

Inga-Maaret Bauer

Magneettisairaalamalli syöpätautien hoitotyössä

Integroitu kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja

Hoitotyö

Opinnäytetyö

28.04.2015

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Inga-Maaret Bauer Magneettisairaalamalli syöpätautien hoitotyössä Integroitu kirjallisuuskatsaus 26 sivua + 2 liitettä 28.4.2015
Tutkinto	Sairaanhoitaja
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Lehtori Minna Elomaa-Krapu
<p>Magneettisairaalamalli (Magnet Recognition Program®) on hoitotyön laatua edistävä ohjelma, jonka taustalla on tarve saada sairaanhoitajat pysymään työssään ja sairaanhoitajien rekrytoinnin tehostaminen työvoimapulan aikana. Magneettistatuksen (Magnet® status) myöntää pitkän ja monivaiheisen hakuprosessin jälkeen American Nurses Credentialing Center, ja tunnustusta tulee hakea uudestaan neljän vuoden välein. Magneettistatus on arvostetuin hoitotyön laadun osoitus.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, millaista on syöpätautien hoitotyö magneettistatuksen saaneissa syöpäsairaaloissa ja -klinikoilla. Opinnäytetyön tuloksia on tarkoitus hyödyntää HUS, HYKS Syöpäkeskuksen hoitotyön kehittämisessä ja magneettistatuksen hakuprosessissa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin integroituna kirjallisuuskatsauksena. Useista tietokannoista tehdyllä haulla löytyi neljä tutkimusartikkelia, jotka täyttivät valintakriteerit. Tutkimusten tiedot ja keskeiset tulokset kirjattiin analyysitaulukkoon. Tutkimusaineiston analyysissa käytettiin induktiivista sisällönanalyysia, jonka avulla esiin nousi kaksi teemaa: hoitajien työhyvinvointi ja hoitotyön laatu. Hoitajien työhyvinvointia edistäviä tekijöitä olivat sairaalan magneettistatus sekä henkilökunnan riittävyys. Työhyvinvointia estäviä tekijöitä olivat hoitajien kokemus sekundaarinen traumaattinen stressi ja henkilökunnan riittämättömyys. Hoitotyön laatuun sisältyivät henkilöstömäärän vaikutukset laatuun sekä saattohoidon toteutuminen osana hoitotyön laatua.</p> <p>Osittain tulokset vahvistivat aikaisempaa tietoa hoitotyöstä magneettisairaaloissa, mutta artikkeleissa käsiteltiin myös aiheita, joita ei ole paljon tutkittu magneettisairaalamallin näkökulmasta. Magneettisairaalamallista on tehty runsaasti tutkimusta, mutta sen vaikutuksista syöpätautien hoitotyöhön vain vähän. Lisäksi löydetty tutkimukset käsittelivät vain hoitohenkilökunnan näkemyksiä, eivätkä potilastyytyväisyys ja potilaiden kokemukset päässeet esille. Jatkossa onkin tarpeen tutkia lisää magneettisairaalamallin vaikutuksia syöpätautien hoitotyöhön.</p>	
Avainsanat	magneettisairaalamalli, syöpätautien hoitotyö, hoidon laatu, työhyvinvointi

Author(s) Title Number of Pages Date	Inga-Maaret Bauer Magnet Recognition Program® in Oncology Nursing Integrative Literature Review 26 pages + 2 appendices 28 April 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Minna Elomaa-Krapu, Senior Lecturer
<p>Magnet Recognition Program® was developed by the American Nurses Credentialing Center (ANCC) and recognises nursing quality in hospitals worldwide. It is based on the need to promote nurse retention and to advance recruiting nurses in times of workforce shortage. Pursuing Magnet® status is a process lasting many years, and it must be renewed every four years. Today Magnet® status is the most valued recognition of nursing quality.</p> <p>The purpose of this study was to describe oncologic nursing in Magnet® hospitals. The results will be utilised by HUCH (Helsinki University Central Hospital) Comprehensive Cancer Center in promoting nursing quality and on their journey to achieving Magnet® status.</p> <p>Integrative literature review was the applied study method. The review was conducted by searching research articles from multiple databases, and resulted in four articles that met the criteria for inclusion. The articles and their main results were gathered in an analysing table. The articles and their results were analysed using an inductive approach. Two main themes emerged: nurse outcomes and quality of care. Nurse outcomes were improved by the hospital's Magnet® status and adequate staffing, whereas they were declined by secondary traumatic stress and inadequate staffing. Quality of care included the impact of staff resources on nursing quality and hospice as part of nursing quality.</p> <p>Research on Magnet Recognition Program® is extensive, but not specifically in oncologic nursing. In addition, the research articles found in this study were all concentrated on nurses' point of view, and patient satisfaction or experiences were not studied. In the future, more studies are needed on the impact of Magnet® designation on oncologic nursing.</p>	
Keywords	Magnet Recognition Program®, magnet hospitals, oncologic nursing, nurse outcomes, quality of care

