

Potilaslähtöisyys HUS-alueen teho-osastoilla hoitohenkilökunnan arvioimana

Hoitotyön koulutusohjelma,
sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
21.4.2009

Tia Lahtinen
Annukka Lankinen

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Sairaanhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Tia Lahtinen ja Annukka Lankinen			
Työn nimi			
Potilaslähtöisyys HUS-alueen teho-osastoilla hoitohenkilökunnan arvioimana			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2009	31 + 2 liitettä	
TIIVISTELMÄ			
<p>Potilaslähtöisyyden tutkiminen on tärkeää, sillä sen on todettu vaikuttavan terveystalouden laatuun, potilaiden hoitoon sitoutumiseen sekä potilastyytyväisyyteen. Tutkimuksissa on havaittu, että potilaslähtöisyys ei kuitenkaan toteudu aina ongelmitta, varsinkaan tehohoidossa.</p> <p>Opinnäytetyömme kuuluu Tarton yliopiston projektiin Patient-/Client-Centredness in Adult Intensive Care. Tämä projekti on osa suurempaa monivuotista hanketta Patient-/client-centredness in adult intensive care, elderly care and health care education. Tämän hankkeen tarkoituksena on kehittää toimintamalleja potilaslähtöisyyden vahvistamiseksi ja tukemiseksi työelämän ja koulutusjärjestelmän yhteistyössä.</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tarkastella teho-osastojen hoitohenkilökunnan näkökulmasta potilaslähtöisyyden toteutumista sekä oleellisuutta potilaille ja heidän läheisilleen. Keräsimme kvantitatiivisen tutkimusaineiston yhdeksän HUS-alueen (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri) aikuisten teho-osaston hoitohenkilökunnalta ja analysoimme sen. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka pohjautuu tätä projektia varten kehitettyyn mittariin ”Patient-/Client-Centeredness in Adult Intensive Care - Questionnaire for Personnel (P/CCAIC-QPE)”.</p> <p>Kokonaisuudessaan vastaajat arvioivat potilaslähtöisyyden toteutuvan hyvin teho-osastoilla. Vastauksista ilmeni, että hoitajien mielestä potilaat ja heidän läheisensä pitävät potilaslähtöisyyttä kuitenkin vielä oleellisempänä asiana tehohoidossa kuin sen käytännössä on katsottu toteutuvan. Tuloksista voidaan siis päätellä, että potilaslähtöisyyden toteuttamisessa tehohoidossa on vielä parannettavaa ja siihen tulisi jatkossa kiinnittää entistä enemmän huomiota.</p>			
Avainsanat			
potilaslähtöisyys, asiakaslähtöisyys, tehohoito			

Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Tia Lahtinen and Annukka Lankinen			
Title			
Patient-centredness in Intensive Care Units Evaluated by the Nursing Staff of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS)			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Spring 2009	31 + 2 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>Research of patient-centredness is important because it has been found to affect the quality of health care services, the commitment of the patients to their own treatment and the patient satisfaction. The studies show the patient-centredness not being always fulfilled without problems, especially not in intensive care.</p> <p>Our final project was made as part of the project “Patient-/Client-Centredness in Adult Intensive Care” coordinated by the University of Tartu, Estonia. The purpose of our final project was to study the realisation of patient-centredness and its relevancy to patients and their relatives from the nursing staff’s point of view. We collected and analysed quantitative research material from the nursing staff of nine adult intensive care units of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS), Finland. The material was collected using a structured questionnaire based on an indicator “Patient-/Client-Centredness in Adult Intensive Care – Questionnaire for the Personnel (P/CCAIC-QPE)”, developed for this project.</p> <p>In general, the patient-centredness was evaluated to be well-realised in the Finnish intensive care units. The results showed that, according to the nurses, the patients and their relatives found the patient-centredness to be even a more relevant issue in intensive care than it was realised in practise. This indicates that there is still a need to improve the realisation of the patient-centredness in intensive care in Finland and that, in future, one should pay even more attention to it.</p>			
Keywords			
patient-centredness, client-centredness, intensive care			

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 POTILASLÄHTÖISYYS TEHOHOIDOSSA	2
2.1 Potilaslähtöisyys	2
2.2 Tehohoito	4
2.3 Potilaslähtöisyys tehohoidossa	4
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	6
4 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT	7
4.1 Tutkittavien valinta	7
4.2 Aineiston keruu ja kyselylomake	8
4.3 Aineiston keruun eettiset näkökohdat	8
4.4 Aineiston analysointi	9
5 TULOKSET	10
5.1 Taustatiedot	10
5.1.1 Hoitohenkilökunnan sosiodemografiset taustatiedot	10
5.1.2 Hoitohenkilökunnan tiedot ja taidot	12
5.1.3 Tehohoidon potilaiden taustatiedot	12
5.1.4 Teho-osastojen resurssit	13
5.2 Tulokset potilaslähtöisyyden toteutumisesta ja oleellisuudesta	14
5.2.1 Potilaan ja hänen läheisensä tiedottaminen ja ohjaaminen teho-osastolla	14
5.2.2 Potilaan hoito teho-osastolla	16
5.2.3 Potilaan tukeminen	17
5.2.4 Henkilökunnan, potilaan ja hänen läheisensä yhteistyö	18
5.2.5 Sosiaalinen ympäristö	19
5.2.6 Fyysinen ympäristö	21
6 POHDINTA	23
6.1 Tutkimuksen luotettavuus	23
6.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	24
6.3 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimushaasteet	27
LÄHTEET	29
LIITTEET 1 - 2	

1 JOHDANTO

Potilaslähtöisyys on yksi EU:n määrittelemistä terveydenhuollon toimintaperiaatteista (Euroopan unionin neuvosto 2006). Potilaslähtöisyyden tutkiminen on tärkeää, sillä sen on todettu vaikuttavan terveystalouden laatuun, potilaiden hoitoon sitoutumiseen sekä potilastyytyväisyyteen. Tutkimuksissa on havaittu, että se ei toteudu aina ongelmitta. Potilaslähtöisen hoidon on todettu myös lisäävän potilaiden ja omaisten hyvinvointia (University of Tartu 2007: 6). Potilaslähtöisyyden on kuitenkin todettu olevan erityisen haastavaa juuri teho-osastoilla, sillä potilaan kanssa kommunikointi voi olla vaikeaa tai se puuttuu hoitosuhteesta kokonaan.

Potilaslähtöisyys on yksi aikamme terveydenhuollollisista haasteista. Tämän vuoksi on tärkeää tuottaa tutkimustietoa siitä, kuinka voisimme vastata mahdollisimman hyvin potilaslähtöisen toiminnan haasteisiin paremmin tulevaisuudessa. Projektin tavoitteena onkin tuottaa uutta tutkimustietoa alueesta, jonka tutkimustieto on tällä hetkellä vajavaista.

Opinnäytetyömme on osa Tarton yliopiston projektia Patient-/client-centredness in adult intensive care. Koko tutkimuksen tavoitteena on saada tutkimustietoa siitä, kuinka potilaslähtöisyys toteutuu ja kuinka oleellista se on tehohoidossa. Tämä projekti on yksi osa suurempaa monivuotista hanketta Patient-/client-centredness in adult intensive care, elderly care and health care education. Hanke on suunnattu hoitotyön koulutukseen, tehohoitoon Suomessa ja Virossa sekä iäkkäiden hoitotyöhön Suomessa, Virossa ja Liettuassa. Tämän hankkeen tarkoituksena on kehittää toimintamalleja potilaslähtöisyyden vahvistamiseksi ja tukemiseksi työelämän ja koulutusjärjestelmän yhteistyössä.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tarkastella teho-osastojen hoitohenkilökunnan näkökulmasta potilaslähtöisyyden toteutumista sekä sen merkityksellisyyttä potilaille ja heidän läheisilleen. Työmme tavoitteena oli kerätä kattava kvantitatiivinen tutkimusaineisto HUS-alueen teho-osastojen hoitohenkilökunnalta tutkimuseettisiä periaatteita noudattaen. Tavoitteenamme oli myös tuottaa selkeä ja johdonmukainen analyysi keräämästämme aineistosta. Aineistoa tullaan käyttämään potilaslähtöistä

osaamista tukevan toimintamallin kehittämiseen. Mallin tavoitteena on vahvistaa hoitotyön koulutuksessa potilaslähtöistä osaamista (University of Tartu 2007: 6).

2 POTILASLÄHTÖISYYS TEHOHOIDOSSA

Seuraavassa avaamme työmme keskeisiä käsitteitä, joita ovat potilaslähtöisyys, tehohoito sekä työmme kannalta kaikkein tärkein käsite eli potilaslähtöisyys tehohoidossa.

2.1 Potilaslähtöisyys

Vuonna 1992 tuli voimaan laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Laissa määrätään, että potilasta on kohdeltava niin, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan, eikä hänen ihmisarvoaan loukata. Myös potilaan yksilölliset tarpeet, äidinkieli ja kulttuuri on otettava huomioon hoidossa ja kohtelussa mahdollisuuksien mukaan. Lisäksi laissa mainitaan, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, § 3, § 6.) Potilaslähtöisyyden asema onkin vahvistunut lakien asettamisen ja keskustelun myötä.

Potilaslähtöisyys on tärkeä osa korkealaatuista hoitoa. Hoitotyössä sillä tarkoitetaan tavoitetta, joka pyrkii tuottamaan hoitopalveluja asiakkaan odotusten ja tarpeiden mukaan. Perustana hoitopalvelujen tuottamisessa käytetään asiakkaalta saatua tietoa, tarpeita ja odotuksia. Potilaslähtöisyyden velvoitteena on yhteisön yksilölle määräämät oikeudet. (Kujala 2003: 73.) Potilaslähtöisyyttä, ja sen eettisyyttä, voidaan arvioida myös moraaliteorioiden avulla. (Duggan – Geller – Cooper – Beach 2006: 275.) Potilaslähtöisyyden voi sanoa perustuvan toisen ihmisen mielipiteiden ja arvojen kunnioittamiselle (McCormack 2003: 181).

Monilla hoitotyön asiantuntijoilla on erilaiset käsitykset siitä, mitä potilaslähtöisyys -termillä tarkoitetaan. 1970-luvulla potilas- ja asiakaslähtöisyyden selitettiin olevan 'potilaan ymmärtämistä yksilönä' tai se esitettiin tapana keskustella, jossa lääkäri käyttää potilaan tietämystä ja kokemusta hyödyksi. Myöhemmin potilaslähtöisyyttä on kuvattu lääkärin yritykseksi astua potilaan maailmaan ja nähdä sairaus potilaan silmin.

(Mead – Bower 2000: 1087.) Monet erilaiset tulkinnat potilaslähtöisyydestä ovat tehneet termistä sekavan ja vaikeasti ymmärrettävän ja se haittaa myös sen toteutumista (Patient-centredness 2003:195). Myös potilailla on erilaisia mielipiteitä ja mielikuvia hoidon potilaslähtöisyydestä. Jokaisella potilaalla on omat odotuksensa hoidolle, eivät kaikki koe olevansa kykeneviä tekemään omaa hoitoaan koskevia päätöksiä. (de Witte – Schoot – Proot 2006: 64.)

Potilaslähtöisyyden toteuttamiseen liittyy usein myös ongelmia. Kun potilas on vaikeasti ja akuutisti sairas voi kommunikointi potilaan kanssa olla hankalaa tai lähes mahdotonta. Vakavassa onnettomuudessa olleen potilaan hoidossa nopeat päätökset ovat ratkaisevia potilaan selviytymisen kannalta, jolloin aikaa potilaan mielipiteen kysymiseen ei välttämättä ole. Tällöin lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan on tehtävä päätökset ilman potilaan osallistumista niihin. Kaikki potilaat eivät myöskään välttämättä halua tietoa sairaudestaan ja eri vaihtoehdoista ja haluavat jättää päätöksenteon ammattilaisten harteille kokonaan. Eri kulttuureilla saattaa myös olla vaikutusta asiakaslähtöisyyden toteutumiseen, esimerkiksi Afroamerikkalaiset saattavat uskoa, että kuolemasta puhuminen tuo kuoleman lähemmäksi potilasta. (de Haes 2006: 294–295.)

Kaikki potilaat eivät halua osallistua omaan hoitoonsa ja päätöksentekoon. Tätä esiintyy mm. kroonisesti sairailta, sillä he eivät välttämättä pysty ottamaan suurta vastuuta tilanteestaan. (Patient-centredness 2003: 195). Iäkkäät ja matalan koulutustaustan omaavat henkilöt suosivat useammin lääkärikeskeistä hoitoa (de Haes 2006: 293). Tällaisissa tilanteissa yritys järjestää potilaslähtöinen keskustelu, ei ole kuitenkaan turha, sillä jo se, että antaa potilaan päättää kuinka paljon hän osallistuu päätöksentekoon täyttää potilaslähtöisyyden tuntomerkit (Patient-centredness 2003: 195).

Mead ja Bower ovat kehittäneet viisi potilaslähtöisyyttä kuvaavaa ulottuvuutta. Niihin kuuluvat: (1) biopsykososiaalisen näkökulman omaksuminen, hoitohenkilökunnan on kohdattava muutkin kuin potilaan lääketieteelliset ongelmat; (2) potilaan ymmärtäminen yksilönä, ei vain sairaana kehona, sekä ymmärrettävä jokaisen yksilöllinen tapa kokea sairautensa/sairastumisensa; (3) voiman ja vastuun jakaminen hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä; (4) terapeutin suhteen luominen joka on sekä välineenä, että itsessään

arvokas; (5) lääkärin ymmärtäminen ihmisenä, ei vain taitavana teknisenä suorittajana. (Mead – Bower 2000: 1088–1091.)

