

Potilaslähtöisyys hoitotyössä- estävät ja edistävät tekijät

Potilaslähtöisyys hoitotyössä – estävät ja edistävät tekijät

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU


Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeen ammattikorkeakoulu, syksy 2015

Oma Allekirjoituksesi

Heli Hassinen ja Aino Vaara



Forssa
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Tekijä 2015	Aino Vaara ja Heli Hassinen	Vuosi
-----------------------	-----------------------------	--------------

Työn nimi	Potilaslähtöisyys hoitotyössä- estävät ja edistävät tekijät
------------------	---

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää erään kantahämäläisen sairaalan kolmen eri vuodeosaston potilaslähtöisyyttä estäviä ja edistäviä tekijöitä. Tavoitteena oli, että tutkittavat osastot saavat tutkittua tietoa kuinka heidän osastoillaan toteutuu potilaslähtöisyys. Opinnäytetyön aihe oli työelämlähtöinen, sillä ehdotus aiheesta tuli sairaalalta, jossa tutkimus toteutettiin.

Työ toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Osastojen hoitohenkilökunta vastasi kyselylomakkeeseen. Kyselylomake oli paperinen ja sen kysymykset ja vastausvaihtoehdot muokattiin Elonen, Laine, Ylönen 2002 ”Kysely hoitohenkilökunnalle asiakaslähtöisyydestä”-tutkimuksen mittarista. Osastoille vietiin 75 kyselykaavaketta. Vastauksia saatiin 36 (n=36). Vastausprosentti tähän tutkimukseen oli 48 %.

Aiempaa tutkittu tietoa aiheesta kerättiin sähköisistä tietokannoista Medicistä, Melindasta ja Cinahlista. Tutkimuksia etsittiin >2003 <2015 aikaväliltä. Manuaalisesti tietoa haettiin hoitotyön kirjallisuudesta ja artikkeleista sekä tutkimuksista.

Opinnäytetyön tuloksia tarkasteltaessa potilaslähtöisyyttä estäviksi tekijöiksi yksiköissä nousivat hoitohenkilökunnan riittämättömyys, kiire, organisaation tuottavuusvaatimukset ja yksilöllisten ohjausmenetelmien puute. Potilaslähtöisyyttä edistäviksi tekijöiksi yksiköissä nousivat potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tilan selvittäminen, potilaan kuunteleminen, potilaan tiedon saanti omasta hoidosta sekä potilaan oma motiiviteisuus hoitoonsa.

Aiheesta voisi tehdä jatkotutkimuksen, missä selvitettäisiin kuinka potilaslähtöisyyttä estäviä tekijöitä voitaisiin konkreettisesti vähentää ja edistäviä tekijöitä lisätä. Jatkotutkimuksen voisi toteuttaa suuremmalla otoksella, jolloin tutkimuksen johtopäätökset olisivat paremmin yleistettävissä.

Avainsanat Potilaslähtöisyys, sisätauti-kirurginen potilas, hoitohenkilökunta, hoito-organisaatio

Sivut 31 s. + liitteet 4 s.

Forssa
Bachelor of health care
Nursing

Author
2015

Aino Vaara and Heli Hassinen

Year

Subject of Bachelor's thesis Patient-friendliness in care work - prohibitive and promoting factors

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to find out the prohibitive and promoting factors on patient-friendliness in three different hospital wards in a Tavastia Proper hospital. The aim was that the wards included in this study will get examined information on how patient-friendliness comes true on their wards. The theme of the thesis is work life based, for the idea for this study came directly from the hospital the study was conducted in.

The study was conducted as a quantitative study. The staff of the wards answered to a questionnaire. The questionnaire was on paper, and the questions and the alternative answers were all based on a barometer found in a study "Kysely hoitohenkilökunnalle asiakaslähtöisyydestä" by Elonen, Laine and Ylönen (2002). The wards were given 75 questionnaire forms in total, and the number of replies received was 36 (n=36). The percentage of participation for this study was 48%.

Previously published information on the subject was gathered from electronic databases Medic, Melinda and Cinahl. Published studies were searched from the years 2003-2015. Information was also searched manually from nursing literature, as well as articles and studies on nursing.

While examining the results the most significant prohibitive factors on patient-friendliness were insufficiency of staff, hurry, the organization's calls for productivity, and the lack of individual guidance.

The most significant promoting factors were detection of one's physical, mental and social space, listening to the patient, informing the patient of their own care, and the patient's own motivation towards his or her care.

A further study on this subject could be made in order to find out how the prohibitive factors could be diminished, and how the promoting factors could be increased in practice. The further study could be made with a larger sample in order to get conclusions which could be more generalized.

Keywords Patient-friendliness, Medical and surgical patient, The staff of the wards/nursing staff, Treatment organisation

Pages 31 p. + appendices 4 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KESKEISET KÄSITTEET	2
2.1	Sisätauti-kirurginen potilas	2
2.2	Hoitohenkilökunta.....	2
2.3	Sisätauti-kirurginen hoitotyö.....	3
2.4	Potilaslähtöisyys.....	4
3	POTILASLÄHTÖISYYS JA SEN TOTEUTUMINEN	4
3.1	Hoitohenkilökunta.....	5
3.2	Hoito-organisaatio.....	6
3.3	Potilas.....	7
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	9
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	9
5.1	Tiedon keruu	9
5.2	Määrällinen tutkimus.....	10
5.3	Mittarin laadinta	10
5.4	Tutkimuksen perusjoukko ja aineiston keruu.....	11
5.5	Määrällisen tutkimuksen aineiston analyysi	12
6	TULOKSET	12
6.1	Taustatiedot	12
6.2	Kiireettömyys ja hoitohenkilökunnan määrä	13
6.3	Potilaan kuuntelu ja potilaan kanssa keskustelu	14
6.4	Yksilöllisyys.....	15
6.5	Potilaan fyysisen psyykkisen ja sosiaalisen tilan selvittäminen.....	17
6.6	Tiedon jakaminen.....	17
6.7	Hoitajien tiedot, taidot ja koulutukset	18
6.8	Organisaatio	18
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	20
7.1	Vastaajien taustatiedot.....	20
7.2	Potilaan kiireetön kohtaaminen ja kuunteleminen	20
7.3	Hoitohenkilökunnan riittävyys suhteessa potilasmäärään.....	21
7.4	Psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen toimintakyvyn selvittäminen	22
7.5	Yksilölliset ohjausmenetelmät	23
7.6	Yhteenvedo johtopäätöksistä	23
8	POHDINTA.....	24
8.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	24
8.1.1	Tutkimusaineiston keruun ja tulosten analysoinnin eettisyys ja luotettavuus.....	25
8.1.2	Mittarin luotettavuus	25

Potilaslähtöisyys hoitotyössä- estävät ja edistävät tekijät

8.1.3	Vastaajien määrä	27
8.2	Jatkotutkimusehdotukset	27
8.3	Opinnäytetyön tavoitteiden toteutuminen	28
8.4	Ammatillinen kasvu	28

Liite 1 Liitteen nimi

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa hoitohenkilökunnan näkökulmia potilaslähtöisyyden toteutumisesta erikoissairaanhoidossa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli myös selvittää potilaslähtöisyyttä estäviä ja edistäviä tekijöitä. Tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa kuinka hoitohenkilökunta kokee potilaslähtöisyyden ja sen mahdolliset estävät ja edistävät tekijät. Tavoitteena oli myös, että tutkimukseen osallistuvat osastot pystyisivät opinnäytetyön avulla mahdollisesti edistämään potilaslähtöisyyttä, ja tiedostavat mahdolliset potilaslähtöisyyttä estävät tekijät.

Aiemman teoreettisen tiedon pohjalta potilaslähtöisyyttä edistäviksi tekijöiksi nousivat hoitohenkilökunnan eettisyys, motivoituneisuus ja vastuu. Estäviksi tekijöiksi nousivat epätasa-arvo hoitajan ja potilaan välillä, puutteellinen potilasohjaus ja hoitajalle asetettu paine. (Hietanen ym. 2014, 26–28; Gustafsson, Leino-Kilpi & Suhonen 2009, 4–9.)

Hoito-organisaation näkökulmasta edistäviksi tekijöiksi nousivat myönteinen ja avoin ilmapiiri, hoitohenkilökunnan hyvinvointi sekä hyvät ja luotettavat tiedot potilaasta. Estäviä tekijöitä olivat muun muassa pelko palveluiden ruuhkautumisesta ja kustannuksista sekä potilaalle asetetut erilaiset rajoitukset hoitajakson aikana. (Gustafsson ym. 2009, 4–13; Lämsä 2013, 10.)

Potilaslähtöisyyden keskiössä on potilaan yksilöllinen hoito, jolla voidaan parantaa hoitotuloksia. Tutkimusten mukaan yksilöllisen hoidon toteutumiseksi hoito-organisaatiossa on keskityttävä yksittäisiin tekijöihin, kuten työmäärän organisointiin ja johtamiseen. (Leino-Kilpi & Suhonen, 2010.)

2 KESKEISET KÄSITTEET

Keskeisinä käsitteinä tässä opinnäytetyössä olivat sisätauti-kirurginen hoitotyö, hoitohenkilökunta, sisätauti-kirurginen potilas ja potilaslähtöisyys. Hoitohenkilökunta-käsite kattoi sairaanhoitajat, lähihoitajat ja perushoitajat.

2.1 Sisätauti-kirurginen potilas

Hoitotyön kohteen määrittely vaihtelee eri teoreetikkojen mukaan. Kaikkien eri näkökulmien keskiössä on kuitenkin ihminen ja hänen terveytensä, elämänlaatunsa ja selviytymisensä. Ihmisen joutuessa korkean iän, sairauden tai jonkin muun syyn vuoksi tilanteeseen, jossa omat voimavarat eivät enää riitä, syntyy tarve hoitotyölle. Potilaan perustarpeet, kokemukset ja reaktiot ovat lähtökohtana hoitotyön toiminnalle. Hoitotyön tulee olla yksilöllistä, jotta potilaan hoidon tavoitteet saavutettaisiin. Jotta hoitaja pystyy hoitamaan potilasta yksilöllisesti, täytyy hänen tunnistaa potilaan tila ja tuntea potilas ihmisenä. (Jahren, Kristoffersen & Northvedt 2006, 15–17.)

Sisätautipotilas hakeutuu hoitoon äkillisen tai pitkäaikaisen sairastumisen ja sairauden pahenemisen takia. Sairastumiseen liittyy lähes poikkeuksetta toimintakyvyn heikkeneminen. Erilaisiin sisätautisiin sairauksiin liittyy usein pelkoja, esimerkiksi sydän- ja verisuonitauteja sairastava potilas mieltää sydämen ja verenkierron toimimisen elämälle välttämättömäksi. Erityselimistön tutkimukset voivat aiheuttaa sisätautipotilaalle ahdistusta, sillä tutkimukset kohdistuvat yleensä potilaan kehon sisäpuolille, intiimeille alueille. Sairaudet siis muuttavat sisätautipotilaan minäkuvaa sekä vaikuttavat elämäntilanteeseen. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 15–16.)

Kirurgiseksi potilaaksi luokitellaan henkilö, jonka sairaus tai äkillinen sairastuminen vaativat todennäköisesti leikkaushoitoa. Kirurgiset potilaat haluavat, että sairauden syy saadaan selville, sairaudesta johtuva vaiva hoidetaan kirurgisesti ja vaiva parantuu. Ensisijaisesti he odottavat, että elämänlaatu palautuu ennalleen kirurgisen hoidon jälkeen. (Holmia ym. 17.)

2.2 Hoitohenkilökunta

Hoitohenkilöstön työ on ammatillista hoitamista, johon kuuluu hoidettavien eri elämänvaiheiden sairauksien ja terveyden hoitaminen. Ammatilliseen hoitamiseen osallistuvat useat ammattiryhmät, kuten lääkärit, toimintaterapeutit, ravitsemusterapeutit ja fysioterapeutit. Hoitotyöntekijöitä ovat esimerkiksi sairaan- ja terveydenhoitajat sekä perus- ja lähihoitajat. Hoitotyöntekijöiden ammatillinen työ perustuu hoitotieteeseen. (Hietanen ym. 2004 11–13.)

Hoitotyöntekijät ovat yhteiskunnan laillistamia ammattihenkilöitä, joiden toiminta perustuu koulutuksessa saatuihin terveyden- ja sairaanhoidon tietoihin ja taitoihin, sekä ammattietiikkaan. Hoitotyöntekijän ja potilaan vä-

linen suhde perustuu arvoihin, joita ovat hyvyys, oikeudenmukaisuus ja totuus. (Hietanen ym. 2004, 11–17.)

Sairaanhoitaja on yksi osa hoitohenkilökuntaa tässä opinnäytetyössä. Hoitotyö, lääkehoito ja tutkimuksien tekeminen kuuluvat sairaanhoitajan tehtäviin. Sairaanhoitaja myös neuvoa, tukee ja ohjaa potilasta työssään. Työskentelypaikkoja sairaanhoitajalla voi olla esimerkiksi terveyskeskukset, sairaalat, erilaiset kuntoutuslaitokset, vanhainkodit sekä toimenpiteyksiköt. Sairaanhoitajalta odotetaan hyviä vuorovaikutustaitoja, tarkkuuta, huolellisuutta sekä tietoja ja taitoja sekä stressinsietokykyä. (TE-palvelut n.d.)

Sairaanhoitajan työn kuvaan kuuluu myös kirjaaminen sekä hoidon vaikutusten seuranta. Sairaanhoitajan täytyy myös kehittää omaa ammattitaitoaan ja lisätä teoreettista tietoa erilaisten koulutusten avulla. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 26.)

