaanhoidossa johtuu.

Avainsanat: omahoitajuus, yksilövastuinen hoitotyö

LAUREA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES    ABSTRACT  
Laurea Hyvinkää  
Healthcare, Social Services and Sports  
Degree Programme in Nursing

Rinna Partanen, Tiina Koponen

Why does primary nursing falter?

Year            2007

Pages 58 + Appendix 6

---

Primary nursing has been practised in numerous working communities for a long time, but nevertheless seems to falter in many places. In the future, patient centred thinking will be emphasized, however. Up-to-date knowledge as well as client-based thinking will replace the old performance-centred way of thinking. The goal of primary nursing is to practice nursing in a holistic and client-centred way.

The objective of this thesis was to study the reasons why primary nursing faltered in cell 2 of Hyvinkää hospital's internal ward. The thesis examined the factors that caused the situation where primary nursing was not accepted as a working and nursing method in the group. The data of the thesis was gathered by interviewing nine of the fourteen nurses in the group. The data was analysed by using content analysis.

The nurses' actions were determined by rush and lack of motivation. None of the nurses adopted a role that would enhance primary nursing. The personnel considered the primary nursing system a good thing only as long as it worked. The nurses also were of an opinion that the system of primary nursing could be introduced in their group with their resources. The interviewees regarded their role as neutral, or even negative. They agreed that they had a lot of work to do, and their days at duty were filled with rush. All this caused exhaustion and anxiety. The interviewees had a high standard of working morale for which reason they did not want to practice primary nursing apparently.

The results showed that the development ideas can be expressed as follows: education of the nursing personnel, clarifying the role of the primary nurse and exchange of feedback. The development work of primary nursing is an ongoing process where it is essential to set clear objectives for the action, monitor it and its implementation, as well as steer the action towards the right direction. The challenges for the personnel in the development work include the clarifying of the basic tasks and taking better control of time. Interaction between the personnel and their superiors should be developed further and cooperation between those two should be increased. A good topic for further study is to find out what measures should be taken to make the primary nursing a well functioning working method in the cell 2. It would also be interesting to compare group 2 with the primary nursing practices in the other groups. Hectic working environment appeared frequently in the interviews. It would be interesting to study what causes rush in nursing in general.

Keywords: primary nurse, primary nursing

## SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO	4
2	OMAOITAJUUS	5
	2.1 Yksilövastuinen hoitotyö omahoitajuuden perustana	9
	2.2 Hoitotyön kehitysvaiheet ja toimintamallit	10
	2.3 Omahoitajuus ja etiikka	13
	2.4 Omahoitajuus ja vuorovaikutus	15
	2.5 Omahoitajuuden haasteet	19
	2.5.1 Organisaation kulttuuri, ilmapiiri ja muutoksen hallinta	19
	2.5.2 Hoitotyön luonne osastotyössä	24
	2.5.3 Sairaanhoidajan roolit hoitotyössä	28
3	TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	31
	3.1 Tutkimusympäristön kuvaus	31
	3.2 Tutkittavien kuvaus	32
4	TUTKIMUSMENETELMÄ	32
	4.1 Aineistonkeruu	35
	4.2 Aineiston käsittely ja analysointi	36
	4.3 Tutkimusetiikka	36
5	TULOKSET	37
	5.1 Tekijät jotka vaikuttavat siihen, ettei omahoitajuutta oteta solun toimintatavaksi	38
	5.2 Solussa esiintyviä muutosta vastustavia tekijöitä	40
	5.3 Muutoksen etenemiseen vaikuttavat roolit	44
	5.4 Kooste tuloksista	45
6	POHDINTA	45
	6.1 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset	45
	6.2 Tutkimustulokset suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin	48
	6.3 Tutkimuksen merkitys työyhteisölle ja koulutukselle	49
	6.4 Tutkimuksen luotettavuus	51
	6.5 Jatkotutkimusaihe	53
	LÄHTEET	54
	LIITTEET	59

## 1 JOHDANTO

Omahoitajamallin tavoitteena on toteuttaa palveluja asiakaslähtöisesti ja kokonaisvaltaisesti. Omahoitajamalli perustuu yksilövastuiseen hoitotyöhön ja sen periaatteisiin. Omahoitajasuhteen perustana on potilaan ja hoitotyöntekijän välinen tasavertainen yhteistyösuhde. Omahoitajamallia on toteutettu sairaaloiden vuodeosastoilla jo vuosien ajan ja nyt se on muotoutumassa myös uudelleenlaiseksi toimintamalliksi terveyskeskuksien vastaanotto toiminnassa. Tämä toimintamalli tarkoittaa myös lääkärin ja sairaanhoitajan muodostamaa työparia, joka yhdessä työskennellen vastaa oman alueensa asiakkaiden terveyspalveluista. Omahoitajamalli on yksi keino kehittää nykyistä organisaatiokeskeistä palvelujärjestelmää asiakaslähtöisemmäksi ja vastata samalla yksilöllisyyttä ja vastuullisuutta koskeviin haasteisiin. (Ahonen 2005, 6; Kokkonen & Risänen 2001, 17.)

Terveydenhuollon toimintamallit ovat voineet pitkään olla muuttumattomia, siitähän huolimatta, että työtahti ja työmäärä ovat kasvaneet. Toimintamallilla voidaan tarkoittaa toiminnan organisointia, työnjakotapaa tai teoreettista mallia. Toimintamallien uudelleen arviointi ja niiden kyseenalaistaminen koskee kaikkia terveydenhuollon ammattiryhmiä. Uudistettuja toimintamalleja ja työmenetelmiä tarvitaan, jotta asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin voidaan vastata ammattitaitoisesti ja hallitsemalla oma työ hyvin. Toimintamallien ja työmenetelmien kehittäminen nähdään tärkeänä osana ehkäisevän terveys- ja sosiaalipolitiikan tavoitteita sekä kansallisen hoitotyön kehittämisstrategiaa. Toimintamallien tarkoituksena on turvata väestön sosiaalinen hyvinvointi, asiakkaiden omien voimavarojen vahvistuminen sekä terveyden kehittyminen. (Ahonen 2005, 9.)

Henkilökunnan vähyys, työkiireiden lisääntyminen ja lyhytaikaisten sijaisten puute ovat vähentäneet mahdollisuuksia toimia omahoitajamallin mukaisesti. Osa hoitajista sitoutuu edelleen heikosti omahoitajana toimimiseen. Hän voi tuntea itsensä riittämättömäksi eikä uskalla ottaa vastuuta omahoitajuudesta. Hoitajat toivovat toisiltaan enemmän kannustusta, tukea ja myönteistä palautetta. Hoitaja voi pelätä laajentunutta työkuvaansa. (Seppänen, Karppinen & Laitinen 2001, 17 - 18; Williams & Sibbald 1998, 741.) Koska omahoitajalta vaaditaan vastuun ottamista potilaasta 24 tuntia vuorokaudessa koko hoitajakson ajan, saattaa tämä vastuullisuus olla vaikeaa kokeneellekin hoitajalle. Taidot eivät välttämättä riitä näin suureen, syvään ja laaja-alaiseen vastuullisuuteen. (Pukuri 1997, 14.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää omahoitajuuden toteutumisen ongelmia Hyvinkään sairaalan osastolla 3, solussa 2. Kyseessä on laadullinen tutkimus, joka suoritettiin teemahaastattelumenetelmällä. Hyvinkään sairaalan osasto 3 on sisätautien vuodeosasto, joka on jaettu neljään soluun. Jokainen solu on erikoistunut tiettyjen diagnoosien mukaisesti potilaiden hoitamiseen.

## 2 OMAHOITAJUUS

Omahoitajuudesta puhutaan paljon, mutta sillä ei aina tarkoiteta samaa asiaa. Syvällisen ja todellisen omahoitajuuden kautta voidaan saavuttaa hoitotyössä laatua, jonka sekä potilas että omaiset voivat tunnustaa. Hyvin toteutettu omahoitajuus ei tuota mielihyvää ainoastaan potilaalle, vaan myös hoitotyöntekijöille itselleen. Omahoitajan työ on selkeää ja itsenäistä sekä samalla työskentelyä hoitotiimissä. Sitoutuminen omahoitajuuteen on samalla sitoutumista ihmisenä kasvuun. Omahoitajuuden myötä hoitotyö muuttuu potilaiden hoitamisesta ihmisten hoitamiseksi ja työtehtävistä ihmissuhteissa olemiseksi. Kun oma potilas ja hänen läheisensä tulevat tutuiksi, he tuntuvat tärkeiltä ja heille halutaan antaa parasta mahdollista palvelua. (Karhe 2004, 126 - 128.)

Ihminen-ihmiselle -teorian mukaan kommunikaatio on väline, jonka avulla pyritään luomaan omahoitajan ja potilaan välinen suhde. Suhde toimii prosessina, tapahtumana tai sarjana kokemuksia, joita sairaanhoitaja ja potilas käsittelevät parhaansa mukaan samanaikaisesti. Potilas ja omahoitaja saavuttavat hyvän hoitosuhteen useiden vaiheiden kautta. Suhde alkaa ensitapaamisesta ja kehittyy hahmottuvien identiteettien, empatian ja sympatian kautta luottamukselliseksi suhteeksi. Tähän vaiheeseen päästyään potilas ja omahoitaja suhtautuvat toisiinsa kuin ihminen ihmiseen. Kullakin vaiheella on omat tehtävänsä ja näiden tehtävien onnistuttua voi kehittyä hoitotyön päämääriä palveleva, hyvä ja hedelmällinen omahoitajasuhde. (Kupari 2000, 13.)

Omahoitajasuhde on tullut olennaiseksi osaksi hoitotyöhön. Sen perustana on potilaan ja hoitotyöntekijän välinen tasavertainen yhteistyösuhde. Kahdenkeskinen hoidollinen vuorovaikutus on ymmärretty sekä hoitamisen keinona että erilaisia auttamismenetelmiä sisältävänä hoitokontekstina. (Kokkonen & Rissanen 2001, 17.) Omahoitaja vastaa itsenäisesti potilaan hoidosta. Hän tuo oman ammatillisuutensa potilaan käyttöön. Omahoitajan rooli korostuu, sillä hän vastaa potilaalle annettavista palveluista, niiden sisällöstä ja laadusta sekä jatkuvuudesta koko hoidon ajan. Hoidon jatkuvuuden tur-

vaaminen edellyttää hoitotyön toimivaltaa, itsenäisyyttä ja vastuuta. Näiden käyttö ja toteutuminen edellyttävät puolestaan tietoperustan hyvää hallintaa, vuorovaikutustaitoja sekä sitoutumista ammatilliseen tehtävään. (Pakarinen 1999, 25; Pukuri 1997, 15.) Koordinoidessaan potilaan hoitoa omahoitaja toimii potilaan asianajajana. Potilaslähtöinen toiminta on mahdollista vain silloin, kun omahoitaja on aidosti kiinnostunut potilaasta ja paneutuu hänen vointiinsa sekä potilaan muihin asioihin. Aito läsnäolo auttaa omahoitajaa ymmärtämään potilasta ja tuntemaan hänet. Potilas voi vuorovaikutuksen avulla tulla tietoiseksi omasta tavastaan olla ja elää suhteessa muihin ihmisiin. Tämä merkitsee hänen oman tilanteensa ymmärtämistä ja antaa sitä kautta mahdollisuuden muutokseen. (Archibong 1998, 684; Pukuri 1997, 7.)

Omahoitajuus lisää hoitajien vastuuta potilaistaan toisella tavalla kuin tehtäväkeskeisessä työjakomallissa. Hoitaja vastaa kokonaisesta ihmisestä koko hänen hoitajaksonsa ajan ja takaa hoidon jatkuvuuden myös hoitajakson loputtua. Liitteessä yksi on havainnollistettu näitä omahoitajan tehtäviä potilaan sairaalaan tulosta aina jatkohoitoon asti. Omahoitajamallissa ennakoidaan hyvissä ajoin potilaan kotiutus niin, että kaikki tarvittavat jatkohoidot suunnitellaan valmiiksi jo ennen kotiutuspäivää. Tehtäväkeskeisessä työnjakomallissa käy usein niin, että kotiutuspäivänä vuorossa ollut hoitaja järjestää jatkohoidot, tutkimukset ja kontrollikäynnit. Kun omahoitaja kantaa vastuun omista potilaistaan, hän ei jätä jatkohoidon suunnittelua viimeiseen päivään, vaan hän toimii riittävän ajoissa ja tehokkaasti. Omahoitajamalli ”pakottaa” hoitajat vastuuseen omista potilaistaan, jolloin hoitajat ei voi siirtää eikä jättää omaa vastuutaan toisille hoitajille. Omahoitajamallin ansiosta palvelun suunnitelmallisuus, organisointi, järjestelmällisyys ja laatu sekä toiminnan tehokkuus paranee. (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku. 2005, 23, 25.)

Hyvän omanhoitajan ominaispiirteitä ovat muun muassa avoimuus, aitous, lämpöisyys, empaattisuus, hyvät vuorovaikutustaidot, muiden ihmisten kunnioittaminen ja tasapainoisuus. Omahoitaja on se henkilö, jolla on koko potilaan hoito hallussa potilaan itsensä lisäksi. Omahoitaja viestittää potilaan toiveet ja tarpeet eri ammattiryhmille. Omahoitaja voi olla yhteydessä yhdessä potilaan kanssa tai hänen puolestaan eri yhteistyökumppaneihin, kuten fysioterapeuttiin, psykologiin tai sosiaalityöntekijään. Omahoitaja tekee työtään yhdessä potilaan kanssa tämän ehdoilla. Omahoitaja voi toimia myös tulkkina eri ammattihenkilöiltä saadun tiedon suhteuttamisessa potilaan omaan elämään ja terveyteen. Omahoitajuuden etuna on myös se, että potilaan ei tarvitse kertoa uusille työntekijöille yhä uudelleen samoja asioita. Potilaan tunteminen kehittää luotta-

muksen syntymistä, ja potilas voi luottaa tehtyihin sopimuksiin sekä suunnitelmien toteutumiseen. Potilaalle tämä on hyväksi, sillä luottamus ja turvallinen olo auttavat tarkastelemaan omaa muuttuvaa elämäntilannetta ja selkiyttämään sitä. Turvallinen ja luottavainen olo antaa myös voimaa. (Pukuri 1997, 11,18, 20.) Vuonna 1995 Kuopion yliopistollisessa sairaalassa kirurgian klinikalla tehdyssä tutkimuksessa kaikki potilaat joilla oli ollut omahoitaja, pitivät tätä tarpeellisena. Vastaajat kokivat saaneensa omahoitajilta riittävästi tietoja hoitoonsa liittyvissä asioissa. Lähes kaikki vastaajista pitivät omahoitajiaan myötätuntoisena, vastuuntuntoisina, ammattitaitoisina ja luottamusta herättävinä. (Anttikoski, Holopainen, Kostiainen, Luostarinen & Väyrynen 1996, 5.)

Auttamistilanteissa omahoitaja auttaa omaa potilastaan ihmisarvoa kunnioittavasti. Potilaan itsestään huolehtiminen kuuluu osana potilaan oman elämän hallintaa. Päivittäisten toimintojen toteuttaminen, tietojen kertominen, kyseleminen sekä kuunteleminen tähtäävät hänen oman elämänsä hallintaan. Sellaiset potilaat, jotka tuntevat hallitsevansa hoitoaan, osaavat soveltaa saamiaan tietoja omaan tilanteeseensa oman terveytensä edistämiseksi. (Pukuri 1997, 10.) Hoitoon osallistuminen edistää potilaan ihmillistä kasvua ja kehitystä omaan hoitoonsa nähden. Potilas tekee päätöksiä omasta terveydestään ja vaikuttaa omaan hoitoonsa, mutta se edellyttää riittävää tiedonsaantia hoitohenkilökunnalta. Potilas osallistuu hoitonsa tarpeiden määrittelyyn. Mikäli terveydenhuollon hoitohenkilöstö määrittelee potilaan tarpeet, potilas jää passiiviseksi osallistujaksi. (Ylönen 2003, 5.)

Kuopiossa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin omahoitajasuhdetta masentuneen potilaan näkökulmasta sairaalahoidon aikana. Tuloksissa ilmeni, että omahoitajasuhde auttoi lievemmin toivottomuutta kokevia potilaita ymmärtämään vaikeuksiaan, tulemaan paremmin toimeen tunteidensa ja muiden ihmisten kanssa, löytämään selviytymiskeinoja sekä löytämään toivoa tulevaisuudesta. (Kokkonen, Rissanen, Kylmä, Miettinen & Pelkonen 2004, 14.)

Oulun yliopistollisen sairaalan silmätautien vuodeosastolla omahoitajaprojektin tavoitteena on toteuttaa asiakaslähtöistä hoitotyötä sekä klinikan yhteisesti sovittuja arvoja. Projektin edetessä on tehty kokeiluja ja tutkimuksia sekä järjestetty erilaisia koulutus ja keskustelutilaisuuksia ja edetty niiden avulla. Lopputuloksena on nimetty omahoitaja lähes jokaiselle potilaalle, ja joidenkin potilasryhmien kohdalla omahoitajuus toteutuu täydellisesti. Potilaiden antama palaute on ollut myönteistä, henkilökunnan työtyytyväisyys on lisääntynyt ja toimintamalli kehittyy koko ajan. (Asikainen 2001, 16.)



Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa tehdyssä tutkimuksessa tarkasteltiin hoitotyöntekijöiden arviota omahoitajana toimimisesta. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa siitä, millainen on hoitajien arvio potilaiden tiedosta omahoitajuudesta ja miten omahoitajuuden periaatteet toteutuvat, miten hoitajat asennoituvat omahoitajuuteen, sekä miten koordinointi, autonomia, potilaskeskeisyys ja vastuullisuus toteutuivat omahoitajuudessa. Hoitajat arvioivat, että heidän potilaansa tietävät kohtalaisen hyvin, kuka on heidän omahoitajansa. Autonomian toteutumisen koettiin toteutuvan kaikkein parhaiten. Mielenkiintoista on kuitenkin se, että heikoimmaksi arvioitiin asennoituminen omahoitajuuteen. (Koivuselkä, Sahlsten & Aalto 2002, 1.)

Parhaimmillaan omahoitajasuhde saatetaan kokea voimakkaasti. Intensiivinen läsnäolo potilaan elämässä koetaan syvästi vastavuoroisena tilanteen koskettavuuden kannalta. Sairaanhoitajan kokemus saattaa olla kokonaisvaltaista keskittymistä potilaan parhaaksi. Sairaanhoitajat uskaltavat mennä täysillä prosessiin ja osaavat viedä niitä eteenpäin. Intensiivisen auttamisen tiloissa sairaanhoitajat työskentelevät poikkeuksetta tietoisesti myös itsensä kanssa ammattitaidon säilyttämiseksi. Voimavaroja kuluu paljon, mutta työ tuntuu tyydyttävältä. (Kupari 2000, 44.)

Omahoitajuuden merkitys sairaanhoitajalle itselleen ilmenee arvoperustan esiintuomisen. Hoitajat ovat korostaneet keskinäisen kunnioituksen ja luottamuksen merkitystä omahoitajasuhteissa sekä paneutumista potilaan asiaan jolloin he pystyvät olemaan heidän turvanaan. Omahoitajuus mahdollistaa ammatillisen kehittymisen. Työn tärkeys ja hoitotyön sisältö ymmärretään entistä paremmin. Työtapa mahdollistaa työn ilon kokemisen sekä työstä saadun tyydytyksen. (Munnukka & Kiikkala 2001, 42.) Ammatillinen toiminta hoitotyössä edellyttää, että kyetään tuottamaan palveluita, joita väestö tarvitsee. Hoitajilta vaaditaan vastuullisuutta, asiantuntijuutta ja itsenäisyyttä tehdä oman tieteenalansa päätöksiä. Potilaskeskeisyys korostuu hoitotyön kehittämisessä. (Pukuri 1997, 5.) Asiantuntijuuteen kehittyminen ja kasvaminen edellyttävät oppimis- ja muutosprosessia, jossa työntekijä oppii oman hoidollisen toimintansa välityksellä uutta omaa toimintaansa varten, esim. toimimalla vastuuroolissa omasairaanhoitajana. Omahoitajan roolissa tarvitaan rohkeutta kohdata niitä inhimillisiä haasteita, joita potilaat ja muut yhteistyökumppanit häneltä odottavat. (Pakarinen 1999, 74.)

## 2.1 Yksilövastuinen hoitotyö omahoitajuuden perustana

Nykyisen käsityksen mukaan yksilövastuinen hoitotyö on menetelmä, jonka avulla omahoitajuutta voidaan toteuttaa. Yksilövastuisessa hoitotyössä potilaan ja hoitajan välinen inhimillinen ja ammatillinen vuorovaikutus korostuu ja potilaan mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa paranee. Munnukan mukaan useissa aikaisemmissa yksilövastuisen hoitotyön tutkimuksissa on keskitytty sen keskeisiin pitämiin käsitteisiin: vastuullisuuteen, itsenäisyyteen, koordinointiin, kattavuuteen ja jatkuvuuteen. Hän pitää kaikkia käsitteitä tärkeinä omahoitajan toimintaperiaatteina. Yksilövastuinen hoitotyö perustuu näihin edellä mainittuihin periaatteisiin. (Anttikoski ym. 1996, 5; Munnukka 1993, 120.)

Yksilövastuinen hoitotyö on lähtöisin 1960-luvulta New Yorkista. Yksilövastuisen hoitotyön toimintafilosofian mukaan sairaanhoitaja toimii itsenäisesti ja kantaa täyden vastuun hoitotyön laadusta. Filosofian ydin on potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus. Toisen näkemyksen mukaan yksilövastuinen hoitotyö on käytännön työtä ohjaava toimintamalli, jossa vastuuhoidajana voi toimia lyhyemmänkin hoitotyön koulutuksen saanut henkilö. Suomessa yksilövastuista hoitotyön mallia alettiin soveltaa 1980-luvun loppupuolelta alkaen. (Korhonen & Koivisto 1995.) Englanninkielinen termi primary nursing on suomennettu yksilövastuiseksi hoitotyöksi, millä on haluttu korostaa sekä vastuuta että yksilöä. Suomalaisena Primary nurse -termin vastineena on käytetty mm. ilmaisuja omahoitaja, omasairaanhoitaja ja vastuuhoidaja. Näistä omahoitaja -ilmaisu on vakiintunein. (Lohikoski 2000, 7.)