Potilaslähtöisyydessä hoitotyön keskelle asetetaan ihminen, ei sairaus tai vaiva. Potilas ei ole myöskään pelkkä palvelun tai hoidon vastaanottaja toteutettaessa potilaslähtöistä hoitotyötä. (Slater 2006.)

2.2 Tehohoito

Tehohoidolla tarkoitetaan yksinkertaisimmillaan tilapäistä, äkillistä ja useimmiten useista elintoimintahäiriöistä kärsivien potilaiden hoitoa. Hoidon tavoitteena on hengenvaaran välttäminen. Tavoitteen saavuttamiseksi käytettävät menetelmät vaativat erityisteknologiaa ja suuren henkilöstömäärän. (Varpula ym. 2007: 1272.) Tehohoidon tunnusmerkkinä on myös, että jokaista potilasta kohti on yksi hoitaja, jonka jatkuva läsnäolo ja valvonta ovat välttämättömiä (Blomster - Mäkelä - Ritmala-Castrén - Säämänen - Varjus 2001: 57; Varpula ym. 2007: 1272.). Tehohoitoon liittyy myös oleellisesti arvio siitä, hyötyykö potilas kaikista käytettävissä olevista menetelmistä ja että hoidolla on realistista saavuttaa hyvä elämänlaatu tehohoidon jälkeen (Varpula ym. 2007: 1272).

Tyypillisesti teho-osastoilla hoidetaan äkillisiä hengitys- ja verenkiertovajauksia sekä vaikeita kaasujenvaihtohäiriöitä (Varpula ym. 2007: 1272). Näin ollen teho-osastojen potilaat tarvitsevat useimmiten hengityskonetta jossain hoitonsa vaiheessa. Tehohoito voi myös olla ennalta suunniteltua, jos potilas siirtyy valvontaan teho-osastolle mm. suuren leikkauksen jälkeen. (Blomster ym. 2001: 57–58.)

2.3 Potilaslähtöisyys tehohoidossa

Tutkimusten mukaan missään muualla ei ole niin suurta tarvetta potilaslähtöiselle hoidolle kuin teho-osastolla, koska potilaan ja omaisten osallistuminen voi ratkaisevasti vaikuttaa potilaan hoidon lopputulokseen ja päätöksentekoon (Davidson ym. 2007: 606). Potilaslähtöisyyden toteuttamisen on kuitenkin todettu olevan vaikeaa, miltei jopa mahdotonta, erityisesti tehohoidossa, missä hoidon painopiste on teknologiassa ja ongelmallisessa elämää ylläpitävässä hoidossa (Kelleher 2006: 35-36).

Kelleherin (2006) Iso-Britanniassa tehdyn aiemman tutkimuksen mukaan useimmat teho-osaston hoitajat ajattelivat toteuttavansa potilaslähtöistä hoitoa jokapäiväisessä perushoidossa, sillä hyvän henkilöstötilanteen vuoksi jokaisella potilaalla oli oma hoitaja. Hoitajat eivät kuitenkaan osanneet selittää termiä tarkemmin ja mitä se tarkoittaa käytännössä. Hoitajat painottivat hoidossa potilaan fyysistä hyvinvointia, mutta sujuvan vuorovaikutussuhteen luominen oli usein vaikeaa potilaan huonon yleistilan tai akuutin sairauden vuoksi. (Kelleher 2006: 36–37.) Vuorovaikutussuhteen luominen olisi kuitenkin ensisijaisen tärkeää, sillä potilaslähtöisen hoidon esteenä tehohoidossa on todettu olevan usein kommunikaation puute (Kelleher 2006: 37; Russell 1999: 785). Kommunikaation esteenä voi olla mm. sedatoiva lääkitys, intubaatio, sekavuus tai näiden tekijöiden yhteisvaikutus (Kelleher 2006: 37). Myös potilaan autonomia päätöksenteossa voi olla vaarantunut fysiologisten rajoitteiden vuoksi (Johnson ym. 1998).

Tutkimuksen mukaan suurin osa potilaista ei muista tehohoitojaksosta mitään, kun taas osa potilaista muistaa lähes kaikki tapahtumat selkeästi (Adamson ym. 2004: 259; Russell 1999: 785). Potilaan vähäiset muistikuvat tehohoidosta saattavat näin ollen olla myös hoitohenkilökunnan yleinen olettaus. On tutkittu, että kriittisesti sairaan potilaan psykososiaaliset tarpeet jäävät usein huomioimatta, vaikka hän saisikin kliinisesti hyvää hoitoa (Davidson ym. 2007: 616). Tämä on ongelmallista, koska sekä todelliset että kuvitteelliset muistot tehohoidosta voivat aiheuttaa potilaille psykososiaalisia ongelmia vielä kotiutumisen jälkeenkin (Russell 1999: 790). Tutkimuksessa on todettu, että tehohoidossa olleet potilaat tarvitsisivat enemmän seurantaa niin heti teho-osastolta vuodeosastolle siirryttäessä kuin kotiutuessaankin (Adamson ym. 2004: 262).

Perhelähtöisyyttä voidaan pitää potilaslähtöisyyden yhtenä osa-alueena, missä hoito yksinkertaisesti laajennetaan koskemaan myös potilaille tärkeitä ihmisiä. Perhelähtöinen hoito on tärkeässä roolissa teho-osastoilla erityisesti potilaan tilan ollessa huono. (Henneman - Cardin 2002: 13.)

Koska tehohoidossa potilaat ovat usein kykenemättömiä osallistumaan päätöksentekoon tai kommunikoidaan hoitohenkilökunnan kanssa, vastuu siirtyy omaisille tai muille läheisille. Näin ollen omaisten ja läheisten tulisi aktiivisesti osallistua moniammatillisen työryhmän kanssa potilaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Potilaan läheisillä henkilöillä on usein selkeä näkemys potilaan omista mieltymyksistä ja he voivat tehdä

tärkeitä huomioita hoitoa suunniteltaessa. (Davidson ym. 2007: 606.) Perhekeskeinen hoito ei kuitenkaan tarkoita sitä, että potilas menettäisi oikeutensa yksityisyyteen ja häneltä tulisi aina kysyä missä määrin hän haluaa perheenjäsenten osallistuvan hoitoonsa. Perheenjäsenten ja hoitohenkilökunnan tulisi kuitenkin muistaa, että perhekeskeisessäkin hoidossa potilaan tarpeet ovat aina etusijalla. Ohjaus on tärkeässä roolissa perheen selviytymisen kannalta. (Henneman - Cardin 2002: 13.)

Tehohoidossa perheenjäsenet kaipaavat tietoa siitä, että heidän läheisensä saa parasta mahdollista hoitoa ja hänen vointinsa kohentamiseksi tehdään kaikki tehtävissä oleva. Yleensä omaisten tarpeet kiteytyvät tiedonsaannin, vakuuttelun ja tukemisen sekä potilaan lähellä olemisen riittävyteen. (Henneman 2002: 14.) Vakavasti sairaiden potilaiden perheenjäsenillä on yleensä kuitenkin alhaisemmat odotukset hoidon tuloksista teho-osastoilla. Puolestaan henkilökunta pyrkii vastaamaan näiden läheisten odotuksiin ja tarpeisiin entistä valppaammin. Potilaan vakava tila lisäsi perheenjäsenien tyytyväisyyttä hoitoon. (Johnson ym. 1998.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, miten potilaslähtöisyys toteutuu ja miten oleellista se on potilaille ja omaisille hoitohenkilökunnan mielestä. Työmme tavoitteena oli kerätä kattava kvantitatiivinen tutkimusaineisto HUS-alueen teho-osastojen hoitohenkilökunnalta tutkimuseettisiä periaatteita noudattaen. Tavoitteenamme oli myös tuottaa selkeä ja johdonmukainen analyysi keräämästämme aineistosta. Opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiksi muodostuivat:

1. Miten potilaslähtöisyys hoitohenkilökunnan mielestä toteutuu teho-osastoilla?
2. Miten oleellisena hoitohenkilökunta pitää potilaslähtöisyyttä potilaille ja heidän läheisilleen?

Opinnäytetyössämme on tarkasteltu potilaslähtöisyyden toteutumista seuraavilla osa-alueilla: potilaan ja hänen läheisensä tiedottaminen ja ohjaaminen, potilaan hoito,

potilaan tukeminen, henkilökunnan, potilaan ja hänen läheisensä yhteistyö, sosiaalinen ja fyysinen ympäristö.

4 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT

4.1 Tutkittavien valinta

Opinnäytetyömme tutkimusaineisto kerättiin yhdeksän HUS-alueen aikuisten teho-osaston hoitohenkilökunnalta. Tutkittavien valintakriteerinä oli, että vastaajan on työskenneltävä joko sairaanhoitajana, perus- tai lähihoitajana teho-osastolla. Vastaaajaksi hyväksyttiin sekä vakituudessa toimessa työskentelevä hoitohenkilökunnan jäsen tai vakituinen sijainen. Osa-aikatyön tekeminen ei ollut myöskään este tutkimukseen osallistumiselle. Tutkittavat henkilöt saivat kyselyn omalta osastoltaan ja vastasivat kyselyyn osastolla työaikanaan.

Kyselyyn osallistuneilla teho-osastoilla työskenteli yhteensä 392 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa työntekijää. Vastattuja kyselylomakkeita palautui yhteensä 163 kappaletta, joista lopulta jouduttiin hylkäämään kaksi. Toinen hylätyistä lomakkeista oli jäänyt lähes kokonaan tyhjäksi ja toinen palautui täyttämättömänä. Koko tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui näin ollen 41,1 %. Vastausprosentti vaihtelivat runsaasti eri osastojen välillä (Taulukko 1).

TAULUKKO 1. Vastattujen lomakkeiden määrät ja vastausprosentit osastokohtaisesti.

OSASTO	FREKVENSSSI	PROSENTTIA
Teho-osasto 1	14	53,8 %
Teho-osasto 2	20	66,6 %
Teho-osasto 3	11	34,4 %
Teho-osasto 4	25	50,0 %
Teho-osasto 5	21	42,0 %
Teho-osasto 6	9	13,4 %
Teho-osasto 7	15	60,0 %
Teho-osasto 8	32	42,7 %
Teho-osasto 9	16	43,2 %

4.2 Aineiston keruu ja kyselylomake

Valmiit kyselomakkeet vastauskuorineen toimitettiin meille Virosta postin välityksellä ja me jaoinne ne etukäteen sovituille teho-osastoille sekä samalla tiedotimme osastoa tutkimuksesta ja sen etenemisestä. Vastaajilla oli kolme viikkoa aikaa vastata kyselyyn. Noudimme lomakkeet kahdessa erässä, ensimmäisen kerran vastausajan puolivälissä ja toisen kerran vastausajan päätyttyä. Tämän jälkeen postitimme lomakkeet Viroon projektin käyttöön.

Tutkimuksen aineisto on kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella. Lomakkeessa käytetty mittari ”Patient-/client-centeredness in adult intensive care - questionnaire for personnel (P/CCAIC-QPE)” on kehitetty tätä projektia varten Tarton yliopistossa. Koska mittarilla tullaan tekemään vielä jatkotutkimusta, sitä ei voida vielä julkaista työssämme.

Kyselylomake sisälsi kolme avointa ja 186 monivalintakysymystä. Näistä 123 olivat kaksiosaisia kysymyksiä, jotka tarkastelivat samaa väittämää kahdesta eri näkökulmasta. Kaiken kaikkiaan haastateltavat vastasivat 309 väittämään ja kysymykseen. Osaston taustatietoja käsitteleviä väittämiä oli yhdeksän, palveluun liittyviä 84, palvelun tarjoajaan liittyviä 24, organisaatiota koskevia 31 sekä vastaajan taustatietoja käsitteleviä 38. Opinnäytetyömme oli rajattu käsittämään 74 kysymystä ja väittämää, joista 50 oli tarkasteltu kahdesta eri näkökulmasta.

Väittämissä oli käytetty Likertin 5-portaista asteikkoa (Vilka 2007: 46–47). Toteutumista kuvaavissa väittämissä arvo 5 tarkoitti vastaajan olevan ”täysin samaa mieltä” ja arvo 1 ”täysin eri mieltä”. Vastaajien arvioidessa väittämän oleellisuutta potilaalle ja hänen läheiselleen arvo 5 tarkoitti vastaajan pitävän sitä ”erittäin oleellisena” ja arvo 1 ”täysin epäoleellisena”. Kummassakin osa-alueessa arvo 0 tarkoitti ”en osaa sanoa”.

4.3 Aineiston keruun eettiset näkökohdat

Tutkimuksen onnistumisen ja luotettavuuden kannalta ovat eettiset näkökohdat tärkeä huomioida. Esimerkiksi jos vastaajalla on epäily, että hänen henkilöllisyytensä tulee

ilmi jossakin tutkimuksen vaiheessa, saattaa tämä vaikuttaa hänen vastauksiinsa. Yksi tärkeimmistä tutkimuseettisistä periaatteista on se, ettei tutkimus vahingoita vastaajaa fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti (Vehviläinen-Julkunen 1998: 27).

Tarton yliopistosta projektin puolesta laadittiin tutkimuslupahakemus tutkimukselle ”Patient- / client-centeredness in adult intensive care”. Tutkimukselle myönnettiin tutkimuslupa ajalle 20.1. – 31.5.2009, joka mahdollisti tutkimusaineiston keruun HUS-alueen teho-osastojen hoitohenkilökunnalta. Luvan myönsi HUS:n operatiivinen tulosityksikkö (LIITE 1).