Lähihoitaja kuuluu myös käsitteeseen hoitohenkilökunta opinnäytetyössä. Lähihoitaja voi olla suuntautunut erialoille esimerkiksi vanhustyöhön, kehitysvammaistyöhön tai lapsityöhön. Lähihoitaja huolehtii potilaiden päivittäisistä toiminnoista ja avustaa arkiaskareissa jos potilas ei tähän itse pysty. Lähihoitaja myös seuraa potilaan vointia ja raportoi tästä muulle hoitohenkilökunnalle. Haavojen hoito ja katetrointi kuuluu myös lähihoitajan tehtäviin. Lähihoitajat huolehtivat myös potilaan perustarpeista. Joissakin yksiköissä myös lääkkeiden jako voi kuulua lähihoitajan tehtäviin. Lähihoitaja tarvitsee työskennellessään ihmissuhde- ja vuorovaikutustaitoja, teoria tietoa sekä käytännöntaitoja. (TE-palvelut n.d.)

2.3 Sisätauti-kirurginen hoitotyö

Hoitotyön tehtävänä on edistää terveyttä ja hyvinvointia, ehkäistä sairauksia, hoitaa ja parantaa sairastunut ihminen, lievittää kärsimystä, kuntouttaa ja auttaa kuolevaa potilasta. Hoitotyön periaatteet ohjaavat hoitohenkilökunnan käytännön toimintaa. Näitä periaatteita ovat esimerkiksi: yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, hoidon jatkuvuus, ammatillisuus ja turvallisuus. Nämä periaatteet toimivat hoitotyön laadun perustana. (Hietanen ym. 2004, 10–16.)

Sisätautipotilaan hoitotyöhön kuuluu potilaan tukeminen ja ohjaaminen sairauteen liittyvissä asioissa. Yksilön terveyden edistäminen, sairauksia ehkäisevä ja parantava, sekä kuntouttava hoito, ovat myös osa sisätautipotilaiden hoitotyötä. Kuolevan potilaan hoitaminen kuuluu myös sisätautipotilaan hoitotyöhön. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 14–15.)

Sisätautipotilaiden hoitotyössä on tärkeää ottaa huomioon sairauden vaikutus elämän eri vaiheisiin. Sairaus usein vaikuttaa potilaan elämäntilanteeseen ja silloin onkin tärkeää huomioida potilaan perustarpeet sekä potilaan omaisten tukeminen. Hoitohenkilökunnan on ohjattava sisätautipoti-

lasta sairauden vaatimaan omahoitoon, jotta potilaan elämänlaatu pysyisi sairaudesta huolimatta mahdollisimman hyvänä. (Holmia ym. 2004, 18–23.)

Kirurgisen potilaan hoitotyö koostuu eri vaiheista, kuten pre-, intra- ja postoperatiivisesta hoitotyöstä. Nämä vaiheet toteutuvat jokaisen kirurgisen potilaan kohdalla (Katajisto, Leino-Kilpi, Suhonen & Välimäki 2006, 299–301).

Kirurgisen potilaan hoitotyön tarpeiden täyttyminen ja hyvä hoito ovat kirurgisten potilaiden hoitotyön tavoitteena. Kirurgiseen hoitotyöhön kuuluu potilaan tarpeet huomioiden leikkaus, tai jokin muu parantava hoito sairauden parantamiseksi, tai oireiden lievittämiseksi. Kuunteleminen, kunnioittaminen ja yksilöllisyyden arvostaminen korostuvat kirurgisen potilaan hoitotyössä. (Holmia ym. 2004, 14–23.)

2.4 Potilaslähtöisyys

2000-luvulla hoidon ja terveystalvelujen kehittäminen on korostunut. Palveluiden laadusta eivät ole kiinnostuneet ainoastaan sosiaali- ja terveystalveluiden toteuttajat ja kehittäjät, vaan myös esimerkiksi väestö, rahoittajat ja poliittiset päätöksentekijät. Jotta palvelurakennetta voidaan kehittää ja arvioida, täytyy niiden lähtökohtana olla potilaan tarpeet ja näkökulmat. (Stolt & Suhonen 2013, 3–5.)

Potilaskeskeisyydestä puhutaan silloin, kun potilaan terveydelliset ongelmat ovat hoidon lähtökohtana. Seuraava vaihe potilaskeskeisyydestä on potilaslähtöisyys. Potilaslähtöisyydessä potilas ei ole vain passiivisen toiminnan kohde, vaan osallistuu aktiivisesti oman hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja päätöksentekoon. (Koikkalainen & Rauhala 2013, 44–46.)

Potilaan kohtaamiseen kuuluu yksilöllisyyden ja erilaisuuden kunnioittaminen. Nykyisessä terveydenhuoltojärjestelmässä potilaita kuitenkin lokeroidaan, esimerkiksi sisätauti-potilaita tai mielenterveysongelmaisiksi. Luokittelun pohjana on ammattihenkilökunnan osaaminen, mutta vaarana on potilaan toimintakyvyn ja tavoitteiden jääminen toissijaisiksi. Potilaan yksilöllinen kohtaaminen ja yksilöllisten tarpeiden huomiointi, ei aina toteudu, josta kertovat hoidon jälkeen tehdyt valitukset ja muistutukset. (Koikkalainen & Rauhala 2013, 44–46.)

3 POTILASLÄHTÖISYYS JA SEN TOTEUTUMINEN

Potilaslähtöisyyden toteutumiseen vaikuttaa hoitohenkilökunnan lisäksi hoito-organisaatio ja sen toimintatavat sekä potilaan oma motivaatio hoitoonsa. Moraaliset ja eettiset tekijät kuuluvat hoitohenkilökunnan toimintaan ja työhön samalla tavalla kuin ammatillinen pätevyys. Hoitohenkilökunnan ammatin määrittelyissä on määritelty tavoitteita ja työssä vaaditta-

via tekijöitä, joita hoitohenkilökunnan täytyy toteuttaa työskennellessään. (Eriksson-Piela 2003, 76–19.)

Eettinen näkökulma on tärkeä olla mukana potilaslähtöisyyden haasteita tarkastellessa. Kun haasteita tarkastellaan eettisestä näkökulmasta, on tärkeää tietää hoitotyön etiikan maailmasta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 9–10.) Potilaiden negatiivisista kokemuksista on hyvä keskustella, koska ne auttavat korjaamaan epäkohdat. (Coyle & Williams 2001).

3.1 Hoitohenkilökunta

Sairaanhoitajan työn yksi peruspilareista on eettisyys. Potilaslähtöisessä hoitotyössä tarvitaan etiikkaa ja eettistä pohdintaa. Hoitohenkilökunnan eettinen toimiminen ja pohdinta edistävät potilaslähtöisyyttä. Hoitohenkilökunnan kaiken toiminnan taustalla tulee olla potilaan kunnioittaminen. (Hietanen, Holmia & Kassara 2004, 26–28) Eettisiin periaatteisiin kuuluu myös potilaan yksilöllisyydestä huolehtiminen, mikä edistää myös potilaslähtöisyyden toteutumista. (Coyle & Williams 2001.)

Sairaanhoitajan työssä moraalisuus ja ammatilliset pätevyudet ovat yhtä tärkeitä ja olennaisia. Sairaanhoitajan työstä kerrottaessa esiin nousee erilaiset arkirutiinit ja toimenpiteet sekä eettiset ohjeet. (Erikson-Piela 2003, 72–73.)

Potilaalla on oikeus myös tutustua itseään koskeviin kirjauksiin. Tämän vuoksi hoitohenkilökunnan onkin tärkeää kirjata potilastiedot ajantasaisesti ja luotettavasti, jotta potilaslähtöisyys toteutuu. (Hietanen ym. 2004, 28–29.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevillä henkilöillä on jokaisella vastuu taata potilaalle turvallinen ja laadukas hoito. Hoitotyö on kuitenkin inhimillistä toimintaa ja jokaiseen inhimilliseen toimintaan liittyy erehtymisen ja virheen mahdollisuus. Hoitohenkilökunnan tulee kehittää omaa toimintaansa mahdollisten virheiden välttämiseksi sekä korjata mahdollisten virheiden seuraukset. Tällöin potilasturvallisuus paranee, mikä vaikuttaa potilaslähtöisyyden toteutumiseen positiivisesti. (Helovu, Kinnunen, Peltonen & Pennanen 2011, 16–22.)

Hoitajan ja potilaan välinen onnistunut vuorovaikutus tuottaa parempia hoitotuloksia. Onnistuneessa vuorovaikutuksessa on kiinnitettävä huomioita vuorovaikutuksen laatuun. Hoitohenkilökunnan omat mielipiteet tai uskomukset eivät saa vaikuttaa vuorovaikutukseen potilaan kanssa. Potilaan kanssa tulisi keskustella avoimesti hoidon tuloksista, haittapuolista ja hyödyistä. Aikaa keskusteluun tulisi käyttää, jotta potilaan oma mielipide hoidosta tulisi esille. Potilaslähtöisyyttä parantaa tieto siitä, miten potilas itse haluaisi hoitonsa järjestettävän. (Hulme 2013, 10–12)

Potilasohjaus on tärkeä osa hoitotyötä. Ohjauksen tulee olla laadultaan ja tavoitteiltaan sellaista, että se vastaa potilaan tarpeisiin. Ohjausmenetelmä tulee valita yksilöllisesti, jotta se vastaa potilaan tiedollisiin tarpeisiin. Potilasohjauksen suunnittelussa tulee ottaa huomioon potilaan omat näke-

mykset ohjausta koskien. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014, 63–67.)
Hoitajan yksi tärkeimmistä tehtävistä on potilasohjaus. On todettu, että hoitajilla on enemmän mahdollisuuksia potilasohjaukseen kuin muilla terveydenhuollon ammattilaisilla. (Palokoski 2007, 7.)

Hoitohenkilökunnalla tulee olla kyky kuunnella ja huomioida potilaan mielipiteet koskien hoitoa, jotta yksilöllistä hoitoa voidaan edistää. Potilaan itsemääräämisoikeuden sivuuttaminen, epätasa-arvo hoitajan ja potilaan välillä sekä suvaitsemattomuus, estävät potilaslähtöisyyden toteutumisen. Riittämätön henkilökuntamäärä ja ajankäytön suunnittelemattomuus ovat myös yhteydessä yksilöllisen hoidon estymiseen. (Gustafsson ym. 2009, 4–9.)

Sairaanhoitajan eettisiin ohjeisiin sisältyy muun muassa potilaan yksilöllisyyden kunnioittaminen. Eettiset ohjeet tulevat tutuksi jo sairaanhoitajan peruskoulutuksen aikana. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että sairaanhoitajat toteuttavat yksilöllistä hoitoa, sillä sairaanhoitajat tuntevat hoitotyön eettiset ohjeet melko huonosti. (Gustafsson ym. 2009, 9.)

Hoitajilta odotetaan hoitotyön lisäksi työyhteisön ja oman ammattitaidon kehittämistä. Tämä voi luoda paineita hoitajille. Hoitajan työtä voidaan tarkastella moraalisten periaatteiden, persoonan vahvuuden, asiantuntijuuden, tulevaisuuteen orientoituneisuuden sekä sosiaalisuuden kannalta. (Katajisto, Kuokkanen & Leino-Kilpi 2012, 82–91.)

Kuokkanen, Leino-Kilpi ja Katajisto ovat tutkineet näitä edellä mainittuja asioita ja niiden vaikutusta työhön. Tutkimuksessa hoitajat arvioivat parhaimmaksi alueekseen moraaliset periaatteet. Moraalisiin periaatteisiin kuului toisten arvostaminen, rehellisyys ja oikeudenmukaisuus. Pidemmän työuran tehneillä hoitajilla on asiantuntijuutta ja moraalisia periaatteita enemmän kuin lyhyemmän työuran tehneillä hoitajilla. Toistaiseksi työsuhteessa olevat ja vakinaiset hoitajat omasivat enemmän asiantuntijuutta kuin määräaikaiset sijaiset. (Katajisto ym. 2012, 82–91.) Moraalisessa ajattelussa on keskeistä, että potilas ja hänen edut ovat keskiössä ja kaikki muu tehdään tähän peilaten. (Eriksson-Piela 2003, 82.)

3.2 Hoito-organisaatio

Tärkeitä potilaslähtöisyyttä edistäviä tekijöitä ovat hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen ja sen kehittäminen. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla mahdollisuus osallistua mahdollisiin jatko- ja kehittämiskoulutuksiin. Myös myönteisellä työilmapiirillä on vaikutusta potilaan yksilöllisen hoidon suunnitteluun ja potilaslähtöisyyden toteutumiseen. Työilmapiirin ollessa avoin ja myönteinen, hoitohenkilökunta voi hyvin, jolloin myös potilaiden hoito on hyvää. (Gustafsson ym. 2009, 4–13.)

Hoitohenkilökunta tarvitsee yksityiskohtaisia tietoja potilaasta ja potilaan hoitopolusta hoitajakson aikana. Ensisijaisen tärkeää on myös, että tieto on saatavilla nopeasti ja helposti. Potilastiedot ovat arkaluontoisia, joten

on tärkeää, että tietosuoja on vahva. Potilaalta täytyy saada lainmukainen suostumus käyttää tietoja. Kun tietoa potilaasta on riittävästi ja se on virheetöntä, myös potilaslähtöisyys toteutuu paremmin. (Ensio, Häkkinen, Ikävalko ym. 2007, 11–16.)

Potilasturvallisuus vaikuttaa potilaslähtöisyyteen. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön mukaan potilasturvallisuuteen kuuluu periaatteet ja toiminnot joiden tarkoitus on suojata potilas vahingoilta ja taata hoidon turvallisuus eri hoito-organisaatioissa ja terveydenhuollon yksiköissä. (Helovuori, ym. 2011, 13–15.)

Potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioimisen pelätään usein ruuhkauttavan palveluita ja lisäävän kustannuksia. Kun potilas on oman hoitonsa keskiössä, lisääntyy myös hoitohenkilökunnan työssä tarkoituksenmukaisuus ja mielekkyys. Potilaan tarpeiden pohjalta, on hoitohenkilökunnan helpompi saavuttaa hoidon tavoitteet. (Suhonen, Stolt. 2013. 3–7.) Hoitajien kiireisyys ja tavoittamattomissa oleminen estävät potilaslähtöisyyttä. Jos potilasta ei kuunnella hänen hoitoonsa liittyvissä asioissa, potilaslähtöisyys ei toteudu. (Coyle & Williams 2001.)