Yksilövastuisen hoitotyön toimintamalli syntyi hoitohenkilökunnan tyytymättömyydestä vallitseviin toimintatapoihin. Yksilövastuinen hoitotyö on hoitotyön organisoinnin keino, joka mahdollistaa yksilöllisen hoitotyön prosessin soveltamisen jokapäiväisessä hoitotyössä ilman, että potilaan hoidon hyvästä toteutumisesta täytyisi tinkiä. (Saikkonen 2004, 3.) Suomen sairaanhoitajaliitto on tavoiteasiakirjassa 2010 asettanut tavoitteekseen, että sairaanhoitajat toimisivat yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden mukaisesti vuoteen 2000 mennessä. (Sairaanhoitajaliitto ry. 1993.) Sairaanhoitajien eettiset ohjeet myös velvoittavat hoitamaan potilaita heidän yksilöllisen tarpeensa mukaan. Vuoden 1993 voimaan tulleen lain mukaan potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/758). Lakia voidaan pitää eräänä yksilövastuiseen hoitotyöhön siirtymisen perusteena. (Saikkonen 2004, 3.)

Yksilövastuuseen hoitotyöhön siirrytään erilaisten muutosvaiheiden kautta. Muutos merkitsee erilaisen työskentelytyylin omaksumista. Muutos yksilövastuuseen hoitotyöhön aiheuttaa pohdintaa hoitotyön perustasta, koulutus- ja työnohjaustarpeesta sekä tarpeesta muuttaa osaston tiedotusta tai kehittää laatua. Hoitotyön johtajien ja hoitotyöntekijöiden on huolehdittava siitä, että heillä on riittävät tiedot ja taidot yksilövastuuseen hoitotyön toteuttamiseksi. Hoitotyöntekijöiden on saatava koulutusta uuteen tehtävään. Hoitohenkilökunnan on osallistuttava koulutuksiin vapaaehtoisesti ja aktiivisesti sekä myös sitouduttava kehittämään itseään hoitotyössä. Koulutus korostuu, sillä sen kehittämisessä edellytetään henkilökunnalta uudenlaista ajattelu- ja toimintatapaa. (Munnukka 1993, 20; Korhonen & Koivisto 1995, 23.) Keijosen (2004, 57.) tutkimuksen tulosten perusteella toiminnallinen muutos aiheuttaa hoitajille epävarmuutta. Tiedolla ja kokemuksella pystytään hallitsemaan epävarmuutta. Hyvä hoitotyön hallinta mahdollistaa toiminnan sujumisen ja potilaan laadukkaan hoidon. Hoitotyön ja hoidon laatu ovat tärkeitä asioita hoitajille.

Yksilövastuullisessa hoitotyössä omahoitaja on vastuussa hänelle nimettyjen potilaiden hoidon suunnittelusta ja siitä että hoito toteutetaan potilaan yksilöllisiä arvoja kunnioittaen. Omahoitaja arvioi hoidon toteutumista koko potilaan sairaalassa oloajan. (Anttikoski ym. 1996, 7.) Hyvä hoito edellyttää erilaisia resursseja, kuten hoitohenkilökunnan tarpeellista määrää, laitteita sekä suotuisaa hoitotyön ympäristöä. (Koivu 2002, 11 - 14.) Yksilövastuuseen hoitotyö tekee hoitotyöstä haastavamman ja palautteellisemman. Työn mielekkyys lisääntyy ja työtä sekä omaa itseään halutaan kehittää. (Niemi 2004, 66.) Melchior ym. (Melchior, Halfens, Abu-saad, Van der Berg & Gassman 1998, 88 - 96.) ovat tutkineet yksilövastuuseen hoitotyön vaikutuksia ammattiin vaikuttavana tekijänä. Tulokset osoittavat, että yksilövastuuseen hoitotyössä omahoitajan työ perustui itsenäisyydelle ja kokemukselle ja tämän johdosta työskentely oli vähemmän monimutkaisempaa.

## 2.2 Hoitotyön kehitysvaiheet ja toimintamallit

Tulevaisuudessa potilaslähtöisyys tulee korostumaan, jolloin palvelujen lähtökohtia ovat käyttäjien kulttuuriset arvot sekä hyvinvoinnin ja terveyden määrittelyt. Potilas on subjekti omassa asiassaan. Uusi tieto ja uusi asiakasajattelu syrjäyttävät vanhaa suorituskeskeistä ajattelua, joka on ollut yleistä terveydenhuollon organisaatioissa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa ottamaan huomioon potilaan itsemääräämisen. Itsemäärääminen on kytköksissä päätöksentekoon. Jos potilas nähdään päätöksenteki-

jänä, se edellyttää hoitosuhteessa hoitajan ja potilaan kohtaamista yhdenvertaisina. (Nylander 2002, 7.)

Hoitotyötä on mahdollista tarkastella viiden erilaisessa vaiheessa olevan mallin mukaisesti. Käytössä oleva hoitotyön malli vaikuttaa siihen, miten hoitaja työskentelee potilaan parhaaksi. Kirjallisuudessa esitetyt tavallisimmat hoitotyönmallit ovat: tehtäväkeskeinen, ryhmätyömallin mukainen, potilaskeskeinen, modulaarinen sekä yksilövastuinen hoitotyö. (Korhonen & Koivisto 1995, 11.) Tehtäväkeskeisessä hoitotyössä (functional nursing) hoitotyö jaetaan hierarkkisesti eritasoiisiin tehtäviin. Kyseisessä toimintamallissa painotetaan määrällistä suoritusta laadun jäädessä vähemmälle. Tehokkuus edellyttää pitkälle vietyä syventymistä eri tehtävien tekemiseen. (Luoma 2006, 5.) Tehtäväkeskeisessä työnjaossa korostuvat erilaiset tehtävät. Tässä mallissa hoitohenkilökunnan työt sovitaan ja heille jaetaan tehtävät, mitä kukin hoitaa työvuoronsa aikana. Konservatiivisella osastolla voi olla esimerkiksi ”tippahoitaja”, joka hoitaa osastolla kaikki nesteensiirrot työvuoronsa aikana. (Laaksonen ym. 2005, 22.)

Tehtäväkeskeisessä hoitotyönmallissa tehtävä on mielenkiintoisempi kuin itse potilas. Toimintaa ohjaa enemmän rutiininomainen päätöksenteko, jossa hoitaja tekee tietyt toiminnot kaikille osaston potilaille. Tehtäväkeskeisessä mallissa ei kiinnitetä huomiota siihen tapaan, miten tehtävä tehdään eikä siihen kenelle siitä ollaan vastuussa, vaan tässä mallissa pyritään lisäämään työn tehokkuutta. Kiinteät hoitosuhteet eivät myöskään ole mahdollisia, koska useat eri hoitajat hoitavat potilaita päivän aikana. (Korhonen & Koivisto 1995, 11 - 12.) Hoitotyössä tehtäväkeskeinen toimintamalli on ollut käytössä jo vuosien ajan. Mallin etuna on pidetty tehokkuutta ja haittoina puolestaan työn pirstaleisuutta, pakkotahtisuutta sekä vuorovaikutuksen, yksilöllisyyden ja jatkuvuuden puutetta. (Ahonen 2005, 5 - 6.)

Terveystieteiden palveluiden tarpeeseen on pyritty vastaamaan ottamalla käyttöön uusia toimintamalleja. Toimintamalleja, jotka ovat olleet käytössä kauan, on alettu arvioida kriittisesti ja niiden tilalle on alettu miettiä uusia toimintatapoja. (Ahonen 2005, 5 - 6.) Ryhmätyöhön pohjautuvassa hoitotyössä (team assignment) ryhmänjohtaja on yleensä pisimmälle koulutettu ja hän vastaa potilaiden hoidon kokonaisuudesta. Ryhmänjohtajan johdolla työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia ja perushoitajia. Kyseinen ryhmä hoitaa työvuoronsa ajan useita potilaita. Potilaiden hoitosuunnitelman tekevät ryhmän jäsenet yhteistyössä keskenään. (Luoma 2006, 5.) Ryhmätyö on yleinen työnjaon perusta. Ryhmä saattaa vastata esimerkiksi muutamasta huoneesta tai yh-

destä solusta. Ryhmätyössä tehtävät jaetaan ryhmän jäsenten kesken ja jokainen ottaa vastuun omista suorituksistaan. (Laaksonen ym. 2005, 22.) Ryhmätyömallissa potilasta hoitaa eritasoisen koulutuksen saanut hoitajaryhmä. Ryhmänjohtaja toimii vastuuhenkilönä, joka myös jakaa tehtävät hoitajille. Jos ryhmät ovat pysyviä, se mahdollistaa potilaan yksilöllisen huomioimisen ja jatkuvuuden toteuttamisen. (Korhonen & Koivisto 1995, 12.)

Vanhin toimintamalleista on potilaskeskeinen hoitotyö (case nursing). Tässä mallissa yksi ja sama hoitaja hoitaa potilasta koko työvuoronsa ajan. Tämä malli mahdollistaa potilaan yksilöllisen hoidon, mutta vain yhden työvuoron ajan. (Korhonen & Koivisto 1995, 12.) Työvuoron vaihtuessa potilaalle nimetään taas uusi vastuussa oleva sairaanhoitaja, joten potilaskeskeinen toimintamalli ei takaa hoitotyön jatkuvuutta. Vastuu hoitotyöstä on osastonhoitajalla tai jollakin muulla vastaavalla sairaanhoitajalla, joka jakaa vastuuta työvuorojen perusteella. (Luoma 2006, 5.)

Modulaarinen hoitotyö (modular nursing) on yksi yksilövastuisen hoitotyön muoto, jota voidaan käyttää välivaiheena siirryttäessä yksilövastuiseen hoitoon. Tässä mallissa tietyt hoitajat hoitavat ryhmätyönä pientä potilasryhmää eli moduulia. Hoitajat huolehtivat kaikista potilaidensa hoitoon liittyvistä hoidoista. Modulaarisessa hoitotyön mallissa potilaalla voi olla vastuuhoitaja, joka huolehtii hoidon suunnittelusta ja sen ohjauksesta. Tässä mallissa joustavuus käytännön hoitotyössä lisääntyy ja hierarkkisuus vähenee. (Korhonen & Koivisto 1995, 12.) Luoma toteaa työssään, että vastuusairaanhoitajalla on vastuu 24 tuntia vuorokaudessa. Modulaarinen toimintamalli mahdollistaa hoitotyön jatkuvuuden sekä potilaiden yksilöllisiin tarpeisiin vastaamisen. (Luoma 2006, 6.)

Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon. Yksi terveydenhuollon laadun mittareista on potilastyytyväisyys, siksi potilaiden mielipiteiden kuuleminen on tärkeää. Potilaiden odotukset ja heidän saamansa palvelu muodostavat kokemuksen hyvästä palvelusta. Potilastyytyvyyteen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi vuorovaikutus, empaattisuus, tiedottaminen sekä hoitohenkilökunnan ammattitaito. (Ahonen 2005, 7.)

Yksilövastuisella hoitotyön mallilla on kehitetty hoitotyötä vastaamaan yhä paremmin potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Helsingissä omahoitajuutta kehitettiin projektin avulla hoitohenkilökunnan ja opiskelijan yhteistyönä. Projektin avulla Laakson sairaalan psykiatriosastolle luotiin kirjallinen omahoitajamalli ja samalla säännölliset ja tavoitteelliset projektikokoukset ohjasivat hoitajia ottamaan vastuuta työnsä kehittämis-

tä, oppimaan, toimimaan tiimissä sekä refleктоimaan omaa työtään. Projekti ohjasi työryhmää yhtenäistämään hoitokäytäntöjään, ja hoitajien välinen kommunikaatio lisääntyi. Hoitajien oma tietämys aktivoitui ja tietoa jaettiin työryhmässä, jolloin käyttöön saatiin uusia tapoja hoitaa potilaita. Lisäksi otettiin huomioon uusia menettelytapoja osaston toiminnan kehittämiseksi. (Vuorinen 2001, 15 - 16.)

Myös Myllypuron sairaalassa on kehitetty omahoitajamallia. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli syventää omahoitajamallia ja varmistaa ikääntyneiden pitkäaikaispotilaiden laadukas ja asiakaslähtöinen hoitotyö. Hanke toteutettiin toimintatutkimuksen periaatteita noudattaen ja siinä oli mukana kaikki sairaalan vuodeosastot. Projektin myötä hoitajat kokivat omahoitajuuden hoitotyöntekijöiden omaksi asiantuntijuusalueeksi ja omahoitajan tärkeäksi henkilöksi moniammatillisessa työryhmässä. Omahoitajuus nähtiin hyvänä yhteistyömuotona sekä henkilökunnan voimavarana työssä. (Ristolainen & Sarajärvi 2006, 25 - 27.)

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa tehtiin 1999 tutkimus potilaslähtöisen hoitotyön toteutumisesta sairaalassa, osa tutkimuksesta käsitteli omahoitajan toimintaa. Omahoitajan toiminta koettiin hyödylliseksi, sen katsottiin lisäävän potilaan turvallisuuden tunnetta, tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä vaikutusmahdollisuuksista hoitoon. Lisäksi omahoitajan toiminta vähensi pelkoja, lisäsi potilaan ymmärrystä omasta tilastaan ja motivoi myös itsehoitoon. (Kaukkila, Lauri, Järvi, Kärkkäinen & Suominen 2000, 13 - 15.)

### 2.3 Omahoitajuus ja etiikka

Hoitotyössä joudutaan aina vastatusten eettisten kysymysten kanssa. Hoitotyössä pitää ottaa huomioon arvot sekä niiden käsittelemiseen liittyvät asiat, jotka ovat etiikan perusta. Eettinen arvo on yleisesti ottaen sellainen, jota pidetään moraalisesti arvokkaana ja tavoittelemisen arvoisena. Eettiset normit puolestaan viittaavat velvollisuuteen ja ovat ohjeita siitä, miten tulee toimia. Niin arvot kuin normitkin säätelevät ihmisen käyttäytymistä. Niillä on vaikutus meidän tekemisiimme, valintoihimme ja päätöksen tekoihin ja niiden perusteisiin. (Piiroinen 2002, 9.)

Etiikka ja moraalit ovat käsitteinä hyvin lähellä toisiaan ja siksi niitä käytetään usein synonyymeinä keskenään. Etiikka (ethics) tulee kreikan sanasta "ethos", joka tarkoittaa tapaa ja erityisesti hyvää tapaa, kun taas moraalit (morals, morality) tulee latinan sa-

noista ”mos”, ”mores” tai ”moralis”, jotka tarkoittavat tapaa, tapoja tai tapoja koskevaa. Etiikka voidaan määritellä ainakin kahdella tavalla. Se voidaan ymmärtää tieteenalana, joka pyrkii selvittämään ihmisen käyttäytymistä ja moraalin luonnetta (=moraalifilosofia), tai sillä voidaan tarkoittaa samaa kuin moraalit. Moraali ymmärretään taas empiiriseksi ilmiöksi, josta voidaan tehdä huomioita. Moraali voidaan ajatella eräänlaiseksi sosiaalisesti ohjeistoksi, jonka avulla ihmiset ohjailevat omaa ja muiden elämää. Hoitotyöntekijät törmäävät jokapäiväisessä työssään monimutkaisiin eettisiin ongelmiin, joten hoitoetiikan opetus on tarpeellista. Hoitoetiikan opetusta tarvitaan opiskelijan moraalisen ajattelun stimulointiin, eettisten ongelmien havainnointikykyyn ja analyyttisten taitojen kehittämiseen sekä eettisen ristiriitojen käsittelemisen oppimiseen. Opetus auttaa myös etiikan teorioiden ja käsitteiden oppimiseen sekä siihen, että opiskelija oppisi integroimaan eettistä teoretietoa omaan käytännön kokemuksiinsa. (Ajanko 2003, 7.)

Omahoitajuus vaatii ammattitaitoista sairaanhoitajaa, jolla on riittävästi tietoa sekä taitoa toimia eettisesti ja ottaa vastuuta. Suoritettavien tehtävien ohella käytännön hoitotyöhön vaikuttavat myös yleinen lainsäädäntö, organisaation hallinto sekä toimintaperiaatteet. Ammattiin liittyy niin velvollisuuksia kuin oikeuksia. Ammattieettiset velvollisuudet saattavat olla sidoksissa toisistaan hieman poikkeaviin arvopäämääriin, ja tämän vuoksi voi joskus syntyä ongelmia, jotka vaikeuttavat yhteistyötä. Tämän takia on tärkeää, että hoitotyössä tiedostetaan toiminnan rakenne ja että siinä toimivat tuntevat oman ammatillisen roolinsa ja terveydenhuollon yleiset arvopäämäärät tämän suhteen. (Piiroinen 2002, 9.)

Sairaanhoitajan ammatilliseen pätevyysliittyy osana myös persoonallisuus. Ammatillisesti pätevällä sairaanhoitajalla on kyky luoda ympärilleen myönteinen ilmapiiri, ja hänellä on korkea työmoraali. Hän on huumorintajuinen, vastuuntuntoinen, ymmärtäväinen ja avulias sekä tulee toimeen erilaisten ihmisten kanssa. Hän osaa arvostaa potilasta sekä toimii työssään eettisesti ja inhimillisesti. Potilas nähdään arvokkaana, yksilöllisenä ja ainutlaatuisena persoonana, joka tekee itseään koskevia päätöksiä itsenäisesti. Sairaanhoitajan tehtävä on auttaa potilasta tekemään päätöksiä, jotka edistävät hänen terveyttään. Näin ollen sairaanhoitajan ja potilaan yhteistyösuhteen tulee olla toimiva ja tasavertainen. Hyvällä vuorovaikutuksella on oma keskeinen osansa potilaan hyvässä hoidossa. (Ahonen 2005, 13 - 14; Hicks & Hennessy 1998, 666 - 673. Mäkipoura 2005, 12;)

Potilaan edustajana toimimista luonnehditaan hoitotyön filosofiaksi ja ihanteeksi. Hoitotyön kirjallisuuden mukaan potilaan edustajana toimiminen on suotavaa ja se voisi toimia käytännön hoitotyön laadunmittarina. Edellisen lisäksi sitä pidetään lähtökohtana eettiselle päätöksenteolle potilaan kanssa – käytännön hoitotyön aspektina. Turtiaisen sanoja mukaillen se on sairaanhoitajan perusvelvollisuus. Tämän perusteella potilaan edustajana toimiminen voidaan määritellä sairaanhoitajien ammatillisen roolin keskeiseksi komponentiksi. (Turtiainen 1995, 27.)

## 2.4 Omahoitajuus ja vuorovaikutus

Omahoitajuuteen ja hoitosuhteeseen kuuluu oleellisena osana vuorovaikutuksellisuus. Vuorovaikutuksellisuuteen sisältyy yhteistyökumppanuus, jolloin potilas on tasa-arvoinen toimija hoitosuhteessa. Vuorovaikutuksellisuuteen kuuluu myös potilaan kannustaminen ja opettaminen, jolloin potilasta tuetaan, kannustetaan ja rohkaistaan, hänelle annetaan toivoa ja autetaan tulevaisuuteen orientoitumisessa. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen epäonnistuminen ilmenee vuorovaikutuksen pinnallisuutena, rutiinimaisuutena, tehtäväkeskeisyytenä sekä vallankäyttönä hoitosuhteessa. (Laine 2003, 4.) Sairaanhoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta ohjaavat ammatin eettiset normit sekä sairaanhoitajan ja potilaan ihmiskäsitykset, arvot, asenteet, elämäntilanne, tiedot sekä taidot. Hoitotyön prosessi on vuorovaikutukseen perustuvaa päätöksentekoa ja ongelmanratkaisua hoitotyön tavoitteiden saavuttamiseksi ja tunnistamiseksi. (Haavisto 2004, 6; Mikkola 2000, 4, 10.)

Vuorovaikutuksen olennainen tila on empatia, myötäelämisen taito. Sen voi ymmärtää potilaan yksityisen maailman tajuamisena ikään kuin se olisi oma. Sairaanhoitaja samaistuu potilaan maailmaan hetkellisesti, säilyttäen objektiivisuuden. Empatian voi määritellä myös niin, että ihminen ymmärtää toisen ihmisen tunteet ja niiden merkitykset, mutta ei kadota itsetajuntaansa. Hän pyrkii asettumaan tilanteeseen, jossa toinen on, ymmärtää häntä hänen lähtökohdistaan. Siihen liittyy olennaisena osana objektiivisuus ja ”potilaan edellä kulkeminen.” Persoonallinen tieto syntyy tiedosta, jonka avulla sairaanhoitaja voi käyttää omaa itseään hoidollisessa vuorovaikutuksessa. Se on hyvin sisäistä ja autenttista tietoa ja edellyttää yksilöltä avoimuutta, intuitiivisuutta ja kykyä hyväksyä myös epämääräisyyttä ja ristiriitoja. Se liittyy ihmisten välisten suhteiden laatuun, hoitotyön terapeutin vuorovaikutuksen edistämiseen ja yksilölliseen huolenpitoon. Se myös tarkoittaa kykyä kasvaa omassa ammatissaan asiantuntijaksi. (Kupari 2000, 16, 20.)



Hoitotyössä täydellinen läsnäolo tarkoittaa, että hoitaja on niin fyysisesti kuin psyykkisesti potilaan luona. Hän osoittaa sen kuuntelemalla potilasta tarkkaavaisesti ja intensiivisesti sekä vastaamalla huolellisesti potilasta askarruttaviin kysymyksiin. Hoitaja keskittyy kokonaisvaltaisesti potilaaseen. Täydellinen läsnäolo vuorovaikutuksessa on empatian, hoitamisen ja itsensä käyttämistä kasvojen potilaan kanssa. Hoitaja on avoin potilaalle, hänen ongelmilleen, kysymyksilleen ja tarpeilleen. Hoitosuhteessa myös henkilökemia sekä sairaanhoitajan persoona vaikuttavat hoitosuhteen onnistumiseen. (Guldogan 2001, 9; Kokkonen & Rissanen 2001, 17; Laine 2003, 4; Virtanen 2003, 26.)

Hoitajat voivat vuorovaikutustilanteissa käyttäytyä hyvinkin erilaisesti. Käyttäytyminen voi olla hyvää, asiallisesta tai jopa huonoa, mikä vaikuttaa suoraan hoidettavaan sekä muuhun hoitohenkilökuntaan. Vaikka käyttäytyminen ja hyvät käytöstavat tuntuvat itsestään selviltä, kaikki eivät niitä välttämättä tunnista ja osaa. Myös eri kulttuurierot vaikuttavat. Eri maissa käyttäydytään eri tilanteissa eri tavalla. Huonot käytöstavat, tai kulttuurierot koetaan välinpitämättömyytenä, toisen aliarvioimisena tai suorastaan tahallisen toisen loukkaamisena. Myös huono tilannetaju voi johtaa samaan lopputulokseen. Esimerkkeinä huonosta tilannetajusta on mm. tervehtimättä jättäminen, vitsit hienovaraisissa tilanteissa ja asioiden esittäminen liian suoraan ja ”töksäyttämällä”. (Silvennoinen 2004, 46 - 50.)