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys	2
2.1	Magneettisairaalamalli ja hakuprosessi	2
2.2	Magneettisairaalamallin hyödyt henkilökunnan ja potilaiden kannalta	4
2.2.1	Työympäristö	5
2.2.2	Potilastyytyväisyys ja hoitotulokset	6
2.3	Näyttöön perustuvan hoitotyön merkitys magneettisairaalamallissa	7
2.4	Magneettisairaalamallin sovellukset Yhdysvaltojen ulkopuolella	8
2.5	Magneettisairaalamallin saaneet syöpäsairaalat	9
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	10
4	Opinnäytetyön toteutus	10
4.1	Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	10
4.2	Aineiston analysointi	12
5	Tulokset	14
5.1	Hoitajien työhyvinvointi	15
5.1.1	Työhyvinvointia edistävät tekijät	15
5.1.2	Työhyvinvointia estävät tekijät	16
5.2	Hoitotyön laatu	18
5.2.1	Henkilöstömäärän vaikutukset hoitotyön laatuun	18
5.2.2	Saattohoidon toteutuminen osana hoitotyön laatua	19
6	Pohdinta	20
6.1	Eettisyys	20
6.2	Luotettavuus	21
6.3	Tulosten pohdinta	22
	Lähteet	24
	Liitteet	
	Liite 1. Hakuhistoria	
	Liite 2. Tutkimusaineiston analyysikehys	

1 Johdanto

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) Syöpätautien klinikalla on aloitettu laaja uudistusprosessi, joka kattaa niin uusien tilojen kuin toimintamallienkin suunnittelua. Tämän Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kalleimman hankkeen tavoitteena on luoda uudet tilat poliklinikalle, päiväsairaalalle sekä vuodeosastoille. Lisäksi säde- ja isotooppihoitojen tilat uudistetaan peruskorjauksin ja laajennuksin. Hoitotyön näkökulmasta uudistuksen tavoitteena on korkealaatuinen, potilaslähtöinen ja turvallinen hoito. Toimintaa myös kehitetään jatkuvalla laadukkaalla tutkimustyöllä ja koulutuksella. Tuloksena on täysin uudistunut, huippuluokan hoitoa tarjoava Syöpäkeskus. (Maija Tarkkanen 2014.)

Syöpäkeskuksen tarjoama hoito ja tutkimustyö perustuvat HUS:n strategiaan vuosille 2012–2016. Strategia koostuu arvoista, päämääristä ja päämäärien tavoittamisen edellytyksistä, jotka ohjaavat kaikkien sairaanhoitopiirin yksiköiden toimintaa. Arvoihin sisältyvät hoidon potilaslähtöisyys, korkea laatu ja tehokkuus, kaikkien ihmisten keskinäinen yhdenvertaisuus, avoimuus, luottamus sekä arvostus, toiminnan luovuus ja innovatiivisuus. Tavoitteita ja päämääriä ovat potilaslähtöinen, oikea-aikainen hoito, vaikuttavuus ja kilpailukykyisyys, korkeatasoinen tutkimus ja opetus, sekä tiivis yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa. Näihin päämääriin on tarkoitus päästä takaamalla tarkoituksenmukaiset tilat ja teknologia, motivoituneen henkilöstön osaamisella, talouden hallinnalla, johtajuuden ja organisaation uudistumisella, sekä luottamuksellisella suhteella omistajayhteisöihin ja sidosryhmiin. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