Tutkimukset osoittavat, että joskus hoitajat kokevat, etteivät hoito-organisaation tuottavuusvaatimukset edistä potilaan yksilöllistä hoitoa. Yksilöllisen hoidon jäädessä toteutumatta myös potilaslähtöisyys kärsii. Useat hoito-organisaation resursseihin liittyvät tekijät, kuten hoitohenkilökunnan määrä, riittävä ja oikein kohdennettu ajankäyttö sekä hoitajan oman osaamisen sisältö vaikuttavat yksilöllisen hoidon toteutumiseen. Hoito-organisaation tulisi mahdollistaa hoitohenkilökunnalle koulutuksiin ja täydennyskoulutuksiin osallistumisia, jotta hoitohenkilökunnalla olisi mahdollisuus kehittää omaa ammattitaitoaan. (Gustafsson ym. 2009. 6–9.),

Hoito-organisaatio asettaa potilaalle rajoituksia ulkomaailmaan yhteydessä olemisesta hoidon aikana. Osastoilla on yleensä vierailuajat, jolloin omilla on mahdollisuus vierailla potilaan luona. Mitä intensiivisempää hoitoa potilas saa, sitä tarkemmat vierailuajat ovat. Nykyään sairaalat ovat teknistyneet ja moni asia tapahtuu tietokoneiden ja muiden laitteiden avulla, jolloin vaarana on potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhteen jääminen puutteelliseksi. (Lämsä 2013, 10–15.)

3.3 Potilas

Jokaisella ihmisellä on oikeus saada terveydentilaansa edellyttämää hoitoa. Potilaalla on oikeus hyvään ja yksilölliseen hoitoon. Yksilölliseen hoitoon kuuluu potilaan äidinkielen ja kulttuurin huomioiminen. Potilaalla on oikeus valittaa saamastaan hoidosta ja palveluista. (Valvira 2014).

Potilaslähtöisyydessä on kyse siitä, että potilas on omaa hoitoaan koskevien päätösten ja toimintojen teossa mukana. Potilaan ja hoitajan välillä tulisi olla avoin, tasavertainen ja luottamuksellinen hoitosuhde, jotta potilaslähtöisyys toteutuu. (Kvist 2004, 26; Hulme 2013, 10.)

Potilaat osallistuvat oman hoitonsa päätöksentekoon pienissä ja vähäpätöisimmissä päätöksissä kuin isoissa päätöksissä. Potilaista osa ei halua osallistua oman hoitonsa päätöksen tekoon lainkaan. Tämä hoitajan täytyy huomioida ja tukea ja kannustaa potilasta osallistumaan omaa hoitoaan koskeviin päätöksentekoihin. (Partanen, Sahlström & Turunen 2012, 10–11.)

Hoidosta ei pitäisi aiheutua potilaalle haittaa, jolloin potilasturvallisuus toteutuu potilaan näkökulmasta. Hoitotyöhön sisällytetään erilaisia menettelytapoja tai järjestelyjä, joiden tehtävä ei ole ainoastaan tavoittaa haluttua hoitotulosta vaan taata myös turvallinen hoito. Tällaisiin menettelytapoihin kuuluvat esimerkiksi tarkistusmenetelmät, joiden tarkoituksena on taata hoidon tarkoituksenmukainen toteutuminen. (Helovuori, ym. 2011, 13–15.)

On käynyt ilmi, että potilaat eivät aina perehdy heille annettuihin potilasoppaisiin. On tärkeää kannustaa potilaita perehtymään ja lukemaan potilasohjeita, jotta potilaiden turvallisuus ja potilaslähtöisyys toteutuu. Potilaat edistävät potilasturvallisuutta omalta osaltaan tutustumalla potilasoppaisiin. (Partanen ym. 2012, 10–11.)

Hoitohenkilökunnan mukaan potilaslähtöisyyttä edistävät potilaan oma motivoituneisuus ja aktiivisuus hoitoon liittyvissä toiminnoissa. Potilaiden pitäminen ajan tasalla heitä koskevasta hoidosta edistää potilaslähtöisyyttä. Omaisten roolia potilaan hoidossa pidetään myös tärkeänä. Omaisilta saatu tieto potilaasta ja hänen terveydentilastaan auttaa potilaan yksilöllisen hoidon suunnittelussa. (Gustafsson ym. 2009, 4–9.)

Potilaan sairaus ja sairauden eri vaiheet voivat olla esteenä potilaslähtöisyyden toteutumiselle. Hoitotyössä tarvitaan erilaisia hoitotyön toimintoja, jotta voidaan vastata yksilöllisesti potilaan hoidon tarpeisiin. Ainoastaan potilaan oma motivaatio ja hoitoon sitoutuminen eivät aina riitä, vaan hoidon suunnittelussa voidaan mahdollistaa myös potilaan omaisten osallistuminen hoitoon. (Gustafsson ym. 2009, 9–11.)

Vuorovaikutussuhde potilaan omaisiin voi olla haastava, mutta on tärkeää pitää omainen ajan tasalla hoidosta. Hoitotyöntekijät kohtaavat hoitotyössä potilaita, jotka tuovat asiansa rohkeasti esille. Hoitotyössä kohdataan myös arempia potilaita, joiden oma kanta koskien hoitoaan, ei välttämättä tule esille. Hoitajat kokevat kohtaamisen aremman potilaan kanssa haastavammaksi, kuin kohtaamisen rohkeamman potilaan kanssa. (Järnström 2011, 102–105.)

Kirurgisen potilaan hoito koostuu eri vaiheista, kuten pre-, intra- ja postoperatiivisesta hoitotyöstä. Nämä vaiheet toteutuvat jokaisen kirurgisen potilaan kohdalla, jolloin vaarana on, että potilaiden yksilöllinen hoito ei toteudu. Hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa tulisi huomioida potilaan elinympäristö, josta potilas tulee osastohoitoon. Etenkin ortopedisten potilaiden hoidon suunnittelussa tulee ottaa huomioon se tilanne, mistä he tulevat sairaalahoitoon ja mihin he palaavat sairaalahoidon päätyttyä. (Katajisto ym. 299–301.)

Potilaat kokevat, että he eivät kykene tunnistamaan hoitotyön virheitä. Potilaat ovat sitä mieltä, että he voisivat ennaltaehkäistä virhetilanteita. Onkin tärkeää, antaa potilaille tietoa virhetilanteista ja niiden tunnistamisesta. (Partanen, Sahlström & Turunen 2012, 10–11.)

Sairaalaan tullessaan potilas astuu uuteen ympäristöön ja hänen arkinänsä ja sosiaaliset suhteet jäävät sairaalan ulkopuolelle. Sairaalassa potilaasta tehdään usein lääketieteellinen objekti, joka joutuu katsomisen, puhumisen, kuuntelemisen ja koskettelun kohteeksi. (Lämsä 2013, 47–50.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa hoitohenkilökunnan näkökulmia potilaslähtöisyyden toteutumista erikoissairaanhoidossa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli myös selvittää potilaslähtöisyyttä estäviä ja edistäviä tekijöitä. Tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa miten erään kantahämäläisen sairaalan kolmen eri osaston hoitohenkilökunta kokee potilaslähtöisyyden ja sen mahdolliset estävät ja edistävät tekijät. Tavoitteena oli myös, että osastot pystyvät mahdollisesti opinnäytetyön avulla mahdollisesti edistämään potilaslähtöisyyttä ja tiedostavat mahdolliset potilaslähtöisyyttä estävät tekijät omassa yksikössään.

Tutkimusongelmat:

1. Miten potilaslähtöisyys toteutuu hoitotyössä?
2. Mitkä ovat hoitotyössä potilaslähtöisyyden estäviä ja edistäviä tekijöitä?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä, eli kvantitatiivisena tutkimuksena. Tietoa haettiin manuaalisesti hoitotyön artikkeleista, alan kirjallisuudesta sekä hoitotyön tutkimuksista. Tietoa haettiin myös sähköisistä tietokannoista.

5.1 Tiedon keruu

Opinnäytetyön tiedon keruu tapahtui erilaisilla asiasanoilla sähköisistä tietokannoista Medicistä, Melindasta ja Cinahlista. Medic-tietokannasta hakuja suoritettiin rajaamalla haut Pro graduihin ja väitöskirjoihin. Hakujen tuloksia olemme etsineet 2003–2015 välillä. Cinahl-tietokannasta haku-

kriteerit olivat: vuosiväli 2004–2015, all adult, adult 19–44 years, middle aged: 45–64 years, aged: 65+. Hausta jätettiin pois lapset ja perheet.

Manuaalisesti tietoa haettiin hoitotyön alan kirjallisuudesta. Tietoa haettiin kirjoista, artikkeleista ja hoitotyön tutkimuksista.

5.2 Määrällinen tutkimus

Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä, eli kvantitatiivisena tutkimuksena. Kvantitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat otoksen ja perusjoukon määrittely, numeerinen mittaaminen, muuttujien välisten yhteyksien tarkastelu, yleispätevyyden tavoittelu, tutkijan ja tutkittavien välinen etäinen suhde ja se, että johtopäätökset perustuvat aikaisempiin tutkimuksiin. (Vehviläinen, Julkunen & Kankkunen 2013. 60–63) Määrällisen tutkimuksen on tarkoitus vastata kysymyksiin “kuinka paljon” tai “miten usein.” Se kuvaa myös muuttujien välisiä suhteita ja eroja. Kvantitatiivisen tutkimuksen tutkimustieto saadaan numeroina, jonka tutkija tulkitsee ja selittää sanallisesti. Tutkija kuvailee millä tavalla tutkimustulokset eroavat, tai liittyvät toisiinsa. (Vilka 2014, 13.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen yksi tärkeimmistä vaiheista on se, kun tutkija muuttaa teoreettiset käsitteet arkikielen tasolle ja mitattavaan muotoon. Tätä vaihetta kutsutaan operationalisoinniksi. Tutkijan tulee määritellä tutkittavat asiat sellaisiksi, että niitä voidaan mitata. Tärkeintä on, että jokainen tutkimukseen vastaaja ymmärtää käsitteet samalla tavalla. Tällöin tutkimustulos on luotettava ja yleistettävissä. (Vilka 2014, 36–37.)

5.3 Mittarin laadinta

Mittari on kvantitatiivisessa tutkimuksessa väline, jolla saadaan tutkittavasta asiasta määrällinen tieto. Kvantitatiivisen tutkimuksen mittareita voivat olla muun muassa kysely-, haastattelu-, tai havainnointilomake. (Vilka 2014, 14.) Tämän opinnäytetyön tiedonkeruu tapahtui kyselylomakkeella. Kyselylomake oli muokattu Elonen, Laine, Ylönen 2002 ”Kysely hoitohenkilökunnalle asiakaslähtöisyydestä” mittarista.

Tärkeintä kyselylomakkeessa on, että kysymysten muoto on standardoitu. Standardoitu kyselylomake tarkoittaa sitä, että kaikki kysymykset esitetään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Kyselylomaketta käytetään silloin, kun halutaan selvittää yksittäisen henkilön mielipiteitä, asenteita, ominaisuutta tai käyttäytymistä. (Vilka 2014, 28.)

Tässä opinnäytetyössä haluttiin selvittää hoitohenkilökunnan näkemyksiä potilaslähtöisyydestä ja sen toteutumisesta, joten kyselylomake toimi mittarina hyvin. Elonen, Laineen ja Ylönen (2002) kyselylomakkeesta muokattu mittari tulostettiin paperiversiona ja toimitettiin osastoille. Osaston taukotiloihin vietiin suljetut laatikot, joihin kyselylomakkeet palautettiin.

Kyselylomake alkoi vastaajan taustatietojen kartoittamisella. Ensimmäisessä viidessä kysymyksessä kysyttiin vastaajan ammattinimikettä, työ-

suhdetta, työskentelypaikkaa, nykyisen erikoisalueen työuran pituutta ja mahdollista osallistumista potilaslähtöisyyttä tukevaan lisäkoulutukseen. Näiden kysymysten tarkoituksena oli kartoittaa selittäviä tekijöitä tutkittavien vastauksiin.

Seuraavat yhdeksäntoista kysymystä sisälsivät sekä A- ja B-kohdat. Kyselylomakkeessa käytettiin 5-portaista Likertin asteikkoa. Likertin asteikon perusideana on, että asteikon keskikohdasta lähtien toiseen suuntaan erimielisyys kasvaa ja keskikohdan toiseen suuntaan samanmielisyys kasvaa. (Vilka 2014, 46.)

A-kysymyksessä selvitettiin, kuinka samaa mieltä vastaaja on potilaslähtöisyyden toteutumisesta eri väittämien perusteella. Vastaajan tuli vastata kysymykseen ympyröimällä numero yhden ja viiden väliltä, jonka arvo parhaiten kuvaa hänen omaa mielipidettään. Numero yksi tarkoitti, että vastaaja oli täysin eri mieltä väittämän kanssa ja numero viisi tarkoitti vastaajan olevan täysin samaa mieltä väittämän kanssa. B-kohdassa taas selvitettiin sitä, kuinka usein kysytty asia toteutuu vastaajan yksikön toiminnassa. Tässä kohdassa numero 1 tarkoitti, ettei kysytty asia tapahdu koskaan, kun taas numero 5 tarkoitti, että kysytty asia toteutuu aina yksikön toiminnassa.

Ensimmäisten viiden kysymyksen oli siis tarkoitus antaa selittäviä tekijöitä tutkittavien vastauksiin. Seuraavat yhdeksäntoista väittämää perustuivat teorian pohjalta löytyneisiin asioihin, jotka tukevat potilaslähtöisyyden toteutumista.