Potilaan ja hoitotyöntekijän välisessä yhteistyösuhteessa on kivijalkana aito yhdessä-olo, todellinen välittäminen ja elämäntarkoituksen, toivon ja voiman sekä mahdollisuuksien etsiminen (Kokkonen & Rissanen 2001, 18). Hoitotyöntekijät saavat eniten tyydytystä potilas- ja asiakassuhteista. Etenkin potilailta saatu kiitos, heidän paranemisensa ja viihtymisensä sekä heidän olemassaolonsa tuottaa tyydytystä hoitotyöntekijöille. Potilaalta saatu myönteinen palaute edistää työtyytyväisyyttä ja motivoi hoitajaa jatkamaan työskentelyä samalla tavalla. Hoitotyöhön sisältyy runsaasti kanssakäymistä muiden ihmisten kanssa. (Jokitulppo 2005, 10.)

Sairaanhoidossa hoitaja joutuu kanssakäymisiin lääkäreiden, kollegojen, potilaiden, potilaiden omaisten, viranomaisten jne. kanssa ja selviytyäkseen hoitotehtävissään hän tarvitsee hyviä vuorovaikutustaitoja. Vuorovaikutustaidot perustuvat viestintään kahden suuntaan. Ei riitä, että kahdesta eri ihmisestä vain toinen viestii ja toinen kuuntelee, se ei ole vuorovaikutusta. Vuorovaikutusta on se, että kumpikin viestii toisilleen omalla vuorollaan ja kumpikin ottaa viestin vastaan eikä kumpikin viesti ja kuuntele

yhtä aikaa. Viestiä voi monella tapaa, mutta parhaiten viestintä onnistuu silloin, kun käytetään yhteistä kieltä. On tärkeää, että kumpikin viestinnän osapuoli ymmärtää toistaan ja sen mistä viestinnässä on kyse. Monessa ammatissa on oma ns. ammattikielensä ja viestiessä saman ammatin eri osapuolten välillä viesti menee perille, mutta ei aina niinkään varmasti muille, ammatin ulkopuoliselle. Potilas ei välttämättä tiedä, mitä mikin hänen sairauttaan koskeva lääkärin käyttämä termi merkitsee, ja tarvitsee ”suomenosta” sairaanhoitajalta, jonka pitäisi se osata kertoa kansankielellä.

Viestintä voi olla myös sanatonta oheisviestintää, elekieltä (kuva 1), jonka ihminen tulkitsee toisen käyttäytymisestä tai eleistä. Hoitaja voi esim. kertoa potilaalle, ettei tällä ole mitään vakavaa sairautta, mutta elekieli kertoo toista ja potilaalle jää epävarma olo omasta terveydentilastaan. (Silvennoinen 2004, 15 - 17.)



Kuva 1. Viestintä-seminaari (Jokinen 2006, 5).

Potilaan kanssa tehtävään yhteistyöhön kuuluu antautuminen vuorovaikutussuhteeseen. Tämä tarkoittaa aitoa läsnäoloa, kuuntelemista ja herkkää tarkkailemista. Asiakslähtöinen toiminta alkaa asiakkaan esittämistä asioista. Sairaanhoitajan on kuunneltava huolellisesti, koska kohtaaminen heti vuorovaikutussuhteen alussa on ensiarvoisen tärkeää. Vuorovaikutus on molemminpuolista viestin lähettämistä ja vastaanottamista. Vuorovaikutus voi tapahtua sanallisten tai ei-sanallisten viestien avulla. Yksi osa vuorovaikutusta on potilasopetus ja tiedonvälitys. Jotta potilas pystyy osallistumaan omaan hoitoonsa, on hänen saatava riittävästi tietoa, potilaalla on oikeus riittävään tiedonsaantiin. (Ahonen 2005, 14 - 15.)

Huumorilla ja leikinlaskulla voi olla myönteisiä vaikutuksia asiakkaiden hyvinvointiin. Niitä tulee kuitenkin pyrkiä käyttämään hoitotilanteissa harkiten, jotta ne eivät loukkaa

asiakkaan tunteita ja hänen yksilöllisyyttään. Huumori on kuitenkin osa ihmisen elämää ja kuuluu olennaisen osana hoitotyöhön. Huumorilla on runsaasti positiivisia vaikutuksia sekä fyysiselle että psyykkiselle terveydelle. Huumori on hoitotyössä hyödyllistä potilaan ja hoitajan välisen suhteen muodostumiselle, koska se lisää potilaan ja hoitajan välistä viestintää, helpottaa stressiä ja edistää hyvää oloa. (Salo 2002, 17; Virtanen 2003, 24.)

Vaikea elämäntilanne voi olla käännekohta, jossa toivo viriää ja haastaa ihmisen selviämään ohimenevästä toivottomuuden tunteesta. Toivoa jo sinänsä voidaan pitää potilas-hoitajasuhteessa tärkeänä rakenteena. Toivon ylläpitäminen tapahtuu hoitavassa, aidossa vuorovaikutussuhteessa. (Kokkonen & Rissanen 2001, 20.) Kosketus viestii lämmöstä ja välittämisestä. Mutta kosketus kuten myös hoitajan eleet ja ilmeet voivat ilmaista myös kylmyyttä ja vihaa. Ammattitaitoisesti työskentelevä hoitaja sen sijaan viestii ilmeillään ystävällisyyttä. (Sinivaara 2000, 29.)

Myös tunteet ovat osa vuorovaikutusta ja niihin törmää monesti sairaanhoidollisissa tilanteissa. Tunteet vaikuttavat vuorovaikutussuhteissa joko positiivisesti tai negatiivisesti. Sen vuoksi hyvän vuorovaikutus- ja ammattitaidon lisäksi tarvitaan myös hyvää tunneälyä ja -taitoja. Vuorovaikutuksissa hoitaja joutuu jatkuvasti tilanteisiin, jossa syntyy monenlaisia tunnekokemuksia. Omien tunteiden lisäksi sairaanhoitajan on hyvä oppia tunnistamaan myös toisten tunteita ja oppia toimimaan oikein eri tunnetilanteissa. Sairaanhoitaja joutuu myös tukahduttamaan tunteitaan (surua, pettymystä, suuttumusta), jotta pystyy hoitamaan hoidettavansa mahdollisimman ammattimaisesti. Etenkin lasten kanssa toimittaessa tunteet ovat huomattavasti vahvemmin esillä erilaisissa vuorovaikutustilanteissa. Sairaanhoitajalla tulee olla kyky ajatella empaattisesti, eläytyä potilaan tilanteeseen ja jakaa hänen tunteensa. (Silvennoinen 2004, 52 - 59.)

Mikäli sairaanhoitaja hallitsee hyvin vuorovaikutustaidot, hän pystyy hoitamaan potilaansa paremmin. Hän saavuttaa hoidettavan ja tämän omaisten luottamuksen, tulee paremmin ymmärretyksi ja saa syvemmän suhteen potilaaseen. Vuorovaikutustaidot asetetaan koetukselle etenkin vaikeissa sairauksissa, esim. syöpää sairastavien potilaiden kanssa, kun syöpä on jo voittamaton sairaus ja pelkästään sen oireita pystytään enää helpottamaan. Hyvillä vuorovaikutustaidoilla potilaalle annetaan mahdollisimman turvallinen ja hyvä loppuelämä ja saadaan koko muukin perhe hoitoon mukaan. (Iivainen, Jauhiainen & Pikkarainen, 2004, 57; Silvennoinen, 2004.)

## 2.5 Omahoitajuuden haasteet

Tänä päivänä lähes jatkuva muutos on läsnä työyksiköiden toiminnassa. Varsinkin tämän päivän terveydenhuollossa työntekijät kohtaavat jatkuvan muutoksen ja lisääntyvän tiedon tarpeen sekä vaatimuksen kehittää jatkuvasti omaa ammattitaitoansa. Työyksiköiden kulttuuri voi kannustaa työntekijöitä innovatiivisuuteen. Innovaatio toiminnalla tarkoitetaan, että luodaan ja otetaan käyttöön uusi, hyötyä tuottamaan tarkoitettu, suunnitelmallisen toiminnan tuloksena syntynyt tuote, palvelu ja menettelytapa organisaatiossa. (Lampikoski & Lampikoski 2004, 17 - 19.)

Yksi keskeisistä sosiaali- ja terveydenhuollon haasteista tällä hetkellä on potilas- ja asiakaslähtöisyyden vaade. Huittisten seudun terveydenhuollon kuntayhtymän vuodeosastolla siirryttiin omahoitajuuteen hitaasti kiihuhaen. Kehittämishanke aloitettiin syksyllä 1997 ja kokeiluvaihe päättyi keväällä 2000. Kokeiluvaiheen päätyttyä hoitajien yhteiseksi kannaksi muodostui se, että aiempaan toimintaan ei haluttu enää palata. Lisäksi hankkeen yhteydessä yhdeksi keskeiseksi johtopäätökseksi muodostui, että omahoitajuuden kehittämisessä tarvitaan henkilöstöjohtamisen ja työyhteisön ryhmien toiminnan tuntemusta. Kehittämistyössä on hyvä lähteä liikkeelle kulloisestakin kontekstista ja kunnioittaa siinä jo olevia vahvuuksia ja luoda siten maaperää jatkuvalla muutokselle. (Juvakka, Lehtonen & Härkölä 2002, 9 - 11.)

### 2.5.1 Organisaation kulttuuri, ilmapiiri ja muutoksen hallinta

Terveydenhuollon organisaatioita ja työyksiköitä leimaa monesti hierarkkisuus. Hierarkkisuus ilmenee yleensä esimies-alaisuhteissa sekä toimintaa ohjaavissa säännöissä. Hierarkkisuus organisaatiossa saattaa ilmetä siten, että hierarkkinen virallinen pintarakenne ja sen kanssa yhteneväinen kulttuuri ohjaavat tuntuvasti yksittäisen työntekijän toimintaa. Tällöin asioiden hoitaminen ylittämällä eri hierarkiatasot ei ole suotavaa. Viime vuosina sosiaali- ja terveysalalla tyytyväisyys työyksikötason johtamiseen on ollut nousussa, kun taas tyytymättömyyksiä ollaan oltu koko organisaation johtamiseen. Sairaaloissa erityisesti vuodeosastoilla tyytymättömyys organisaation johtamiseen on kasvanut. Kaikkiaan kunta-alalla hoitajien tyytyväisyys henkilöstöjohtamiseen on kohentunut. Hyvänä esimiehenä pidetään sellaista johtajaa, joka on innostava, keskustelevalta, tukeva ja rohkaiseva. Hyvä esimies osaa huolehtia avoimesta tiedottamisesta ja kannustaa työntekijöitä opiskelemaan sekä luottaa työntekijöihinsä. (Haavisto 2004, 11, 14.) Työntekijän kannalta sosiaalinen tuki on työyhteisön tarjoamaa henkistä tukea, joka esiintyy välittämisenä, huomioon ottamisena, kuunteluna ja kannustuksena.

Se saattaa olla myös ohjeiden ja neuvojen muodossa annettua tiedollista tukea, jonka pyrkimyksenä on auttaa yksittäistä työntekijää selviytymään erilaisista ongelmatilanteista. Arvioivalla tuella tarkoitetaan puolestaan työntekijän työstään saamaa palautetta ja arvostusta, joilla voi olla hyvin merkittävä merkitys yksilön itseluottamukselle ja omanarvontunnon vahvistumiselle. (Salo 2002, 20.)

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HUS) varatoimitusjohtaja ja strategiatimiin vetäjä Seppo Tuomala toteaa, että väkemme osaamiseen kuuluu paljon: tutkimus- ja yliopistoyhteistyön omaa osaamista kaikilla tasoilla. Monipuolinen osaaminen pitää saada ohjautumaan myös väestön tarpeiden mukaiseen palveluinnovaatioon. Tässä meidän on osattava tehdä tuotekehitystä kuten elinkeinoelämässäkkin. Osaamisen tulee suuntautua palvelutuotekehittelyyn, synnyttäen prototyyppejä, joita voisimme ottaa osaksi palvelukokonaisuutta. Erityisesti sosiaali- ja terveysalalla kannattaa ottaa oppia parhaista teollisista innovaatiohankkeen toteuttamiskäytännöistä. Silloin voidaan välttää strategisia virheitä, jotka tuhoavat hyödyllisen idean toteuttamisen käytännössä. Terveystieteiden alalla bench-marking on tuottanut loistavia tuloksia. Esimerkkinä kerrottakoon, että alan organisaatioiden toiminnan tehokkuus ja laatu on parantunut dramaattisesti, kun alalle on alettu ottaa oppia teollisuuden ja vähittäiskaupan logistiikasta. Alalla on innovointitarpeita. (Lampikoski & Lampikoski 2004, 17 - 19.)

Ilmapiiri on yksi osa organisaation kulttuuria. Ilmapiiri on inhimillisintä aluetta, joka syntyy ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta. Ilmapiiri on vahvasti tunteiden pelikenttää, jossa päätöksillä ja säännöillä ei saada nopeita muutoksia aikaan. Ilmapiiri koetaan huonona tai hyvänä. Avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri on liitetty oppivan organisaation kulttuuriin. Tutkimuksissa on havaittu, että ympäristön muutoksille on sopeutuva, joustava ja herkkä sellainen kulttuuri, joka on tehtäväsuuntautunut, työn tuloksia arvostava ja jossa status- ja tyylieroja ei korosteta. Tähän kulttuuriin on liitetty esimerkiksi osallistuva johtaminen, tunnustus ja palaute sekä epähierarkkinen organisaatorakenne. Kaikilla näillä seikoilla on vaikutusta ilmapiiriin. Näin ollen johtamisella voi vaikuttaa ilmapiiriin. Ilmapiiri voi antaa ihmiselle tunteen oman työnsä ja roolinsa merkityksellisyydestä. Ilmapiiri vaikuttaa myös yksilön luottamukseen siihen miten hän saavuttaa työtavoitteensa. (Viitala 2004, 63 - 63.)

Jos ilmapiiri ja tapahtuva muutos toiminnassa ovat hyvin ristiriidassa keskenään, voi ilmapiiri estää muutosta. Lisäksi hoitotyön työyksiköt kamppailevat pahenevan työvoimapulan kanssa. Työntekijöiden suuri vaihtuvuus saattaa vaikeuttaa yksikön toimintaa.

Ylihoitaja ja osastonhoitaja voi käyttää apuna kulttuurista tuntemustaan valitessaan työyksikköön uusia työntekijöitä. He voivat tarvittaessa valita sellaisen työntekijän, joka soveltuu työyksikön kulttuuriin, tai toimia juuri päinvastoin ja valita työntekijän, joka tuo työyksikön kulttuuriin jotain aivan uutta. Uusien työntekijöiden sopeutuminen työyksikköön helpottuu, jos esimies käyttää hyväkseen perehdytyksessä työyksikön kulttuurin esittelyä. Tämä myös edesauttaa heidän pysyvyyttään kyseisessä työyksikössä. (Haavisto 2004, 5.) Hyvin suoritettu perehdyttäminen ja työpastus ovat olennainen osa työn hallintaa ja ne tukevat ihmisen työhyvinvointia. Houkuttelevan työyhteisön rakennusaineet ovat miten henkilölle kerrotaan organisaation toiminnasta ja kunkin työyksikön yms. toiminnasta. Ilman tavoitteellista työtä ihminen voi huonosti, eikä tiedosta omaa rooliaan. Houkutteleva organisaatio suuntautuu toiminnassa tulevaisuuteen, sen työyhteisön jokainen jäsen tiedostaa organisaation arvot ja sitoutuu niihin. Esimiehen olisi oltava hyvä roolimalli. (Juuti & Vuorela 2004, 48 - 55.)

Jos työyksiköissä on vallalla syylistämistä välttävä suhtautuminen epäonnistumisiin, se rohkaisee yksittäisiä työntekijöitä kokeilemaan uusia toimintatapoja. Kun taas ongelmallisissa työyksiköissä tyypillistä on muuttumisen vaikeus ja se, että työntekijät omalla käytöksellään sabotoivat muutosta. Muutoksia läpikäydessä tulisi henkilöstölle sallia palautteen antaminen ja osallistuminen muutoksen suunnitteluun, jotta muutosvastarinta olisi mahdollisimman vähäistä. (Haavisto 2004, 15.)

Erilaisten elämäntilanteiden ja -vaiheiden sekä elämäntyylien lisäksi ihmisten erilaisuus vaikuttaa myös hoito- ja työyhteisössä. Ihmiset ovat erilaisia persoonallisuudeltaan, mikä heijastuu erilaisina reagointi- ja käyttäytymistapoina. Usein arkikielessä puhutaan henkilökemioista. Yksilöiden ja heidän erilaisten tapojensa, piirteidensä ja tyyliensä välisissä kohtaamisissa henkilökemialliset reaktiot pahimmillaan ovat yhteentörmäyksiä ja parhaimmillaan selittämätöntä sielujen sympatiaa. (Viitala 2004, 168 - 169.) Monet työyhteisöjen ongelmat kumpuavat ihmisten erilaisista persoonallisista otteista tarttua uusiin asioihin sekä tavoista ilmaista ajatuksiaan ja tunteitaan. Ihmisillä on taipumus hyväksyä omaa käyttäytymistään muistuttavaa käyttäytymistä helpommin myös toisilta ja toisaalta vieroksua omasta käyttäytymisestä poikkeavaa käytöstä. (Viitala 2004, 169.)

Työyhteisöissä työhön liittyvät muutokset koetaan edelleen usein poikkeustiloina. Muutosten hyväksyminen helpottaa eniten työntekijää itseään, mutta myös koko organisaatiota. Muutosprosessit vaihtelevat kestoltaan, laajuudeltaan ja voimakkuudeltaan sekä

tarkoituksellisuudeltaan ja yllätyksellisyydeltään. Muutokset voidaan luokitella vaikuttavuuden perusteella ensimmäisen ja toisen asteen muutoksiin. Ensimmäisen asteen muutos pitää sisällään pieniä parannuksia ja uudistuksia jo olemassa oleviin perusrakenteisiin. Nämä muutokset kuuluvat luonnolliseen kehitykseen ja kasvuun. Toisen asteen muutos on luonteeltaan laadullista, voimakkaasti uudistavaa sekä murroksia aiheuttavaa. (Viitala 2004, 88.)

Erilaiset muutokset, työyhteisöissä, esimerkiksi siirtyminen tehtäväkeskeisestä hoitotyöstä omahoitajuuteen, voivat aiheuttaa vastarintaa työntekijöiden taholta. Yksilön suhtautuminen voi olla myös kaksijakoista. Toisaalta yksilö haluaa muutosta, toisaalta hän ei halua sitä. Yksilöä mietityttää, osaako ja uskaltaako hän muuttua. Ihmiset eivät välttämättä vastusta muutosta, vaan menetyksiä, joita siihen liittyy. Menetystä on luopuminen turvallisesta ja tutusta ja siirtyminen tuntemattomaan ja epävarmaan. Muutos merkitsee uhkaa turvallisuuden tunteelle ja aiheuttaa pelkoa ja ahdistusta. Vastustus voi olla esitietoista, tietoista tai tiedostamatonta. Vastustusta voidaan ilmentää mielipiteillä, tunteilla, ajatuksilla, ideoilla, toiminnoilla ja mielikuvilla. (Tamminen-Peter 1996, 137 - 138.) Hoitotyöntekijän on hyvä muistaa myös se, että hyvä hoitaminen alkaa aina itsensä rakastamisesta. Jos hoitotyöntekijä ei pidä huolta itsestään ja omasta hyvinvoinnistaan, ei hänellä myöskään ole mitään annettavaa potilailleen. (Mäkisalo 1999, 15.)

Hoitotyössä niin kuin muussakin työssä, toiset kokevat muutokset haasteeksi ja ovat niissä innolla mukana, toiset taas pitävät niitä jatkuvana riesana, uhkana ja stressin aiheuttajana. Muutokset muokkaavat hoitotyötä jatkuvasti. Hoitajat joutuvat koko ajan seuraamaan mitä yhteiskunnassa ja terveydenhuollossa tapahtuu ja tarvittaessa reagoivat muutosten vaatimiin haasteisiin, esimerkiksi muuttamalla hoitokäytäntöjä tai lisäämällä muutosten edellyttämää erityisosaamista. Tulevaisuudessa sairaanhoitajilta vaaditaan korkeampaa työmotivaatiota ja korkeampaa työmoraalia. Heidän tulisi myös asennoitua positiivisemmin työhönsä sairaanhoitajana. Vaikka sairaanhoitaja hallitsevatkin työssään tarvittavan osaamisen hyvin tällä hetkellä, paikalleen ei voi jäädä. Hoitotyössä tapahtuu koko ajan muutoksia, jotka edellyttävät uutta osaamista. Näin ollen ammatillisen osaamisen ylläpito ja kehittäminen on jatkuva koko työuran kestävä prosessi. Valitettavasti nykyään tosiasia on niin, että työntekijä joka aikoo pitää ammatillisista osaamistaan ajan tasalla, joutuu käyttämään siihen omaa aikaa ja omaa rahaakin. Työtahti on usein niin kova työpaikalla, että työajalla ei ole juurikaan mahdollisuutta

etsiä uutta tietoa tai edes osallistua koulutukseen niin paljon kuin tarvetta olisi. (Hildén 2002, 29, 79, 62 - 63.)

Erilaiset tutkimustulokset osoittavat yllättävästi, että valtaosa muutoksista koetaan kuitenkin myönteisinä. Myönteisinä muutoksina koetaan hoitotyön muuttuminen vastuullisemmaksi ja itsenäisemmäksi. Käytännössä tämä tarkoittaa, että hoitotyöntekijä saa ottaa ja joutuukin ottamaan vastuuta omasta toiminnastaan itsenäisemmin. Omahoitajuus on ohjannut toimintaa vastuullisemmaksi sekä itsenäisemmäksi ja näin ollen työ koetaan usein myös haasteelliseksi ja mielenkiintoiseksi. Hoitotyö on muuttunut suunnitelmallisemmaksi ja siihen on tullut lisää laaja-alaisuutta, tämä on koettu positiivisena muutoksena. Kehittämistyö ja sitä kautta hoitotyöntekijöiden laatutietoisuus on lisääntynyt. (Hildén 2002, 24 - 25.)