Osana HUS:n strategiaa Syöpäkeskus tulee tavoittelemaan American Nurses Credentialing Centerin myöntämää tunnustusta laadukkaasta hoitotyöstä, magneettisairaalaratutusta. Magneettisairaalaratutuksen saamiseksi sairaalan tai hoitoyksikön on osoitettava kirjallisin todistein ja organisaatiovierailun aikana, että sen toiminta ja hoitotyö noudattavat magneettisairaalamallin (Magnet Recognition Program®) periaatteita. Magneettisairaalamalli on Yhdysvalloissa 1980-luvulla kehitetty ohjelma, jonka tavoitteena on hoitotyön laadun edistäminen. Statuksen saamisen edellytykset ovat samansuuntaisia HUS:n strategian arvojen ja päämäärien kanssa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata magneettisairaalarastatuksen saaneiden syöpäsairaaloiden ja -klinikoiden hoitotyötä potilaiden, hoitohenkilökunnan ja työympäristön näkökulmasta. Tavoitteena on tulosten hyödyntäminen HYKS:n Syöpäkeskuksen hoitotyön kehittämisessä ja magneettisairaalarastatuksen hakuprosessissa.

2 Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys

2.1 Magneettisairaalamalli ja hakuprosessi

Magneettisairaalamalli (Magnet Recognition Program®) on Yhdysvalloissa 1980-luvulla alkunsa saanut hoitotyön laatua arvioiva ja kehittävä ohjelma. 1970–1980 -luvuilla Yhdysvalloissa oli huutava pula sairaanhoitajista, ja sairaalat kilpailivat keskenään työntekijöistä. Yllättäen osa sairaaloista onnistui houkuttelemaan työvoimaa paremmin kuin toiset. Vuonna 1983 valmistuneessa tutkimuksessa selvitettiin, mitkä tekijät erottivat rekrytoinnissa onnistuneet sairaalat epäonnistuneista. Tuloksena oli 14 eri ominaisuutta, jotka kuvasivat hoitotyötä vetovoimaisissa magneettisairaaloissa. (American Nurses Credentialing Center 2014a).

Nykyään magneettisairaalarastatusta pidetään hoitotyön laadun korkeimpana saavutuksena, jonka hakuprosessi on monivuotinen. Lisäksi magneettisairaalarastatus on voimassa vain neljä vuotta, jonka jälkeen sen uusiminen edellyttää osoitusta hoitotyön laadun pysyvyydestä ja paranemisesta. Magneettisairaalamallin on kehittänyt American Nurses Credentialing Center (ANCC), joka on yhdysvaltalaisen sairaanhoitajayhdistyksen (American Nurses Association, ANA) alainen järjestö.

Magneettisairaalamallin perustana on edelleen alkuperäisen tutkimuksen 14 vetovoimatekijää, jotka on uusimmassa mallissa ryhmitelty viiteen osa-alueeseen (kuvio 1). Näistä osatekijöistä muodostuu viitekehys laadukkaalle hoitotyölle ja tutkimukselle. (American Nurses Credentialing Center 2014b.)

Magneettistatuksen on saanut tähän mennessä yhteensä 410 sairaalaa. Vain kahdeksan niistä sijaitsee Yhdysvaltojen ulkopuolella: yksi Kanadassa, kolme Australiassa, kaksi Saudi-Arabiassa ja yksi sekä Singaporessa että Libanonissa. (American Nurses

Credentialing Center 2015.) Vuosien saatossa magneettisairaalamalli on vähitellen saanut yhä enemmän mainetta ja tunnettavuutta ympäri maailmaa. (Broom – Tilbury 2007: 113.)