Kyselylomaketta esiteltiin toukokuussa 2014 yhdeksällä sairaanhoitaja-opiskelijalla. Esitelluksen jälkeen kyselylomakkeeseen tehtiin vielä muutoksia, jotta kysymyksistä tulisi mahdollisimman selkeitä ja yksiselitteisiä. Mittarin esitelluksella haluttiin myös selvittää, että kyselylomakkeessa on vain olennaisia kysymyksiä, joiden avulla saadaan vastauksia tutkimusongelmiin.

5.4 Tutkimuksen perusjoukko ja aineiston keruu

Tutkimuksen perusjoukkona oli ennakkotietoihin perustuen erään sairaalan kolmen eri osaston, kaikki 75 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa henkilöä. Kyselylomakkeita vietiin osastoille yhteensä 75 kappaletta. Kyselylomakkeet jätettiin osastojen taukutiloihin, sekä vastauksille jätettiin erilliset suljetut laatikot, joihin oli selkeästi merkitty vastausaika.

Vastausaika tutkimukseen annettiin kaksi viikkoa. Vastausaika jatkettiin vielä viikolla, sillä kahden viikon jälkeen vastauksia oli tullut melko vähän. Lopulta palautuneita kyselylomakkeita tuli yhteensä 36 kappaletta. Tällöin vastausprosentti oli 48% eli toteutunut otos oli 36 vastaajaa.

5.5 Määrällisen tutkimuksen aineiston analyysi

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittarilla saatujen vastausten analysoinnissa on kolme eri vaihetta. Vaiheet ovat lomakkeiden tarkistus, aineiston muuttaminen numeraaliseen muotoon sekä aineiston tarkastus. (Vilkkä 2007, 105–107.)

Analyysitapa valitaan sen mukaan, mitä halutaan tutkia. Analyysitavan valintaan vaikuttaa se tutkitaanko ainoastaan yhtä muuttujaa, vai useamman muuttujan vaikutusta toisiinsa. (Vilkkä 2014, 119.)

Kyselylomakkeilla saadut tiedot analysoitiin JMP PRO -analysointiohjelmaa käyttäen. Tulosten analysoinnissa käytettiin apuna kyselyvastausten juoksevaa numerointia. Juokseva numerointi mahdollisti tarpeen tullen yksittäisen vastauksen tarkistamisen. Saadut tulokset suhteutettiin jo aiemmin tutkittuun tietoon ja teoriapohjaan. Tulosten esittelyssä käytettiin apuna taulukoita, jotka selkeyttivät tulosten esittelyä. Taulukkojen tarkoitus oli myös tukea ja selkeyttää opinnäytetyön kirjallista osuutta. Taulukot selkeyttivät myös opinnäytetyön esittelemistä.

Tutkimuksen tulosten analysointi vaiheessa käytettiin myös vastausten ristiintaulukointia, jotta tietoa saataisiin siitä, kuinka eri muuttujat vaikuttavat toisiinsa. Ristiintaulukointi ei kuitenkaan ollut luotettava, vähäisen vastaajamäärän vuoksi, joten tuloksia ei raportoida tässä opinnäytetyössä.

6 TULOKSET

Tässä kappaleessa käsitellään tutkimuksen tuloksia. Analysoitavia vastauksia tutkimuksessa oli 36 (N=36). Kyselylomakkeissa kysyttiin ensin taustatietoja kuten työhistoriaa, koulutuksia ja ammattinimikettä. Taustatietojen jälkeen kyselylomakkeessa kartoitettiin potilaslähtöisyyden estäviä ja edistäviä tekijöitä, erilaisilla väittämillä. Tulokset analysoitiin käyttämällä JMP PRO –analysointiohjelmaa.

6.1 Taustatiedot

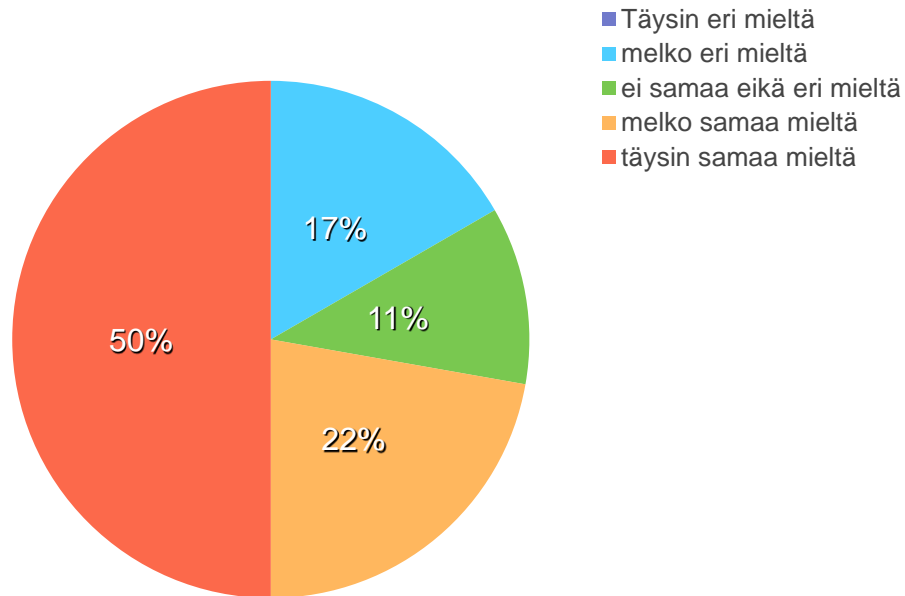
Vastaajista 75 % (n=27) oli sairaanhoitajia ja 25 % (n=9) lähi- tai perushoitajia. Määräaikaisessa työsuhteessa työskenteli 31 % (n=11) ja vakituksessa työsuhteessa 69 % (n=25) vastaajista.

Sisätautien vuodeosastolla työskenteli vastaajista 64 % (n=23) ja Kirurgian vuodeosastolla 36 % (n=13). Vastaajista 58 % (n=22) oli työskennellyt 0–15 vuotta, 25 % (n=9) 15–30 vuotta ja 17 % (n=6) 30–45 vuotta.

Potilaslähtöisyyttä tukeviin koulutuksiin vastaajista oli osallistunut 33 % (n=12) loput 67 % (n=24) ei koulutuksiin ollut osallistunut.

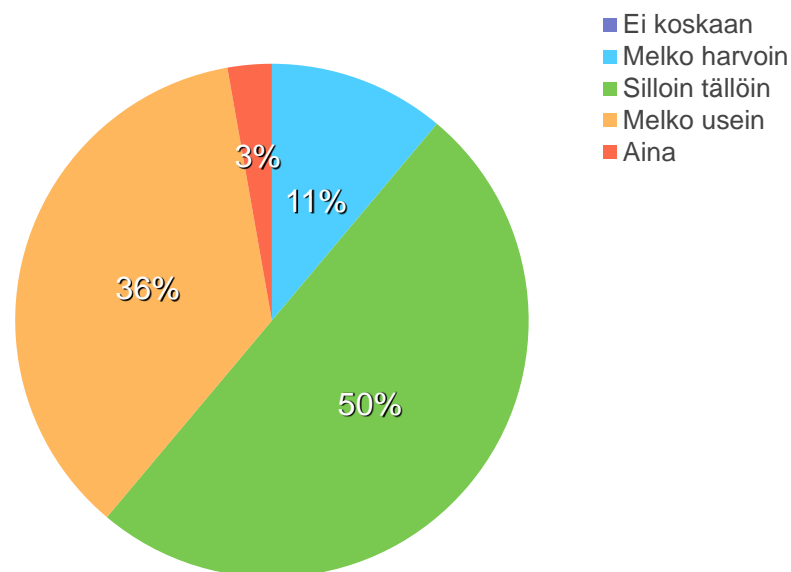
6.2 Kiireettömyys ja hoitohenkilökunnan määrä

Vastaajista 50 % (n=18) oli täysin samaa mieltä, että kiireettömyys edistää potilaslähtöisyyttä, 22 % (n=8) melko samaa mieltä, 11 % (n=4) ei samaa eikä eri mieltä ja 17 % (n=6) melko erimieltä (ks. alla kuvio 1).



Kuvio 1. Kiireettömyys potilaslähtöisyyden edistäjänä

Vastaajista kolme prosenttia (n=1) oli sitä mieltä, että yksikössä kiireettömyys toteutuu aina, 36 % (n=13) vastasi että kiireettömyys toteutuu melko usein, vastaajista 50 % (n=18) oli sitä mieltä, että kiireettömyys toteutuu silloin tällöin ja 11 % (n=4) tunsi kiireettömyyden toteutuvan melko harvoin (ks. alla kuvio 2).



Kuvio 2. Kiireettömyyden toteutuminen yksiköissä

Vastaajista 61 % (n=22) oli täysin samaa mieltä, että hoitohenkilökunnan riittävyys edistää potilaslähtöisyyttä, kahdeksan prosenttia (n=3) melko samaa mieltä, 14 % (n=5) ei samaa eikä eri mieltä ja 17 % (n=6) melko eri mieltä.

Vastaajista 14 %:n (n=5) mielestä yksikössä hoitohenkilökuntaa oli riittävästi melko usein, 47 %:n (n=17) mielestä silloin tällöin ja 39 %:n (n=14) mielestä melko harvoin.

6.3 Potilaan kuuntelu ja potilaan kanssa keskustelu

Vastaajista 67 % (n=24) oli täysin samaa mieltä, että potilaan kuuntelu edistää potilaslähtöisyyttä, melko samaa mieltä oli 28 % (n=10), ei samaa eikä eri mieltä kolme prosenttia (n=1) sekä melko eri mieltä kolme prosenttia (n=1).

Vastaajista kuusi prosenttia (n=2) oli sitä mieltä että yksiköissä potilasta kuunnellaan aina, 78 %:n (n=28) mielestä potilasta kuunnellaan melko usein ja 17 %:n (n=6) mielestä potilasta kuunneltiin silloin tällöin.

Vastaajista 64 % (n=23) oli täysin samaa mieltä, että potilaan kanssa keskustelu edistää potilaslähtöisyyttä, 31 % (n=11) melko samaa mieltä sekä kuusi prosenttia (n=2) ei samaa eikä erimieltä.

Vastaajista 11 %:n (n=4) mielestä omassa yksikössä potilaan kanssa keskustellaan aina, 66 % (n=24) mielestä melko usein, 20 %:n (n=7) mielestä silloin tällöin ja kolmen prosentin mielestä (n=1) melko harvoin.

Vastaajista 47 % oli täysin samaa mieltä, että kiinnostus hoidon tyytyväisyyteen on potilaslähtöisyyttä edistävä tekijä. Vastaajista 33 % (n=12) oli melko samaa mieltä, 14 % (n=5) ei samaa eikä eri mieltä ja kuusi prosenttia (n=2) melko eri mieltä.

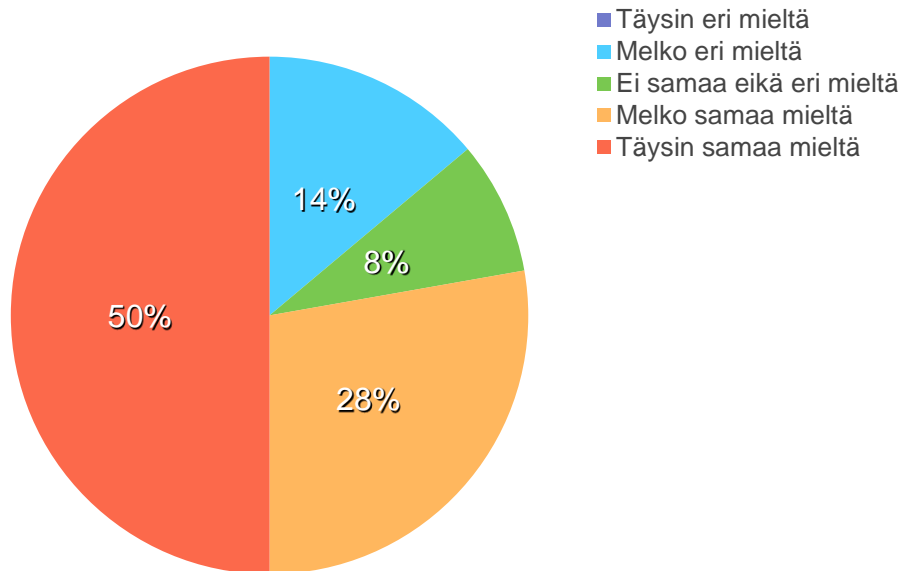
Vastaajista 17 %:n (n=6) mielestä heidän yksikössään ollaan kiinnostuneita potilaan tyytyväisyydestä hoitoon aina. Vastaajista 44 %:n (n=16) mielestä melko usein, 33 %:n (n=12) mielestä silloin tällöin ja kuuden prosentin (n=2) mielestä melko harvoin.

Vastaajista 69 % (n=25) on täysin samaa mieltä, että potilaan tiedon saanti hoidosta edistää potilaslähtöisyyttä, 28 % (n=10) melko samaa mieltä ja melko eri mieltä kolme prosenttia (n=1) vastaajista.

Vastaajista 19 %:n (n=7) mielestä omassa yksikössä potilaalle annettiin aina tietoa hoidosta, 53 %:n (n=19) mielestä tietoa annettiin melko usein, 25 %:n (n=9) mielestä silloin tällöin ja kolmen prosentin (n=1) mielestä ei koskaan.