Myönteinen suhtautuminen muutokseen näkyy hoitajan joustavuutena ja haluna olla mukana kehittämistoiminnassa. Lisäksi se näkyy sitoutumisena sovittuihin uusiin käytäntöihin ja kokeiluihin. Myönteisesti suhtautuvat hoitajat ovat halukkaita tuomaan esiin uusia kehittämisideoita. Lisäksi he pystyvät tuomaan esille omat mielipiteensä ja suhtautumaan asioihin kriittisesti. He etsivät uutta tietoa sekä soveltavat sitä käytäntöön ja pitävät itsensä ammatillisesti ajan tasalla. Suhtautuminen kielteisesti muutokseen johtaa osaamisen suppenemiseen. Kielteisesti suhtautuvat hoitajat vastustavat kaikkea uutta, eivät sitoudu yhteisiin päätöksiin ja haluavat pitää kiinni vanhoista rutiineista. Tällaiset hoitajat pelkäävät ottaa vastaan uusia tehtäviä. Vanhoihin rutiineihin on helppo tuudittautua. Vaikka rutiinit olisivat hoitajalle pelkkää sisällötöntä puurtamista, heidän mielestään "liukuhihna-malli" esimerkiksi laitoshoidossa toimii hyvin. (Hildén 2002, 29.)

Yleensä sairaanhoitajat sopeutuvat työyhteisön odotuksia huonommin työssä tapahtuviin muutoksiin. Syynä tähän voi olla se, että organisaatio ei ole pystynyt perustelemaan muutostarvetta henkilöstölle riittävän hyvin. Silloin kun nykytilanne on analysoitu, muutostarve pystytään perustelemaan parhaiten. Analyysitilanteen avulla saadaan objektiivinen kuva organisaation tilasta ja sen ongelmista. Tätä kautta henkilöstö motivoituu paremmin raskaaseen, mutta antoisaan kehittämistyöhön. (Hildén 2002, 62 - 63.) Muutoksenhallintataidot ovat nousseet tärkeäksi osaksi sairaanhoitajan työtä. Sairaanhoitajien tulee kyetä sopeutumaan hyvin erilaisiin, nopeisiin ja jopa jatkuviinkin muutoksiin sekä olemaan aktiivisesti mukana muutosprosessissa. Ei riitä, että sairaanhoitaja on koulutuksensa aikana saanut oman alansa erikoistiedot, vaan hänen pitää koko työuransa ajan seurata oman alansa uusinta tietoa ja hyödyntää sitä työssään



muun muassa kokeilemalla, kehittelemällä uutta, auttamalla kollegojaan sekä toimimalla asiantuntijana. (Hildén 2002, 55.)

### 2.5.2 Hoitotyön luonne osastotyössä

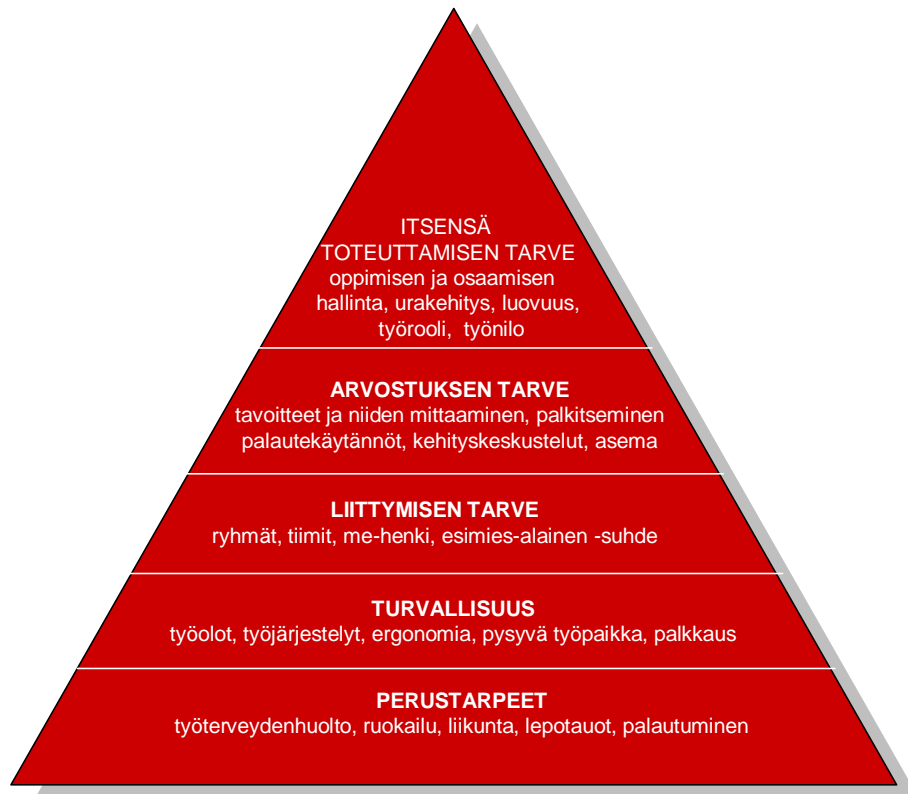
Muutokset yhteiskunnassa ja terveydenhuoltojärjestelmässä asettavat hyvälle hoidolle, hoidon koulutukselle ja hoitotyön toteuttajille jatkuvia uusia, muuttuvia vaatimuksia. Lisäksi hoitotyön tietoperustan ja käytännön nopea eteenpäinmeno edellyttävät työntekijöiltä kykyä tarkastella asiakkaan hoitotilanteita monipuolisesti ja taitoa tehdä tarkoituksenmukaisia ja hyvin perusteltuja ratkaisuja. Yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset edellyttävät myös monikulttuurisen hoitotyön tuntemusta, sillä erilaisuuden ymmärtäminen on edellytys ihmisestä lähtevän hoitotyön toteutukselle. Työntekijä tulee kohtaamaan työssään yhä useammin vierasta syntyperää olevan potilaan, jolle tulee kyetä tarjoamaan samoja yhtenäisiä palveluja samassa suhteessa kuin omille kansalaisille. Tämä edellyttää työntekijöiltä kielitaitoa ja paneutumista muihin kulttuureihin. (Laakonen 2004, 17; Salo 2002, 16, 18.)

Hoitotyön parissa työskentelyä on luonnehdittu useissa tutkimuksissa sekä fyysisesti että psyykkisesti hyvin kuormittavaksi työksi, joten ei liene yllätyksellistä, että myös erilaiset stressioireet ja työkyvyn aleneminen ovat alan työntekijöillä hyvin yleisiä. Tyyppillisiä raskastekijöitä on kiire, pakkotahtisuus, ergonomiset ongelmat ja liiallinen vastuullisuus. Kiireen tunne on liittynyt työssä kiirehtimiseen tiukkojen aikataulujen, tekevämmien töiden tai liian vähäisen henkilökuntamäärän vuoksi, jolloin hoitajille tulee tunne, että heillä ei ole riittävästi aikaa asiakkailleen. Sairaanhoidajat kokevat, että he joutuvat jatkuvasti priorisoimaan tehtäviään sitä mukaa miten osaston päiväjärjestys elää eikä heillä ei ole siihen paljoakaan sanomista. Henkilöstövoimavarojen vähäisyys ja jatkuva kiire on vaikuttanut myös siihen, että yksittäisille hoitajille kasautuu pääasiallinen vastuu yhä suuremmasta ja suuremmasta asiakasjoukosta. Tämä vie sairaanhoidajien energiaa ja he alkavat väsyä. Vaikeasti sairaiden potilaiden hoitaminen vie myös sairaanhoidajien voimia. Myös ergonomiset ongelmat, kuten hankalat ja raskaat nostot sekä yksipuoliset työasennot vaivaavat etenkin vuodeosastojen henkilökuntaa. Lisäksi kuormitusta aiheuttaa tyytymättömyys esimiehen toimintaan, huono ilmapiiri, vähäinen työstä saatu palaute ja ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat. Bowers, Luring ja Jacobson ovat tutkineet hoitajien ajankäyttöä pitkäaikaishoidossa ja ovat tulleet loppupäätelmässään tulokseen, että henkilökunnan lisääminen parantaa hoitotyön laatua. (Bowers, Luring, & Jacobson 2000, 484; Gyllenbögel 2000, 52; Salo 2002, 11.)

Työstä aiheutuvat stressioireet, kuten fyysiset, psyykkiset ja psykosomaattiset vaivat, vaihtelevat hoitohenkilökunnalla iän ja tehtäväkuvan mukaan, ja yleistä työkykyä haittaavat tekijät lisääntyvät huomattavasti jo 35 ikävuoden jälkeen. Fyysinen rasittuneisuus hoitotyössä ilmenee pääasiallisesti tuki- ja liikuntaelinten vaivoina. Psyykkisiä oireita on poikkeuksellinen väsymys ja masentuneisuus ja psykosomaattisia oireita esimerkiksi päänsärky ja vatsakivut. Rasitustekijöistä huolimatta valtaosa sosiaali- ja terveysalan tekijöistä kokee jaksavansa työssään hyvin ja tyytyväisyys työhön on korkea. Työ ihmisten parissa koetaan merkitykselliseksi ja työ sisältää paljon eriasteista vuorovaikutusta. Hoitotyössä jaksamiseen saadaan voimia työpaikan ja oman yksityiselämän sosiaalisista suhteista sekä vapaa-ajan harrastuksista, itsensä toteuttamisesta ja muilta elämän alueilta, esimerkiksi luonnosta. (Salo 2002, 11, 13.)

Kuormituksen kokeminen työssä on hyvin yksilöllinen tekijä. Kuormituseroihin vaikuttavat usein työntekijän persoonallisuus, voimavarat ja työhön sitoutuminen. Työntekijän positiivinen suhtautuminen työhönsä, omien voimien realistinen arviointi ja rajanveto itsensä ja ympäristön välille ehkäisevät väsymistä ja lisäävät hyvinvointia työssä. Hyvällä työskentelyilmapiirillä on tukea antava merkitys etenkin osastotyössä, jossa ollaan vuorovaikutuksessa työtovereiden ja potilaiden kanssa. Myös työnohjauksen ja kehityskeskustelujen tarpeellisuus korostuu työyhteisöissä työntekijöiden työssä jaksamisen ja hyvinvoinnin tukemisessa. (Salo 2002, 14.)

Jaksamiseen ja hyvinvointiin auttaa hyvä motivaatio. Motivaatio kuuluu psykologian teoreettisiin käsitteisiin. Se on johdettu alun perin latinalaisesta sanasta *movere*, joka merkitsee liikkumista. Ajan kuluessa motivaatio -sana on laajennettu tarkoittamaan käyttäytymistä virittävien ja ohjaavien tekijöiden järjestelmää eli niin sanottua aktiivitasoa ja siinä tapahtuvia vaihteluja. Motivoitunut toiminta suuntautuu tavoitteeseen ja sen taustalla on aina valitseminen eri vaihtoehdoista ja toimintamahdollisuuksista. Motivaation kehitys on yksi osa ihmisen kokonaiskehitystä, ja aikaisemmat oppimiskokemukset ja niistä saadut palautteet vaikuttavat motivoitumiseen. Yksi kuuluisimmista psykologian edustajista Abraham Maslow (1908 - 1970) on tutkinut ihmisluonteen moninaisuutta ja kehittänyt hierarkkisen motivaatioteorian. Maslow totesi, että ihmisellä on taipumus pyrkiä kohti tavoitteita, jotka yleensä palkitsevat ja tekevät elämän merkitykselliseksi. Hän loi ihmisen motivaatiota selittävän tarvehierarkian (Kuvio 1.) Hierarkia lähtee liikkeelle fysiologisista tarpeista, turvallisuuden, liittymisen ja rakkauden tarpeista ja jatkuu itsearvostuksen ja itsensä toteuttamisen tarpeisiin. (Hietaharju 2002, 3 - 4.)



Kuvio 1. Tarvehierarkia Maslow'n mukaan. (Hietaharju 2002,4.)

Hierarkian alemmat tasot ovat merkityksellisiä hoitamaan oppimisen kannalta siten, että terveydenhuollon työntekijöillä tulee olla riittävän hyvä terveys työntekoon. Turvallisuuden tarpeeseen liittyvät terveyden lisäksi myös säännöllinen työ ja hyvä sosiaaliturva. Ihminen on sosiaalinen olento ja hänelle ovat tärkeitä kontaktit ihmisiin ja liittyminen ja kuuluminen johonkin ryhmään tai työyhteisöön. Ylemmän tason tarpeet, kuten arvostuksen- ja itsensä toteuttamisen tarve, tarkoittavat sitä, ettei ihmiselle riitä pelkäämistään se, että hänet hyväksytään. Hänen pitää saada arvostusta, kunnioitusta, statusta ja hänellä on tarve osoittaa pätevyyttään jollakin alueella. Ihminen haluaa myös käyttää hyväkseen koko kapasiteettiaan ja täten toteuttaa itseään. (Hietaharju 2002, 4.)

Rehellisen ja etenkin kriittisen palautteen antaminen on ongelmallista hoitajille. Kriittistä palautetta ei uskalleta antaa, koska pelätään työtoverin loukkaantuvan. Jos työkaveri loukkaantuu, palautteen asiallisuudesta huolimatta, ei vika ole palautteen antajassa, vaan sen vastaanottajassa. Tulevaisuudessa tarvitaankin kehityskeskusteluja ja koulutusta, jotta hoitajat saavat lisävalmiuksia ja rohkeutta antaa rehellistä palautetta työtoverilleen sekä kykyä ottaa itse palautetta vastaan. (Hildén 2002, 62.)

Kriittinen oppiminen on edellytys palvelun laadun kehittämiseksi. Tämä tarkoittaa sitä, että kyseenalaistetaan ja puretaan omia sekä työyhteisön yhteisiä oletuksia, käsityksiä ja itsestäänselvyyksinä pidettyjä asioita. Kriittinen oppiminen on myönteistä sekä kielteistä yhtä aikaa. Myönteistä oppimisessa on se, että oma näkökulma laajenee ja ajattelu avartuu. Kielteistä se on puolestaan siksi, että useimpien on vaikeaa myöntää aikaisempien käsitystensä kapea-alaisuus. Luopuminen aikaisemmasta turvallisesta ja tutusta, voi surettua, tehdä vihaiseksi tai jopa pelottaa. Työhyvinvoinnin tekijät rakentuvat perustarpeille, jonka jälkeen tulee perusturvallisuus jotta siitä päästään eteenpäin ja kehittämään työyhteisön toimintaa, perusta tulee olla kunnossa. Mikäli työyhteisössä työpaikan pysyvyys on epävarmaa, työolot ovat epäselviä, ei työkään maistu eikä luista kuten sen pitäisi. Ei ole vakaata perustaa mille voi rakentaa lisää. Kriittinen oppiminen ei ole mikään yksilösuoritus. Tärkeä merkitys oppimisessa on työyhteisön yhteistoiminnallisella vuorovaikutuksella. Aito yhteistoiminnallinen vuorovaikutus oppimisen tukena edellyttää työyhteisön jäseniltä kykyä sietää erilaisia mielipiteitä, kykyä kohdistaa sanat asioihin ihmisten latistamisen sijasta, kykyä kuulemisen sijasta keskittymään kuuntelemaan toista, kykyä kysyä sekä kyseenalaistaa valmiiden vastausten antamisen sijasta ja kykyä tuntea vastuuta siitä, miten omalla toiminnallaan rakentaa yhteistoimintaa. (Hildén 2002, 65.)

Työntekijän persoonallisuus vaikuttaa merkittävästi ihmisen työsuoritukseen sekä työssä menestymiseen. Persoonallisuus viittaa ihmisen suhteellisen pysyvinä pidettyihin psykologisiin ominaisuuksiin, jotka erottavat yksilön toisista ihmisistä sekä ennustavat hänelle tyypillistä käyttäytymistä. Persoonallisuutta pidetään melko pysyvänä ihmisen yksilöivänä ominaisuutena. Tutkimuksissa on väitetty, ettei ihmisen persoonallisuus juurikaan muutu 30 ikävuoden jälkeen. Mutta jotkut voimakkaat elämäkokemukset voivat muuttaa persoonallisuutta hyvin merkittävästikin myöhemmällä iällä. Persoonallisuuden avulla ajatellaan että voidaan ennustaa ihmisen käyttäytymistä ammatissa ja työtehtävissä. Perimällä on suuri vaikutus siihen, millainen persoonallisuus henkilöllä on. Sosiaaliset tekijät tarkoittavat sitä, että ihmisen persoonallisuuden muodostumiseen vaikuttavat hänen vuorovaikutuksensa toisten ihmisten kanssa, lapsen varhainen sosiaalistuminen, joka sisältää vuorovaikutuksen vanhempien ja lähipiirin kanssa, on tärkeä vaikuttava tekijä. Kulttuuriset tekijät vaikuttavat myös ihmisen persoonallisuuteen. Kulttuuri sisältää määrätysissä ihmisyyhteisöissä asuvien ja elävien arvot, uskomukset, toimintatavat ja motiivit, jotka yhdistävät yhteisössä eläviä. Tilannetekijä saattaa huomattavasti vaikuttaa persoonallisuuteen, esimerkiksi läheisen henkilön kuolemalla tai lap-

sen syntymällä voi olla joskus käänteentekevä merkitys ihmisen persoonallisuudelle. (Lämsä & Hautala 2005, 42 - 45.)

### 2.5.3 Sairaanhoidajan roolit hoitotyössä

Roolilla tarkoitetaan yksilöön kohdistuvaa käyttäytymisodotusta, joka perustuu hänen asemaansa ryhmässä. Rooli määräytyy henkilön omista ja muiden ryhmän jäsenten odotuksista, roolit voivat olla tilapäisiä ja muuttuvia, mutta ryhmässä on myös kiinteitä rooleja. Roolit ryhmässä ovat verrattavissa näyttelemiseen. Rooli tekee saman eron toimijan ja hänen toimintansa välille kuin mitä näyttelijä tekee itsensä ja esittämänsä osan välille. Esimerkkinä henkilö, joka toimii johtoryhmän puheenjohtajan roolissa, ei välttämättä esitä itseään vaan toimii kokouksen eli näytelmän edellyttämällä tavalla. (Lämsä & Hautala 2005, 116 - 118.)

Toiminnan onnistumiseen vaikuttavat keskeisesti jäsenten roolit. Alla olevassa kuviossa on kuvattu millaisia perustyyplejä rooleilla tiimissä voi olla (Kuvio 2). Jokaisella tiimin jäsenellä on kaksi roolia perustehtävän suorittamisessa; tiimi ja tehtävärooli. Tiimirooli luo tiettyjä odotuksia ihmisten välisestä kanssakäymisestä sekä tiimin yhteistoiminnan edistämisestä. Tiimirooleista on esimerkkinä tiimin työtä tukeva aloitteentekijä, toisten rohkaisija ja jännityksen lieventäjä. Tehtävärooli puolestaan kuvaa odotusta kunkin jäsenen oman tehtävän suorittamisesta tiimin hyväksi. Tehtävärooleja ovat esimerkiksi neuvonantajan tai esimiehen rooli. Jäsenillä voi olla myös tiimiä hajottavia rooleja, jotka vaikeuttavat perustehtävän suorittamista. Tällaisia rooleja ovat esimerkiksi itsekeskeiset, toisten huomiota vaativat dominoijat ja jatkuvasti erimieltä olevat henkilöt, joiden arvostelu ei auta ryhmän työtä. Tiimin onnistumista auttaa jos jäsenten perustehtävää rakentavat rooliodotukset ovat selkeät eli ihmiset tietävät, mitä heiltä odotetaan ja mikä on sopiva tapa toimia tiimissä. Epäselvät rooliodotukset johtavat tyytymättömyyteen ja turhautumiseen, minkä vuoksi jäsenet ryhtyvät toimimaan hajottavien roolisuoritusten mukaisesti. Myös niukka viestintä ja ryhmän kehitysvaiheen huomiotta jättäminen edistävät hajottavaa toimintaa. (Lämsä & Hautala 2005, 137.)



Kuvio 2. Perustyylien nelikenttä. (Silvennoinen, 2004, 40).

Hoitotyö on kahden yhdenvertaisen ihmisen, potilaan ja omahoitajan, yhteistyösuhde, jossa molemmat työskentelevät potilaan sen hetkisen terveyden edistämiseksi. Omahoitaja tuo yhteistyösuhteeseen potilaan käyttöön yksilöllisen ammatillisuutensa, tilanteeseen, jossa potilas elää ainutlaatuista elämäntilannettaan. Tällaisessa yhteistyösuhteessa potilas voi kokea läheisyyttä ja tulla oikeaan aikaan autetuksi sekä turvautua toiseen ihmiseen. Omahoitaja-potilassuhteessa potilas voi lisätä tietoisuutta itsestään ja tällä tavoin avautuvien mahdollisuuksien avulla edistää omaa terveyttään ja saada energiaa, jonka avulla voi hallita elämäänsä. Yhteistyö edellyttää aikaa ja jatkuvuutta. (Munnukka & Kiikkala 2001, 40.)

Jokainen potilas ja hoitosuhde on ainutkertainen ja sen vuoksi haasteellinen. Sairaanhoidajan aikaisemmat kokemukset ja elämän mukaan tuoma kokemus auttavat, mutta ne eivät yksinään riitä, jos niitä ei aika-ajoin jäsennetä eikä arvioida. Potilailta oppii koko ajan. Sairaanhoidajat ovat sitä mieltä, että nykyään potilaat ovat niin valistuneita ja kiinnostuneita terveyteensä ja sairauteensa liittyvistä asioista, että he sairaanhoitajina joutuvat jatkuvasti altavastaajan rooliin hoitotyössä. Tämä motivoi heitä päivittämään omaa osaamistaan. (Gyllenbögel 2000, 52.)

Potilaan ja omahoitajan väliselle yhteistyölle on esitetty monia ominaispiirteitä, kuten tasavertaisuus, kunnioittaminen, inhimillisyys, vapaaehtoisuus sekä oikeudenmukaisuus. Yksi tavoitteista on mahdollistaa ihmisen osallistuminen omaan hoitoonsa. Yksilövastuisessa hoitotyössä tiedottaminen on yksi osa ammatillista työtä. Tiedottamisen lähiverkko koostuu niistä ihmisistä, joihin potilaalla on läheiset välit, esimerkiksi perheenjäsenet. Yksilövastuisessa hoidossa omahoitajan tulee ymmärtää, mitä hoitotyössä merkitsevät käsitteet potilaan vapaus ja yksityiselämä, sillä totuudenmukaisten ja hyvien hoitotoimenpiteiden tulee olla yksilöllisiä. Vapauteen pohjautuva potilaan ja

omahoitajan yhteistyö mahdollistaa potilaan hyvinvoinnin ja valintojen tukemisen, tarkoituksenmukaisen tiedon tuottamisen ja tarvittaessa potilaan edunvalvojana toimimisen. Edunvalvonta on eettisesti tärkeää esimerkiksi dementoituvien hoitotyössä. (Munnukka 1993, 13 - 14, 20.)