Tutkimuksen eettisyydestä huolehtimiseen kuuluu olennaisesti se, että vastaaja tietää mihin ja minkälaiseen tutkimukseen hän on osallistumassa. Tämän vuoksi on tärkeää, että lomakkeen saatekirje on laadittu hyvin ja vastaaja on saanut tarpeeksi informaatiota. Saatekirje laadittiin projektin puolesta kyselylomakkeen liitteeksi ja me annoimme tietoa tutkimuksesta vieraillessamme osastoilla. Teho-osastojen henkilökuntaa informoitiin myös vastaamisen vapaaehtoisuudesta ja siitä, että vastaamisen voi keskeyttää koska tahansa. (Vehviläinen-Julkunen 1998: 27.)

Vastaajat palauttivat lomakkeensa suljetussa kirjekuoressa osastonhoitajalle tai erikseen sovittuun paikkaan, mihin ei ollut ulkopuolisilla pääsyä. Sovittuna ajankohtana me noudimme kuoret osastoilta.

4.4 Aineiston analysointi

Kaikki saadut vastaukset syötettiin SPSS -analyysiohjelmalla havaintomatriisiin projektin puolesta Virossa ja me analysoimme saadun aineiston. SPSS -ohjelmalla selvitimme luokitteluasteikollisista muuttujista frekvenssit sekä prosentuaaliset osuudet, suhdeasteikollisista muuttujista aritmeettiset keskiarvot, keskihajonnat sekä minimi ja maksimit. Järjestysasteikollisista muuttujista olemme laskeneet aritmeettiset keskiarvot, keskihajonnat sekä muutaman väittämän kohdalla mediaanit informatiivisuuden lisäämiseksi.

Laskimme myös kyselylomakkeen kaikkien eri osa-alueiden (esim. ”Potilaan hoito”, ”Henkilökunnan, potilaan ja hänen läheisensä yhteistyö”) keskiarvot. Saamiemme

keskiarvojen perusteella saimme muodostettua kaikille osa-alueille omat yleisarvosanat, jotka havainnollistavat niiden eroja.

Opinnäytetyössämme olemme kuvanneet väittämät eri näkökulmista rinnakkain, sillä koimme sen informatiivisimmaksi raportointitavaksi. Näin lukija pystyy vertaamaan helposti potilaslähtöisyyden toteutumista ja vastaajien arviointia sen oleellisuudesta potilaille ja heidän läheisilleen. Tuloksia esitellessämme olemme noudattaneet samaa runkoa kuin kyselylomakkeessa.

5 TULOKSET

Tulokset olemme esittäneet kuvaamalla ensin taustamuuttujat. Tämän jälkeen olemme kuvanneet tutkimuskysymysten mukaisesti potilaslähtöisyyden toteutumista ja oleellisuutta rinnakkain. Tulokset olemme esittäneet pääosin mittarin rungon mukaisesti.

5.1 Taustatiedot

5.1.1 Hoitohenkilökunnan sosiodemografiset taustatiedot

Vastaajista 88,8 % oli naisia (n = 142) ja miehiä 11,2 % (n = 18). Nuorin vastaajista oli 23-vuotias ja vanhin 59-vuotias, vastaajien keski-ikäsi muodostui 37,24 vuotta keskihajonnan ollessa 9,15. Lähes kaikki vastaajat olivat Suomen kansalaisia ja 64,8 % oli avio- tai avoliitossa. 62,2 % vastaajista tunnusti jotakin uskoa ja 13,4 % ei halunnut kertoa uskonnollista vakaumustaan.

Suurimalla osalla vastaajista oli joko alempi ammattikorkeakoulututkinto tai opistoasteinen terveydenhuollon tutkinto (Taulukko 2). Vastaajista 158 (98,1 %) työskenteli sairaanhoitajana ja 3 (1,9 %) lähihoitajana, mikä saattaa selittyä sillä, että Suomessa teho-osastoilla hoitohenkilökunnasta valtaosa koostuu sairaanhoitajista. Keskimäärin vastaajat olivat työskennelleet terveydenhuoltoalalla 13,3 vuotta, josta tehohoidossa 9,5 vuotta. Lyhimmillään vastaajien työkokemus terveydenhuoltoalalla oli

0,5 vuotta ja pisimmillään 36 vuotta, keskihajonta oli 9,0. Puolestaan työkokemus tehohoidossa vaihteli 0,1 ja 35 vuoden välillä sekä vastausten keskihajonta oli 8,2.

TAULUKKO 2. Kyselyyn vastanneiden hoitajien ammattitutkinto.

KOULUTUS	FREKVENSSI	PROSENTTIA
Kouluasteinen terveydenhuollon tutkinto	4	2,5 %
Opistoasteinen terveydenhuollon tutkinto	63	39,9 %
Alempi ammattikorkeakoulun tutkinto	69	43,7 %
Ylempi ammattikorkeakoulun tutkinto	14	8,9 %
Alempi tiedekorkeakoulun tutkinto	4	2,5 %
Ylempi tiedekorkeakoulun tutkinto	4	2,5 %

Vastaajista suurin osa oli tyytyväisiä työhönsä: 64,0 % tyytyväisiä ja 14,3 % erittäin tyytyväisiä. Vain 0,6 % vastaajista oli tyytymättömiä, 1,2 % melko tyytymättömiä ja 19,9 % melko tyytyväisiä työhönsä. Suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä elämäänsä, vain 2,5 % oli siihen tyytymättömiä. 47,8 % vastanneista oli tyytymättömiä työstänsä saamaan palkkaan.

64,4 %:lla vastaajista ei ollut henkilökohtaista kokemusta tehohoidosta työn ulkopuolella. Vastaajista 2,5 % oli ollut itse hoidettavana ja 31,9 %:lla oli ollut läheinen tehohoidossa sekä 1,3 %:lla oli kokemusta kummastakin. Kaiken kaikkiaan vastaajista 41:llä oli henkilökohtainen kokemus tehohoidosta ja suurimmaksi osaksi vastaajien kokemukset olivat hyviä (Taulukko 3).

TAULUKKO 3. Kyselyyn vastanneiden hoitajien arvio henkilökohtaisesta kokemuksesta tehohoidossa.

KOKEMUS	FREKVENSSI	PROSENTTIA
Todella epämiellyttävä	1	2,4 %
Melko epämiellyttävä	2	4,9 %
Tyydyttävä	15	36,6 %
Melko miellyttävä	16	39,0 %
Todella miellyttävä	2	4,9 %
En osaa sanoa	5	12,2 %

5.1.2 Hoitohenkilökunnan tiedot ja taidot

Vastaajat antoivat henkilökohtaisen arvion omille tiedoille ja taidoille asteikolla 1-5 (1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä). Kyselyyn vastaajat arvioivat pääsääntöisesti osaamisensa hyväksi: ammatilliset taidot (mediaani 4), vuorovaikutustaidot (mediaani 4), yhteistyötaidot (mediaani 5) ja tiedot tehohoidossa olevien potilaiden läheisten ongelmista ja tarpeista (mediaani 4). Väittämät saivat hyvät keskiarvot ja keskihajonnat olivat pieniä (LIITE 2).

5.1.3 Tehohoidon potilaiden taustatiedot

68,8 % teho-osastojen potilaista tuli hoitoon äkillisen sairastumisen, trauman/vamman tai muun äkillisen syyn vuoksi ja suunniteltuja käyntejä (leikkaus/hoitajakso/tutkimus) oli 30,6 %. Hoitajaksojen keskimääräiset pituudet vaihtelivat kahden ja 60 vuorokauden välillä, keskiarvoksi muodostui 7,73 vuorokautta, (keskihajonta 11,60, mediaani 5).

Vastaajien mielestä potilaiden terveydentila osastolle saapuessa oli pääsääntöisesti vakava. Puolestaan osastolta lähtiessä potilaiden terveydentila arvioitiin yleisimmin tyydyttäväksi. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Kyselyyn vastanneiden hoitajien arvio potilaiden terveydentilasta.

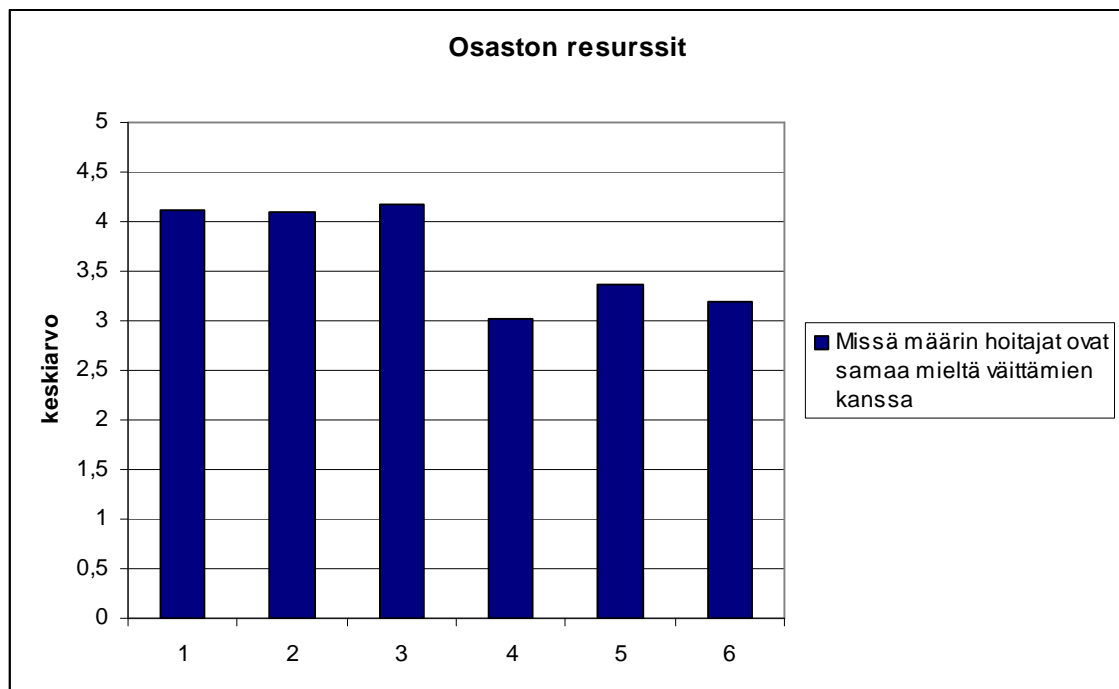
TERVEYDENTILA	OSASTOLLE SAAPUESSA		OSASTOLTA LÄHTIESSÄ	
	FREKVENSSSI	PROSENTTIA	FREKVENSSSI	PROSENTTIA
Erittäin vakava	64	40,0 %	0	0,0 %
Melko vakava	74	46,3 %	2	1,3 %
Tyydyttävä	19	11,9 %	88	55,0 %
Melko hyvä	2	1,3 %	68	42,5 %
Erittäin hyvä	1	0,6 %	2	1,3 %

Hoitajien mielestä potilaiden kyky osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon oli melko huono. 29,4 % vastaajista arvioi, että potilaat eivät ole lainkaan kykeneviä ja 47,5 % melko huonosti kykeneviä tekemään omaa hoitoaan koskevia päätöksiä. Toisaalta vastanneiden mielestä potilaille annetaan melko vähäinen tai keskimääräinen mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa (LIITE 2).

5.1.4 Teho-osastojen resurssit

Hoitajien mielestä teho-osastojen varustetaso on hyvä: Heillä on käytössään uudenaikaisia hoitolaitteita ja erilaisia työvälineitä on riittävästi (Kuvio 1, LIITE 2). Keskihajonta näiden väittämien kohdalla oli melko vähäistä vaihteluvälin ollessa 0,79 - 0,85 (LIITE 2).

Teho-osastojen henkilöstöresurssit puolestaan koettiin puutteellisemmiksi. Vastaajat arvioivat lääkäreitä olevan riittävästi, mutta hoitohenkilökuntaa kaivattaisiin enemmän. (Kuvio 1, LIITE 2.) Henkilöstöresursseja koskevien väittämien keskihajonta oli 0,86 - 1,59, joten mielipiteet olivat jakautuneet melko voimakkaasti (LIITE 2).



KUVIO 1. Osaston resurssit hoitajien arvioimina

1. Osaston hoitolaitteet ovat uudenaikaisia
2. Osaston henkilökunnalla on käytettävissä riittävästi erilaisia työvälineitä
3. Osastolla on riittävästi lääkäreitä
4. Osastolla on riittävästi sairaanhoitajia
5. Osastolla on riittävästi lähi-/perushoitajia
6. Sairaalassa on riittävästi eri alojen ammattilaisia (psykologeja, sielunhoitajia, fysioterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä jne.)