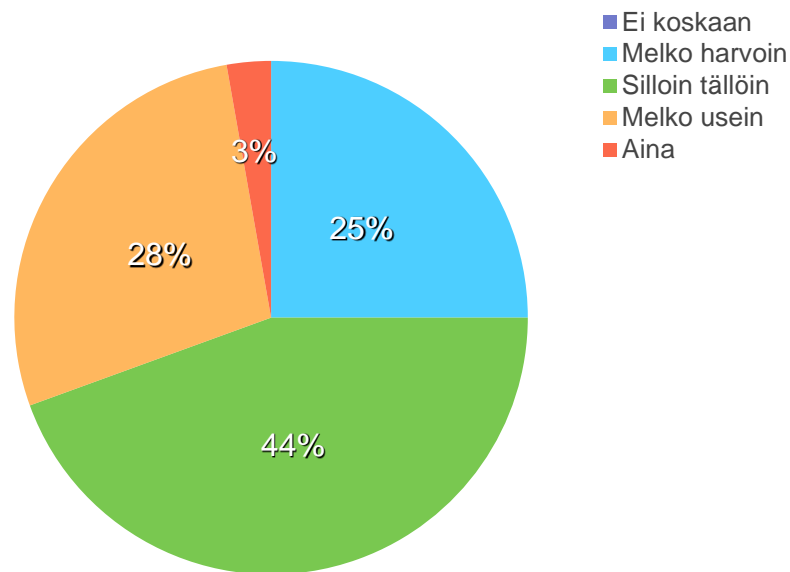
6.4 Yksilöllisyys

Vastaajista 50 % (n=18) oli täysin samaa mieltä, että yksilölliset ohjausmenetelmät edistävät potilaslähtöisyyttä, 28 % (n=10) melko samaa mieltä, kahdeksan prosenttia vastaajista ei samaa eikä erimieltä ja 14 % (n=5) melko erimieltä (ks. alla kuvio 3).



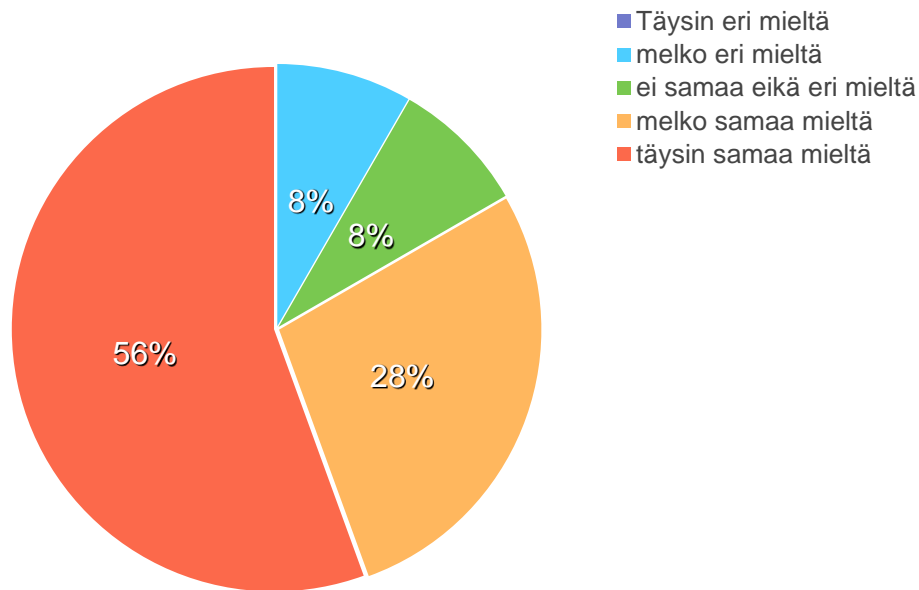
Kuvio 3. Yksilölliset ohjausmenetelmät potilaslähtöisyyden edistäjänä

Vastaajista kolmen prosentin (n=1) mielestä omassa yksikössä käytettiin aina yksilöllisiä ohjausmenetelmiä, 28 %:n (n=10) mielestä niitä käytettiin melko usein, 44 %:n (n=16) mielestä silloin tällöin ja 25 %:n (n=9) mielestä melko harvoin (ks. alla kuvio 4).



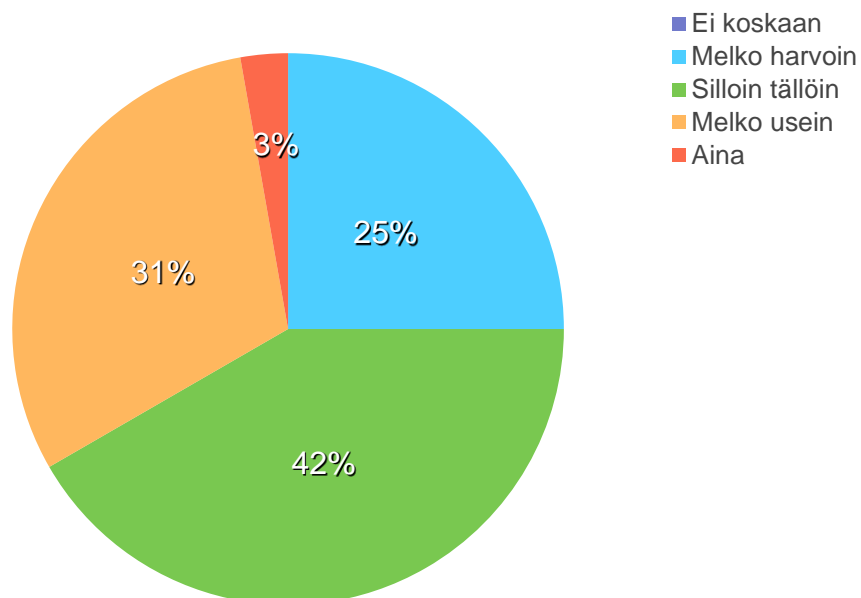
Kuvio 4. Yksilöllisten ohjausmenetelmien käyttö yksiköissä

Vastaajista 56 % (n=20) oli täysin samaa mieltä, että potilaan osallisuus oman hoidon suunnitteluun edistää potilaslähtöisyyttä, 28 % (n=10) melko samaa mieltä, kahdeksan prosenttia (n=3) vastaajista ei samaa eikä eri mieltä ja kahdeksan prosenttia (n=3) melko eri mieltä (ks. kuvio 5).



Kuvio 5. Potilaan osallisuus oman hoidon suunnitteluun potilaslähtöisyyden edistäjänä

Vastaajista kolme prosenttia (n=1) oli sitä mieltä, että potilas otettiin aina oman hoidon suunnitteluun mukaan, 31 %:n (n=11) mielestä melko usein, 42 %:n (n=15) mielestä silloin tällöin ja 25 %:n (n=9) mielestä melko harvoin (ks. kuvio 6).



Kuvio 6. Potilaan osallisuus oman hoitonsa suunnitteluun yksiköissä

Vastaajista 58 % (n=21) oli täysin samaa mieltä, että potilaan oma motivoituneisuus hoitoon edistää potilaslähtöisyyttä, 19 % (n=7) melko samaa mieltä ja 22 % (n=8) ei samaa eikä eri mieltä. Vastaajista kuusi prosenttia (n=2) oli sitä mieltä että potilaan motivoituneisuus hoitoon tapahtui yksiköissä aina, 47 %:n (n=17) mielestä melko usein, 42 %:n (n=15) mielestä silloin tällöin ja kuuden prosentin (n=2) mielestä melko harvoin.

6.5 Potilaan fyysisen psyykkisen ja sosiaalisen tilan selvittäminen

Vastaajista 50 % (n=18) oli sitä mieltä, että potilaan fyysisen tilan selvittäminen edistää potilaslähtöisyyttä, 39 % (n=14) melko samaa mieltä, kuusi prosenttia (n=2) ei samaa eikä eri mieltä ja kuusi prosenttia (n=2) melko eri mieltä.

Vastaajista 19 % (n=7) oli sitä mieltä, että heidän yksikössään selvitetään potilaan fyysinen tila aina, 72 %:n (n=26) mielestä melko usein ja kahdeksan prosenttia (n=3) vastasi silloin tällöin.

Vastaajista 54 % (n=19) oli sitä mieltä, että potilaan psyykkisen tilan selvittäminen edistää potilaslähtöisyyttä, 26 % (n=9) melko samaa mieltä, yhdeksän prosenttia (n=3) ei samaa eikä eri mieltä ja 11 % (n=4) melko eri mieltä.

Yksiköissä kuusi prosenttia (n=2) oli sitä mieltä, että potilaan psyykkinen tila selvitetään aina, 53 % (n=19) mielestä melko usein, 31 %:n (n=11) mielestä silloin tällöin ja 11 %:n (n=4) mielestä melko harvoin.

Vastaajista 50 % (n=18) oli täysin samaa mieltä, että potilaan sosiaalisen tilan selvittäminen edistää potilaslähtöisyyttä, 28 % (n=10) melko samaa mieltä, 11 % (n=4) ei samaa eikä eri mieltä, kahdeksan prosenttia (n=3) melko eri mieltä ja kolme prosenttia (n=1) täysin erimieltä.

Vastaajista kahdeksan prosenttia (n=3) oli sitä mieltä että heidän yksikössään selvitetään aina potilaan sosiaalinen tilanne, 56 %:n (n=20) mielestä melko usein, 22 %:n (n=8) mielestä silloin tällöin ja 14 % (n=5) mielestä melko harvoin.

6.6 Tiedon jakaminen

Vastaajista 39 % (n=14) on täysin samaa mieltä, että potilas lähtöisyyttä edistää jos omaisten tiedot potilaan hoidosta ovat ajan tasalla, 50 % (n=18) melko samaa mieltä, kahdeksan prosenttia (n=3) ei samaa eikä eri mieltä ja kolme prosenttia (n=1) vastasi olevansa melko eri mieltä.

Vastaajista kahdeksan prosenttia (n=3) oli sitä mieltä, että omaiset pidettiin tiedollisesti ajan tasalla aina, 78 % (n=28) mielestä melko usein, 11 %:n (n=4) mielestä silloin tällöin ja kolmen prosentin (n=1) mielestä melko harvoin.

Vastaajista 64 % (n=2) oli täysin samaa mieltä, että potilaan osallisuus hoitoon liittyvissä päätöksen teossa edistää potilaslähtöisyyttä, 28 % (n=10) oli melko samaa mieltä, kuusi prosenttia (n=2) ei samaa eikä eri mieltä ja kolme prosenttia (n=1) melko eri mieltä.

Vastaajista 11 % (n=4) vastasi, että potilas otetaan omassa yksikössä aina mukaan hoidon päätöksen tekoon, 36 %:n (n=13) mielestä melko usein, 42 %:n (n=15) mielestä silloin tällöin ja 11 %:n (n=4) mielestä melko harvoin.

6.7 Hoitajien tiedot, taidot ja koulutukset

Vastaajista 61 % (n=22) vastaajista oli täysin samaa mieltä, että tietojen ja taitojen pitäminen ajan tasalla edistää potilaslähtöisyyttä, 28 % (n=10) melko samaa mieltä, kahdeksan prosenttia (n=3) ei samaa eikä erimieltä ja kolme prosenttia (n=1) melko eri mieltä.

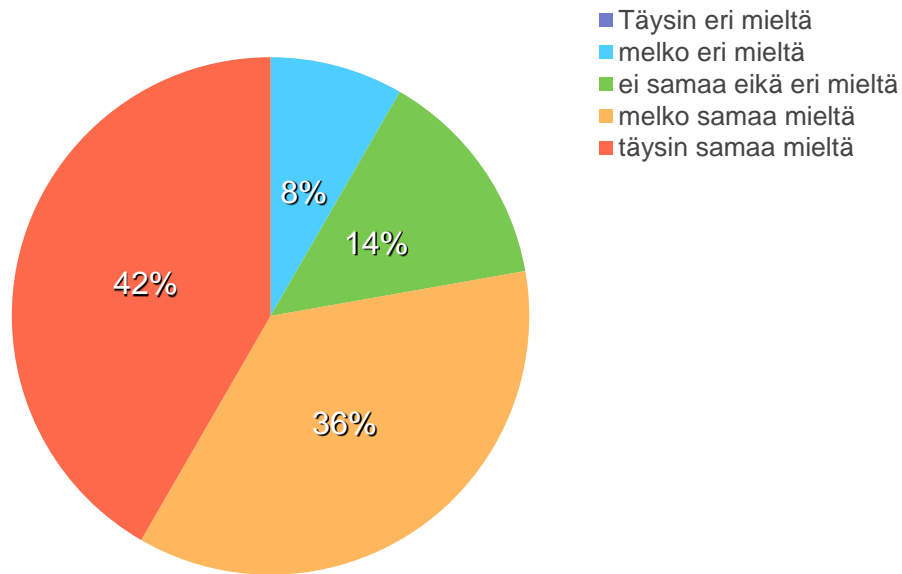
Vastaajista 14 % (n=5) on sitä mieltä, että hoitohenkilökunnalla on tiedot ja taidot aina ajan tasalla omassa yksikössä, 67 %:n (n=24) mielestä tiedot ja taidot ovat ajan tasalla melko usein, 17 %:n (n=6) mielestä silloin tällöin ja kolmen prosentin (n=1) mielestä melko harvoin.

Vastaajista 50 % (n=18) oli täysin samaa mieltä, että lisäkoulutusten käynti edistää potilaslähtöisyyttä, 33 % (n=12) oli melko samaa mieltä ja 17 % (n=6) ei samaa eikä eri mieltä.

Vastaajista 19 %:n (n=7) mielestä omassa yksikössä lisäkoulutukset vaikuttavat potilaslähtöisyyteen aina, 42 %:n (n=15) mielestä melko usein, 31 %:n (n=11) mielestä silloin tällöin ja kahdeksan prosentin (n=3) mielestä melko harvoin.