Yhteistyötaitoinen, oivaltavasti potilaan kohtaava hoitaja osaa keskittyä toiseen ihmiseen ja sijoittaa asiakkaan hoidon tämän elämismaailmaan. Sairaanhoidajalla pitää olla herkkyyden tunnistaa toisen ihmisen tarpeet ja sekä kyky kuunnella että kyky lähteä toisen ihmisen lähtökohdista ja hänen tilanteensa syvällisestä ymmärtämisestä. Hoitotyöntekijä tarvitsee itsenäistä päätöksentekokykyä ja yksintyöskentelyn taitoja, jos oman työryhmän tai muiden henkilöiden apua ja ohjeita ei ole välittömästi saatavilla. (Salo 2002, 17.)

Perusajatuksena hoitotyössä on, että yksittäisen potilaan hoitotyö on koko ajan saman henkilön, vastuuhoidajan valvonnassa, sairaalaan tulosta aina kotiin lähtöön asti. Vastuuhoidaja koordinoi potilaan ympärivuorokautisen hoidon sekä huolehtii työvuorossa ollessaan potilaan hoitotoimenpiteistä. Jos vastuuhoidaja on estynyt, siirtyvät tehtävät korvaavalle hoitajalle, joka huolehtii potilaan suunnitelmanmukaisen hoidon toteutumisesta. (Korhonen & Koivisto 1995, 13.) Sairaanhoidajalta odotetaan kykyä päätöksentekoon potilaan hoidossa. Tämä antaa hyvän perustan potilaan tarpeista lähteille hoitotyön toiminnoille. Sairaanhoidajalla on oltava myös kyky päätöksentekoon yhteistoiminnassa potilaan ja sekä hänen omaistensa että muiden hoitoon osallistuvien ammattiryhmien edustajien kanssa. (Mikkola 2000, 1.)

Vastuuhoidaja hyväksyy vastuun hänelle nimettyjen potilaiden hoidosta sekä sitoutuu siihen. Vastuuhoidajan tulee tietää, mistä asioista on vastuussa ja kenelle. Tällöin hän voi tehdä päätöksiä potilaan puolesta ja hän pystyy myös ottamaan vastuun tekemisistään päätöksistä. Hoitotyössä vastuu liittyy kaikkiin osa-alueisiin. Vastuuhoidajalta edellytetään johdonmukaista toimintaa ja tiedottamista muulle hoitohenkilökunnalle. Potilaan hoitoa suunnitellaan yhteistyössä potilaan ja hoitohenkilökunnan kanssa, mutta vastuuhoidaja on yksin vastuussa potilaan hoidosta myös vapaapäivinä. Vastuuhoidaja on vastuussa hoidosta potilaalle ja myös tämän omaisille, omille työtovereilleen ja sairaalalle. Vastuuhoidajalla on oltava vastuun lisäksi myös vapaus, oikeus ja valta tehdä itsenäisiä ja sitovia päätöksiä potilaan hoidossa ja myös noudattaa niitä. Päätöksenteon tulee perustua asiantuntemukseen ja monipuoliseen tiedon käyttöön. Kirjallista hoitosuunnitelmaa ei saa muuttaa ilman vastuuhoidajan lupaa, ellei potilaan tila sitä

vaadi. Vastuuhoitajalta vaaditaan myös rohkeutta tehdä päätöksiä potilaan hyväksi ja joskus tarvittaessa myös potilaan puolesta. (Korhonen & Koivisto 1995, 14 - 15.)

### 3 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämä opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja sen tarkoituksena on selvittää omahoitajuuden toteutumisen ongelmia Hyvinkään sairaalan osastolla 3, solussa 2.

Opinnäytetyön pääongelmana esitetään:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat siihen, että omahoitajuutta ei oteta solun toimintatavaksi?

Alaongelmina ovat:

1. Mitä muutosta vastustavia tekijöitä solussa esiintyy?
2. Vaikuttavatko henkilöstön roolit muutoksen etenemiseen?

#### 3.1 Tutkimusympäristön kuvaus

Hyvinkään sairaalan tehtävänä on tarjota erikoissairaanhoidon palveluita Mäntsälän, Järvenpään, Nurmijärven, Tuusulan sekä Hyvinkään väestölle. Osasto 3 on sisätautien vuodeosasto, joka on jaettu neljään soluun. Jokainen solu on erikoistunut tiettyjen diagnoosien mukaisesti potilaiden hoitamiseen. Koko osaston keskeisenä arvona on potilaan parhaaksi toimiminen yksilövastuista hoitotyötä toteuttamalla. Osaston tavoitteena on tarjota omahoitaja ja lääkäri jokaiselle potilaalle. (Saarenheimo & Vinkanharju 2000.)

Solujaossa on huomioitu osaston fyysinen rakenne sekä potilaiden hoito, lähtökohtana lääketieteellinen diagnoosi. Solussa 1 ovat sydänpotilaat, solussa 2 diabetes- ja hematologiset potilaat, 3 solussa gastro-enterologiset potilaat ja solussa 4 keuhkopotilaat ja neurologiset potilaat. Sairaansijoja on yhteensä 80. Solun henkilöstö toimii hallinnollisesti yhtenä osastona, mutta seuraavia asioita on hajautettu solujen omalle päätöksenteolle: hoitotyön suunnittelu ja toteutus, solun toiminnan suunnittelu, päättäminen vuo-



sittaisista hoitotyön kehittämisen painotusalueista sekä laatumittareiden laadinta ja mittaukset. (Saarenheimo & Vinkanharju 2000.)

Solujen toiminnasta vastaa koko henkilökunta. Jokaisessa solussa on oma apulaisosastonhoitaja, joka vastaa oman solunsa organisoinnista ja koordinoinnista. Osastonhoitaja organisoii ja koordinoi koko osaston toimintaa yhteistyössä muun henkilöstön kanssa. Osastonhoitajan tärkein tehtävä on hoitotyön kehittäminen. Henkilöstöhallinto ja muut hallinnolliset tehtävät vievät kuitenkin suurimman osan työajasta. Osastonhoitaja toimii osaston edustajana ja yhteyshenkilönä muihin tahoihin. Henkilökunnalla on mahdollisuus vaihtaa solua kerran vuodessa, syys- lokakuussa. Soluissa toteutetaan moduulityöskentelymallia, hoitajilla on omia potilaita moduulien sisällä. Tavoitteena on nimetä potilaalle omahoitaja vuorokauden kuluessa hoitoon tulosta. (Saarenheimo & Vinkanharju 2000.)

### 3.2 Tutkittavien kuvaus

Tutkimukseen osallistui Hyvinkään sairaalan osasto 3 solun 2 henkilökunta. Solu on akuuttiosasto, jossa hoidetaan diabetes- ja hematologisia potilaita. Solun 2 potilaspaikkojen määrä on 20, työntekijöitä arkisin aamuvuorossa on neljä, iltavuorossa kolme ja yövuorossa yksi. Viikonloppuiltoina hoitajia on kaksi. Haastattelupyynnö oli esitetty kaikille solun 14 hoitajalle. Tutkimustamme varten haastattelimme heistä yhdeksää (9) eli 62%. Haastateltavat olivat iältään 30-58 -vuotiaita, työkokemusta heille oli kertynyt hoitotyöstä 7- 36 vuotta ja kaikki haastateltavat työskentelivät solussa 2 vakituisessa toimessa.

## 4 TUTKIMUSMENETELMÄ

Tämän opinnäytetyön tutkimuksellinen lähestymistapa on laadullinen ja aineistonkeruumenetelmänä käytetään teemahaastattelua. Aineisto on analysoitu induktiivisesti sisällönanalyysilla. Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus pitää sisällään kokonaisen joukon erilaisia tulkinnallisia tutkimuskäytäntöjä. Laadullista tutkimusta on vaikea määrittellä selvästi, koska sillä ei ole teoriaa, joka olisi vain sen omaa. Kvalitatiivisella tutkimuksella ei myöskään ole täysin omia tutkimustekniikoita. Laadullinen tutkimusote soveltuu parhaiten sellaiseen tutkimukseen, jossa ollaan kiinnostuneita tapahtumien yksi-

tyiskohtaisesta rakenteesta, eikä niinkään niiden yleisluontoisesta jakaantumisesta, tai kun ollaan kiinnostuneita tietyissä tapahtumissa mukana olleiden toimijoiden merkitysrakenteista. Se soveltuu myös silloin, kun halutaan tutkia sellaisia luonnollisia tilanteita, joita ei voida järjestää kokeiksi ja joissa ei voida kontrolloida kaikkia vaikuttavia tekijöitä tai halutaan saada tietoa joidenkin tiettyjen tapausten syy-seuraus-suhteista, ilman kokeita. (Metsämuuronen 2001, 9, 14.)

Laadullisen tutkimuksen eri lähestymistavoille yhteistä on, että niiden tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. Laadullisen, aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessina voidaan pitää sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida suullista ja kirjoitettua kommunikaatiota ja jonka avulla voidaan tarkastella tapahtumien ja asioiden merkityksiä, yhteyksiä ja seurauksia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21.)

Kvalitatiivisissa tutkimuksissa keskeiset käytettävät tutkimusmenetelmät ovat havainnointi, tekstianalyysi, haastattelu, tarkkailu sekä litterointi eli puhtaaksi kirjoittaminen. Haastattelua voi tehdä yksilölle tai ryhmälle kasvoista kasvoihin. Haastattelun voi tehdä joko tapaamisena tai puhelimitse. Haastattelu voi kestää minuuteista useisiin päiviin. Haastattelu voi olla strukturoitu, puolistrukturoitu tai avoin. (Metsämuuronen 2001, 14, 40.) Haastattelu on tietojen hankkimista siten, että tutkija keskustelee tutkitavan kanssa. Tällöin tutkittava on tietolähteen asemassa. Tutkijan tehtävänä on edistää keskustelua. Haastattelu on herkkä menetelmä, koska haastateltava voi kokea haastattelun tunkeilevaksi tai johdon järjestämäksi valvontamenettelyksi. Siksi hän voi olla puhumatta kaikista seikoista haastattelijalle. Haastateltava voi myös puhua muunneltua totuutta, tai hän voi kertoa haluttuja vastauksia, tai haastattelija voi kuulla vain ne asiat, jotka hän haluaa kuulla. Haastattelu on puutteistaan huolimatta tehokas tiedonhakumenetelmä. Tutkija voi heti halutessaan tarkentaa vastaanottamaansa tietoa tai selventää kysymystä, jos haastateltava ei sitä ymmärrä. (Järvinen & Järvinen 2004, 146.)

Teorian kehittämisen lähestymistapoja ovat deduktiivinen, induktiivinen sekä näiden yhdistelmä. Näiden lähestymistapojen taustalla ovat erilaiset filosofiset näkemykset totuudesta ja tiedoista. Induktiivista teorian kehittämisen lähestymistapaa käytetään, kun muodostetaan teoriaa aiheesta, josta on niukasti tietoa, tieto on hajanaista tai asiasta etsitään uutta näkökulmaa. Lähtökohtana induktiivisessa teorianmuodostuksessa ovat yksittäiset havainnot. Useiden yksittäisten havaintojen perusteella voidaan tehdä

johtopäätöksiä ja muodostaa teoriaa. Induktiivisessa teorianmuodostuksessa käytetään kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen menetelmiä. Teorianmuodostuksen näkökulmasta induktiivisessa lähestymistavassa merkittävää on se, että päätelmiä tehdään yksittäisistä havainnoista. Havainnoista ei tehdä määrällisiä mittauksia, vaan tutkija kerää empiirisen aineiston esimerkiksi havainnoimalla, haastatteleamalla tai analysoimalla päiväkirjoja tai muita kirjallisia dokumentteja. (Lauri & Kyngäs 2005, 61 - 62.)

Haastattelu on yksi käytetyimmistä tiedonkeruumenetelmistä. Koska haastattelu on hyvin joustava menetelmä, se sopii moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Haastattelussa ollaan suorassa vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa ja tilanne luo mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa itse tilanteessa. Myös vastausten taustalla olevia motiiveja on mahdollista saada selville ja ei-kielelliset vihjeet auttavat ymmärtämään vastauksia. Vaikka haastateltavia olisi pieni määrä, se ei merkitse sitä, että aineistoa olisi vähän. Runsaan aineiston saa yleensä teemahaastattelun avulla. Mitä syvempi keskustelu haastattelijan ja haastateltavan välillä on, sitä rikkaampi on kertynyt materiaali ja muu muistiin tallennettu aineisto. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34, 135.)

Puolistrukturoitu haastattelu eli teemahaastattelu sopii hyvin tilanteisiin, joissa kohteena ovat arat aiheet tai tilanteet, joissa halutaan selvittää heikosti tiedostettuja asioita, kuten arvostuksia, ihanteita tai perusteluja. Haastattelu kohdistuu ennalta valittuihin teemoihin, mutta tarkoin määriteltyä kysymysten muotoa tai esittämisjärjestystä ei teemahaastattelussa ole. (Metsämuuronen 2001, 41 - 43.) Laadullisen aineiston analyysissä ongelmallisinta on, jos tutkijalla on voimakas ennakkokäsitys tutkimustuloksesta. Mikään aineisto ei saa tutkijan päästä käännyksi, jos tutkija itsepäisesti pitää kiinni käsityksestään. Tutkimuksen tekijä vain itse voi analysoida tutkimuksensa ja sen tuloksen. Aineiston kerääminen ja sen analysointi tapahtuvat yleensä ainakin osittain samaan aikaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Tällaisen tutkimusaineiston johtopäätökset voidaan irrottaa yksittäisistä henkilöistä, tapahtumista ja lausumista ja siirtää ne yleiselle käsitteelliselle ja teoreettiselle tasolle. (Metsämuuronen 2001, 46, 51.)

Teemahaastattelussa riittää, kun päälinjat on hahmoteltu, koska teemahaastatteluun ei kuulu kysymysten tarkka ennakkonstrukturointi. Kysymykset voidaan jakaa niiden sisällön mukaan kahteen ryhmään: mielipidekysymyksiin sekä tosiasiakysymyksiin. Tosiasiakysymykset ovat usein täsmällisiä esikoodattuja kysymyksiä, joiden vastausvaihtoehdot ovat valmiina. Mielipidekysymykset voivat olla joko esikoodattuja tai avoimia.

Teemahaastattelussa periaatteena on, että kaikki kysymykset ovat avoimia riippumatta tyypistä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 106.)

Teemahaastattelu on keskustelua ja sillä on etukäteen suunniteltu tarkoitus. Teemahaastattelu muistuttaa jokapäiväistä keskustelua, mutta tutkijan on kuitenkin hyvä ohjata sitä, jotta se ei kokonaan erkane tutkimusongelmasta. Tutkija tekee pääasiassa avoimia kysymyksiä, sellaisia, joihin ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja. (Huotari 2003.) Haastattelussa tutkijalla on tiedossa aihepiirit ja teemat, jotka hän kysyy kaikilta haastateltavilta. Teemojen pohjaksi on mietittävä tarkentavia kysymyksiä. Kysymyksillä ei kuitenkaan ole tarkkaa muotoa tai järjestystä. Teemahaastattelussa tärkeintä kuitenkin on, että kaikki teemat tulevat käsitellyiksi. (Saari 2005.) Vaikka teemahaastattelun erityispiirteinä pidetäänkin joustavuutta ja kysymysmuodon väljyyttä, on kuitenkin tärkeää, että tutkija suunnitteluvaiheessa pohtii sitä, pyrkiikö hän saamaan esille tosiasioita vai arvostustyypisiä seikkoja. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 106.)

#### 4.1 Aineistonkeruu

Tutkimusta varten anottiin tutkimuslupa joulukuussa 2006. Tutkimuksessa keskeisenä tiedonkeruumenetelmänä oli teemahaastattelu. Etukäteen valitut teemat perustuvat viitekehukseen eli tutkittavasta ilmiöstä ennalta tiedettyyn. Tämän opinnäytetyön teemahaastattelurunko perustui tutkimuksiin, jotka käsitelivät omahoitajuutta. Teemahaastattelurunko muodostui kysymyksistä, joiden teemat olivat:

- haastateltavan taustatiedot
- hoitosuhde
- omahoitajajärjestelmä

Teemahaastattelun runko on liitteenä 4. Haastattelut tehtiin osaston 3. tiloissa, työyhteisölle sopivana ajankohtana. Haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina. Yhdelle haastattelulle järjestettiin aikaa noin 25 minuuttia.

Teemahaastatteluun osallistui yhdeksän hoitajaa solusta 2. Kaikki haastatteluun osallistuneet hyväksyivät haastatteluiden nauhoittamisen. Työyhteisö oli saanut etukäteen kirjallisen haastattelupyynnön (liite 2), missä kerrottiin työn tarkoituksesta sekä esiteltiin teemahaastattelurunko. Haastatteluista kertyi noin kolme tuntia nauhoitettua materiaa-

lia. Ne purettiin litteroimalla ja analysoitiin sisällönanalyysi- menetelmällä tutkimustehävien alaisiksi tiivistelmiksi (esimerkiksi tekijät jotka vaikuttavat siihen, ettei omahoitajuutta ole otettu käyttöön), sekä käsitelkartoiksi ja kuvioiksi.

#### 4.2 Aineiston käsittely ja analysointi

Aineiston analyysi on laadullisessa tutkimuksessa ongelmallisinta. Ei ole olemassa mitään selkeää, oikeaa kaavaa, jonka mukaan edessä olevaa haastatteluja pitäisi alkaa analysoida ja joka tuottaisi automaattisesti tuloksia ja tulkintoja. (Eskola & Suoranta 1998, 146.)

Induktiivisen aineistoanalyysin lähtökohtana on aineiston monitahoinen ja yksityiskohmainen tarkastelu. Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan analysoida laadullista aineistoa. Sisällönanalyysilla tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä siten, että tutkittavaa ilmiötä kuvaillaan yleistävästi ja lyhyesti ja niin, että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan esille. Aineistoon tutustutaan induktiivisen päättelyn avulla ja päättelyssä siirrytään konkreettisesta aineistosta sen käsitteelliseen kuvaukseen. Tutkittavasta ilmiöstä pyritään saamaan kuvaus tiivistetyssä muodossa. Kerätty aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja abstraktoidaan eli muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Aineiston pelkistysvaiheessa alkuperäisilmauksista rakennetaan pelkistetty ilmaisu. Pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään alaluokiksi, jotka voi edelleen ryhmitellä pääluokiksi. Pääluokista puolestaan rakennetaan yhdistävä luokka, joka kuvaa ytimekkäästi analysoitavaa ilmiötä. Sisällönanalyysissä tutkittavasta ilmiöstä erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet ja aineistosta nousseet luokat kuvataan toistensa poissulkevinä ja yksiselitteisinä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23; Tuomi & Sarajärvi 2003, 105, 119.)

Kirjoitimme nauhoitetut vastaukset paperille ja jaottelimme ne eri ongelmien alle. Jaotteluista vastauksista teimme tiivistelmän, josta nopeasti saa kuvan siitä, mistä missäkin ongelmassa on kyse. Aineistosta pyrimme saamaan selville niitä tekijöitä, jotka jarruttavat omahoitajuuden käyttöönottoa solussa. Tämän tutkimuksen jälkeen voidaan epäkohtiin kiinnittää paremmin huomiota ja sitä kautta keksiä erilaisia ratkaisumalleja.

#### 4.3 Tutkimusetiikka

Kun tutkimus kohdistuu ihmisiin, on selvitettävä, miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisäl-

tyy. Yleensä tutkimukseen osallistuvilta yksilöiltä edellytetään asiaan perehtymisen pohjalta annettua suostumusta, millä halutaan estää ihmisten manipulointi tutkimushankkeessa. Aineiston keräämisessä otetaan huomioon anonyymiuden takaaminen, erilaiset korvauskysymykset, luottamuksellisuus ja aineiston tallentaminen asianmukaisesti. Tutkimustyössä vältetään epärehellisyyttä kaikissa sen osavaiheissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 26 - 27.)

Työhön liittyvät eettiset ja salassapitoa koskevat kysymykset on otettu huomioon haastateltavien henkilöllisyyden tunnistamattomuudella, huolellisella aineiston käsittelyllä ja tutkimustulosten kirjoittamisella niin, ettei haastateltavia voida niiden perusteella tunnistaa. Eettisyys tulosten analysoinnissa ja julkaisussa perustuu luotettavuuteen ja rehellisyyteen, eikä tuloksia saa väärentää eikä mitään olennaista saa jättää käsittelemättä. Viimekädessä eettiset ratkaisut jäävät tulosten analysoijan moraalikäsitteiden varaan. (Krause & Kiikkala 1996, 64.)

Opinnäytetyön toteutusvaiheessa osallistujat olivat tietoisia osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä mahdollisuudesta kieltäytyä haastatteluun osallistumisesta. Teema-haastatteluiden nauhoitteet ja muu aineisto, josta henkilön voisi tunnistaa, tuhotaan opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Opinnäytetyössä ei tavoitella henkilökohtaista etua eikä hyötyä. Opinnäytetyön toteuttamiseen vaaditut luvat hankittiin asianmukaisesti kirjallisesti Hyvinkään sairaalan sisätautiosaston ylihoitajalta (liite 3). (Pauonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 33.)

## 5 TULOKSET

Opinnäytetyön tulosten pääluokat ovat: miksei omahoitajuutta toteuteta tutkittavassa solussa, mitä muutosta vastustavia tekijöitä solussa esiintyy ja vaikuttavatko henkilöstön eri roolit omahoitajuuden etenemiseen solussa. Alaluokiksi muodostuivat selkeästi kiire ja motivaation puute, omahoitajuutta estävä ja edistävä rooli. Tulokset esitetään seuraavissa alaluvuissa.