5.2 Tulokset potilaslähtöisyyden toteutumisesta ja oleellisuudesta

5.2.1 Potilaan ja hänen läheisensä tiedottaminen ja ohjaaminen teho-osastolla

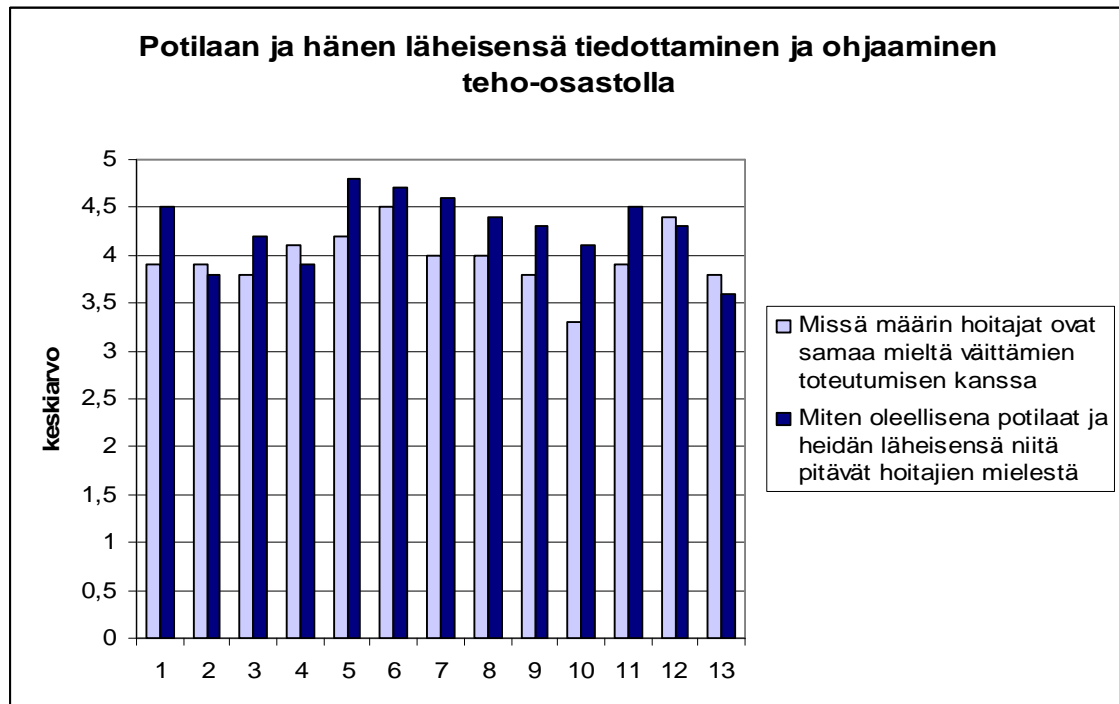
Tutkimuksessa on pyritty selvittämään miten potilaslähtöisesti teho-osastoilla tiedottaminen ja ohjaaminen toteutuvat ja hoitajien arvio siitä, miten oleellisena potilaat ja heidän läheisensä niitä pitävät.

Yleisesti ottaen vastanneiden hoitajien mielestä tiedottaminen ja ohjaaminen toteutuvat tehohoidossa hyvin. Summamuuttujan keskiarvoksi tässä osiossa muodostui 3,99 (Kuvio 2). Vastausten keskihajonta oli melko pieni (vaihteluväli 0,69 - 1,04), joten vaihtelu vastausten välillä oli vähäistä. Muutamien väittämien kohdalla arvot olivat erityisen hyviä. Esimerkiksi hoitajien mielestä potilaiden ja läheisten kaikkiin kysymyksiin vastaaminen ja potilaan perusteellinen ohjaus toteutuvat erinomaisesti. Puolestaan potilaalle ja hänen läheiselleen potilasta koskevien asioiden kertominen, niin ettei sivulliset kuule niitä, toteutui keskinkertaisesti. (Kuvio 2, LIITE 2.)

Hoitajat arvioivat tiedottamisen ja ohjaamisen erittäin tärkeäksi potilaalle ja hänen omaiselleen. Tämän osion vastausten keskiarvoksi muodostui 4,39 ja keskihajonta oli kohtuullinen (vaihteluväli 0,46 - 1,04). Vastaajat arvioivat potilaiden ja heidän läheistensä arvostavan erityisesti sitä, että asiat kerrotaan heille ymmärrettävällä tavalla. Tärkeäksi arvioitiin myös henkilökunnan vastaaminen kaikkiin potilaan ja hänen läheistensä esittämiin kysymyksiin sekä eri ammatti-ihmisten antaman tiedon yhtenevyys. Se, että potilaalle annetaan tietoja hänen läheisensä läsnä ollessa, arvioitiin puolestaan vähemmän merkitykselliseksi. (Kuvio 2, LIITE 2.)

Kaiken kaikkiaan hoitajat arvioivat tiedottamisen ja ohjauksen toteutuvan lähes yhtä hyvin kuin he arvioivat sen olevan tärkeää potilaille ja heidän läheisilleen. Kuitenkin muutaman yksittäisen väittämän kohdalla erot olivat huomattavia: Potilaalle ja hänen läheiselleen potilasta koskevien asioiden kertominen ilman että sivulliset kuulevat toteutuu heikosti, mutta sen arvioidaan olevan tärkeää. Hoitajat arvioivat, että asioiden kertominen ymmärrettävällä tavalla on erittäin tärkeää potilailla ja hänen läheisilleen, mutta he uskovat se toteutuvan hieman heikommin. Hoitajien arvion mukaan potilaan ohjaus eri asioiden tekemisessä sekä perushoitoon liittyvien asioiden kertominen

puolestaan toteutuvat lähes samoin, kuin he ovat sen arvioineet tärkeäksi potilaille ja heidän omaisilleen. (Kuvio 2, LIITE 2.)



KUVIO 2. Hoitajien arvio potilaan ja hänen läheisensä tiedottamisen ja ohjauksen toteutumisesta ja sen tärkeydestä tehohoidossa.

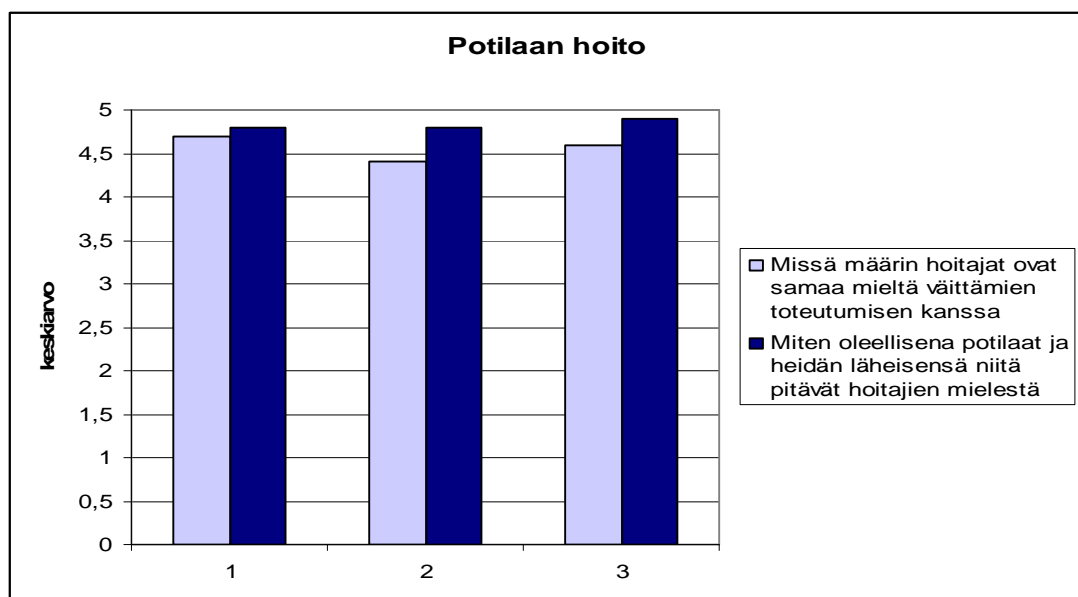
1. Potilaalle ja hänen läheiselleen kerrotaan kaikista potilaaseen liittyvistä asioista ilman, että heidän tarvitsee kysyä
2. Ennen kertomista henkilökunta varmistaa, että potilas ja hänen läheisensä ovat valmiit ottamaan tiedon vastaan
3. Potilaalle kerrotaan kaikista hänen sairauteensa ja lääketieteelliseen hoitoon liittyvistä asioista
4. Potilaalle kerrotaan kaikista hänen perushoitoonsa liittyvistä asioista
5. Potilaalle ja hänen läheiselleen kerrotaan asiat heille ymmärrettävällä tavalla
6. Henkilökunta vastaa kaikkiin potilaan hänen läheisensä kysymyksiin
7. Eri ammatti-ihmisten antama tieto potilaalle ja hänen läheiselleen on yhteneväistä
8. Potilaalle ja hänen läheiselleen annetaan riittävästi tietoja, jotta he pystyisivät tekemään perusteltuja päätöksiä
9. Henkilökunta varmistaa, että potilas ja hänen läheisensä ymmärsivät oikein kaiken, mitä heille kerrottiin
10. Potilaalle ja hänen läheiselleen kerrotaan potilasta koskevat asiat niin, etteivät sivulliset sitä kuule
11. Potilaalle kerrotaan kaikki asiat niin, että hän tietää, mitä ja miksi hänelle tehdään
12. Potilasta ohjataan perusteellisesti siinä, miten eri asioita tehdään
13. Potilaalle annetaan tietoja hänen läheisensä läsnä ollessa

5.2.2 Potilaan hoito teho-osastolla

Yksi tutkimuksen tavoitteista oli selvittää hoitajien arvio hoidon toteutumisesta ja sen tärkeydestä potilaille ja heidän läheisilleen tehohoidossa. Valitsimme tarkempaan tarkasteluun kolme potilaan hoitoa koskevaa osa-aluetta, jotka liittyvät läheisesti toisiinsa.

Pääsääntöisesti potilaan hoito toteutuu hoitajien arvion mukaan erittäin hyvin. Summamuuttujan keskiarvoksi muodostui 4,58. Hoidon koetaan olevan erityisen tärkeää myös potilaalle ja hänen läheiselleen. Tämän osion vastausten keskiarvoksi saatiin 4,89. Näin ollen hoitajat arvioivat hoidon olevan potilaalle ja hänen läheiselleen vielä aavistuksen tärkeämpää kuin se käytännössä toteutuu. (Kuvio 3, LIITE 2.)

Summamuuttujien keskihajonta oli kohtuullinen. Hoidon toteutumista mittaavissa väittämässä keskihajonta vaihteli välillä 0,57 - 0,71 ja hoidon merkityksellisyyttä mittaavissa 0,33 - 0,39 (LIITE 2). Hoitajien arviot olivat siis pääosin samansuuntaisia.



KUVIO 2. Hoitajien arvio hoidon toteutumisesta ja sen tärkeydestä potilaille ja heidän läheisilleen tehohoidossa.

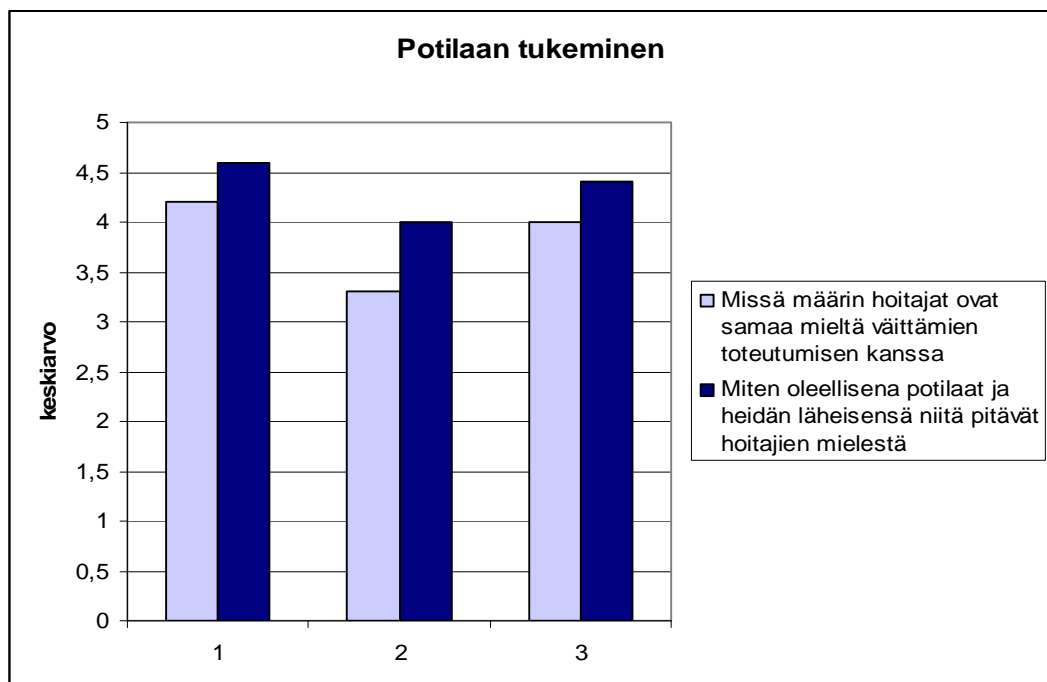
1. Potilaiden terveyden palauttamiseksi tehdään kaikki mahdollinen
2. Potilaiden kärsimysten välttämiseksi tehdään kaikki mahdollinen
3. Potilaiden kivun lievittämiseksi tehdään kaikki mahdollinen

5.2.3 Potilaan tukeminen

Potilaan tukeminen toteutui hoitajien arvion mukaan kokonaisuudessaan melko hyvin. Summamuuttujan keskiarvoksi muodostui 3,90. Hoitajien arvion mukaan tukeminen on potilaille ja heidän läheisilleen oleellista, vastausten summamuuttujan keskiarvoksi saatiin 4,47. Potilaan tukeminen ei täysin saavuta sitä tasoa, mitä potilaat ja heidän läheisensä odottavat hoitajien oman arvion mukaan. (Kuvio 4, LIITE 2.)

Potilaiden rohkaiseminen puhumaan sairauteensa liittyvistä tunteista toteutuu huomattavasti heikommin kuin muut analysoimamme tukemisen osa-alueet. Hoitajat kuitenkin arvioivat sen olevan melko tärkeää potilaiden ja heidän läheistensä mielestä. (Kuvio 4, LIITE 2.) Tämän osion keskihajonta oli huomattavasti suurempi kuin muiden osa-alueiden (LIITE 2).