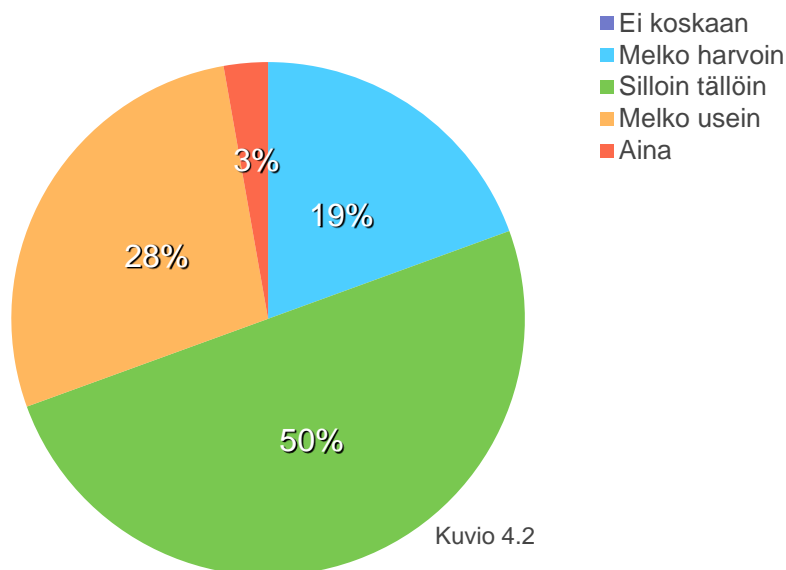
6.8 Organisaatio

Vastaajista 42 % (n=15) oli täysin samaa mieltä, että organisaation tuottamisvaatimusten täytyy tukea potilaslähtöisyyden toteutumista, 36 % (n=13) melko samaa mieltä, 14 % (n=5) ei samaa eikä eri mieltä ja kahdeksan prosenttia (n=3) melko eri mieltä (ks. alla kuvio 7).



Kuvio 7. Organisaation tuottamisvaatimukset potilaslähtöisyyden estäjänä

Vastaajista kolmen prosentin (n=1) mielestä organisaation tuottamisvaatimukset tukevat oman yksikön potilaslähtöisyyttä aina, 28 % (n=10) mielestä melko usein, 50 % (n=18) mielestä silloin tällöin ja 19 % (n=7) mielestä melko harvoin (ks. alla kuvio 8).



Kuvio 4.2

Kuvio 8. Organisaation tuottamisvaatimukset potilaslähtöisyyden estäjänä yksiköissä

Vastaajista 53 % (n=19) oli täysin samaa mieltä, että yhteiset hoitotyön periaatteet edistävät potilaslähtöisyyttä, 22 % (n=8) oli melko samaa mieltä, 22 % (n=8) ei samaa eikä eri mieltä ja kolme prosenttia (n=1) melko eri mieltä.

Vastaajista 11 %:n (n=4) mielestä yksikön yhteiset hoitotyön periaatteet toteutuvat yksikössä aina, 53 %:n (n=19) mielestä melko usein, 33 %:n (n=12) mielestä silloin tällöin ja kolmen prosentin (n=1) mielestä melko harvoin.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustuloksia tarkastellessa voi huomata, että potilaslähtöisyyteen vaikuttaa moni asia sidottuna toisiinsa.

7.1 Vastaajien taustatiedot

Suurin osa kyselyyn vastanneista oli ammatiltaan sairaanhoitajia. (75 %, n=26) Loput vastaajista oli lähi- tai perushoitajia. Kyselyyn vastauksia saatiin enemmän sisätautien vuodeosastolta (64 %, n=23). Yksiköiden vastausprosenttien jakaumassa täytyy kumminkin ottaa huomioon, että kyselyyn osallistui kaksi sisätautienvuodeosastoa ja yksi kirurgianvuodeosasto. Vastaajista 69 % (n=25) olivat vakituisessa työsuhteessa.

Vastanneista (n=36) suurin osa (37 %, n=13) oli työskennellyt nykyisellä ammattinimikkeellään 0–5 vuotta. Toiseksi eniten vastanneita oli 5–10 ja 25–30 vuotta työskennelleissä, sillä heitä molempia vastaajista oli 14 % (n=5). Tämä tarkoittaa siis sitä, että vastaajissa oli enemmän lyhyemmän työuran tehneitä hoitajia, kuin pitkän työuran tehneitä. Tästä voi tehdä myös johtopäätöksen, että yksiköissä on vaihtunut henkilökuntaa viiden vuoden sisällä runsaasti koska suurin osa hoitajista on vakituisia ja myös suurin osa on työskennellyt 0–5 vuotta.

7.2 Potilaan kiireetön kohtaaminen ja kuunteleminen

Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että kiireettömyys edistää potilaslähtöisyyttä. Vastaajista kolme prosenttia (n=1) koki, että kiireettömyys toteutuu omassa työyksikössä aina. Alle puolet vastaajista koki, että kiireettömyys ei toteudu melko usein. (36 % n=13) Tästä voi tehdä johtopäätöksen, että kiire on yksi potilaslähtöisyyttä estävä tekijä kyseisissä yksiköissä.

Vastaukset kiireettömyydestä ovat samantyyppisiä kuin edeltävissä tutkimuksissa. Kiireettömyyteen vaikuttaa hoito-organisaation resurssit, esim. hoitohenkilökunnan määrä ja oikeinkohdennettu ajankäyttö. (Gustafsson ym. 2009, 6–9.)

Aikaisempien tutkimusten pohjalta on huomattu, kuinka tärkeää potilaan kuunteleminen on potilaslähtöisyyden toteutumiseksi. Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus vaikuttaa paljon kuuntelemiseen sekä siihen kuinka potilas tuo esille toiveensa hoitoonsa liittyen. Onnistuneen vuorovaikutus suhteen luomiseen vaikuttavat niin hoitohenkilökunnan puute kuin kiire. (Hulme 2013, 10–12.)

Tässä tutkimuksessa 78 % (n=28) oli sitä mieltä, että potilasta kuunnellaan omassa työyksikössä melko usein. Vastaaajista 3 % (n=1) koki, että kiireettömyys toteutuu omassa yksikössä aina ja 36 % (n=13) kokee kiireettömyyden toteutuvan silloin tällöin. Voidaan katsoa, että tutkimuksen yksiköissä potilaan kuunteleminen toteutuu melko hyvin vaikka kiireettömyys ei yksiköissä toteudu.

Hulmeen tutkimuksessa on käynyt ilmi, että potilaan kuunteleminen ja hoitajan ja potilaan hyvä vuorovaikutus suhde vaikuttavat siihen kuinka potilas tuo esille omia toiveitaan hoitoonsa liittyen. Kun potilas tuo toiveensa omaan hoitoon liittyen esille potilaslähtöisyys paranee. (Hulme 2013, 10–12.) Tutkimuksen yksiköissä vastaukset kiireettömyydestä ja potilaan kuuntelemisesta ovat hieman ristiriidassa. Vastanneiden mielestä potilasta kuunnellaan, mutta kiireettömyys ei toteudu. Aiemmissa tutkimustuloksissa on käynyt ilmi, että vuorovaikutus hetkelle ja potilaan kuuntelemiselle on varattava aikaa, jotta potilas tuo esille omia mielipiteitään hoidosta. Potilaslähtöisyyttä edistäväksi tekijäksi aiemmissa tutkimuksissa onkin noussut potilaan oma mielipide hoidosta. (Hulme 2013, 10–12.)

Potilaan tiedonsaanti koettiin potilaslähtöisyyttä edistäväksi tekijäksi. Vastaaajat kokivat yksiköissään potilaiden tiedon saannin onnistuvan hyvin. Yli 50 % vastasi, että potilaan tiedon saanti toteutuu omassa työyksikössä aina tai melko usein. Potilaan tiedon saannin voikin nostaa myös kyseisillä osastoilla potilaslähtöisyyttä edistäväksi tekijäksi.

Osa potilaista ei halua osallistua oman hoitonsa päätöksen tekoon. Hoitajan on hyvä huomioida tämä ja motivoida ja kannustaa potilasta osallistumaan hoitoonsa liittyviin päätöksen tekoihin. (Partanen ym. 2012, 10–11.)

Tämän tutkimuksen yksiköissä hoitohenkilökunta koki potilaan osallisuuden hoitoon liittyvissä päätöksissä potilaslähtöisyyttä edistäväksi tekijäksi (63 % n=23 täysin samaa mieltä). Omassa yksikössä vastaajien mielestä potilasta ei otettu mukaan päätöksien tekemiseen useasti, 11 % n=4 vastasi aina.

7.3 Hoitohenkilökunnan riittävyys suhteessa potilasmäärään

61 % (n=22) vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että hoitohenkilökunnan riittävyys potilasmäärään nähden auttaa potilaslähtöisyyden toteutumisessa. 47 % (n=17) vastaajista tunsi, että heidän yksikössään hoitohenkilökuntaa on melko usein riittävästi. Voidaan pohtia, onko tarpeeksi, jos hoito henkilökuntaa on melko usein paikalla riittävästi. Varsinkin kun hoitohenkilökunnan riittävyys on yksi potilaslähtöisyyden edistävä tekijä. Hoitohenkilökunnan riittämättömyys voidaan nostaa potilaslähtöisyyttä estäväksi tekijäksi kyseisissä yksiköissä.

Tutkimustiedon mukaan potilaat eivät aina tutustu heille annettuihin potilasoppaisiin. On tärkeää, että potilaat tutustuvat potilasoppaisiin, koska näin he edistävät potilasturvallisuutta ja samalla potilaslähtöisyyttä. (Partanen, Sahlström & Turunen 2012, 10–11.) Hoitajien on tärkeää kannustaa

potilasta omaan aktiivisuuteen ja motivoida potilasta, koska tämä edistää potilaslähtöisyyttä. (Gustafsson ym. 2009, 4–9)

Myös tämän tutkimuksen yksiköissä oltiin sitä mieltä, että potilaslähtöisyyden toteutuminen on myös potilaan vastuulla, eikä ainoastaan hoitohenkilökunnan. Tästä kertoo se, että vastausten mukaan potilaan oma motivoituneisuus omaan hoitoonsa kuuluu vastaajien mielestä potilaslähtöiseen hoitotyöhön (täysin samaa mieltä vastauksia 58 %, n=21). Yksiköissä potilaiden omaan hoitoonsa motivoituneisuus toteutuu silloin tällöin 42 %:n (n=15) mielestä ja melko usein 47 %:n (n=17) mielestä. Vastauksista voi päätellä, että tutkituilla osastoilla potilaan oma motivoituneisuus on potilaslähtöisyyttä edistävä tekijä.

Tutkituissa yksiköissä organisaation tuottamisvaatimusten koetaan tukevan potilaslähtöisyyttä vain silloin tällöin (50 %, n=18). Tuottamisvaatimukset voivat olla yhteydessä hoitohenkilökunnan määrään; yksiköissä koetaan, ettei henkilökunnan määrällä pystytä vastaamaan organisaation tuottamisvaatimuksiin. Yksiköissä 33 % (n=12) oli osallistunut potilaslähtöisyyttä tukeviin koulutuksiin ja loput 67 % (n=24) ei ollut osallistunut koulutuksiin.

Tästä voi päätellä, että tutkimuksen yksiköissä organisaation tuottamisvaatimukset estävät potilaslähtöisyyttä. Aiemman tutkimustiedon mukaan hoito-organisaation tulisikin mahdollistaa hoitohenkilökunnalle koulutuksiin osallistumisen. Näin hoitohenkilökunnalla olisi mahdollisuus kehittää omaa ammattitaitoaan ja vastata hoito-organisaation tuottamisvaatimuksiin. (Gustafsson, ym. 2009. 6-9.)

Aiemmat tutkimustulokset osoittavat myös, että hoitajilta odotetaan oman ammattitaidon kehittämistä. (Katajisto ym. 2012, 82–91). On tärkeää, että hoitajat kehittävät ammattitaitoaan. Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat sen, että vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että hoitajalla täytyy olla vaadittavat tiedot ja taidot ajan tasalla.

7.4 Psykkisen, sosiaalisen ja fyysisen toimintakyvyn selvittäminen

Ihmisen hoitoon kuuluu niin fyysinen, psyykinen kuin sosiaalinen alue. Hoidossa on tärkeää ihmisen psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen tilan selvittäminen. Tätä mieltä olivat myös kyselyyn vastannut hoitohenkilökunta.

Yli 50 % vastasi kaikkien fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tilan selvittämisen kuuluvan potilaslähtöiseen hoitotyöhön. Yksiköissä vastanneiden mielestä fyysinen tila selvitetiin aina tai melko usein 91 % (n=33), psyykinen tila 59 % (n=21) ja sosiaalinen tila 64 % (n=23).

Tuloksista voimme päätellä, että fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tilan selvittäminen edistää yksiköiden potilaslähtöisyyttä. Varsinkin fyysisen tilan selvittäminen osastoilla onnistuu valtaosassa potilastapauksissa. Potilaan psyykinen tila on yksiköissä selvillä aina tai melko usein 59 % (n=21) mielestä. Psyykkisen ja fyysisen tilan selvittämisen vastauserot johtuvat varmasti myös siitä, että tutkimus oli osoitettu somaattisen puolen

yksiköille, eikä tutkimus ollut osoitettu psykiatrisille yksiköille, joissa psyykkisen tilan selvittäminen ja selvillä oleminen on hoidon perusta.

7.5 Yksilölliset ohjausmenetelmät

Aiempien tutkimusten tiedon pohjalta voidaan sanoa, että yksilölliset ohjausmenetelmät edistävät potilaslähtöisyyttä. Potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioimisen pelätään usein ruuhkauttavan palveluita ja lisäävän kustannuksia. Tästä huolimatta täytyy muistaa, että kun potilas on hoitonsa keskipisteenä, myös potilaslähtöisyys paranee. (Suhonen & Stolt, 2013, 3–7.) Jokaisella potilaalla on myös oikeus saada yksilöllistä ja terveyden tilaansa edellyttävää hoitoa. (Valvira 2014.)

Tutkimuksen yksiköissä 50 % (n=18) vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että yksilölliset ohjausmenetelmät edistävät potilaslähtöisyyttä. Vastauksista selviää, että 44 % (n=16) mielestä heidän työskentely-yksiköissään käytetään yksilöllisiä ohjausmenetelmiä silloin tällöin. Vastauksista voidaan päätellä, että yksilölliset ohjausmenetelmien puutos on yksiköissä potilaslähtöisyyttä estävä tekijä. Tästä voidaan myös päätellä, että yksiköissä ei aina toteudu yksilöllinen hoito, koska potilasohjaus on yksi osa potilaan yksilöllistä hoitoa. On tärkeää ottaa potilasohjauksessa huomioon potilaan yksilölliset tiedon tarpeet ja potilaan omat näkemykset hoidosta. (Eloranta ym. 2014, 63–67.)