## 5.1 Tekijät jotka vaikuttavat siihen, ettei omahoitajuutta oteta solun toimintatavaksi

### **KIIRE**

Omahoitajuuden käyttöönottoa estävistä tekijöistä eniten esille nousi kiire. Kiirettä solussa aiheuttivat henkilökunnan vähyys, henkilökunnan koulutuksen puute, omahoitajuuteen kyllästyminen, pelko työtaakan lisääntymisestä, muutosvastarinta ja epätasapaino sairaanhoitaja - lähi- ja/tai perushoitaja -työparin työskentelytavassa. Osaston koko koettiin liian isoksi ja solun luonne epäsovinnoksi omahoitajuudelle. Potilaat olivat moniongelmaisempia ja heidän hoitonsa vei enemmän aikaa. Omahoitajuutta ei pystytä toteuttamaan potilaiden suuren vaihtuvuuden takia hoitajaksojen ollessa useasti hyvin lyhyitä (kuvio 3).

**Henkilökunta** oli sitä mieltä, että käsipareja tarvittaisiin ehdottomasti lisää. Kiire estää hoitosuhteen onnistumisen osittain tai jopa kokonaan. Hoitajat totesivat, että työtä oli liian paljon ja usein ehti tekemään vain välttämättömimmät asiat. Hoitajat olisivat halunneet tehdä enemmän potilaan hyväksi, kuin mihin he nyt pystyivät. He kokivat, etteivät pysty toteuttamaan omahoitajuutta sen velvoittamalla tavalla. Hoitajat kuitenkin pitivät omahoitajuutta hyvänä asiana paikoissa, missä sitä on aikaa toteuttaa. Koulutusta omahoitajuudesta oli jonkin verran järjestetty, mutta kaikilla hoitajilla ei ollut mahdollisuutta siihen osallistua. Työaika ei koulutukseen riittänyt. Koulutusta kaivattiin lisää ja siihen haluttiin osallistua työajalla. Omalla ajalla ei haluttu opiskella, eikä työaikana koulutukseen ollut aikaa. Solun henkilökunta oli melko kyllästynyt omahoitajuuteen, koska asiasta oli puhuttu paljon ryhtymättä kuitenkaan konkreettisiin tekoihin omahoitajuuden edistämiseksi. Omahoitajuuden pelättiin lisäävän entisestäänkin hoitajien työtä, eikä sen ajateltu tuovan soluun positiivisia uudistuksia tai tekevän työstä mielekkäämpää. Uuteen työskentelytapaan siirtyminen herätti ennakkoluuloja, mikä aiheutti muutosvastarintaa työyhteisössä. Omahoitajuus oli menettänyt merkityksensä ja se koettiin jopa punaisena vaatteena. Hoitajat pitivät sairaanhoitaja - lähi- ja/tai perushoitaja - työparin työskentelyä hyvänä vaihtoehtona. Se kuitenkin kuormitti liikaa sairaanhoitajaa tehtävillä, joita lähihoitaja ei voinut toteuttaa, esimerkkinä IV-nesteiden valmistaminen ja antaminen, joihin vain sairaanhoitajalla on lupa. Vastaavasti sairaanhoitajien ollessa lääkärikierrolla vastuu potilaista siirtyi perus- tai lähihoitajalle ja kuormitti heitä.

*”Kiire on se, mikä sitä hoitosuhteen toimivuutta haittaa ja estää jopa sen onnistumisen”*

*”Sen takia kun meillä on käsipareja liian vähän.”*

*”Jos johto tajuaisi, että tarvitaan enemmän jatkuvaa koulutusta.”*

*”Siitä ei ainakaan kaikki ole saaneet koulutusta.”*

*”Pahin turhautuminen tulee siitä, että tavallaan totta kai on sitouduttu siihen, mutta se väsyttää ja turhauttaa, kun niin monta kertaa tavallaan se jää puolitiiehen, puolinaiseksi, sitä ei voi oikeasti sanoa, että se on omahoitajuutta.”*

*”On muutosvastarintaa ja etenkin näissä iäkkäämmissä henkilökunnan edustajissa.”*

**Fyysiset tilat** solussa koettiin liian pieniksi suhteessa potilasmäärään. Potilaita oli ajoittain ylipaikoilla ja kaikkia potilaita ei pystytty hoitamaan laadukkaasti puutteellisissa, väliaikaisissa tiloissa. Väliaikaiset tilat tekivät hoitotilasta ahtaan ja vaikeasti hahmotettavan. Hoitoalueen hoitajat kokivat vastaavasti liian laajaksi. Hoitajat joutuivat myös vaihtelevaan hoitopäivän aikana useasti tiloista toiseen ja se vei arvokasta hoitoaikaa ja häytti työn sujuvuutta. Omahoitajuuden toteuttaminen koettiin vaikeaksi akuutilla osastolla, missä osaston luonteeseen kuuluu, että potilaat vaihtuvat tiheään. Hoitajat eivät ehtineet ottaa potilaita vastaan, eivät ehtineet kirjata ylös kaikkia tarpeellisia tietoja eivätkä hoitaa potilasta kuten omahoitajuudessa olisi pitänyt, kun potilaan hoitojakso jo päättyi.

*”No, heti karkeasti sanottuna, se ei toimi näin isossa yksikössä. Kyseistä potilasta ei ehkä enää kohtaa.”*

*”Jos olisi huone, tai kaksi huonetta omahoitajana. Mutta kun on useampi huone, 4-5, niin ei pysty millään hallitsemaan niin isoa aluetta.”*

*”Täällä me hoidetaan asioita, koko ajan noit lääkkeitä, tippoja, on mittaria ja seurantaa ja sitä ja tätä ja me kuljetetaan ihmisiä tutkimukseen ja mennään sinne ja tänne.”*

*”Se on varmaan hyvä sellaisissa paikoissa, missä potilaat on kauan esim. just joku terveyskeskuksen vo:sto, missä ollaan kuukausitolkulla.”*

*”Dialyysipuolella on tietysti eri juttu, kun potilas käy kolme kertaa viikossa samojen hoitajien edessä.”*

**Potilaita** oli paljon suhteessa henkilökuntaan. Potilaat olivat entistä moniongelmaisempia ja heidän hoitonsa vei enemmän aikaa. Henkilökunta koki, että solussa otetaan käyttöön koko ajan uusia hienoja hoitoja, joiden opetteleminen ja toteuttaminen vaatii



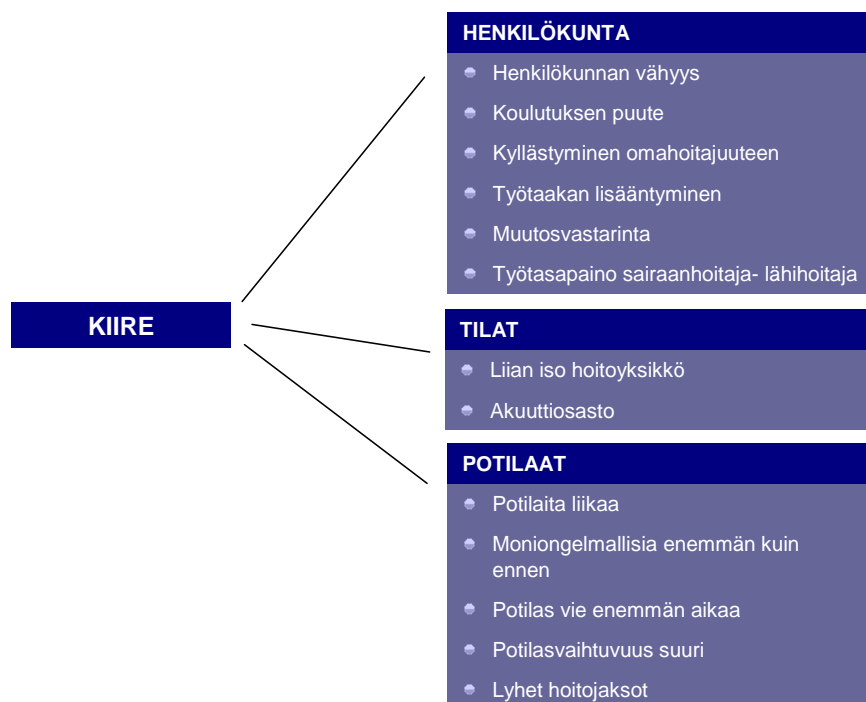
paljon aikaa. Tätä lisääjän vaadetta ei aina ymmärretä esimiestasolla. Potilasvaihtuvuus on suuri, potilaat ovat entistä lyhyempiä ajanjaksoja sairaalassa, tutkimuksia ja hoitoja on paljon. Työnkuva on muuttunut kiireisemmäksi ja hoitajat eivät aina ehdi paneutumaan potilaan asioihin sillä tavalla kun haluaisivat. Potilaille haluttiin antaa enemmän aikaa, kuin mitä se tällä hetkellä oli mahdollista.

*”Vähän tuntuu siltä, että se on nimimerkki papereissa ja sanotaan vaan potilaalle, että minä olen sinun omahoitaja, mutta se loppuu siihen.”*

*”Kyllä mun mielestä meitä pitäisi olla enemmän töissä ja enemmän aikaa potilaalle.”*

*”Työnkuva on muuttunut, on paljon moniongelmallisia. On paljon vuodepotilaita ja tutkimuksia tehdään hirveesti.”*

*”Mut ei täällä missä potilaiden vaihtuvuus on tällaista.”*



Kuvio 3. Kiireen aiheuttavat tekijät

## 5.2 Solussa esiintyviä muutosta vastustavia tekijöitä

### MOTIVAATION PUUTE

Motivaation puute aiheutui pääosin siitä, että hoitajilla oli liikaa työtä ja solussa oli liian vähän henkilökuntaa. Työ on muuttunut raskaammaksi, hoitokäytännöt ovat muuttu-

neet monimutkaisemmiksi ja hoitajilla ei ole niin paljon aikaa potilaille, mitä he haluaisivat. Omahoitajuuteen suhtauduttiin negatiivisesti myös siksi, että pelättiin liian läheisen potilassuhteen kuormittavan yhä edelleen. Motivaatiota laski esimiehiltä saadun tuen riittämättömyys ja vuorovaikutuksen puute. Osan motivaatiota laskin myös se, että heillä ei ollut koulutusta omahoitajuudesta. Myös tietotekniikka koettiin riittämättömäksi. Näiden haasteiden edessä edes tuloksiin sidottu rahapalkkio ei motivoinut omahoitajuuteen (kuvio 4).

**Esimiesten** tuki koettiin riittämättömäksi ja vuorovaikutus puutteelliseksi. Hoitajat kokivat etteivät viestit ja palautteet mene täysin perille esimiehille asti, eikä niillä ole toivottua vaikutusta käytännön hoitotyöhön. Hoitajat kokivat potilailta saadun palautteen positiiviseksi asiaksi ja se kannusti hoitajia jaksamaan työssään, mutta myös palautetta esimiehiltä kaivattiin. Henkilökunta olisi halunnut vaikuttaa enemmän työvuorosuunnitteluun. Omahoitajuutta mitattiin erilaisilla mittareilla ja jos sitä toteutettiin aktiivisesti omassa työssä, se myös näkyi positiivisesti palkkauksessa. Silti edes tulokseen sidottu palkkio ei motivoinut solun henkilökuntaa toteuttamaan omahoitajuutta.

*” Ylemmältä taholta ei ole tullut vastakaikua, väkisten yritetään, lasketaan montako omahoitajuutta on kelläkin.”*

*”Olen yrittänyt saada asiaa ylöspäin, osastonhoitajille, ylihoitajille, että ymmärtäkää, kun siihen pakotetaan, se ei onnistu.”*

*”Ja tietysti esimieheltäkin saatua palautetta olisi joskus erittäin kiva saada.”*

*”Meitä on liian vähän ja työvuorot ei mene niin kuin haluttaisiin. Jos sä tulisit aamuvuoroon, niin sulla olisi sitten muutama päivävuoro siinä, että pystyisi hoitamaan niitä omia potilaita.”*

*”Näitähän on mitattu meillä täällä erilaisilla mittareilla kuinka se toimii. HUS tarjoaa palkkauksessa, jos toimii, palkkauksessa näkyy. En tiedä onko se oikein. Se voi tuoda motivaatiota, mutta suoranaisten rahan tarjoaminen ei ole paras vaihtoehto.”*

**Työ** on muuttunut raskaammaksi ja vaatisi enemmän henkilökuntaa. Potilaita hoidetaan entistä enemmän, hoitajia on liian vähän suhteessa potilasmääriin. Hoitokäytännöt ovat muuttuneet yhä vaativammiksi, niihin perehtyminen ja niiden toteuttaminen vaatii aikaa. Myös vanhan tiedon ylläpitäminen vaatisi kouluttautumista. Hoitajat kokevat, että

potilaille ei ole aikaa antaa niin paljon kuin haluaisi. Potilaan kohtaaminen jää usein vajaaksi, ja hoitajat kokivat turhautuvansa tästä.

*”Voi joskus olla sitten tosi raskaita hoidettavia.”*

*”No tällä hetkel tätä nyt ei hirveesti voi kehittää tän kiireen kans yhtään mihinkään.”*

*”Jos olisi aikaa enemmän, olisi kiva, että pystyisi perehtymään potilaan papereihin ja sairauksiin enemmän.”*

*”Omahoitajajärjestelmä on hyvä, jos meitä on riittävästi.”*

*”Kaikki hoitaa kaikkia, et ei pysty sillä tavalla vetoamaan, et mä oon sun omahoitaja, et yksittäisiä potilaita on vaikea ottaa.”*

*”Vanhusväestö lisääntyy ja hoidossa menee aikaa hirvittävän paljon.”*

**Asenne** ja suhtautuminen omahoitajuuteen oli hoitajilla pääosin negatiivista. Useamman mielestä omahoitajuutta ei kannattanut edes yrittää toteuttaa. Hoitajat pelkäsivät omahoitajuuden kautta potilassuhteista tulevan liian läheisiä, jolloin heitä kuormitetaan lisää. He myös pelkäsivät asettuvansa liikaa potilaan asemaan. Lisäksi hoitajat pelkäsivät, että työt seuraavat entistä enemmän kotiin, kun muutenkin työ tuntui raskaalta.

*”No mulla on hyvin sellanen niin ku tavallaan inhorealistinen asenne tähän asiaan. Mä näen sen niin, että täällä sitä ei pysty toteuttamaan.”*

*”Mä oikeastaan nään sen silleen, et näissä puitteissa ei ole mitään järkeä edes yrittää, koska siitä ei ole vastaavaa hyötyä ei potilaan niin kuin voinnin ja hoidon kannalta. Että mä nään osaltaan tän työn niin tehtäväkeskeisenä, että tässähän mennään tehtävästä toiseen ja asiasta toiseen.”*

*”Jossain tapauksissa mä koen sen ahdistavana, jos on hirveän paljon saman potilaan kanssa. Potilas haluaa vain omahoitajan, takertuvat kuin hukkuva oljenkorteen.”*

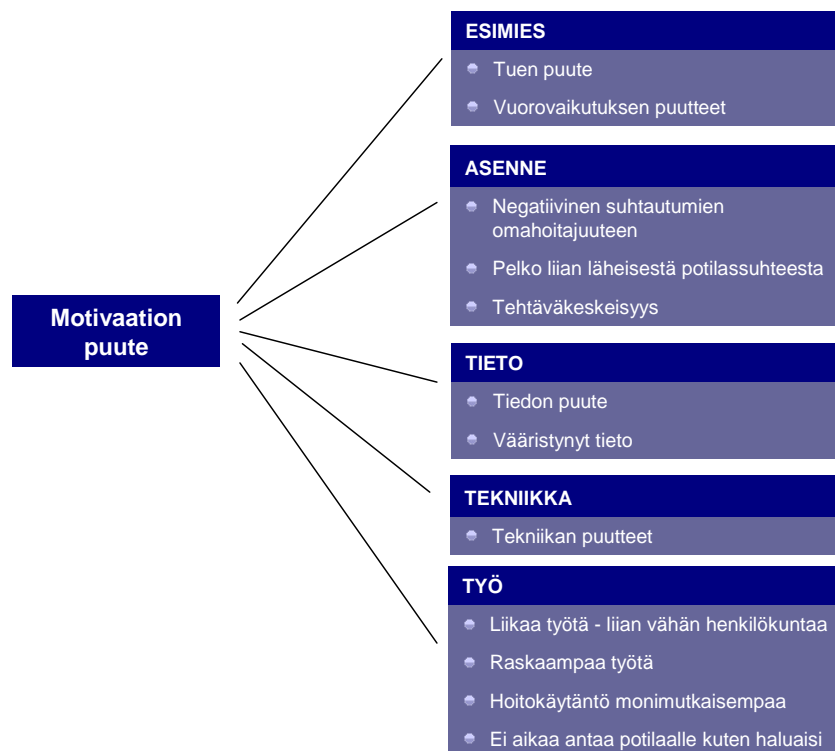
**Tieto** omahoitajuudesta oli osittain puutteellista, tai vanhentunutta. Tietoa omahoitajuudesta oli saatu aikanaan opiskelun yhteydessä. Työaikana kaikki eivät olleet päässeet koulutukseen päivittämään tietojaan. Tehtäväkeskeisyyden katsottiin olevan osaston toiminnan luonteeseen sopiva tapa toteuttaa hoitotyötä kyseessä olevassa solussa.

*”Sillon kun olen opiskellut, ei minun koulutuksessani ollut mitään hoitosuhteesta”*

*”Mitä se on omahoitajuus, se on hyvin kaukana todellisuudesta mitä siitä on aikanaan opetettu.”*

*”Että mä nään osaltaan tän työn niin tehtäväkeskeisenä, et tässähän mennään tehtävästä toiseen asiasta toiseen ja siinä niin ku pitäisi sitten niin ku huomioida se ihminen.”*

**Tekniikkaa** kaivattiin lisää helpottamaan potilaiden hoitamista. Tietotekniikka oli isomassa määrin soluun vasta tulossa. Nyt kirjaamiset ja hoitosuunnitelmat tehtiin vielä pääosin kynällä ja paperilla. Toisaalta tietotekniikan tulon osalta pohdittiin sitä, helpottaako se työn tekoa vai vaikeuttaako. Mietittiin, että saadaanko tietokoneita riittävän monta ja riittävän moneen paikkaan, jottei tietojen käsittelyssä synny jonoja.



Kuvio 4. Motivaation puutetta aiheuttavat tekijät

### 5.3 Muutoksen etenemiseen vaikuttavat roolit

Roolit vaikuttivat muutoksen etenemiseen ja omahoitajuuden omaksumiseen. Oma rooli koettiin enimmäkseen neutraalina, tai omahoitajuutta estävänä. Henkilökunnalla olisi intoa kehittää omahoitajuutta eteenpäin käytännön tasolla, kunhan heillä vain olisi keinoja siihen. (Kuvio 5)

#### **EDISTÄVÄ ROOLI**

Edistävällä roolilla koettiin olevan merkitystä omahoitajuuden kehittämiseen. Omahoitajuutta haluttiin kehittää, mutta hoitajat kokivat, ettei heillä ole siihen riittäviä voimavaroja tai resursseja nykyisellään. Hoitajat toivoivat lisää koulutusta ja lisää henkilökuntaa, jotta he voivat edistää omahoitajuutta solussaan.

#### **ESTÄVÄ ROOLI**

Hoitajat kokivat oman roolinsa estävänä, tai neutraalina. Hoitajat eivät halunneet edistää omahoitajuuden toteutumista näillä resursseilla. He katsoivat, ettei heillä ole kiinnostustakaan lähteä viemään asiaa eteenpäin. Henkilökunta ei saanut esimiehiltään tarpeeksi tukea, omahoitajuutta oli monesti tuloksetta yritetty ottaa käyttöön ja he kokivat solun työnkuvan omahoitajuuteen sopimattomaksi.

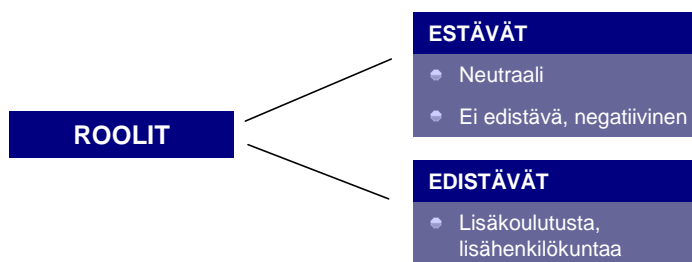
*”Mä en ole koskaan ollut siitä hirveän kiinnostunut.”*

*”Vähän neutraali. Motivaatio on saattanut mennä, kun on huomannut, ettei se ole tahtonut toimia.”*

*”Estän asiaa, kun koen sen niin epätoivoiseksi.”*

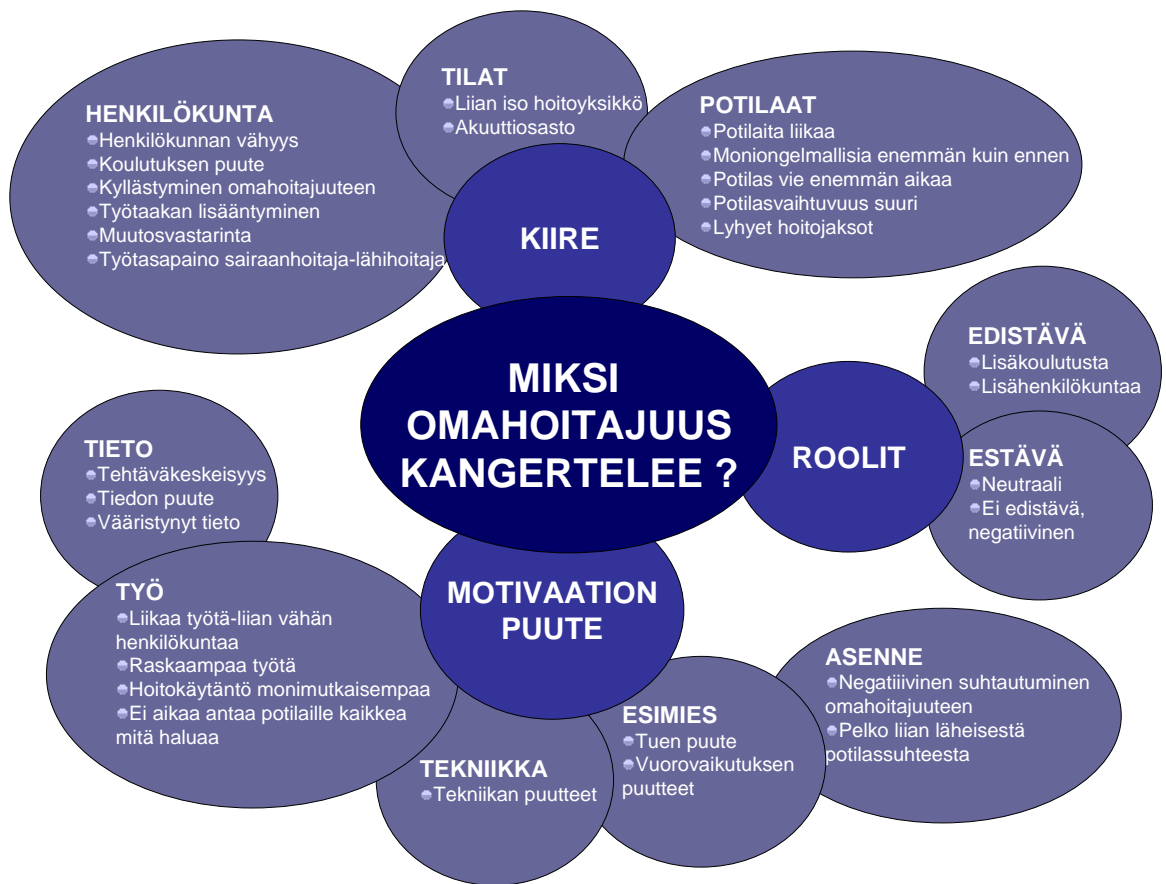
*”Edistäminen on tainnut jäädä siihen, mutten ole laittanut kapuloita rattaisiin.”*

*”Sitä on yritetty ja yritetty. En tiedä mitä se sitten loppujen lopuksi on. Siihen on jo kyllästynyt.”*



Kuvio 5. Roolit omahoitajuutta edistävänä/estävänä

## 5.4 Kooste tuloksista



Kuvio 6. Syyt miksi omahoitajuus kangertelee

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata miksi omahoitajuus kangertelee solussa 2. Teemahaastatteluilla saatiin monipuolinen ja kattava aineisto opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Osaston keskeisenä arvona on potilaan parhaaksi toimiminen yksilövas- tuista hoitotyötä toteuttamalla. Osaston tavoitteena on tarjota omahoitaja ja lääkäri jo- kaiselle potilaalle.