Potilaan tukemisen toteutumista kuvaavien väittämien keskihajonta vaihteli välillä 0,69 - 0,93 joten vaihtelu oli melko vähäistä. Selkeästi suurempaa hajontaa ilmeni potilaan tukemisen merkityksellisyyttä kuvaavien väittämien kohdalla, joissa keskihajonta vaihteli välillä 0,62 - 0,74. (LIITE2.)



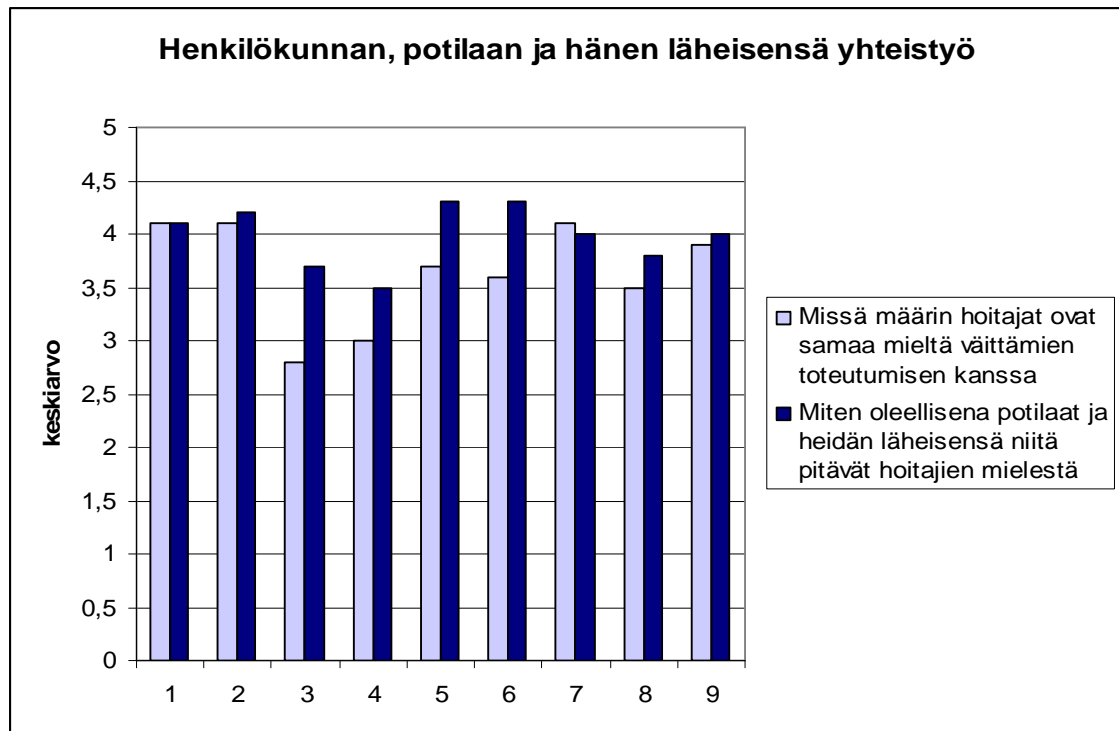
KUVIO 4. Hoitajien arvio potilaiden tukemisen toteutumisesta ja sen tärkeydestä potilaille ja heidän läheisilleen tehohoidossa.

1. Henkilökunta ottaa huomioon potilaiden tarpeet
2. Henkilökunta rohkaisee potilaita puhumaan sairauteen liittyvistä tunteista
3. Henkilökunta auttaa potilaita ylläpitämään toivoa

5.2.4 Henkilökunnan, potilaan ja hänen läheisensä yhteistyö

Henkilökunnan, potilaan ja hänen läheisensä yhteistyö toteutuu tehohoidossa hoitajien arvion mukaan kohtalaisesti. Keskiarvoksi tämän osa-alueen vastauksista muodostui 3,67 (Kuvio 5). Keskihajonta vaihteli välillä 0,71 - 1,34, joten vastaajien arvioissa oli selkeää vaihtelua (LIITE 2). Vaikka suurin osa väittämistä toteutuu hoitajien mielestä melko hyvin, niin poikkeuksiakin löytyi. Potilaan mahdollisuus osallistua häntä koskeviin neuvotteluihin ja tutustua omiin potilasasiakirjoihin arvioitiin toteutuvan melko heikosti. Nämä väittämät koettiin myös vähemmän merkityksellisiksi potilaille ja heidän läheisilleen. (Kuvio 5, LIITE 2.)

Yhteistyön merkityksellisyys potilaille ja heidän läheisilleen arvioitiin melko tärkeäksi vastausten keskiarvon ollen 4,17 (Kuvio 5, LIITE 2). Keskihajonta vaihteli välillä 0,66 - 1,12, mikä kertoo hoitajien arvioiden vaihdelleen kohtalaisesti. Vastauksissa korkeimmat arvosanat saivat väittämät, jotka käsittelivät potilaan mielipiteiden ja toiveiden sekä oman tahdon merkityksellisyyttä. (Kuvio 5, LIITE 2.)



KUVIO 5. Hoitajien arvio henkilökunnan, potilaan ja hänen läheisensä yhteistyön toteutumisesta ja sen tärkeydestä tehohoidossa.

1. Henkilökunta rohkaisee potilasta ja läheistään esittämään kysymyksiä
2. Henkilökunta rohkaisee potilasta ja läheistään pyytämään neuvoa ja apua
3. Potilaalle annetaan mahdollisuus osallistua neuvotteluihin, joissa päätetään hänen hoidostaan
4. Potilaalle annetaan mahdollisuus tutustua häntä koskeviin potilasasiakirjoihin
5. Henkilökunta ottaa huomioon potilaan mielipiteet ja toiveet, jotka liittyvät hänen saamaansa hoitoon
6. Silloin, kun potilas kykenee ilmaisemaan tahtonsa, hänen tahtonsa ohjaa hänen hoitoaan koskevia päätöksiä
7. Potilaan annetaan aina itse tehdä kaikki ne toiminnot, jotka hän pystyy itse tekemään
8. Potilaalta kysytään, keiden läheisistään ja miten hän haluaa osallistuvan hoitoonsa
9. Potilaalta kysytään keitä läheisistään hän haluaa tavata ja kuinka usein

5.2.5 Sosiaalinen ympäristö

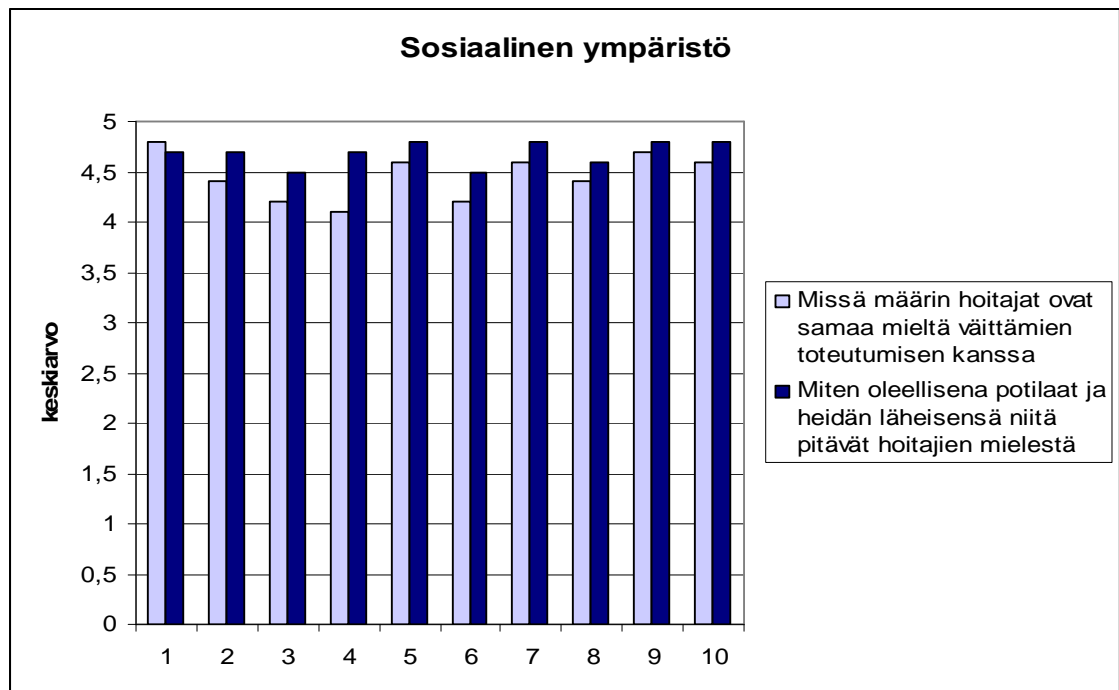
Potilaslähtöisyyden toteutumiseen vaikuttaa myös potilaan sosiaalinen ympäristö. Väittämissä hoitajat ovat arvioineet sosiaalisen ympäristön tekijöitä ja niiden merkitystä

potilaille ja heidän läheisilleen. Väittämät käsittelevät potilaiden, heidän läheistensä ja hoitajien välistä vuorovaikutussuhdetta.

Hoitajien mielestä vuorovaikutus toteutuu tehohoidossa erittäin hyvin. Summamuuttujan keskiarvoksi muodostui 4,45 (Kuvio 6, LIITE 2). Hoitajien arviot olivat melko yhteneviä: Vastausten keskihajonnat vaihtelivat välillä 0,43 - 0,75. Hoitajat esittelevät itsensä potilaille ja heidän läheisilleen lähes poikkeuksetta sekä he pyrkivät olemaan luotettavia ja rehellisiä. Hoitajat arvioivat, että henkilökunnalla ei aina ole aikaa juuri silloin kuin potilaat ja hänen läheisensä sitä tarvitsevat. (Kuvio 6, LIITE 2.)

Sosiaalisen ympäristön eri tekijät arvioitiin olevan oleellisia potilaille ja heidän läheisilleen. Summamuuttujan keskiarvoksi saatiin 4,74 eikä yhdenkään väittämän keskiarvo ollut alle 4,5. Erityisen tärkeäksi hoitajat arvioivat kuuntelemisen potilaille ja heidän omaisilleen. Myös hoitajien kohteliaisuuden, luotettavuuden sekä rehellisyyden arvioitiin olevan hyvin merkityksellistä. (Kuvio 6, LIITE 2.) Keskihajonnat vastauksissa vaihtelivat välillä 0,40 - 0,65, joten hoitajat olivat kohtalaisen yksimielisiä (LIITE 2).

Hoitajien arvioiden mukaan sosiaalisen ympäristön eri tekijät toteutuvat pääsääntöisesti lähes yhtä hyvin kuin se on tärkeää potilaille ja heidän läheisilleen. Vastausten korkeiden keskiarvojen perusteella sosiaalista ympäristöä voidaan pitää merkittävänä tekijänä potilaslähtöisyyden kannalta.



KUVIO 6. Hoitajien arvio sosiaalisesta ympäristöstä ja sen tärkeydestä potilaille ja heidän läheisilleen.

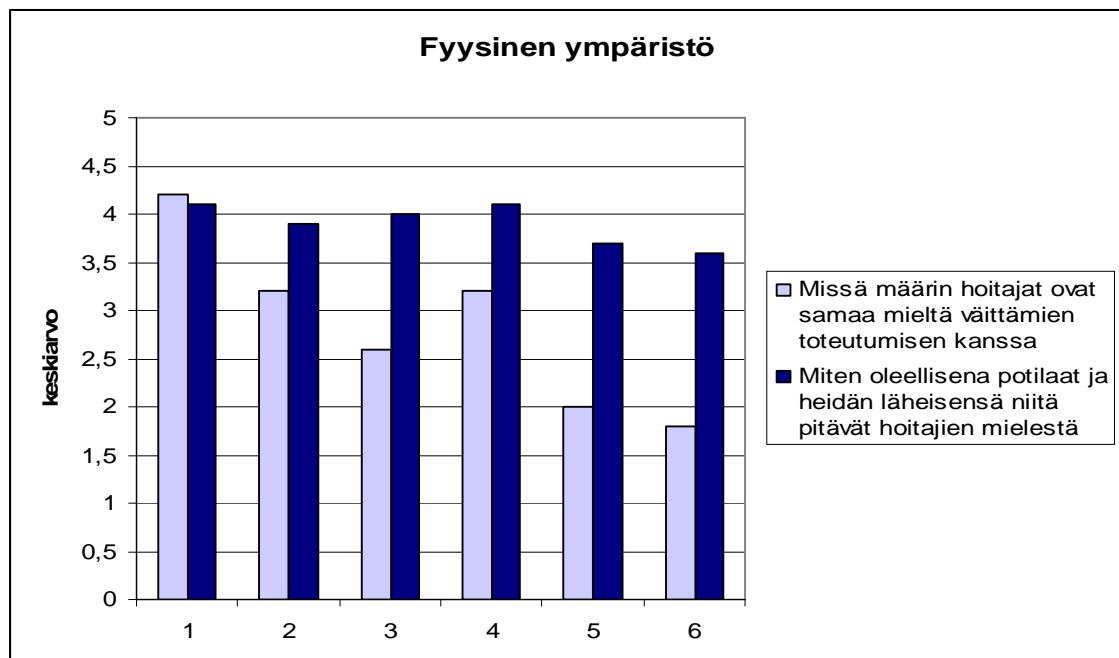
1. Potilasta hoitava henkilökunta esittelee itsensä potilaalle ja hänen läheiselleen
2. Henkilökunta ymmärtää potilaan ja hänen läheisensä tilanteen ja on heille empaattinen
3. Henkilökunta arvostaa potilaan ja hänen läheisensä mielipiteitä, tietoja, taitoja ja kokemuksia
4. Henkilökunnalla on aikaa potilaalle ja hänen läheiselleen silloin, kun he sitä tarvitsevat
5. Henkilökunta kuuntelee potilasta ja hänen läheistensä
6. Henkilökunta varmistaa, että on ymmärtänyt potilasta ja hänen läheistensä oikein
7. Henkilökunta on potilaille ja heidän läheisilleen kohtelias ja ystävällinen
8. Henkilökunta on potilaille ja heidän läheisilleen auttavainen ja palvelualtis
9. Henkilökunta on potilaille ja heidän läheisilleen luotettava
10. Henkilökunta on potilaille ja heidän läheisilleen rehellinen

5.2.6 Fyysinen ympäristö

Fyysisellä ympäristöllä on myös vaikutus potilaslähtöisyyden toteutumiseen. Väittämissä hoitajat ovat arvioineet fyysisen ympäristön tekijöitä ja niiden oleellisuutta potilaille ja heidän läheisilleen. Fyysisen ympäristön toteutuminen sekä oleellisuus potilaille ja heidän läheisilleen hoitajien arvioimana eivät kohdanneet.