Osa-alue	Vetovoimatekijät	Keskeinen sisältö
Muutosjohtaminen (<i>Transformational Leadership</i>)	Hoitotyön johtamisen laatu (<i>Quality of Nursing Leadership</i>) Johtamistapa (<i>Management Style</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • selkeä, kaukonäköinen strategia • laadukas johtaminen heijastuu käytännön hoitotyöhön • osallistuminen ja palautteen anto • esimiehet helposti lähestyttäviä
Tukevrat rakenteet (<i>Structural Empowerment</i>)	Organisaatorakenne (<i>Organizational Structure</i>) Henkilöstöä koskevat toiminnot ja ohjelmat (<i>Personnel Policies and Programs</i>) Yhteiskunta ja organisaatio (<i>Community and Health Care Organization</i>) Hoitotyön imago (<i>Image of Nursing</i>) Ammatillinen kehitys (<i>Professional Development</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • dynaaminen, mukautuva organisaatio • johtajistossa hoitotyön asiantuntijuus vahvasti edustettuna • palkat ja edut kilpailukykyisiä • turvallinen ja terve työympäristö • työn ja vapaa-ajan tasapaino • hyvät suhteet muihin terveydenhuollon organisaatioihin sekä ympäröivään yhteiskuntaan • vahvaa yhteistyötä laadukkaan hoidon tukena • hoitotyön keskeinen asema ja arvostus organisaatiossa • ammatillisen kasvun tukeminen ja arvostaminen • koulutusta ja urakehitystä edistävät ohjelmat
Esimerkillinen ammatillinen toiminta (<i>Exemplary Professional Practice</i>)	Hoitotyön toimintamallit (<i>Professional Models of Care</i>) Konsultaatiotoiminta ja resurssit (<i>Consultation and Resources</i>) Hoitotyön autonomia (<i>Autonomy</i>) Hoitajat opettajina (<i>Nurses as Teachers</i>) Moniammatillinen yhteistyö (<i>Interdisciplinary Relationships</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • sairaanhoitajilla vastuuta ja päätösvaltaa • hoidon jatkuvuus • potilaiden yksilöllisten tarpeiden huomiointi • resursseja hyvien hoitotulosten saavuttamiseen • asiantuntijoiden konsultointi • osallistuminen toimintaan järjestöissä ja yhteisöissä • sairaanhoitajien itsenäinen, asianmukainen toiminta • hoitotyön asiantuntijuus • opetustoiminta organisaatiossa ja yhteiskunnassa • opiskelijoiden ja potilaiden ohjaus • yhteistyön arvostaminen • kunnioitus eri ammattiryhmien osaamista kohtaan • ristiriitojen tehokas ratkaiseminen
Uusi tieto, innovaatiot ja kehittäminen (<i>New Knowledge, Innovations and Improvements</i>)	Laadun kehittäminen (<i>Quality Improvement</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • organisaatiossa rakenteita ja toimintoja laadun mittaamiseen ja hoidon kehittämiseen
Hoitotulokset (<i>Empirical Outcomes</i>)	Hoidon laatu (<i>Quality of Care</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • laadukas hoito kaiken toiminnan perusta

		<ul style="list-style-type: none"> • esimiesten vastuu hyviä hoitotuloksia edistävästä ympäristöstä
--	--	--

Kuvio 1. Magneettisairaalamallin osa-alueet ja vetovoimatekijät.

Sairaalan tai hoitoyksikön matka magneettisairaalaksi on pitkä ja monivaiheinen. Haku- ja valintaprosessiin sisältyy kirjallisten dokumenttien toimittaminen ANCC:n arviointia varten sekä ANCC:n edustajien vierailu hakijaorganisaatiossa. Lopuksi koko prosessi arvioidaan ANCC:n loppuraportissa. (Lundmark – Hickey 2006: 290).

Kirjallisilla dokumenteilla organisaation tulee osoittaa, kuinka sairaalan toiminnassa toteutuvat magneettisairaalamallin 14 vetovoimatekijää, ja millä tavoin hoitotyötä on kehitetty ja kehitetään edelleen perustuen magneettisairaalamallin sisältämiin hoitotyön tavoitteisiin. Organisaatiovierailun tarkoituksena sen sijaan on arvioida hoitotyön ympäristöä ja organisaatiokulttuuria. Vierailun aikana havainnoinnin ja haastattelujen avulla todennetaan kirjallisena toimitettua näyttöä vetovoimatekijöiden näkyvyydestä hoitotyössä sekä arvioidaan hoitohenkilökunnan sitoutumista työhönsä ja hoitotyön laatua. (Broom – Tilbury 2007: 113; Lundmark – Hickey 2006: 291–293.)