Kyselylomakkeen perusteella ei selviä, millaisia yksilöllisiä ohjausmenetelmiä työyksiköissä käytetään.

7.6 Yhteenveto johtopäätöksistä

Tutkimustuloksia tarkastellessa voi huomata, että potilaslähtöisyyteen vaikuttaa moni asia sidottuna toisiinsa. Jos hoitohenkilökuntaa ei ole tarpeeksi on selvää, että kiire lisääntyy, joka vaikuttaa potilaslähtöisyyteen estävästi. Jos hoitohenkilökuntaa olisi riittävästi, saman työmäärän pystyisi tekemään ilman kiirettä.

Kiireeseen ja muihin potilaslähtöisyyttä estäviin tekijöihin vaikuttaa myös organisaation vaatimukset, joissa ei aina ole otettu huomioon juurikin henkilökunnan määrää ja potilaiden määrää. Aiemman tutkimustiedon mukaan on huomattu, etteivät hoito-organisaation tuottamisvaatimukset edistä potilaan yksilöllistä hoitoa. (Gustafsson ym. 6–9).

Teoria tiedon pohjalta on noussut esille estäväksi tekijäksi hoitajiin kohdistuva paine. Tähän omalta osaltaan vaikuttaa organisaation vaatimukset ja usein vaatimukset koskevat tuottavuutta. Tuottavuus lisääntyy, kun asia tehdään juuri oikealla henkilökuntamäärällä, tietyssä ajassa ja niin, ettei siitä koidu organisaatiolle liian korkeita kustannuksia.

Henkilökunnan hyvinvointi vaikuttaa myös potilaan hoitoon, jos henkilökunta voi hyvin myös potilaat saavat parempaa hoitoa. (Gustafsson ym.

2009, 4–13.) Tutkimuksessa nousi esille, että hoito-organisaation vaatimukset estävät potilaslähtöisyyttä kyseisissä yksiköissä.

Tutkimustuloksista käy myös ilmi, että yksilöllisyys kaikilla tavoin edistää potilaslähtöisyyttä. Mutta yksilöllistä hoitoa voi olla vaikea toteuttaa, jos hoitohenkilökuntaa ei ole riittävästi tai hoitohenkilökunnalla on kiire.

Hoitajilta odotetaan myös hoitotyön lisäksi työyhteisön ja oman ammattitaidon kehittämistä. (Katajisto ym. 2012, 82–91.) Tämä voikin luoda paineita hoitajille. Paineiden kasautuessa ei hoitohenkilöstö voi hyvin. Tärkeää on myös se, että hoito-organisaatio ei aseta hoitajille liikaa paineita jolloin hoitohenkilökunta ei voi hyvin ja potilaan yksilöllinen hoito ei toteudu. Kun potilaan yksilöllinen hoito ei toteudu ei toteudu myöskään potilaslähtöisyys.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan näkökulmia potilaslähtöisyyden toteutumisesta erikoissairaanhoidossa sekä selvittää potilaslähtöisyyttä estäviä ja edistäviä tekijöitä.

Tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa miten hoitohenkilökunta kokevat potilaslähtöisyyden ja sen mahdolliset estävät ja edistävät tekijät. Tavoitteena oli myös, että osastot, joihin tutkimus kohdistuu, pystyvät opinnäytetyön avulla edistämään potilaslähtöisyyttä ja tiedostavat mahdolliset potilaslähtöisyyttä estävät tekijät. Tutkimustulokset ovat melko samankaltaisia kuin aiemmissa aiheesta tehdyissä tutkimuksissa.

Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että potilaslähtöisyyttä tutkittavissa yksiköissä estävät hoitohenkilökunnan riittämättömyys, kiire, organisaation vaatimukset ja yksilöllisten ohjausmenetelmien puute.

Tutkittavissa yksiköissä potilaslähtöisyyttä edistävät potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tilanteen selvittäminen. Edistäviksi tekijöiksi nousi myös potilaan kuunteleminen ja potilaan tiedon saanti hoidostaan ja potilaan oma motivoituneisuus.

8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimustoimintaa säätevissä laeissa määrätään jokaiselle tutkimus aineistoon vastanneille tietyt oikeudet. Tutkimusaineistoa kerätessä onkin kiinnitettävä huomiota tutkittavien ihmisten oikeuksiin ja kohteluun. Tutkittavia tulee informoida tutkimuksesta etukäteen ja tutkittavia tulee kohdella rehellisesti ja kunnioittavasti. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla täysin vapaaehtoista. Kaikille tutkittaville taataan anonymiteetti, eli heidän henkilötietojaan ei paljasteta missään tutkimuksen vaiheessa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 367.)

Tulosten analysoinnissa on keskeistä, että analyysi tehdään tieteellisesti luotettavasti. Koko kerätty aineisto tulee analysoida, eikä yhtäkään kysely-

tutkimuksen kysymystä voi jättää analysoimatta. Saadut tutkimustulokset tulee raportoida rehellisesti, muuttamatta tai valikoimatta raportoitavia tuloksia. Raportointiin ei myöskään saa vaikuttaa tutkijan omat ennako- asenteet. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 370.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen laadun ja sen arvioinnissa voidaan käyttää apuna kriteereitä. Näitä ovat muun muassa samankaltaisuus aiempien tutkimusten tulosten kanssa, mahdolliset rajoitukset tutkimuksessa, tulosten yleistettävyyden ja otoksen hankintatapa. Tutkimuksen mahdollisia rajoituksia voi esimerkiksi olla lähteiden epäluotettavuus ja kirjallisuuskatsauksen suppea kattavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2013, 63–65.)

8.1.1 Tutkimusaineiston keruun ja tulosten analysoinnin eettisyys ja luotettavuus

Työn eettisyys ja luotettavuus on otettu huomioon joka vaiheessa tätä opinnäytetyötä tehdessä. Aineiston keruussa käytettiin lähteitä, jotka ovat julkaistu viimeisen viidentoista vuoden aikana. Lähteinä käytettiin alkupe- räislähteitä, eli lähteinä ei käytetty esimerkiksi väitöskirjoihin pohjautuvia lehtiartikkeleita.

Ennen kyselylomakkeiden toimittamista yksiköihin, tiedettiin ainoastaan kuinka monta hoitotyöntekijää kyseisillä osastoilla yhteensä työskentelee ja kyselylomakkeita toimitettiin yksiköihin ennakkotietojen perusteella tietty määrä. Kyselyyn vastaamalla tutkittavat antoivat tietoisesti suostu- muksen tutkimukseen osallistumisesta. Saatekirjeessä oli tietoa opinnäyte- työn tarkoituksesta ja tavoitteista, sekä vastaajan mahdollisuudesta olla vastaamatta kyselyyn.

Eettisyys hoitohenkilökunnan näkökulmasta oli huomioitu siinä, että ky- symyslomakkeisiin vastattiin nimettömästi ja koko projektin ajan vastaaji- en anonymiteetti säilyi. Tutkimusaineiston keräämiseksi osastoille vietiin suljettu laatikko, johon tutkimukseen osallistujat laittoivat vastatut kysely- lomakkeet. Tällä turvattiin nimettömyys, koska näin vastaukset eivät kul- keneet esimerkiksi osastonhoitajien kautta, vaan tulivat suoraan tulosten käsittelijöille.

Kaikki tutkimustulokset syötettiin analysointiohjelmaan yksitellen. Yhtä- kään vastausta ei jätetty syöttämättä analysointiohjelmaan ja tulokset ra- portointiin rehellisesti, tuloksia muuttamatta. Analysointiin ei myöskään vaikuttanut tutkijoiden mielipiteet tai asenteet, eikä niitä tulkittu millään tavalla. Koko tutkimusprosessin ajan tutkimusaineistoja säilytettiin, käsi- teltiin ja lopuksi ne hävitettiin asianmukaisesti.

8.1.2 Mittarin luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelma määrittää sen, mitä mittarin tulee mitata. Tutkimusongelmat tulee määrittää täsmällisesti, jotta tutkija tietää mitä mittarin tulee mitata. Aiempaan teoriatietoon valitusta aiheesta tulee perehtyä hyvin, jotta mittari on mahdollisimman luotettava. Aiempaan tietoon perustuen avainkäsitteet ja alakäsitteet tulee määrittää,

eli operationalisoida. Ennen mittarin valmistamista tutkijan tulee myös arvioida se, että tutkimuksen perusjoukolla on tietoa tutkimuksen aiheesta. (Vilkkä 2007, 63–64.)

Mittarin luotettavuuteen vaikuttavat myös kysymysten muotoilu ja esitystapa, saatekirje, vastausohjeet, sekä se onko ennalta mietitty kyselyyn vastaajien mahdolliset esteet kyselyyn vastaamisessa. Kyselyyn vastaamisen mahdollisia esteitä voi olla esimerkiksi, se ettei vastaajilla ole yhtäläisiä mahdollisuuksia vastata kyselyyn, kuten internet-kyselyyn osallistuvalla perusjoukolla ei ole kaikilla käytössään tietokonetta. (Vilkkä 2007, 63–65.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimusongelmat määrittivät kyselylomakkeiden kysymykset. Teoria tietoa etsittäessä löytyi tutkimus, joka oli tutkitulta aiheeltaan samanlainen kuin tämä tutkimus. Tutkimukseen oli käytetty kyselylomaketta, joka koostui kysymyksistä, joihin oli monivalintaiset vastausvaihtoehdot. Kysymykset käytiin yksitellen läpi, niitä verrattiin tutkimusongelmiin ja ne kysymykset, jotka eivät antaneet vastausta tutkimusongelmiin jätettiin pois. Valmista kyselylomaketta myös muokattiin niin, että vastauksia saatiin kaikkiin tutkimusongelmiin.

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen tulosten saamiseksi päädyttiin käyttämään paperista kyselylomaketta. Paperisella kyselylomakkeella haluttiin tehdä vastaamisesta mahdollisimman helppoa, sillä hoitohenkilökunta pystyi vastaamaan kyselyyn esimerkiksi kahvitauolla taukotilassa. Perusjoukolla oli yhtäläiset mahdollisuudet vastata kyselyyn, sillä vastaamiseen tarvittiin ainoastaan kynä, eikä vastaaminen vienyt ajallisesti pitkään.

Kyselylomakkeen kysymykset olivat monivalintakysymyksiä, joihin oli valmiiksi annettu viisi vastausvaihtoehtoa. Vastausvaihtoehdot on kerrottu jo aiemmin tässä opinnäytetyössä. Tutkijan tulisi käyttää tutkimuksessaan useampia vastausvaihtoehtoja, jotta tutkimukseen saadaan riittävästi tietoa (Vilkkä 2007, 71). Vastausten vaihtoehdot olivat myös selkeästi toistensa poissulkevia, mikä näkyi siinä, että jokainen vastaaja oli vastannut yhteen kysymyksen yhden vastausvaihtoehdon. Myös ohjeistus kyselyyn vastaamisesta antoi selkeän ohjeen siitä, että jokaiseen kohtaan tulee yksi vastaus.

Jokaisessa kysymyksessä kysyttiin vain yhtä asiaa. Tällä vältyttiin siltä, ettei tutkimukseen tullut tutkijoiden omia tulkintoja siitä, mihin kysymykseen vastaaja on vastannut. Kysymyksissä käytettiin myös sellaisia sanoja, jotka ovat yleisesti käytössä ja tiedossa.

Kysymykset muotoiltiin niin, että ne olisivat mahdollisimman täsmällisiä. A-kohdan kysymyksissä pääotsikko oli ”Potilaslähtöisyys toteutuu hoitotyössä kun”, B-kohdassa kysyttiin ”Toteutuuko kysytty asia tämän hetkessä työyksikössäsi?”. B-kohdan ”Tämän hetkinen työyksikkö” on melko tulkinnanvarainen, sillä sen voi tulkita tarkoittavan sitä paikkaa, missä vastaaja juuri vastaushetkellä työskentelee. Esitietojen perusteella kuitenkin tiesimme, että hoitohenkilökunta tarpeen vaatiessa kiertää tarvittaessa

muilla osastoilla auttamassa työvuoron ajan, se vastaako vastaaja oman yksikkönsä vai vähän vieraamman yksikön näkökulmasta kyselyyn, voi vaikuttaa tuloksiin.

Kyselylomakkeessa A-kohdan ”Potilaslähtöisyys toteutuu hoitotyössä kun:”- otsikon alla kysyttiin erilaisia asioita siitä, milloin vastaajan mielestä potilaslähtöisyys toteutuu. Vastausten perusteella kaikki A-kohdan väittämät olivat potilaslähtöisyyteen kuuluvia asioita, jolloin vastauksetkin olivat hyvin yhdenmukaisia. Jos väittämät olisivat olleet hieman toisistaan poikkeavia, myös vastauksiin olisi saatu eroja. Toisaalta tutkimusongelmiin saatiin vastauksia B-kohdan avulla, jossa kysyttiin toteutuuko kysytyt asiat vastaajan oman yksikön toiminnassa.

8.1.3 Vastaajien määrä

Kyselylomakkeita vietiin osastoille yhteensä 75 kappaletta, joista 36 lomaketta palautui. Tämän tutkimuksen otos oli lähtökohdiltaan jo melko pieni. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa otoksen tulisi olla mahdollisimman suuri, jotta tutkimustulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Suuremmat otoskoot vaativat aina erilaiset ja hieman vaativammat analyysimenetelmät kuin pienemmät otoskoot (Vilkkä 2007, 57). Tämän vuoksi esimerkiksi ristiintaulukointi tässä opinnäytetyössä ei antanut luotettavaa tulosta, sillä vastaajia ei ollut tarpeeksi.