Hoitajien arvioiden mukaan teho-osastoilla olisi paljon parannettavaa fyysisen ympäristön alueella. Vastausten kokonaiskeskiarvoksi muodostui vain 2,82. Hoitajien mielestä potilashuoneet ovat melko rauhattomia eikä niissä ole riittävästi tilaa, jotta omaiset voisivat olla potilaan luona häiritsemättä henkilökunnan työskentelyä. Myös potilaan yksityisyyden takaaminen niin, että potilas ja hänen läheisensä voivat olla keskenään koettiin tehohoidossa hankalaksi. Vastaajat arvioivat puolestaan osaston työilmapiirin miellyttäväksi. (Kuvio 7, LIITE 2.) Vastausten keskihajonnat vaihtelivat välillä 0,78 - 1,17, joten vastauksissa esiintyi kohtuullista poikkeamaa (LIITE 2).

Fyysisen ympäristön tekijät arvioitiin olevan melko oleellisia potilaille ja heidän läheisilleen. Summamuuuttujan keskiarvoksi saatiin 4,14, minkä mukaan fyysinen ympäristö arvioitiin hieman muita osa-alueita vähemmän oleelliseksi. Osaston hyvä ilmapiiri sekä potilaan yksityisyyden takaaminen erottamalla potilaat toisistaan koettiin merkityksellisimmiksi tekijöiksi potilaille ja heidän läheisilleen. (Kuvio 7, LIITE 2.) Tässä osiossa keskihajonnat olivat huomattavasti suurempia kuin muiden osa-alueiden saralla. Keskihajonnat vaihtelivat välillä 0,82–1,09, joten hoitajilla oli kohtalaisen suuria näkemuseroja väittämistä (LIITE 2).



KUVIO 7. Hoitajien arvio fyysisestä ympäristöstä ja sen tärkeydestä potilaille ja heidän läheisilleen.

1. Osastolla on miellyttävä työilmapiiri
2. Osaston / potilashuoneen ympäristö on miellyttävä ja turvallinen

3. Osastolla / potilashuoneessa on rauhallista, niin että potilaat voivat levätä
4. Potilashuoneessa on taattu potilaiden yksityisyys erottamalla potilaat toisistaan
5. Potilashuone on riittävän tilava niin, että potilaan läheiset voivat olla potilaan luona häiritsemättä henkilökunnan työtä
6. Potilashuoneessa on taattu yksityisyys niin, että potilas ja hänen läheisensä voivat olla keskenään

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksessa käytetty mittari ”Patient-/client-centeredness in adult intensive care - questionnaire for personnel (P/CCAIC-QPE)” oli testattu Virossa ja asiantuntijaryhmä oli arvioinut sen ja siitä oli tehty faktorianalyysi. Mittarilla on myös kerätty vastaava aineisto Virosta ja siinä se osoittautui toimivaksi. Mittarin suomennoksen arvioi erään HUS-alueen teho-osaston viisi hoitajaa, minkä jälkeen tehtiin pieniä kielellisiä korjauksia.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme noudattaneet hyviä tutkimuseettisiä periaatteita, mikä osaltaan on vaikuttanut tutkimuksen luotettavuuteen. (Katso 4.3.)

Koko tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 41,1 %, mikä ei ole täysin tyydyttävä määrä tulosten yleistettävyyden kannalta. Vastattuja kyselylomakkeita palautui kuitenkin määrällisesti paljon (n=161), vaikka vastausprosentti jäikin melko pieneksi. Näin ollen tutkimuksessa on kuitenkin ollut paljon analysoitavaa aineistoa.

Tutkimuksen ulkopuolella saimme suullista palautetta siitä, että lomakkeen täyttäminen oli hieman liian aikaa vievää, mikä saattaa selittää pienen vastausprosentin. Hektisessä työympäristössä voi olla vaikeaa löytää aikaa vastata kyselyyn. Tutkimuksen pituus on saattanut vaikuttaa myös tutkimuksen luotettavuuteen. Vastaajat ovat mahdollisesti joutuneet vastaamaan kyselyyn kiireessä, jolloin he eivät välttämättä ole ehtineet pohtia jokaista väittämää ajatuksella. Pitkään kyselyyn vastatessa on keskittymiskyky saattanut herpaantua ja vastaaminen on voinut syystä tai toisesta keskeytyä. Tutkimusaineiston keruu ajoittui talvilomakaudelle, jolloin kysely ei ole välttämättä tavoittanut kaikkia

työntekijöitä. Vastaajilla oli ainoastaan kolme viikkoa aikaa vastata tutkimukseen, mikä on suhteellisen lyhyt aika näin vaativalle tutkimukselle.

6.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän työn tarkoituksena oli tarkastella sitä, miten potilaslähtöisyys toteutuu tehohoidossa sekä kuinka oleellisena potilaat ja heidän läheisensä potilaslähtöisyyttä pitävät hoitohenkilökunnan mielestä. Kokonaisuudessaan vastaajat arvioivat potilaslähtöisyyden toteutuvan hyvin teho-osastoilla. Tulos on ristiriidassa Iso-Britanniassa tehdyn tutkimuksen tulosten kanssa, jossa potilaslähtöisyyden toteutumisen on todettu olevan vaikeaa erityisesti tehohoidossa. Suomessa ja Iso-Britanniassa vallitsevat kuitenkin samankaltaiset länsimaiset hoitokulttuurit. Tutkimuksessa oli tarkasteltu eräässä merkittävässä opetussairaalassa, miten tehohoitajat ymmärtävät potilaslähtöisyyden. Tulosten eriävyyteen on voinut vaikuttaa siis potilaslähtöisyyden tutkiminen hieman eri näkökulmista. (Kelleher 2006: 35–36.) Potilaslähtöisyyden toteutuminen ei kuitenkaan täysin saavuttanut sitä tasoa, kuinka oleellisena potilaat ja heidän läheisensä sitä pitävät hoitajien mielestä. Tuloksista voidaan siis päätellä, että potilaslähtöisyyden toteuttamisessa tehohoidossa on vielä parannettavaa ja kehitettävää.

Potilaslähtöisyyden toteutumista kuvaavat vastaukset olivat yksimielisiä, mikä näkyy kohtuullisen pienissä keskihajontaluvuissa. Potilaslähtöisyyden oleellisuutta kuvaavissa väittämissä oli enemmän eriävyyttä, mikä näkyi suuremmissa keskihajonnoissa. Tämä saattaa selittyä sillä, että potilaiden ja heidän läheistensä odotuksia mittaavat arviot pohjaavat vastaajan henkilökohtaiseen arvomaailmaan ja näkemykseen. Toteutumista mittaavat arviot puolestaan voivat osittain perustua osaston yhteisille normeille ja hoitokäytännöille.

Jo aiempien tutkimusten mukaan potilaan ja hänen läheisensä tiedottaminen ja ohjaaminen ovat tärkeässä roolissa koko perheen selviytymisen kannalta (Henneman - Cardin 2002: 13). Tämä tuli esille myös saamistamme tuloksista, sillä hoitajat arvioivat potilaiden ja heidän läheistensä pitävän hyvää ohjausta erittäin oleellisena. Toisinaan hyvän ohjauksen toteuttaminen voi olla haasteellista: Hoitajan saattaa olla vaikea samaistua maallikon asemaan, jolla ei kenties ole lainkaan hoitotyön tai lääketieteen tuntemusta. Tämän johdosta asioiden tarpeeksi perusteellinen läpikäyminen voi jäädä

vähemmälle huomiolle. On kuitenkin erittäin tärkeää, että potilas hänen omaisensa ymmärtävät hoitoonsa liittyvät asiat, jotta heillä on paremmat edellytykset osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Tehohoidossa myös osaston tilat voivat asettaa tiettyjä rajoituksia tiedottamisen onnistumiselle vahingoittamatta potilaan yksityisyyttä. Potilashuoneessa on usein myös muita potilaita omaisineen kuuloetäisyydellä ja potilaan vakavan tilan vuoksi siirtyminen rauhalliseen tilaan keskustelun ajaksi voi olla mahdotonta.

Hoitajat arvioivat potilaan hoidon toteutuvan tehohoidossa erittäin hyvin. Tyypillisesti tehohoidon painopiste onkin teknologiassa ja elämää ylläpitävässä hoidossa (Kelleher 2006: 35). Myös hoidon tärkeys potilaille ja heidän läheisilleen arvioitiin korkeaksi. Nämä tulokset eivät toisaalta yllätä, sillä hoitajien pyrkimys potilaan hyvää hoitoon on luonnollista. Ymmärrettävästi myös potilaille ja heidän läheisilleen korkea hoidon taso on ensisijaisen tärkeää. Aiemmat tutkimustulokset tukevat myös nyt saamaamme tietoa: Perheenjäsenet kaipaavat tietoa siitä, että heidän läheisensä saa parasta mahdollista hoitoa ja hänen vointinsa kohentamiseksi tehdään kaikki tehtävissä oleva. (Henneman 2002: 14.)

Potilaan tukeminen on yksi merkittävä tekijä potilaslähtöisessä hoidossa. Tehohoidossa potilaan tukeminen voi kuitenkin olla joskus vaikeaa, mikä tuli esille myös hoitajien vastauksissa. Tehohoidossa olevan potilaan kommunikaatiokyky voi olla heikentynyt lääkityksen, intubaation tai sekavuuden vuoksi (Kelleher 2006: 37). Tämä on saattanut vaikuttaa siihen, että hoitajat arvioivat potilaan rohkaisemisen puhumaan sairauteen liittyvistä tunteistaan toteutuvan keskinkertaisesti. Toisaalta monet ihmiset voivat kokea henkilökohtaisista asioistaan ja tunteistaan puhumisen vaikeaksi muille kuin hyvin läheisille ihmisille. Tehohoitojaksot saattavat olla hyvinkin lyhyitä, jonka aikana ei aina ehdi muodostua luottamuksellista yhteistyösuhdetta potilaan ja hänen läheisensä kanssa eikä tukemista pidetä välttämättä prioriteettina. Pidempien hoitajaksojen myötä myös potilaan tunne-elämä nousee varmasti tärkeämpään rooliin.

Tekemämme opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajien mielestä yhteistyö sujuu tehohoidossa kohtalaisen hyvin, mutta potilaille ja heidän läheisilleen se arvioitiin vielä merkityksellisemmäksi. Johnsonin ym. (1998) tutkimuksen mukaan tehohoitopotilaan vakava terveydentila voi vaarantaa autonomisen päätöksenteon. Myös saamamme aineiston mukaan potilaan autonominen päätöksenteko ei aina toteudu ongelmitta.

Tehohoidossa potilaan hoitoa koskevat päätökset voidaan joutua tekemään erittäinkin kiireellisellä aikataululla, eikä potilas näin ollen pysty välttämättä osallistumaan päätöksentekoon. Potilaalla ei myöskään ole mahdollisesti tarpeeksi tietoa pystyäkseen tekemään omaa hoitoaan koskevia päätöksiä, joten hoitohenkilökunnan olisikin ensiarvoisen tärkeää kertoa eri hoitovaihtoehtoista ymmärrettävällä kielellä.

Kelleher (2006: 37) ja Russel (1999: 785) totesivat tutkimuksissaan, että tehohoidossa kommunikaation puute voi olla esteenä potilaslähtöiselle hoidolle. Tutkimukseen vastanneet hoitajat arvioivat kuitenkin kommunikaation toimivan hyvin heidän sekä potilaiden ja heidän läheistensä välillä. Myös hoitajien käyttäytymistä kuvaavat väittämät saivat hyvät arviot. Käyttäytymistä kuvaavat adjektiivit olivat kaikki positiivisia luonteenpiirteitä ja ominaisuuksia, joita ihmiset yleensä toivovat ja uskovat omaavansa, mikä saattaa selittää korkeat arviot. Toisaalta esimerkiksi rehellisyys on yleisesti suomalaista luonnetta kuvaava piirre, eli sitä voidaan jopa pitää ihmiselle luontaisena ominaisuutena. Nämä tekijät voivat selittää myös sen, miksi hoitajat ovat arvioineet potilaiden ja heidän läheistensä pitävän niitä oleellisina.

Tutkimus kerättiin yhdeksältä HUS-alueen teho-osastolta, missä tilat ja hoitoympäristöt eroavat toisistaan. Tämän vuoksi eriävyydet fyysisistä ympäristöistä kuvaavissa tuloksissa ovat ymmärrettäviä. Potilaiden yksityisyyden takaaminen koettiin haasteelliseksi, mikä saattaa selittyä isoilla potilashuoneilla, missä on useita potilaita ja paljon henkilökuntaa samanaikaisesti. Potilaiden ja omaisten arvioitiin kuitenkin arvostavan yksityisyyttä, joten siihen tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota, esimerkiksi teho-osaston tiloja uudistettaessa.