Organisaatiokulttuuri on suuressa roolissa sairaalan tavoitellessa magneettistatusta. Magneettisairaaloiden organisaatiokulttuurien keskeisiä ominaisuuksia ovat hoitohenkilökunnan luja sitoutuminen työhönsä ja halu kehittää sitä, hoitotyön ja kaiken organisaation toiminnan perustuminen vetovoimatekijöiden esiin tuomiin arvoihin, jatkuva kehittämistoiminta sekä organisaation rakenteen joustavuus ja kyky sopeutua uusiin tilanteisiin. (Broom – Tilbury 2007: 114–115; Lundmark – Hickey 2006: 291.) Tämän kaiken saavuttamiseen ei ole vain yhtä oikeaa tapaa, vaan vetovoimatekijöiden pohjalta jokainen organisaatio voi luoda kulttuuristaan ja sen myötä toiminnastaan innovatiivisen ja alati kehittyvän (Lundmark – Hickey 2006: 291).

2.2 Magneettisairaalamallin hyödyt henkilökunnan ja potilaiden kannalta

Magneettisairaalamallin mukaisen hoitotyön on tutkimuksissa todettu edistävän niin hoitajien kuin potilaidenkin hyvinvointia vaikuttamalla positiivisesti eri hoitotyön osa-alueisiin. Hyviä tuloksia on saatu muun muassa työympäristön ja potilastyytyväisyyden osalta. Seuraavissa alaluvuissa on eritelty tutkimustuloksia magneettisairaalamallin hyödyistä sekä hoitajien että potilaiden kannalta.

2.2.1 Työympäristö

Yksi merkittävimmistä muutoksista, jonka magneettisairaalamallin käyttöönotto saa aikaan, on hoitajien työympäristön paraneminen. Mallin vetovoimatekijät pohjautuvat nimenomaan ominaisuuksiin, joilla työntekijät saadaan pidettyä tyytyväisinä ja uusien hoitajien rekrytointia voidaan tehostaa. Työympäristöllä on siinä ehkä jopa tärkein rooli.

Tutkimusten mukaan magneettistatuksen saaneissa sairaaloissa hoitajat kokivat työympäristön olevan parempi verrattuna muissa sairaaloissa työskenteleviin hoitajiin (Choi – Boyle 2014; Kelly – McHugh – Aiken 2011; Kramer – Maguire – Brewer 2011; Witkoski Stimpfel – Rosen – McHugh 2014). Kramerin ym. (2011) mukaan magneettisairaaloissa työskentelevistä hoitajista 54 % arvioi työympäristönsä olevan erittäin hyvä ja 28 %:n mielestä se oli hyvä, kun taas vastaavat lukemat muista sairaaloista olivat 16 % (erittäin hyvä) ja 68 % (hyvä).

Työympäristön laatua voidaan arvioida monien eri osa-alueiden kautta, ja onkin todettu, että magneettisairaaloissa työympäristön paremmuus verrattuna muihin sairaaloihin näkyy muun muassa siten, että hoitajat ovat tyytyväisempiä työhönsä, kärsivät harvemmin työuupumuksesta ja ovat halukkaampia pysymään nykyisessä työpaikassaan (Kelly ym. 2011). Magneettistatuksen saaneissa sairaaloissa hoitajilla on myös paremmat mahdollisuudet osallistua organisaation päätöksentekoon (Hess – DesRoches – Donelan – Norman – Buerhaus 2011; Houston ym. 2012; Kelly ym. 2011), ja täydennys- tai lisäkoulutusmahdollisuuksia on heille enemmän tarjolla (Hess ym. 2011).

Urden kollegoineen (2013) on haastattelututkimuksessaan kuvannut magneettistatuksen hakuprosessin mukanaan tuomia muutoksia hoitotyön ympäristössä. Sen mukaan monissa hoitajien työympäristön osa-alueissa, kuten johtamisessa ja resursseissa sekä moniammatillisissa suhteissa ja yhteistyössä tapahtui merkittäviä muutoksia parempaan prosessin aikana. Esille tuli kuitenkin uusi ilmiö, ”lipsuminen” magneettisairaalamallin mukaisista arvoista statuksen saavuttamisen jälkeen. Yhtenä suurista haasteista onkin, kuinka saavutettujen tulosten säilyttäminen pitkällä aikavälillä onnistuu.