Opinnäytetyössä toteutetun haastattelun perusteella hoitajat kuvailivat hyvin monipuoli- sesti sitä, miksi omahoitajuus kangertelee. Heidän mielestään siihen sisältyy sekä

helppoja että vaikeita elementtejä. Omahoitajajärjestelmä on asiana hyvä ja kannatettava, jos hoitoresurssit ja fyysiset tilat ovat omahoitajuuteen soveltuvat ja työn luonnesen mahdollistaa. Näennäinen omahoitajuus koettiin sekä potilasta että omaisia kohtaan eettisesti vääräksi. Hoitajien mukaan olemassa olevat resurssit on sovittava saumattomammin potilasmääriin ja hoitotehtäviin, jotta omahoitajuutta voidaan toteuttaa.

Taloussanomien artikkelin mukaan työvoimapulaa ei ole ja työtä on pystyttävä tehostamaan nykyresurssein. HUS:in toimitusjohtaja Kari Nenonen toteaa: ”Yksi keino tehostaa on yhdistellä terveydenhuollon toimintoja. Ei ole esteitä, etteikö yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon eli terveyskeskusten välillä voisi olla nykyistä tiiviimpää. Organisaatioiden tehostaminen onnistuu myös omassa pirissä. Esimerkiksi sydänkirurgia ja ortopediset leikkaukset ovat keskittyneet aiempaa harvempiin paikkoihin. Jokaisen organisaation on katsottava peiliin ja mietittävä, onko oma toiminta riittävän tehokasta. Johtajat myöntävät, että potilaslogistiikka ei toimi hyvin: Leikkausten jälkeen potilaita makaa liian pitkään leikkaavissa sairaaloissa, sairaalapaikoilla makaa liikaa vanhuksia, jotka kuuluisivat muualle ja leikkausten jälkeen potilaita ei kunnouteta tarpeeksi nopeasti pois sairaaloista. Nenonen ei kuitenkaan ota kantaa pulaeikä logistiikkakysymyksiin. Kukaan ei valita sairaaloiden lääkäri- tai hoitajapulaa. Pulaa on vain erikoisosaajista. Lähes kaikki virat on täytetty, sen sijaan määräaikaisiin sijaisuuksiin on ollut vaikea saada hoitohenkilökuntaa, sanoo puolestaan Päijät-Hämeen johtaja Heikki Paavilainen.” (Taloussanomien 2007, 2).

Työn tehostaminen vaatii työtapojen kehittämistä, uusien tekniikoiden käyttöönottoa työtä helpottamaan, henkilökunnan saamista asian taakse ja mukaan kehittämään toimintaa. Hoitohenkilökunnan perustehtävää pitäisi pyrkiä kirkastamaan ja henkilökunta tarvitsee myös lisäkoulutusta omahoitajuudesta. Kun oma perustehtävä on mahdollisimman selkeä, perustehtävän hoito sujuu paremmin ja aikaa jäänee omahoitajuudenkin vaatimiin tehtäviin. Kaikki ”turhat rönsyt” on pyrittävä karsimaan perustehtävistä pois. Omahoitajuutta tulisi selventää henkilökunnalle, tuoda esiin sen etuja ja konkretisoida miten se voi säästää omaa aikaa ja tehostaa jokaisen omaa työtä. Omahoitajuutta pitää markkinoida koko solulle positiivisessa mielessä ja jatkaa sen jalkauttamista soluun edelleen pitkäjänteisesti. Mahdollisesti liian nopealla aikataululla, tai väärällä tavalla läpi viety muutos aiheuttaa helposti muutosvastarintaa henkilökunnalle ja laskee työmotivaatiota. Henkilökunnan koulutuksen lisäksi hyvä, avoin informointi ja johdon

jämäkkä ote alaistensa tukemisessa vievät omahoitajuutta solussa eteenpäin ja auttavat alaisten sopeutumiseen ja sitoutumisen omahoitajuuteen.

Henkilökunnalle oli järjestetty koulutusta omahoitajuudesta, mutta opiskeluun ei järjestetty työaika. Opiskelu olisi pitänyt suorittaa enimmäkseen omalla ajalla, mutta omaa aikaa ei haluttu uusien työtapojen opiskeluun käyttää. Näin ollen koulutus jäi useammalta vähäiseksi. Myös henkilökunnan tarpeet, tiedon ja koulutuksen taso sekä toiveet on otettava huomioon uusia asioita käyttöönotettaessa. Työvuorosuunnitteluun pitäisi kiinnittää enemmän huomiota. Työjaksojen rytmittäminen pitäisi saada selkeämmäksi ja määrämuotoisemmaksi, joka auttaisi osaltaan omahoitajuuden edistämistä.

Hoitohenkilökunta näki oman roolinsa omahoitajuuden edistämässä neutraalina tai jopa kielteisenä. Omahoitajuuden edistämisen eteen kukaan ei sanonut toimineensa. Omahoitajuudessa tunnuttiin pelkäävän eniten sitä, että omat työt lisääntyvät entisestään. Tämä on ymmärrettävää, koska henkilökunta on jokaisessa organisaatiossa mitoitettu hyvin tarkoin, ylimääräisiä hoitoresursseja ei juuri ole käytettävissä. Töitä on nykyisellään kaikilla jo ihan riittävästi. Haastatteluissa nousi esille, ettei edes lisäpalkkiakaan kannusta omahoitajuuteen. Henkilökuntaa pitäisi motivoida omahoitajuuteen jollain muulla tavoin. Tai sitten lisäpalkkio oli liian pieni. Omahoitajuus oli haastatelluille jopa ns. punainen vaate.

Vuorovaikutus solussa tuntui hoitajien ja potilaiden välillä toimivan ja sillä oli positiivinen merkitys haastateltavien potilassuhteille. Sen sijaan vuorovaikutus hoitajien ja esimiesten kanssa ei toiminut niin hyvin, vaikka haastateltavat kokivat erittäin tärkeäksi sen, että vuorovaikutus toimisi. Osasy siihen, että omahoitajuus kangertelee voi johtua hoitajien ja esimiesten vuorovaikutustaitojen puutteellisuudesta. Haastattelussa todettiin, että solun omahoitajuuden puutteita on viety aktiivisesti eteenpäin solun osastonhoitajille ja ylihoitajille, mutta asia ei ole esimiestaholla edennyt. Vuorovaikutus on keskeinen osatekijä työnorganisoinnin, tavoitteiden, sisällön, rakenteiden, työmenetelmien ja johtamisen rinnalla. Esimiesten vuorovaikutustaitoihin tulee kuulua myös palautteen antaminen, sekä positiivisessa että negatiivisessa mielessä. Korjaavan palautteen antaminen vaati rohkeutta, mutta on kehittävän ryhmän perusominaisuus. Myönteisen palautteen antaminen motivoi työntekijöitä. Palautteella voidaan ohjata solun toimintaa haluttuun suuntaan. Henkilökuntaa pitää myös kuunnella ja heidän mielipiteidensä pitää ottaa mahdollisimman hyvin huomioon. Henkilökunnan mielipiteet huomioon ottamalla toimintaa voidaan kehittää. Opinnäytetyön tuloksissa esiin tulleet



omahoitajuuden ongelmat pitäisi nyt ottaa esille ja käsitellä niitä yhteisesti ja avoimesti hoitajien ja esimiesten kanssa.

Tutkitussa solussa tietotekniikka oli vasta tulossa laajempaan käyttöön. Tietotekniikka asiana puhutti haastateltavia. Pelättiin, että tietoteknisiä välineitä ei kuitenkaan saada riittävästi oikeisiin paikkoihin, jotta tietotekniikka helpottaisi omaa työtä. Tietotekniikalla voidaan kuitenkin tehostaa monia nyt ns. kynällä ja paperilla tehtäviä rutiinotoimintoja, ja helpottaa omahoitajuuden käyttöönottoa. Tietotekniikan käyttöön pitää saada myös koulutusta, jotta tietoteknisistä välineistä saadaan kaikki hyöty irti ja vapautetaan hoitajien aikaa enemmän itse hoitotyöhön.

## 6.2 Tutkimustulokset suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin

Kielteisiksi muutoksiksi hoitajat kokevat työn kuormittavuuden ja kiireen. Viime vuosien aikana hoitotyössä kiire ja kuormittavuus ovat lisääntyneet huomattavasti. Erään tutkimuksen mukaan sairaanhoitajista lähes puolet (43 %) kokee työn kuormittavuuden lisääntyneen ja 36 % sairaanhoitajista kokee hoitotyön muuttuneen kiireisemmäksi. Syynä kiireeseen ja työn kuormittavuuden lisääntymiseen koetaan muun muassa suuret potilas- ja asiakasmäärät sekä lisääntyneet työtehtävät. Hoitohenkilökunta kokee usein myös, että vaikka hoitajien määrää on vähentynyt ja potilasmateriaali on yhä vaativampaa ja vaikeahoitaisempaa, niin tästäkin huolimatta hoitajilta odotetaan enemmän laadukkuutta ja tehokkuutta. Salo (2002, 14.) on todennut, että positiivisella työskentelyilmapiirillä on tukea antava merkitys, mikä puolestaan lisää työhyvinvointia. Kehittäminen on tärkeä osa hoitohenkilökunnan työtä. Työn kehittämisen kautta osaaminen lisääntyy ja tätä kautta myös työhyvinvointi paranee, mutta erilaiset laatuhankeet vievät monesti hoitohenkilökunnan mielestä liiankin paljon aikaa. (Hildén 2002, 25, 28; Seppänen ym. 2001, 17 - 18.)

Tutkimukseemme vastanneet hoitajat mainitsivat hoitotyön muuttuneen kiireisemmäksi ja työn lisääntyneen suhteessa henkilökuntaan. Syynä kiireen ja työn kuormittavuuden lisääntymiseen koettiin muun muassa suuret potilasmäärät sekä lisääntyneet työtehtävät. Hoitohenkilökunta koki usein myös, että vaikka hoitajien määrää on vähennetty, potilasmateriaali on yhä vaativampaa ja vaikeahoitaisempaa. Gyllenbögel (2000, 52.) mainitsee jatkuvan kiireen vaikuttavan myös siihen, että yksittäiselle sairaanhoitajalle ka-

saantuu paljon vastuuta ja suuria asiakasmääriä. Tämä vie hoitajan energiaa ja he alkavat väsyä.

Koivuselkä, Sahlsten ja Aalto (2002, 1 - 14) tutkivat Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa omahoitajuuden toteutumista hoitohenkilökunnan arvioimana. Hoitajat arvioivat omahoitajuudessa autonomian, vastuullisuuden, koordinoinnin ja potilaskeskeisyyden toimivan hyvin. Heikoimmaksi hoitajat arvioivat asennoitumisen omahoitajuuteen. Munnukka (2002, 73 - 81.) on tutkinut omahoitajan arkea Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Siellä koulutus on osa henkilöstön kehittämistä, koska jatkuva oppiminen on työyhteisöissä nykypäivää. Suoritetut mittaukset omahoitajuuden toteutuksen tasosta osoittivat, että tavoitteisiin ei päästy konservatiivisen tulosalueen vuodeosastoilla. Tähän ryhdyttiin vastaamaan koulutuksellisin keinoin.

Tämän opinnäytetyön tuloksista esiin nousi heikko asennoituminen omahoitajuuteen. Yleisesti omahoitajajärjestelmää pidettiin hyvänä asiana, mutta oma asenne omahoitajuutta kohtaan oli kärsinyt. Tuloksista ilmeni myös, että henkilökunnasta kaikki eivät suinkaan olleet saaneet omahoitajuudesta koulutusta, vaikka sitä oli kenties luvattu. Kuitenkin koulutuksen tarve tuli haastatteluissa esille.

Opinnäytetyön tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimustulosten kanssa. Vaikka yksilövastuisen hoitotyön malli ja sitä kautta myös omahoitajuus, on ollut käytössä jo pitkään, epäkohtia löytyy vielä monessakin työyhteisössä. Tutkimuksista on hyötyä silloin, kun ne antavat vastauksia työyhteisöissä valitseviin ongelmiin. Yhdellä tutkimuksella ei kuitenkaan saada ihmeitä aikaan ja sen vuoksi tutkimuksia onkin tehtävä edelleen. Tämä opinnäytetyö tehtiin, jotta saataisiin selville, mitkä ovat niitä tekijöitä, jotka jarruttavat omahoitajuuden käyttöönottoa opinnäytetyön kohteena olevassa solussa.

### 6.3 Tutkimuksen merkitys työyhteisölle ja koulutukselle

Jo 1980-luvun loppupuolella on todettu, että omahoitajuuteen siirtymistä voidaan edistää, jos sairaanhoitajaopiskelijat oppivat koulutuksensa aikana omahoitajuuden yhteyden hoitotyön laatuun ja sairaanhoitajien ammatilliseen kehitykseen sekä oppivat toimimaan omahoitajuuden periaatteiden mukaan. Omahoitajuuden toteuttamisen edellytyksenä on mahdollisimman laajan hoitotyön teorian tunteminen. (Ahonen 2005, 12; Lohikoski 2000, 1; Pukuri 1997, 13.) Sairaanhoitajalla on asiantuntijuuden saavuttami-

seksi jatkuvana haasteena hoitotyön perustehtävän toteuttamiseen tarvittavan teorian sekä tutkimustuloksiin perustuvan tiedon kartuttaminen ja tämän lisäksi itsensä monipuolinen kehittäminen. (Pakarinen 1999, 22.)

Sairaanhoitajaliitto on asettanut tavoitteeksi omahoitajuuden toteuttamisen, tämä asettaa myös haasteen koulutukselle. Koulutus asettaa tietyt raamit sairaanhoitajan osaamiselle. Koulutuksessa tulisi paremmin huomioida työelämän haasteet. Sairaanhoitajan tulisi valmistuessaan ammattiin tietää mistä on kyse ja miten yksilövastuista hoitotyötä ja sitä kautta omahoitajuutta toteutetaan työelämässä. Sairaanhoitajan pitäisi ammattiin valmistuessaan osata toteuttaa omahoitajuutta ja tietää mitä omahoitajan toimenkuvaan kuuluu. Omahoitajuuden toteuttaminen pitäisi kokea voimavaraksi ja työtä helpottavaksi tekijäksi eikä välttämättömäksi pahaksi ja stressin aiheuttajaksi. Koemme, että tässä koululle on haastetta tulevaisuudessa enenevissä määrin.

Potilaat ovat tulleet yhä tietoisemmaksi oikeuksistaan. He osaavat vaatia palvelulta hyvää laatua, yksilöllisyyttä sekä henkilöstöltä osaamista. Sairaanhoitajan kehittyminen omassa ammatissa ja muu kehitystyö ei onnistu, ellei sairaanhoitajalla ole kykyä ja halua sitoutua työhönsä ja parantaa omaa työsuoritustaan. Kehittyminen ei myöskään onnistu ellei sairaanhoitajalla ole taitoa ja/tai rohkeutta tarvittaessa arvioida niin työkaaverinsa työskentelyä kuin työyhteisön toimintaakin. Myös sairaanhoitajalla itsellään on oltava kyky ottaa vastaan kritiikkiä. Yleensä ajatellaan, että kritiikki on negatiivinen asia, mutta meidän tulisi ajatella kritiikki positiivisena asiana, sillä se auttaa kehittymään yhä paremmaksi ihmiseksi sekä hoitotyöntekijäksi ja sitähän varmasti jokainen haluaa. (Hildén 2002, 56.)

Liian nopealla aikataululla läpi viedyt muutokset aiheuttavat helposti vastarintaa ja laskevat työmotivaatiota. Juuri tämän vuoksi olisi tärkeää, että mahdollisia työtä koskevia muutoksia suunniteltaessa otettaisiin huomioon myös työntekijöiden tarpeet ja toiveet. Henkilöstön riittävä koulutus ja informointi sekä johdon jämässä ote alaistensa tukemisessa ovat todennäköisesti hyviä keinoja alaisten sopeutumisen ja sitoutumisen edistämiseksi. (Salo 2002, 13.)

#### 6.4 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi perustuu koko tutkimusprosessiin, sen eri vaiheisiin ja raportointiin. Se ei noudata tarkkoja sääntöjä, koska jokainen tutkimus on erilainen, ainutkertainen ja tilannesidonnainen. Jokaisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelukin pitää näin ollen tehdä tutkimus-, tilanne-, aineisto- ja tutkijakohtaisesti erikseen kriittisesti harkiten. (Krause & Kiikkala 1996, 130.)

Pyrimme aineiston keruussa laadukkuuteen. Haastattelu menetelmänä takasi ensikäden tiedon saavuttamisen, koska tutkijat haastattelivat jokaisen hoitajan itse. Haastattelutilanteista muodostui ”rentoja” ja asiallisia, vaikka osa haastatelluista oli aluksi hieman varautuneita. Haastattelut suoritettiin rauhallisessa huoneessa, jonka löytäminen oli ajoittain vaikeaa osastolla meneillään olevan remontin ja potilasmäärän suuruuden takia. Kolmessa tapauksessa haastattelu keskeytyi ulkopuolisen tekijän takia, kuten puhelimen soidessa ja ulkopuolisen henkilön saapuessa huoneeseen.

Haastattelu valittiin tiedonkeruumenetelmäksi, koska haastattelu sopii aineistonkeruumuodoksi, kun kysytään herkkiä asioita. Haastattelun avulla pystyimme säätämään tilannetta siten, että jos haastateltava kertoi oma-aloitteisesti asioita, puutuimme tilanteeseen mahdollisimman vähän.

Osa hoitajista lähti mukaan tämän opinnäytetyön tekemiseen innokkaasti. He kokivat pystyvänsä kehittämään omaa työtään ja tuomaan omia ajatuksiaan esille. Osa hoitajista sen sijaan ei ollut kovin innokkaita osallistumaan haastatteluun. Onnistuimme kuitenkin mielestämme luomaan hyvän haastatteluilmapiirin, ja haastatteluiden tekeminen sujui hyvin. Emme olleet tavanneet etukäteen ketään haastateltavista ja mielestämme se oli hyvä asia. Kenelläkään haastateltavista ei ollut muodostunut meistä ennakkokäsityksiä, jotka olisivat vaikuttaneet vastauksiin. Meillä haastatteliyoillakaan ei ollut ennakkokäsityksiä tai -tietoa osaston tilanteesta tai haastateltavista henkilöistä. Emme näin ollen pystyneet vaikuttamaan haastateltaviin henkilöihin tai tekemään johtopäätöksiä etukäteen. Haastattelut sujuivat mukavasti ja olivat antoisia molemmille osapuolille. Koimme, että hoitajien oli melko helppoa puhua asioista, vaikka olimmekin ennestään vieraita toisillemme.

Haastattelun alussa hoitajia pyydettiin kertomaan esimerkki lähiaikoina tapahtuneesta hyvin toimineesta hoitosuhteesta. Jos hoitaja kertoi jonkun esimerkin, jatkettiin haastat-

telua aluksi esimerkin pohjalta täsmentäen ja sitten siirryttiin tilanteelle sopivassa järjestyksessä haastattelurungon sisältämiin kysymyksiin. Jos hoitajalla ei ollut mielessä lähimenneisyydestä esimerkkiä, eteni haastattelu teemarungon kysymyksien varassa. Haastattelun lopussa hoitajia pyydettiin vielä mainitsemaan tärkeysjärjestyksessä enintään viisi seikkaa, joita he pitivät omahoitajajärjestelmän epäkohtina ja hyvinä puolina.

Vaikka teemarungon täsmentävät kysymykset on esitetty teemarungossa tarkkoina kysymyksinä, esitettiin ne haastattelutilanteessa monimuotoisempia ilmauksia käyttäen. Vastaukset olivat harvoin yksisanaisia. Sen sijaan kysymyksiin vastattiin laajasti ja omaa näkökantaa tai tunnemaailmaa perustellen. Haastateltavien vastaukset sisälsivät paljon yksilön kokemusmaailmasta lähteviä kommentteja. Koska koko haastattelumateriaali on koottu yhdellä osastolla sen yhdessä solussa, täytyy haastateltujen anonymiteettiä kiinnittää erityistä huomiota. Ilmoitimme haastateltaville haastatteluiden ajankohdan puhelimitse ja sähköpostilla. Osaston esimiehille ilmoitettiin, milloin haastattelut suoritetaan, mutta heille ei kerrottu nimeltä, ketkä haastatteluihin osallistuvat. Haastateltavat itse olivat keskustelleet keskenään työtovereidensa kanssa haastatteluun osallistumisesta.