Hoitajat kokivat osastojen fyysiset resurssit melko hyväksi. Osastoilla on uudenaikaiset hoitolaitteet ja erilaisia työvälineitä on riittävästi. Koska tehohoidon painopiste on teknologiassa ja fyysisessä hoidossa, on myös loogista panostaa hoitovälineisiin (Kelleher 2006: 35). Tutkimukseen osallistuneet osastot kuuluvat samaan sairaanhoitopiiriin, joten niillä on yhdenmukaiset mahdollisuudet hankkia hoitolaitteita ja -välineitä. Vastaajat kokivat, että teho-osastoilla ei ole tarpeeksi hoitohenkilökuntaa eikä hoitotyötä tukevaa ammattikuntaa (esimerkiksi fysioterapeutteja). Myös Sosiaali- ja Terveysministeriön arviointiselvityksessä vuosina 2002–2007 toteutetusta kansallisesta terveyshankkeesta käy ilmi terveydenhoitoalan kasvava työvoimapula (Tuomola – Idänpää-Heikkilä – Lehtonen – Puro 2008: 13).

Lähes kolmasosalla vastaajista oli henkilökohtaisia kokemuksia tehohoidosta. Tällä on saattanut olla vaikutusta vastauksiin. Hoitajat ovat voineet omien kokemuksiansa pohjalta muuttaa omaa ammatillista käyttäytymistään potilaslähtöisemmäksi. Toisaalta arvioidessaan potilaslähtöisyyden oleellisuutta he ovat kenties osanneet asettaa itsensä paremmin potilaan ja hänen läheisensä asemaan verrattuna vastaajaan, jolla ei ole henkilökohtaista kokemusta.

6.3 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimushaasteet

Saamiamme tuloksia tullaan hyödyntämään Patient-/client-centredness in adult intensive care, elderly care and health care education -hankkeessa, jonka tarkoituksena on kehittää potilaslähtöistä osaamista tukevaa toimintamallia. Keräämäämme aineistoa tullaan myös käyttämään väitöskirjatyössä.

Keväällä 2009 tulemme pitämään osastotunteja opinnäytetyömme tuloksista tutkimukseen osallistuneille teho-osastoille. Tuotamme osastoille myös kirjalliset tiivistelmät työmme tuloksista. Osastot saavat työmme myötä itselleen arvokasta tietoa potilaslähtöisestä tehohoidosta omassa sairaanhoitopiirissään.

Vaikka tulosten perusteella potilaslähtöisyys toteutuu tehohoidossa hoitohenkilökunnan mielestä hyvin, on potilaslähtöisessä osaamisessa vielä kehitettävää. Saamissamme tuloksissa tuli ilmi, että teho-osastojen fyysiset tilat voivat olla estävänä tekijänä potilaslähtöisyyden toteutumiseksi. Teho-osastojen tiloja uudistettaessa voitaisiinkin vastaisuudessa kiinnittää enemmän huomiota potilaan yksityisyyden turvaamiseen. Tuloksissa nousi esiin myös se, että potilaille annetaan huonosti mahdollisuuksia vaikuttaa omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tähän epäkohtaan voisi puuttua esimerkiksi koulutusten avulla.

Koska opinnäytetyössämme on tarkasteltu potilaslähtöisyyttä ainoastaan hoitohenkilökunnan näkökulmasta, on jatkossa erittäin tärkeää tuottaa tietoa myös potilaiden ja heidän läheistensä perspektiivistä. Tämä tullaankin toteuttamaan luultavasti lähivuosina projektin puolesta. Opinnäytetyössämme emme ole tehneet aineiston laajempaa analyysia, kuten ristiintaulukointia, tuloksissa ei tule ilmi

esimerkiksi taustatietojen vaikutukset eri muuttujiin. Jotta keräämämme aineisto olisi paremmin hyödynnettävissä, laajempi analyysi tulisi suorittaa.

LÄHTEET

- Adamson, Harriet – Murgo, Margherita – Boyle, Martin – Kerr, Suzie – Crawford, Matthew – Elliott, Doug 2004: Memories of intensive care and experiences of survivors of a critical illness: an interview study. *Intensive and Critical Care Nursing* 20. 257-263.
- Blomster, Marika - Mäkelä, Merja - Ritmala-Castrén, Marita - Säämänen, Jari - Varjus, Sirkka-Liisa 2001: *Tehohoitotyö*. Tammi. Helsinki.
- Davidson, Judy – Powers, Karen – Hedayat, Kamyar – Tieszen, Mark – Kon, Alexander – Shepard, Eric – Shupler, Vicki – Todres, David – Levy, Mitchell – Barr, Juliana – Ghandi, Raj – Hirsch, Gregory – Armstrong, Deborah 2007: Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical care medicine* 35. 605-622.
- Duggan, Patrick S. – Geller, Gail – Cooper, Lisa A. – Beach, Mary Catherine 2006: The moral nature of patient-centeredness: Is it "just the right thing to do"? *Patient Education and Counseling* 62. 271-276.
- de Haes, Hanneke 2006: Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: A case for vulnerability. *Patient Education and Counseling* 62. 291-298.
- Euroopan unionin neuvosto. 2006. Neuvoston päätelmät Euroopan unionin terveysjärjestelmien yhteisistä arvoista ja periaatteista (2006/C146/01). Euroopan unionin virallinen lehti. Verkkodokumentti. Päivitetty 21.6.2006. <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/fi/oj/2006/c_146/c_14620060622fi00010003.pdf>. Luettu 1.12.2008.
- Henneman, Elizabeth - Cardin, Suzette 2002: Family-centered critical care: A practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse* 22. 12-19.

Johnson, David - Wilson, Monique - Cavanaugh, Brenda - Bryden, Candice - Gudmundson, Debra - Moodley, Otto 1998: Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. Verkkodokumentti. Päivitetty 30.3.2009. <<http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=fulltext&D=ovft&AN=00003246-199802000-00023&NEWS=N&CSC=Y&CHANNEL=PubMed>>. Luettu 30.3.2009.

Kelleher, Sean 2006: Providing patient-centred care in an intensive care unit. Nursing standard 21. 35-40.

Kujala, Eila 2003: Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli: tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystieteiden keskuksessa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Verkkodokumentti. Päivitetty 3.12.2008. <<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5605-X.pdf>>. Luettu 25.3.2009.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Mead, Nicola – Bower, Peter 2000: Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 51. 1087-1110.

McCormack, Brendan 2003: Researching nursing practice: does person-centredness matter? *Nursing Philosophy* 4. 179-188.

Patient-centredness 2003: *Patient Education and Counseling* 51. 195-196.

Russell, Sarah 1999: An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* 29. 783-791.

Slater, Lynne 2006: Person-centredness: a concept analysis. Verkkodokumentti. Päivitetty 12.11.2008. <http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-32155089_ITM>. Luettu 13.11.2008

Tuomola, Seppo – Idänpää-Heikkilä, Ulla – Lehtonen, Olli-Pekka – Puro, Markku 2008: Arviointiselvitys vuosina 2002-2007 toteutetusta kansallisesta terveyshankkeesta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:22. Verkkodokumentti. Päivitetty 29.3.2009. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3734.pdf&title=Arviointiselvitys_vuosina_2002_2007_toteutetusta_Kansallisesta_terveyshankkeesta_fi.pdf>. Luettu 29.3.2009.

University of Tartu, Faculty of Medicine, Department of Nursing Science 2007: Patient-/client-centredness in adult intensive care and elderly care. Scientific justification for the project.

Varpula, Tero - Uusaro, Ari - Ala-Kokko, Tero - Tenhunen, Jyrki - Ruokonen, Esko - Perttilä, Juha - Pettilä, Ville 2007: Tehohoidon toimintakokonaisuus erikoissairaanhoidossa. Suomen Lääkärilehti 12. 1271-1276.

Vilka, Hanna 2007: Tutki ja mittaa - Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki. Tammi.

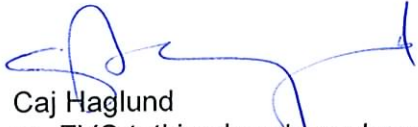
Vehviläinen-Julkunen, Katri 1998: Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.): Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY. 26-34.

de Witte, Luc - Schoot, Tineke - Proot, Ireen 2006: Development of the Client-Centred Care Questionnaire. Journal of Advanced Nursing 56 (1). 62-68.

Tutkimuslupa tutkimukselle ”Patient- / Client-centeredness in adult intensive care.

Hakija	terveystieteiden tohtoriopiskelija Ilme Aro
Esittelijä	johtava ylihoitaja Arja Tuokko
Asia	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN TUTKIMUKSELLE: PATIENT - / CLIENT –CENTEREDNESS IN ADULT INTENSIVE CARE
Tutkijat/tutkimusryhmä	Ilme Aro, Annukka Lankinen ja Tia Lahtinen
Perustelut	<p>Tarton yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan hoitotieteen laitoksen opiskelija Ilme Aro anoo tutkimuslupaa väitöskirjatutkimustaan varten. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää potilas - asiakaskeskeistä toimintaa aikuisten teho-osastoilla. Tutkimus on osa kansainvälistä tieteellistä projektia (2007-2010) "Patient - / client- centredness in adult intensive care, elderly care and health care education", joka toteutetaan yhteistyössä Viron, Suomen ja Liettuan yliopistojen sekä ammattikorkeakoulujen kanssa.</p> <p>Ilme Aro anoo lupaa kerätä tutkimusaineisto teho-osastoilla ja tehovalvontaosastoilla työskenteleviltä hoitajilta kyselylomakkeella. HYKS:n operatiivisen tulosyksikön osastoista osallistuisi Meilahden sairaalasta teho-osastot 21, 23 ja 27. Kirurgisen sairaalan teho-osasto, Jorvin sairaalan teho-osasto, Töölön sairaalan OT-teho-osasto, Töölön sairaalan palovammateho sekä Töölön sairaalan traumatologian tehovalvontaosasto ja Töölön sairaalan neurologian tehovalvontaosasto. Virossa tutkimukseen osallistuu 16 teho-osastoa.</p> <p>Väitöskirjatyön ohjaajana toimii professori Katri Vehviläinen-Juntunen Kuopion yliopistosta. Aineisto on tarkoitus kerätä ajalla 1.1. - 31.05.1009. Aineiston keruun suorittaisi kaksi Metropolia ammattikorkeakoulun opiskelijaa Annukka Lankinen ja Tia Lahtinen. Heidän ohjaajana on lehtori, TtT Ly Kalam-Salminen Metropolia ammattikorkeakoulusta. Kyselylomake ja sen saatekirje ovat tutkimuslupapäätöksen liitteinä.</p> <p>Ylihoitajat Ari Pekurinen, Ritva Salmenperä, Carita Sainio ja Anna-Maija Kaira ovat tietoisia tutkimuksesta ja he ovat myönteisiä sen suorittamiselle.</p> <p>Tutkimuksella saadaan tietoa teho- ja tehovalvontaosastoilla työskentelevien hoitajien mielipiteistä asiakas- / potilaskeskeisyydestä. Saadun tiedon avulla voidaan kehittää potilaan hoitotyötä potilas ja asiakaskeskeisemmäksi aikuisten teho-osastoilla.</p>
Päätös	Edellä olevan perusteella päätän, että yllämainituille tutkijoille myönnetään tutkimuslupa esitetylle tutkimukselle ajalle 20.01. - 31.5.2009.
Ehdot	<p>Tutkimuksen yhteydessä käytettäviä potilastietoja on pääsääntöisesti käsiteltävä anonymisti. Henkilötietojen avainrekisterin säilyttämisestä huolehtii aina HUS:ssa tutkimuksen vastuuhenkilö. Tutkimusluvan saaja huolehtii muun tietoaineiston asianmukaisesta arkistoinnista ja mahdollisten potilastietojen kopioiden hävittämisestä. Tutkimusluvan saajan HUS:n nimissä syntyvät julkaisut on julkaisukeräysohjeiden mukaisesti toimitettava tiedoksi ja työsuhtekeksinnöt on ilmoitettava kirjallisesti HUS:lle.</p> <p>Tutkimuksesta tulee sen valmistuttua toimittaa lyhyt yhteenveto EVO-tutkimuksesta vastaavalle lääkärille, operatiivisen tulosyksikön johtajalle sekä joh-</p>

tavalle ylihoitaja Arja Tuokolle.