Hoitajien työympäristön laatu on myös yhteydessä hoitoyksikön tarjoaman hoidon laatuun (Kramer ym. 2011; Witkoski Stimpfel ym. 2014). Magneettisairaaloissa, joissa työympäristö koettiin hyväksi, hoitajat kuvasivat hoidon laadun erinomaiseksi 7–11 % todennäköisemmin kuin muissa hoitoyksiköissä (Witkoski Stimpfel ym. 2014).

Poikkeuksena useimmista muista tutkimuksista Trinkoff kollegoineen (2010) ei löytänyt merkittäviä eroja hoitajien työympäristöissä magneettisairaaloiden ja muiden sairaaloiden välillä. Valtaosa tutkimuksista kuitenkin todistaa parantuneiden työolosuhteiden puolesta, joten poikkeavaa tulosta voidaan muun muassa selittää pienellä otoksella (Kelly ym. 2011: 432).

Parantamisen varaa magneettisairaaloiden työympäristöissä löytyy esimerkiksi hoitajien ja lääkäreiden välisessä yhteistyössä, jonka ei ole todettu parantuneen magneettisairaalamallin käyttöön oton myötä. Magneettisairaaloiden hoitajat ovat myös arvioineet kärsivänsä enemmän selkä- sekä tuki- ja liikuntaelimestön vammoista kuin muut, ja hoitajiin kohdistuva väkivalta ja syrjintä ovat yhtä yleisiä niin magneettisairaaloissa kuin vertailuyksiköissäkin. (Hess ym. 2011.)

2.2.2 Potilastyytyväisyys ja hoitotulokset

Magneettisairaalamallin toimintaperiaatteiden vaikutusta hoitotyöhön on tutkittu potilaiden näkökulmasta selvittämällä, onko sairaalan magneettistatuksella yhteyttä potilastyytyväisyyden tasoon. Tutkimuksissa on käytetty lähdeaineistona sekä vuoden 2009 (Chen – Koren – Munroe – Yao 2014) että vuoden 2011 (Smith 2014) tilastoja Yhdysvalloissa tehdyistä laajoista potilastyytyväisyyskyselyistä. Molemmista tutkimuksista käy ilmi, että potilaat ovat merkittävästi tyytyväisempiä magneettisairaaloissa saamaansa hoitoon verrattuna potilaisiin, jotka ovat olleet hoidossa muissa sairaaloissa. Magneettisairaaloissa erityisen hyvin toteutuvat kommunikaatio hoitajien kanssa, kivunhoito ja potilasohjaus liittyen lääkitykseen ja kotiutumisen jälkeisiin hoito-ohjeisiin. Magneettisairaaloissa potilaat ovat tyytyväisempiä hoitoonsa ja suosittelisivat sairaalaa muille mieluummin kuin potilaat, joita hoidettiin muissa sairaaloissa. Ainoa osio, jossa ei ollut merkittävää eroa magneettisairaaloiden ja muiden yksiköiden välillä, oli potilaiden tyytyväisyys tarvitsemansa avun saamisen nopeuteen.

Tutkimustulokset koskien magneettisairaaloiden hoitotuloksia ja hoitotyön laatua ovat hyvin ristiriitaisia. Potilaiden kaatumisia on todettu tapahtuvan 5 % vähemmän magneettisairaaloissa kuin muissa sairaaloissa (Lake – Shang – Klaus – Dunton 2010), ja suurin osa magneettisairaaloista lukeutuu matalan kaatumisriskin sairaaloihin myös pitkällä aikavälillä tarkasteltuna (Everhart ym. 2014). Magneettisairaaloissa hoitotyön toiminnot

(esimerkiksi asento-, ravitsemus- ja haavanhoito sekä dokumentointi ja potilasohjaus) toteutuivat paremmin kuin muissa hoitoyksiköissä (Kalisch – Lee 2012).

Toisaalta painehaavojen esiintyvyys on tutkimuksesta riippuen todettu joko hieman vähäisemmäksi (Goode – Blegen – Park – Vaughn – Spetz 2011) tai yhtä suureksi (Mills – Gillespie 2013) magneettisairaaloissa verrattuna muihin sairaaloihin. Goode ym. (2011) totesivat tutkimuksessaan, että magneettistatuksen saaneissa sairaaloissa potilaat kärsivät useammin laskimokanyylien aiheuttamista infektoista, ja myös postoperatiivisen sepsiksen ja muiden komplikaatioiden esiintyvyys oli suurempi. Potilaiden kuolleisuudessa sairaalassa syntyneisiin komplikaatioihin ei löytynyt eroa sairaaloiden välillä (Goode ym. 2011; Mills – Gillespie 2013).