Analyysivaiheessa kahden tutkijan yhteistyön voidaan ajatella lisäävän tutkimuksen luotettavuutta, koska pohdimme yhdessä aineistosta tekemiämme tulkintoja. Käytimme kaikkia hoitajien ilmaisia analyysimme pohjana. Haastatteluiden teemojen aiheet olivat mielestämme oikeita. Ensimmäisten kysymysten aikana tunnelma rentoutui ja haastattelut pääsivät jatkumaan luontevasti eteenpäin. Kysymykset antoivat vastaukset tutkimusongelmiimme. Valitsemaltamme kohderyhmältä saimme hyvin tutkimusmateriaalia ja niistä saimme tulokset selville. Tutkimustamme varten haastattelimme yhdeksää (9) neljästätoista (14) eli 62%, jota voidaan pitää tarpeeksi suurena otantana kuvaamaan koko solun mielipidettä.

Tulosten kirjoittamisen vaiheessa palasimme useaan otteeseen aineistoon. Olimme litteroineet aineiston niin, että siihen oli helppo palata ja tarkistaa tietoja. Nauhojen aukikirjoittamisessa käytimme paljon aikaa kunkin haastattelun purkamiseen. Koimme haastatteluiden purkamisen melko vaativaksi tehtäväksi, koska asiaa oli paljon ja haastateltavien tunteet olivat aitoja ja mielipiteet henkilökohtaisia. Tutkimustuloksia esitellessämme meidän oli varottava yksilöiden paljastumisesta, sillä toisista lausumista olisi asiayhteyden tai tapauksen tunteva henkilö kyennyt tunnistamaan haastateltavan henkilön. Käytimme suoria lainauksia valottamaan tutkimustuloksia. Haastatteluja lainates-

samme mietimme tarkkaan, millaisia lauseita voimme valmiiseen raporttiin laittaa, jotta henkilöiden anonymiteetti säilyisi. Poistimme lainauksista tunnistettavuuteen vaikuttavat tekijät, kuten murrekieliset sanat.

## 6.5 Jatkotutkimusaihe

Opinnäytetyön tulosten perusteella tulevaisuuden haasteet organisaatiolle ovat kiireen helpottaminen, motivaation lisääminen ja hoitajien omahoitajuutta estävien roolien muuttaminen omahoitajuutta edistäväksi. Organisaation kyky vastata näihin haasteisiin tulisi selvittää. Tämä aihe olisi tärkeä siksi, koska pohja luottamukselliselle potilassuhteelle luodaan omahoitajamallia toteuttamalla. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia myös toisten solujen toimintaa, miten omahoitajuutta niissä toteutetaan ja miten se niissä toimii. Kiireeseen törmää tämän opinnäytetyön lisäksi kaikkialla sairaanhoidollisissa tehtävissä ja siitä kirjoitetaan paljon monissa julkaisuissa. Olisi tärkeää tutkia lisää sitä, miksi sairaanhoidossa on aina kiire, ja mistä se perimmältään johtuu.

## LÄHTEET

- Ahonen, M-L. 2005. Omahoitaja terveyskeskuksen vastaanottotoiminnassa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Ajanko, S. 2003. Valmistuvien kätilö- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden eettinen päätely. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Anttikoski, A., Holopainen, T., Kostainen, S., Luostarinen, A. & Väyrynen, L. (toim.) Yksilövastuinen hoitotyö Kuopion yliopistollisen sairaalan kirurgian klinikassa 1995. Kuopio: Kuopion yliopistollisen sairaalan monistamo. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisu no 34 / 1996. Publication Series of the Pohjois- Savo Hospital District, 3 - 6.
- Asikainen, K. 2001. Oman työn paras kehittäjä on sen tekijä- kohti omahoitajuutta silmätautien vuodeosastolla. Silmähoitaja (3), 16 - 18.
- Archibong, U.E. 1998. Evaluating the impact of primary nursing practise on the quality of nursing care: a Nigerian study. Journal of Advanced Nursing 29 (3), 680 - 689.
- Bowers, B.J., Luring, C. & Jacobson, N. 2000. How nuses manage time and work in long-term care. Journal of Advanecd Nursing 33 (4), 484 - 491.
- Erämetsä T. 2003. Myönteinen muutos. Vammalan kirjapaino Oy.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä. Gummerus.
- Guldogan, E. 2001. Hoitotyöntekijän näkemys vallankäytöstä kommunikaatioissa ikään-tyneen potilaan kanssa. Pro gradu - tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Gyllenbögel, M-L. 2000. Työ, työyhteisö ja henkilökuntakoulutus oppimisympäristöinä. Sairaanhoitajien kokemuksia oppimisestaan sairaalaorganisaatiossa. Pro gradu - tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos.
- Haavisto, K. 2004. Hoitotyön työyksikön kulttuuri. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Hicks, C. & Hennessy, D. 1998. A task-based approach to defining the role of the nurse practioner: the views of UK acute and primary sector nurses. Journal of Advanced Nursing 29 (3), 666 - 673.
- Hietaharju, P. 2002. Motivaatio hoitamaan oppimisessa ammattikorkeakoulun opiskelijoiden kuvaamana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tammer-paino Oy. Tampere.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.

- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja Kirjoita. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2004. Hoitamisen taito. Keuruu. Ota-  
van kirjapaino Oy.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä.  
Juva. WS Bookwell Oy.
- Jokitulppo, S. 2005. Hoitajien työtyytyväisyys ikääntyneiden hoitotyössä. Pro gradu -  
tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Juuti, P. & Vuorela, A. 2004. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. Juva. WS Bookwell  
Oy.
- Juvakka, T., Lehtonen, H. & Härkölä, K. 2002. Hitaasti kiihuhaen, muutos kohti yksilö-  
vastuista hoitotyötä. Sairaanhoidaja 75 (1), 9 - 11.
- Järvinen, P. & Järvinen, A. 2004. Tutkimustyön metodeista. Tampere. Yliopisto.
- Karhe, L. 2004. Omahoitajuus- hyvän hoitotyön mahdollisuus. Tehohoito 22 (2), 126 -  
130.
- Kaukkila, H-S., Lauri, S., Järvi, L., Kärkkäinen, K. & Suominen, L. 2000. Omahoitaja  
potilaan tukena sairaalan arjessa, potilaslähtöinen hoitotyö Turun yliopistollisessa kes-  
kussairaalassa. Sairaanhoidaja 73 (7), 13 - 15.
- Keijonen, P. 2002. Hoitajien kokemukset, voimavarat ja hoitotyön vaikutus lyhytkirurgi-  
sia rintasyöpäpotilaita hoidettaessa. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen  
laitos.
- Koivu, M-L. 2002. Hyvä hoito nuorisopsykiatrisella osastolla nuoren kokemana. Pro  
gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Koivuselkä, J., Sahlsten, K. & Aalto, P. 2002. Omahoitajuuden toteutuminen hoitohenki-  
löstön arvioimana konservatiivisella tulosalueella vuonna 2002. Tampereen yliopistollinen  
keskussairaala. Tampere. www-muodossa. [www.pshp.fi/tuty/julkaisu/index.htm](http://www.pshp.fi/tuty/julkaisu/index.htm)  
(luettu 26.7.2006.)
- Kokkonen M. & Rissanen S. 2001. Masentuneen potilaan toivottomuus ja toivottomuu-  
den lievittäminen omahoitajasuhteessa. Pro-gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoito-  
tieteen laitos.
- Kokkonen, M., Rissanen, S., Kylmä, J., Miettinen, S. & Pelkonen, M. 2004. Toivotto-  
muus ja omahoitajasuhde masentuneen potilaan arvioimana sairaalahoidon aikana.  
Hoitotiede 16 (1), 14 - 24.
- Korhonen, R. & Koivisto, A. 1995. Hoitohenkilökunnan koulutustarpeen arviointia siirryt-  
täessä yksilövastuiseen hoitotyöhön. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotie-  
teen laitos.



Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere. Tammer-Paino oy. upari, K. 2000. Läheisyyden ja etäisyyden säätelyminen omahoitajasuhteessa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kupari, K. 2000. Läheisyyden ja etäisyyden säätelyminen omahoitaja suhteessa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Laakkonen, A. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos.

Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki. Edita Prima Oy.

Laine, H. 2003. Asiakaslähtöisyys psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/758 [WW -dokumentti]. <<http://www.finnlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>>. (Luettu 9.11.2006).

Lampikoski, K. & Lampikoski, T. 2004. Kehitä ideasi innovaatioksi. Vantaa. Dark Oy.

Latvala, E. & Vanhanen- Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WS Bookwell Oy.

Lauri, S. & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Vantaa. Dark Oy.

Lohikoski, H. 2000. Yksilövastuisten hoitotyön tunnuspiirteiden toteutuminen hoitotyön opiskelijoiden harjoittelussa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Luoma, E. 2006. Yksilövastuinen hoitotyö. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Lämsä, A-M. & Hautala, T. 2005. Organisaatiokäyttäytymisen perusteet. Helsinki. Edita prima Oy.

Melchior, M., Halfens, R., Abu-saad, H., Van der Berg, A. & Gassman, P. 1998. The effects of primary nursing on work-related factors. *Journal of Advanced Nursing* 29 (1), 88 - 96.

Metsämuuronen, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. *Metologia -sarja* 4. Viro.

Mikkola, U-L. 2000. Sairaanhoidajien päätöksenteko vuodeosastolla. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Munnukka, T. Omahoitajuuden arki- hoitajien esseitä. Teoksessa Munnukka, T. & Aalto, P. (toim.) 2002. Minun hoitajani, näkökulmia omahoitajuuteen. Vantaa. Dark Oy.

Munnukka, T. & Kiikkala, I. 2001. Omahoitajuuden merkitys hoitajalle itselleen. Teoksessa näkökulmia hoitotyöhön. *Hoitotiede* 1999 - 2000. Turku. Kirjapaino Pika Oy.

- Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Vammala. Vammalan kirjapaino Oy. 1999.
- Mäkipoura, J. 2005. Sairaanhoidajien ammatillinen pätevyys ja täydennyskoulutustarve. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Mäkisalo, M. 1999. ”Me teimme sen”, hoitotyöntekijä oman työnsä tutkijana ja kehittäjänä. Tampere. Tammer-paino Oy.
- Niemi, L. 2004. Ammatillinen kasvu ja sitä edistävät kasvutekijät hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Nylander, U. 2002. Potilaan opettaminen. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Paavilainen, H & Nenonen K. 2007. Sairaalojohtajat: Terveystenhoito ei ole kriisissä. Taloussanomien (3), 2 - 3.
- Pakarinen, K. 1999. Hoitotyöntekijöiden käsitykset yksilövastuiseen hoitotyön tuomista muutoksista. Tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki. Wsoy.
- Piironen, T. 2002. Henkilökunnan jaksaminen muuttuvassa työyhteisössä -kuvaus työn koetusta sisäisestä hallinnasta ja organisaatioetiikasta. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Pukuri, T. 1997. Yksilövastuiseen hoitotyön toteuttaminen hoitohenkilöstön arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Ristolainen, M. & Sarajärvi, A. 2006. Omahoitajamallia kehitettiin Myllypuron sairaalassa. Sairaanhoidaja 79 (11), 25 - 27.
- Saarenheimo, S. & Vinkanharju, A. Yksilövastuiseen hoitajan osaamisprofiili Hyvinkään sairaala osasto 3. 2000. Hyvinkää.
- Saikkonen, P. 2004. Vastuuhoitajamallin kehitysvaihe hoitotyössä vuodeosastojen osastonhoitajien arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Sairaanhoidajaliitto ry 1993. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. [www-dokumentti]<[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan\\_tyo/ohjeita\\_ja\\_suosituksia/sairaanhoidajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo/ohjeita_ja_suosituksia/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/)> ( Luettu 17.1.2007).
- Salonen, A-M. 2002. Hoitotyöntekijän voimavarat kotisairaanhoidossa ja yhdistetyssä kotihoidossa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Seppänen, J., Karppinen, E., & Laitinen, E. 2001. Yksilövastuinen hoitotyö, tukiryhmä kannustaa ja rohkaisee. Sairaanhoidaja 74 (8), 17 - 18.

- Sinivaara, M. 2000. Hoitajan vallankäyttö kommunikaatiossa potilaan kanssa synnytysosastolla hoitajien näkemyksen mukaan. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Silvennoinen M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tamminen-Peter, L. 1996. Muutosvastarinta ja sosiaaliset defenssit hoitoyhteisössä. Teoksessa Keskinen, S. (toim.) Ryhmäilmiöt ja työnohjaus. Turku. Painosalama Oy, 137 - 143.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Tammi.
- Turtiainen, T. 1995. Käsiteanalyysi potilaan edustajana toimimisesta Rodgersin menetelmällä. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Viitala, R. 2004. Henkilöstöjohtaminen. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Virtanen, H. 2003. Potilaan ja laboratoriohoitajan välinen vuorovaikutus verinäytteenottilanteessa potilaan kokemana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Virtanen, M. 2002. Yksilövastuisen hoitotyön ihmiskäsitys. Teoksessa Munnukka, T. & Aalto, P. (toim.) Minun hoitajani, näkökulmia omahoitajuuteen. Vantaa. Dark Oy, 9 - 30.
- Vuorinen, M. 2001. Omahoitajuutta kehitettiin projektin avulla. Sairaanhoitaja 74 (8), 15 - 16.
- Williams, A. & Sibbald, B. 1998. Changing roles and identities in primary health care: exploring a culture of uncertainty. *Journal of Advanced Nursing* 29 (3), 737 - 745.
- Ylönen, M. 2003. Asiakaslähtöinen hoitotyö hoivasairaalassa. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

## LIITTEET

## LIITE 1

HOIDON VAIHEET	OMAOHITAJAN TEHTÄVÄT
POTILAAN VASTAANOTTAMINEN SAIRAALAAN	<p><b>Omaohitaja</b> Suunnittelee yhdessä vastuulääkärin kanssa potilaan tulon sairaalaan varmistaa, että tutkimukset on suunniteltu valmiiksi ennen potilaan sairaalaan tuloa varmistaa, että tarvittavat tutkimukset on tehty ennen sairaalaan tuloa vastaanottaa potilaan osastolle.</p>
HOIDON SUUNNITTELU	<p><b>Omaohitaja</b> laatii hoitosuunnitelman yhdessä potilaan kanssa tiedottaa hoitosuunnitelmasta muille työryhmän tai tiimin jäsenille tilaa tarvittavat lisätutkimukset, hoidot, välineet, materiaalit konsultoi tarvittaessa yhteistyökumppaneita, kuten kotisairaanhoidoa, kotipalvelua ja muita poliklinikoita tiedottaa potilasta mahdollisista sosiaalisista ja muista eduista ja tarvittaessa järjestää potilaalle mahdollisuuden tavata sosiaalihoitaja.</p>
HOIDON TOTEUTUS	<p><b>Omaohitaja</b> toimii potilaan etujen valvojana tukee potilaan päätöksenteko- ja itsemääräämisoikeutta ohjaa ja neuvoo potilasta kaikissa tarvittavissa asioissa keskustelee potilaan kanssa tämän hoidosta tiedottaa potilasta tutkimustuloksista ja hoidon etenemisestä ohjaa potilasta omaoimisuuteen ja itsehoitoon järjestää aikaa potilaalle: antaa henkistä tukea, tiedottaa, keskustelee, selvittää asioita huomioi potilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet aloittaa jatkohoidon suunnittelun yhteistyössä potilaan kanssa huolehtii jatkohoidon järjestelyistä kotiutuspäivään mennessä; tilaa jatkohoitokontrollit, tutkimukset, kotisairaanhoidon palvelut jne.</p>
KOTIUTUS JA JATKOHOITO	<p><b>Omaohitaja</b> kirjoittaa jatkohoito-ohjeet valmiiksi ennen kotiutuspäivää suunnittelee yhdessä potilaan ja yhteistyötahojen kanssa jatkokontrollit, kotikäynnit ja tutkimukset pitää yhteyttä potilaan omaisiin ja potilaan luvalla tiedottaa omaisia kotiutuksesta, jatkohoidosta ja kontroleista varaa kotiutuspäivänä aikaa potilaan kotiutukseen, antaa hoito-ohjeet, reseptit, mahdolliset apuvälineet ja muun tarvittavan materiaalin potilaalle.</p>

Omaohitajan tehtävät (Laaksonen ym. 2005, 24).

## LIITE 2



LAUREA-AMMATTIKORKEAKOULU

HYVINKÄÄN LAUREA  
Terveysala  
Uudenmaankatu 22

05800 HYVINKÄÄ

Opiskelijat  
Rinna Partanen, puh 050-590 0992  
Tiina Koponen, puh 050-582 1071  
Ohjaava opettaja  
TtT, yliopettaja Mervi Lepistö  
Puh 040-701 4181

Ylihoitaja  
Aune Östman  
Hyvinkään sairaala  
Sairaalakatu 1

05850 HYVINKÄÄ

**TUTKIMUSLUPA-ANOMUS**

Haemme kohteliaimmin tutkimuslupaa opinnäytetyötämme "Miksi omahoitajuus kangertelee" varten. Tutkimukseen haastatellaan osaston 3 solun 2 koko hoitohenkilökunta.

**TAUSTATIETOA**

Olemme Hyvinkään Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita. Olemme aloittaneet opiskelumme syksyllä 2004 ja valmistumme keväällä 2007. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja tutkimuspyyntö tuli Hyvinkään sairaalan sisätautien osastolta. Opinnäytetyömme ohjaavana opettajana toimii yliopettaja Mervi Lepistö Hyvinkää-instituutista.

12. 12. 2006

P. Luoma

## LIITE 2



LAUREA AMMATTIKORKEAKOULU

2

## TUTKIMUKSEN TAVOITE

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miksi omahoitajuus ei toimi Hyvinkään sairaalan osastolla 3. Tavoitteena on löytää syyt, jotka hidastavat yksilövastuisen hoitotyön etenemistä. Saadun tiedon avulla voidaan löytää osastolle muutosta tukevia ratkaisumalleja ja henkilökunnalle koulutusta asian eteenpäin viemiseksi.

## AINEISTONKERUU, TUTKIMUSMENETELMÄ JA RAPORTOINTI

Aineistonkeruumenetelmänä käytetään teemahaastattelua. Osaston 3 solun 2 koko henkilökunta haastatellaan. Opinnäytetyöntekijät käyvät haastattelemassa henkilökuntaa ennalta sovittuna ajankohtana osastolla. Haastattelut nauhoitetaan ja aukikirjoitetaan sanasta sanaan. Aineiston analyysiin käytetään sisällön analyysia. Tutkimustulokset raportoidaan keväällä 2007 opinnäytetyönä.

## EETTISYYS

Tutkimus suoritetaan eettisiä periaatteita noudattaen. Työhön liittyvät eettiset kysymykset on huomioitu haastateltavien henkilöllisyyden tunnistamattomuudella, huolellisella aineiston käsittelyllä ja tutkimustulosten kirjoittamisella niin, ettei haastateltavia voida niiden perusteella tunnistaa. Tutkimuksen jälkeen haastattelut hävitetään asiaan kuuluvalla tavalla.

## LIITE 2



LAUREA-AMMATTIKORKEAKOULU

3

Pyydämme kohteliaimmin lupaa em. tutkimuksen suorittamiseen.

Kiitos tutkimuslupa-anomuksen käsittelystä.  
Yhteistyöterveisin

Hyvinkäällä 7.12.2006

Sairaanhoitajaopiskelijat

Rinna Partanen

Tiina Koponen

Liitteet:  
Tutkimussuunnitelma  
Teemahaastattelurunko

## LIITE 3

HELSINGIN JA UUDENMAAN  
SAIRAANHOITOPUOLIKUNTA  
Hyvinkään sairaanhoitoalue

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Johtava ylihoitaja

§ J 77 Pvm 15.12.2006

<b>Asia</b>	<b>Tutkimusluvan myöntäminen</b>
<b>Päätöksen perustelut</b>	<p>Hyvinkään Laurean sairaanhoitajaopiskelijat Rinna Partanen ja Tiina Koponen anovat tutkimuslupaa opinnäytetyötään "Miksi omahoitajuus kangertelee" varten.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miksi omahoitajuus ei toimi Hyvinkään sairaalan osastolla 3. Tavoitteena on löytää syyt, jotka hidastavat yksilövastaisen hoitotyön etenemistä.</p> <p>Tutkimuksen kohderyhmänä ovat osaston henkilökunta. Tutkimus suoritetaan haastattelututkimuksena.</p> <p>Tutkimuslupahakemus, tutkimussuunnitelma ja haastattelurunko ovat <b>liitteinä</b>.</p>
<b>Päätös</b>	<b>Myönnetään Rinna Partaselle ja Tiina Kuposelle lupa suorittaa tutkimus Hyvinkään sairaanhoitoalueella perusteluissa ja liitteissä kuvatuin ehdoin.</b>
<b>Sovelletut oikeusohjeet</b>	<p>yleiskirje 22/2000 päätöksenteko- ja asiakirjaohje yleiskirje 10/2004 HUS, johtoryhmän kokous 20.11.2002, Tutkimuslupa-anomusmenettely terveystieteellisissä tutkimuksissa ja ammattikorkeakoulujen opinnäytetöissä</p>
<b>Liite</b>	<p>Tutkimuslupahakemus, kyselylomakkeet, saatekirjeet</p>  <p><b>Pirkko Kulmala</b> Johtava ylihoitaja</p>
<b>Tiedoksi</b>	Rinna Partanen, Tiina Koponen, yh Aune Östman



## LIITE 4

## TEEMAHAASTATTELURUNKO

1. Haastateltavan taustatiedot
  - ammatti ja työyksikkö?
  - sukupuoli, ikä, työkokemus?
  - varsinainen toimenhaltija, toimensijainen?
  
2. Hoitosuhde
  - kerro esimerkki jostain hyvin toimineesta hoitosuhteesta? (Jokin viimeaikainen, sinulle tapahtunut)
  - milloin hoitosuhde on mielestäsi onnistunut?
  - milloin hoitosuhde ei ole onnistunut?
  - mitä mielestäsi pitäisi kehittää, jotta hoitosuhde olisi mahdollisimman onnistunut?
  - miten itse voit vaikuttaa hoitosuhteen kehittämiseen?
  
3. Omahoitajajärjestelmä
  - mitä mieltä olet omahoitajajärjestelmästä?
  - minkälaiseksi näet oman roolisi asian edistämisen / estämisen suhteen?
  - miksi sitä ei ole otettu käyttöön?
  
4. Mainitse lopuksi tärkeysjärjestyksessä enintään viisi seikkaa, joita pidät omahoitajajärjestelmän
  - epäkohtina
  - hyvinä puolina