Tutkimukseen jätti vastaamatta yli 50 % perusjoukosta, jolloin tutkimuksen kato oli melko suuri. Tämän tutkimuksen vastausprosentti oli 48 %. Kyselytutkimuksissa vastausprosentti saattaa olla vain 25–30 % otoksesta (Vilkkä 2007, 59). Yleiseen vastausprosenttiin verrattuna tämän tutkimuksen vastausprosentti oli hyvä. Pienestä vastaajamäärästä johtuen, tämän opinnäytetyön tulokset eivät ole yleistettävissä. Jo lähtökohtaisesti pieni vastaajamäärä vaikuttaa myös työn luotettavuuteen, sillä kvantitatiivinen tutkimus vaatii yleensä suuremman vastaajamäärän.

Tässä tutkimuksessa yhden kyselylomakkeen vastaukset asettuivat täysin samalla tavalla lähes jokaisessa kohdassa. Jokaiseen kysymykseen oli vastattu B-kohdassa arvo 5, joka tarkoitti sitä, että kysytty asia toteutuu kyseisessä yksikössä aina. Tässä tapauksessa voitaisiin pohtia sitä, ovatko kyseisen kyselylomakkeen vastaukset luotettavia. On mahdollista, että vastaaja kokee, että kaikki kysytyt asiat toteutuvat aina kyseisessä yksikössä. On myös mahdollista, että kyselylomakkeeseen vastaaminen on tapahtunut kiireessä, jolloin vastauksen antaminen on tapahtunut täysin sattumanvaraisesti, vastausta tarkoittamatta.

8.2 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimuksena voisi toteuttaa tutkimuksen, jossa tutkittaisiin, kuinka vahvistaa tutkimuksessa nousseita edistäviä tekijöitä hoitotyössä sekä kuinka vähentää estäviksi tekijöiksi nousseita asioita hoitotyössä. Potilaslähtöisyyttä estäviä tekijöitä voisi myös tutkia lisää. Estäviä tekijöitä voisi

tutkia isommalla otoksella, jolloin tutkimustulokset olisi paremmin yleistettävissä.

Jatkotutkimuksen voisi tehdä myös pienemmällä otoksella, jolloin tutkimuksen voisi toteuttaa kvalitatiivisena tutkimuksena, esimerkiksi teema-haastatteluna. Teemahaastattelulla voitaisiin selvittää, millaisilla keinoilla potilaslähtöisyyttä estäviä tekijöitä voisi vähentää hoitotyössä, sekä millaisilla keinoilla edistäviä tekijöitä voisi vahvistaa.

8.3 Opinnäytetyön tavoitteiden toteutuminen

Tässä opinnäytetyössä halusimme vastauksen kahteen tutkimusongelmaan. Tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa, miten erään kantahämäläisen sairaalan kolmen eri osaston hoitohenkilökunta kokee potilaslähtöisyyden ja sen mahdolliset estävät ja edistävät tekijät. Tavoitteena oli myös, että osastot pystyvät opinnäytetyön avulla edistämään potilaslähtöisyyttä ja tiedostavat mahdolliset potilaslähtöisyyttä estävät tekijät omassa yksikössään.

Tämä opinnäytetyön avulla saimme vastauksen kahteen tutkimusongelmaamme. Tavoitteet saavutimme, sillä opinnäytetyön avulla tutkimukseen osallistuneet yksiköt tulevat tietoisemmiksi potilaslähtöisyyttä estävistä tekijöistä. Tietoisuus estävistä tekijöistä mahdollistaa yksiköiden toiminnan kehittämisen entistä potilaslähtöisemmäksi.

8.4 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme peilanneet omia valmiuksiamme toimia potilaslähtöisesti tulevassa ammatissamme sairaanhoitajina. Työstäessämme opinnäytetyötä nousi esille myös sellaisia estäviä ja edistäviä tekijöitä, joita ei ollut itse mieltänyt potilaslähtöisyyteen kuuluvaksi.

Tuloksia analysoidessa ymmärsi hyvin sen, että hoitajat tiedostavat, mitkä ovat potilaslähtöisyyttä edistäviä ja estäviä tekijöitä. Tiedosta huolimatta koetaan, että omassa yksikössä potilaslähtöisyys ei aina toteudu. Näihin epäkohtiin on tärkeää puuttua, jotta hoitotyötä voidaan kehittää potilaslähtöisemmäksi. Täytyy muistaa, että potilaslähtöisyyteen ei vaikuta vain hoitajan tekemä työ vaan monet muutkin asiat esimerkiksi hoitoorganisaatiossa. Tämä nousi esille myös tässä tutkimuksessa.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen Hoitotyö.

Coyle, J, & Williams, B 2001, Valuing people as individuals

Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede* 26 (1). 63-73.

Ensio, A., Häkkinen, H., Ikävalko, P., Jaatinen, J., Klemola, L., Korhonen, M., Luukkonen, I., Martikainen, S., Miettinen, M., Mursu, A., Palmen, M., Röppänen P., Silventoinen, Toivanen M. & Tuomainen, T. 2007. Kuopion yliopisto. Savela: Kopijyvä.

Eriksson-Piela, S. 2003. Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Tampere: Tampereen yliopisto.

Gröndahl, W. & Leino-Kilpi, H. 2013. Potilaslähtöinen hoidon laatu – näkökulmia arviointiin. *Hoitotieteen laitos*. Turun yliopisto.

Gustafsson, M-L., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2009. Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät – hoitohenkilöstön näkökulma. *Tutkiva Hoitotyö* 4/2009. 22-27.

Heikkilä, T. 2002. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima.

Helovuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima.

Hietanen, H., Holmia, S., Kassara, H., Ketola, M-L., Lipponen, V., Murtonen, I. & Paloposki, S. 2004. *Hoitotyön osaaminen*. Helsinki: WSOY.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H., & Valtonen, K. 2004 *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. Helsinki: WSOY.

Hulme, K. 2013. How to engage better with patients. *British Journal of Nursing*, vol 22 no 12.

Jahren Kristoffersen, N. & Northvedt, F. 2006. *Hoitotyön perusteet*. Tanska: Naryana Press.

Järsntröm, S. “En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni” Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. 2011. Akateeminen väitöskirja. Tampere.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro.

Katajisto, J., Kuokkanen, L. & Leino-Kilpi H. Sairaanhoidajan käsitykset valtaistumisestaan ja siihen liittyvistä tekijöistä työssään. *Hoitotiede* 2012 24 (1). 82-91.

Katajisto, J., Leino-Kilpi, H., Suhonen, R. & Välimäki, M. 2007. Yksilöllisellä hoidolla tyytyväisyyttä ja elämänlaatua ortopedisille potilaille. *Hoitotiede* 19, no 6/-07, 294-304.

Koikkalainen, P. & Rauhala, L. 2013. Potilaslähtöisyys – uhka vai mahdollisuus? *Tutkiva hoitotyö* 2/2013.

Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaan ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden ja terveyshallinnon tutkimuskeskus, Terveystieteiden tutkimuskeskus, Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto. Verkkojulkaisu. Viitattu 30.11.2014. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0062-X/urn_isbn_951-27-0062-X.pdf

Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2010. Yksilöllisyys hoitotyössä - edelleen ajankohtainen periaate. *Pro Terveys* 2010 38, 1. 12-14.

Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus etnografia potilaisuudesta sairaalaosaston käytännöissä. *Terveysten ja hyvinvoinnin laitos*. Viitattu 5.1.2015. [https://helda-helsinki-fi.ezproxy.hamk.fi/bitstream/handle/10138/38573/potilask.pdf?sequence=1](https://helda-helsinki.fi/ezproxy.hamk.fi/bitstream/handle/10138/38573/potilask.pdf?sequence=1)

Palokoski M-R. 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. *Hoitotieteen laitos*. Tampereen yliopisto. Viitattu 28.9.2015. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94271/gradu01622.pdf?sequence=1>

Partanen, P., Sahlström, M. & Turunen, H. 2012 Potilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen. *Tutkiva Hoitotyö* 10 (4)/2012. 4-13.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. *Hoitotyön etiikka*. Helsinki: Edita Prima..

Suhonen, R. & Stolt, M. 2013. Potilaslähtöisen laadun arvioinnin strategiset lähestymistavat. *Hoitotieteen laitos*. Turun yliopisto.

TE-palvelut n.d. *Ammatit*. Viitattu 27.9.2015 <http://www.ammattinetti.fi/ammattit>

Valvira. 2014. Potilaan keskeisimmät oikeudet. Viitattu 24.11.2014. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet

Vilka, H. 2007. Tutki ja Mittaa Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

SAATEKIRJE

Hyvä vastaaja!

Olemme Hämeen ammattikorkeakoulun kolmannen vuosikurssin sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyönämme tutkimusta potilaslähtöisyyden toteutumisesta Forssan sairaalan 1, 2 ja 3 osastoilla. Tutkimme asiaa osastojen sairaanhoitajien, lähihoitajien ja perushoitajien näkökulmasta. Tutkimuksessa haluamme selvittää potilaslähtöisyyden estäviä ja edistäviä tekijöitä. Kyselyihin vastaaminen on luottamuksellista. Kyselyihin vastataan nimettömästi ja ne toimitetaan osastolla olevaan suljettuun laatikkoon, näin nimettömyys säilyy koko prosessin ajan. Palautuslaatikko löytyy osastojen taukotiloista.

Kiitos jo etukäteen vastauksistanne!

Vastaamme mahdollisiin kysymyksiin mielellämme.

Aino Vaara,
sairaanhoitajaopiskelija HAMK
aino.vaara@student.hamk.fi

Heli Hassinen,
sairaanhoitajaopiskelija HAMK
heli.hassinen@student.hamk.fi

Mittari

Kysely hoitohenkilökunnalle potilaslähtöisyydestä hoitotyössä

Vastausohje: Pyydämme sinua vastaamaan kyselylomakkeeseen ympäröimällä sopivaksi katsomasi vaihtoehdon tai kirjoittamalla sen sille varattuun tilaan. Kysymyksiin ei ole oikeita tai vääriä vastauksia, mutta mielipiteesi on tärkeä.

1. Mikä on nykyinen ammattinimikkeesi?
 1. Perushoitaja/Lähihoitaja
 2. Sairaanhoitaja

2. Millainen on työsuhteesi?
 1. Vakituinen
 2. Määräaikainen

3. Missä työskentelet tällä hetkellä?
 1. Sisätautien vuodeosasto
 2. Kirurgian vuodeosasto

4. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisellä erikoisalueella?
_____ vuotta _____ kuukautta

5. Oletko osallistunut potilaslähtöisyyttä tukevaan lisäkoulutukseen?
 1. Kyllä
 2. En

Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto.

Huomaathan vastata molempien kysymysten taulukoihin.

A. Potilaslähtöisyys toteutuu hoitotyössä kun:

Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
-------------------	------------------	--------------------------	--------------------	---------------------

Kysymys	1	2	3	4	5
6 A. Potilaan kohtaaminen on kiireetöntä	1	2	3	4	5
7 A. Potilasta kuunnellaan	1	2	3	4	5
8 A. Potilaan kanssa keskustellaan	1	2	3	4	5
9 A. Potilaan tyytyväisyydestä hoitoonsa ollaan kiinnostunutta	1	2	3	4	5
10 A. Potilas saa tietoa sairaudestaan/terveysongelmastaan	1	2	3	4	5
11 A. Potilas on tietoinen hoitoonsa liittyvistä asioista	1	2	3	4	5
12 A. Potilasohjauksessa käytetään yksilöllisiä ohjausmenetelmiä	1	2	3	4	5
13 A. Potilaan fyysinen tila on selvillä	1	2	3	4	5
14 A. Potilaan psyykkinen tila on selvillä	1	2	3	4	5
15 A. Potilaan sosiaalinen tila on selvillä	1	2	3	4	5
16 A. Potilas on osallisena oman hoitonsa suunnittelussa	1	2	3	4	5

B. Toteutuuko kysytty asia oman yksikkösi toiminnassa?

Ei koskaan	Melko harvoin	Silloin tällöin	Melko usein	Aina
------------	---------------	-----------------	-------------	------

Kysymys	1	2	3	4	5
6 B.	1	2	3	4	5
7 B.	1	2	3	4	5
8 B.	1	2	3	4	5
9 B.	1	2	3	4	5
10 B.	1	2	3	4	5
11 B.	1	2	3	4	5
12 B.	1	2	3	4	5
13 B.	1	2	3	4	5
14 B.	1	2	3	4	5
15 B.	1	2	3	4	5
16 B.	1	2	3	4	5

(c) Elionen, Laine & Ylönen, 2002/ Hassinen & Vaara

A. Potilaslähtöisyys toteutuu hoitotyössä kun:

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
17 A. Potilas on motivoitunut omaan hoitoonsa	1	2	3	4	5
18 A. Potilas on osallisena oman hoitonsa päätöksenteossa	1	2	3	4	5
19 A. Potilaan omaiset pidetään ajantasalla hoitoa koskevissa päätöksissä	1	2	3	4	5
20 A. Hoitohenkilökuntaa on riittävästi suhteessa potilasmäärään	1	2	3	4	5
21 A. Hoitohenkilökunnan toimintaa ohjaavat osaston yhteiset hoitotyön periaatteet	1	2	3	4	5
22 A. Hoitohenkilökunnan tiedot ja taidot ovat ajantasalla	1	2	3	4	5
23 A. Hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus kehittää ammattitaitoaan lisäkoulutusten avulla	1	2	3	4	5
24 A. Hoito-organisaation tuottamisvaatimukset tukevat potilaslähtöisyyttä	1	2	3	4	5

(c) Elonen, Laine & Ylönen. 2002/ Hassinen & Vaara

B. Toteutuuko kysytty asia oman yksikkösi toiminnassa?

	Ei koskaan	Melko harvoin	Silloin tällöin	Melko usein	Aina
17 B.	1	2	3	4	5
18 B.	1	2	3	4	5
19 B.	1	2	3	4	5
20 B.	1	2	3	4	5
21 B.	1	2	3	4	5
22 B.	1	2	3	4	5
23 B.	1	2	3	4	5
24 B.	1	2	3	4	5