- Valmistelija Koulutussuunnittelija Leena Timonen puh. 050 - 427 0568 tai 09 - 471 78407
email osoite:leena.timonen@hus.fi
- Sovelletut oikeusohjeet HUS, Yleiskirjeet nrot 22/2000 ja 4/2002
Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999)
Henkilötietolaki (523/1999)
Laki viranomaistominnan julkisuudesta (621/1999)
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
Potilasvahinkolaki (585/1986)
- Päätösvallan peruste HYKS-sairaanhoitoalueen toimintaohje, kohta 3
HYKS-sairaanhoitoalueen johtajan päätös § 26 (31.01.2007)
HYKS operatiivisen tulosyksikön johtajan päätös § 443 (18.12.2008)
- 
Caj Haglund
vs. EVO tutkimuksesta vastaava lääkäri
- Tiedoksi tutkijat
johtava ylihoitaja Arja Tuokko
ylihoitaja Ari Pekurinen
ylihoitaja Ritva Salmenperä
ylihoitaja Carita Sainio
ylihoitaja Anna-Maija Kaira
kliininen asiantuntija Marita Ritmala-Castren
koulutussuunnittelija Leena Timonen
- Lähetetty tiedoksi 20.1.2009/tv

TAULUKKO A. Osaston potilaiden pääasiallinen sairaalassa olon syy

	Frekvenssi	Prosenttia
Suunniteltu leikkaus/hoitajakso/tutkimus	49	30,6 %
Äkillinen sairastuminen, trauma/vamma tai muu äkillinen syy	110	68,8 %
En osaa sanoa	1	0,6 %

TAULUKKO B. Osaston potilaiden kyky tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä

	Frekvenssi	Prosenttia
Ei lainkaan kykeneviä	47	29,4 %
Melko huonosti kykeneviä	76	47,5 %
Tyydyttävästi kykeneviä	36	22,5 %
Melko hyvin kykeneviä	1	0,6 %
Täysin kykeneviä	0	0 %

TAULUKKO C. Osaston potilaille annettu mahdollisuus tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä

	Frekvenssi	Prosenttia
Ei anneta lainkaan mahdollisuutta	12	7,5 %
Annetaan melko huonot mahdollisuudet	62	38,8 %
Annetaan tyydyttävä mahdollisuus	58	36,3 %
Annetaan melko hyvät mahdollisuudet	27	16,9 %
Annetaan erittäin hyvät mahdollisuudet	1	0,6 %

TAULUKKO D. Potilaan ja hänen läheisensä tiedottaminen ja ohjaaminen teho-osastolla

POTILAAN JA HÄNEN LÄHEISENSÄ TIEDOTTAMINEN JA OHJAAMINEN TEHO-OSASTOLLA	A. Missä määrin olet samaa mieltä seuraavien väittämien toteutumisen kanssa?		B. Miten oleellisena potilaat ja heidän läheisensä niitä asioita mielestäsi pitävät?	
	Keskiarvo	Keskihajonta	Keskiarvo	Keskihajonta
10. Potilaalle ja hänen läheiselleen kerrotaan kaikista potilaaseen liittyvistä asioista ilman, että heidän tarvitsee kysyä	3,92	0,84	4,58	0,61
11. Ennen kertomista henkilökunta varmistaa, että potilas ja hänen läheisensä ovat valmiit ottamaan tiedon vastaan	3,92	0,81	3,93	1,04
12. Potilaalle kerrotaan kaikista hänen sairauteensa ja lääketieteelliseen hoitoon liittyvistä asioista	3,83	1,01	4,29	0,95
14. Potilaalle kerrotaan kaikista hänen perushoitoonsa liittyvistä asioista	4,12	0,89	3,98	0,99
16. Potilaalle ja hänen läheiselleen kerrotaan asiat heille ymmärrettävällä tavalla	4,21	0,75	4,79	0,46
17. Henkilökunta vastaa kaikkiin potilaan hänen läheisensä kysymyksiin	4,52	0,70	4,72	0,56
18. Eri ammatti-ihmisten antama tieto potilaalle ja hänen läheiselleen on yhteneväistä	4,03	0,71	4,68	0,57
19. Potilaalle ja hänen läheiselleen annetaan riittävästi tietoja, jotta he pystyisivät tekemään perusteltuja päätöksiä	4,11	0,87	4,50	0,72
20. Henkilökunta varmistaa, että potilas ja hänen läheisensä ymmärsivät oikein kaiken, mitä heille kerrottiin	3,84	0,72	4,44	0,66
21. Potilaalle ja hänen läheiselleen kerrotaan potilasta koskevat asiat niin, etteivät sivulliset sitä kuule	3,28	1,04	4,32	0,86
22. Potilaalle kerrotaan kaikki asiat niin, että hän tietää, mitä ja miksi hänelle tehdään	3,93	0,87	4,51	0,76
23. Potilasta ohjataan perusteellisesti siinä, miten eri asioita tehdään	4,42	0,69	4,41	0,85
24. Potilaalle annetaan tietoja hänen läheisensä läsnä ollessa	3,80	0,88	3,87	0,88

TAULUKKO E. Potilaan tukeminen ja hoito

POTILAAN TUKEMINEN JA HOITO	A. Missä määrin olet samaa mieltä seuraavien väittämien toteutumisen kanssa?		B. Miten oleellisena potilaat ja heidän läheisensä niitä asioita mielestäsi pitävät?	
	Keskiarvo	Keskihajonta	Keskiarvo	Keskihajonta
38. Henkilökunta ottaa huomioon potilaiden tarpeet	4,28	0,69	4,62	0,62
40. Henkilökunta rohkaisee potilaita puhumaan sairauteen liittyvistä tunteista	3,38	0,93	4,26	0,74
41. Henkilökunta auttaa potilaita ylläpitämään toivoa	4,04	0,82	4,53	0,74
43. Potilaiden terveyden palauttamiseksi tehdään kaikki mahdollinen	4,72	0,57	4,87	0,39
44. Potilaiden kärsimysten välttämiseksi tehdään kaikki mahdollinen	4,45	0,71	4,88	0,36
45. Potilaiden kivun lievittämiseksi tehdään kaikki mahdollinen	4,57	0,66	4,91	0,33

TAULUKKO F. Henkilökunnan, potilaan ja hänen läheisensä yhteistyö

HENKILÖKUNNAN, POTILAAN JA HÄNEN LÄHEISENSÄ YHTEISTYÖ	A. Missä määrin olet samaa mieltä seuraavien väittämien toteutumisen kanssa?		B. Miten oleellisena potilaat ja heidän läheisensä niitä asioita mielestäsi pitävät?	
	Keskiarvo	Keskihajonta	Keskiarvo	Keskihajonta
52. Henkilökunta rohkaisee potilasta ja läheistään esittämään kysymyksiä	4,06	0,71	4,25	0,71
53. Henkilökunta rohkaisee potilasta ja läheistään pyytämään neuvoa ja apua	4,09	0,74	4,31	0,66
54. Potilaalle annetaan mahdollisuus osallistua neuvotteluihin, joissa päätetään hänen hoidostaan	2,83	1,25	4,09	1,09
55. Potilaalle annetaan mahdollisuus tutustua häntä koskeviin potilasasiakirjoihin	3,11	1,24	3,78	1,12
56. Henkilökunta ottaa huomioon potilaan mielipiteet ja toiveet, jotka liittyvät hänen saamaansa hoitoon	3,72	0,95	4,38	0,77
57. Silloin, kun potilas kykenee ilmaisemaan tahtonsa, hänen tahtonsa ohjaa hänen hoitoaan koskevia päätöksiä	3,70	1,02	4,49	0,75
58. Potilaan annetaan aina itse tehdä kaikki ne toiminnot, jotka hän pystyy itse tekemään	4,10	0,82	4,13	0,92
59. Potilaalta kysytään, keiden läheisistään ja miten hän haluaa osallistuvan hoitoonsa	3,51	1,34	3,98	1,06
60. Potilaalta kysytään keitä läheisistään hän haluaa tavata ja kuinka usein	3,91	1,18	4,16	0,95

TAULUKKO G. Sosiaalinen ympäristö

SOSIAALINEN YMPÄRISTÖ	A. Missä määrin olet samaa mieltä seuraavien väittämien toteutumisen kanssa?		B. Miten oleellisena potilaat ja heidän läheisensä niitä asioita mielestäsi pitävät?	
	Keskiarvo	Keskihajonta	Keskiarvo	Keskihajonta
94. Potilasta hoitava henkilökunta esittelee itsensä potilaalle ja hänen läheiselleen	4,81	0,43	4,77	0,46
95. Henkilökunta ymmärtää potilaan ja hänen läheisensä tilanteen ja on heille empaattinen	4,42	0,59	4,77	0,46
96. Henkilökunta arvostaa potilaan ja hänen läheisensä mielipiteitä, tietoja, taitoja ja kokemuksia	4,16	0,72	4,55	0,65
97. Henkilökunnalla on aikaa potilaalle ja hänen läheiselleen silloin, kun he sitä tarvitsevat	4,06	0,75	4,68	0,52
98. Henkilökunta kuuntelee potilasta ja hänen läheistensä	4,57	0,58	4,82	0,40
99. Henkilökunta varmistaa, että on ymmärtänyt potilasta ja hänen läheistensä oikein	4,19	0,75	4,59	0,65
100. Henkilökunta on potilaille ja heidän läheisilleen kohtelias ja ystävällinen	4,58	0,57	4,82	0,43
101. Henkilökunta on potilaille ja heidän läheisilleen auttavainen ja palvelualtis	4,42	0,62	4,73	0,51
102. Henkilökunta on potilaille ja heidän läheisilleen luotettava	4,66	0,51	4,82	0,41
103. Henkilökunta on potilaille ja heidän läheisilleen rehellinen	4,60	0,61	4,84	0,40

TAULKKO H. Fyysinen ympäristö

FYYSINEN YMÄRISTÖ	A. Missä määrin olet samaa mieltä seuraavien väittämien toteutumisen kanssa?		B. Miten oleellisena potilaat ja heidän läheisensä niitä asioita mielestäsi pitävät?	
	Keskiarvo	Keskihajonta	Keskiarvo	Keskihajonta
124. Osastolla on miellyttävä työilmapiiri	4,16	0,78	4,30	0,82
125. Osaston / potilashuoneen ympäristö on miellyttävä ja turvallinen	3,16	1,08	4,15	0,83
126. Osastolla / potilashuoneessa on rauhallista, niin että potilaat voivat levätä	2,63	1,05	4,25	0,80
127. Potilashuoneessa on taattu potilaiden yksityisyys erottamalla potilaat toisistaan	3,19	1,17	4,24	0,85
128. Potilashuone on riittävän tilava niin, että potilaan läheiset voivat olla potilaan luona häiritsemättä henkilökunnan työtä	1,96	1,10	3,97	1,04
129. Potilashuoneessa on taattu yksityisyys niin, että potilas ja hänen läheisensä voivat olla keskenään	1,80	1,00	3,93	1,09

TAULUKKO I. Osaston resurssit

OSASTON RESURSSIT	Missä määrin olet samaa mieltä seuraavien väittämien toteutumisen kanssa?	
	Keskiarvo	Keskihajonta
140. Osaston hoitolaitteet ovat uudenaikaisia	4,12	0,79
141. Osaston henkilökunnalla on käytettävissä riittävästi erilaisia työvälineitä	4,09	0,85
142. Osastolla on riittävästi lääkäreitä	4,18	0,86
143. Osastolla on riittävästi sairaanhoitajia	3,01	1,27
144. Osastolla on riittävästi lähi-/perushoitajia	3,37	1,59
145. Sairaalassa on riittävästi eri alojen ammattilaisia (psykologeja, sielunhoitajia, fysioterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä jne.)	3,19	1,04

TAULUKKO J. Vastaajien siviilisäät

	Frekvenssi	Prosenttia
Naimaton	46	28,9 %
Avoliitossa	66	41,5 %
Avoliitossa	37	23,3 %
Eronnut	9	5,7 %
Leski	1	0,6 %

TAULUKKO K. Vastaajien kansalaisuus

	Frekvenssi	Prosenttia
Suomalainen	160	99,4 %
Muu	1	0,6 %

TAULUKKO L. Vastaajien uskonnollisuus

	Frekvenssi	Prosenttia
Tunnustan uskoa	97	62,2 %
En tunnusta uskoa	38	24,4 %
En halua kertoa uskonnollista vakaumustani	21	13,4 %

TAULUKKO M. Vastaajien ammattinimike

	Frekvenssi	Prosenttia
Sairaanhoidajana	158	98,1 %
Lähi-/perushoitajana	3	1,9 %

TAULUKKO N. Vastaajien tyytyväisyys työhönsä

	Frekvenssi	Prosenttia
Ei lainkaan tyytyväinen	1	0,6 %
Melko vähän tyytyväinen	2	1,2 %
Kohtalaisen tyytyväinen	32	19,9 %
Melko paljon tyytyväinen	103	64,0 %
Erittäin tyytyväinen	23	14,3 %

TAULUKKO O. Vastaajien tyytyväisyys palkkaansa

	Frekvenssi	Prosenttia
Ei lainkaan tyytyväinen	24	14,9 %
Melko vähän tyytyväinen	53	32,9 %
Kohtalaisen tyytyväinen	61	37,9 %
Melko paljon tyytyväinen	21	13,0 %
Erittäin tyytyväinen	2	1,3 %

TAULUKKO P. Vastaajien tyytyväisyys elämäänsä

	Frekvenssi	Prosenttia
Ei lainkaan tyytyväinen	0	0 %
Melko vähän tyytyväinen	4	2,5 %
Kohtalaisen tyytyväinen	21	13,1 %
Melko paljon tyytyväinen	88	55,0 %
Erittäin tyytyväinen	47	29,4 %

TAULUKKO Q. Vastaajien henkilökohtainen kokemus tehohoidosta

	Frekvenssi	Prosenttia
Olen itse ollut hoidettavana tehohoidossa	4	2,5 %
Minulle läheinen ihminen on ollut hoidettavana tehohoidossa	51	31,9 %
Kokemusta molemmista	2	1,3 %
Minulla ei ole edellä mainittuja kokemuksia tehohoidosta	103	64,4 %

TAULUKKO R. Vastajien henkilökohtainen arvio omille tiedoille ja taidoille

HENKILÖKOHTAINEN ARVIO OMILLE TIEDOILLE JA TAIDOILLE	Missä määrin olet samaa mieltä seuraavien väittämien toteutumisen kanssa?	
	Keskiarvo	Keskihajonta
180. Minulla on hyvät ammattialani taidot	4,19	0,70
181. Minulla on hyvät vuorovaikutustaidot	4,37	0,64
182. Minulla on hyvät yhteistyötaidot	4,46	0,61
183. Minulla on hyvät tiedot tehohoidossa olevien potilaiden läheisten ongelmista ja tarpeista	3,64	0,89