Tutkijat ovat selittäneet näitä ristiriitaisia tuloksia muun muassa sillä, että magneettistatuksen hakeminen on vapaaehtoista – kaikki sairaalat, jotka täyttäisivät statuksen edellyttämät kriteerit, eivät edes pyri saamaan tunnustusta. Tästä johtuen erot sairaaloiden välillä eivät ole suuria ja joillakin osa-alueilla magneettisairaalat pärjäävät jopa vertailusairaaloita huonommin. (Goode ym. 2011; Mills – Gillespie 2013.) Joka tapauksessa on tarpeellista tehdä lisää tutkimusta magneettisairaalamallin vaikutuksesta hoitotuloksiin ja hoitotyön laatuun potilaiden näkökulmasta.

2.3 Näyttöön perustuvan hoitotyön merkitys magneettisairaalamallissa

Näyttöön perustuva toiminta ja hoitotyö on yksi merkittävä osatekijä korkealaatuisen hoidon kehittämisessä ja ylläpitämisessä. Magneettisairaalamallissa näyttöön perustuva hoitotyö on keskeisessä roolissa, ja hakuprosessin aikana sairaalan tai hoitoyksikön tulee osoittaa, kuinka tutkimusnäyttöä käytetään hoitopäätösten teossa ja millä toimilla tutkimustyötä edistetään. Näyttöön perustuva toiminta nimenomaan hoitohenkilökunnan toteuttamana on organisaatiokulttuurinen haaste, johon magneettisairaalamallista tavoittelevien sairaaloiden on vastattava.

Tutkimusten mukaan magneettisairaaloissa hoitajat kokevat, että näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamiselle on vähemmän esteitä verrattuna muihin sairaaloihin (Wilson ym. 2015; Mazurek Melnyk – Fineout-Overholt – Gallagher-Ford – Kaplan 2012). Hoitajat ovat magneettisairaaloissa myös halukkaampia hyödyntämään tutkimustuloksia käytännön työssä ja osallistumaan tutkimusprojekteihin (Wilson ym. 2015) sekä kokevat orga-

nisaatiokulttuurin tukevan heitä näyttöön perustuvan hoitotyön käytössä (Mazurek Melnyk ym. 2012). On löydetty myös yhteyksiä koulutustason ja näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamisen välillä: korkeammin koulutetut hoitajat ovat halukkaampia ja kyvykkäämpiä soveltamaan tutkimustuloksia käytännön hoitotyöhön (Wilson 2015; Mazurek Melnyk 2012). Magneettisairaalamallin periaatteena on hoitajien ammattitaidon ja koulutuksen edistäminen, joten sitäkin kautta se vahvistaa näyttöön perustuvan hoitotyön kultuuria terveydenhoitoalan yksiköissä.

2.4 Magneettisairaalamallin sovellukset Yhdysvaltojen ulkopuolella

Rochdalen sairaala Englannissa oli vuonna 2002 Yhdysvaltojen ulkopuolella ensimmäinen terveydenhoitoalan yksikkö, joka sai magneettisairaalatunnustuksen. Aiken ym. (2008) tutkivat, minkälaisia muutoksia magneettisairaalamalli sai aikaan sairaalan toimintaympäristössä. Tuloksista selvisi, että useat hoitajien työympäristön osa-alueet paransivat prosessin aikana: esimiesten tarjoama tuki ja kouluttautumismahdollisuudet paransivat, hoitajat osallistuivat enemmän päätöksentekoon ja olivat yleisesti tyytyväisempiä työhönsä. Työmäärässä tai hoitajien ja lääkäreiden suhteissa ei tapahtunut muutoksia.

Samankaltaisia tuloksia on saatu myös muualta. Saksassa ja Belgiassa mitattiin magneettisairaalamallin mukaisia hoitotyön periaatteita ja niiden yhteyttä hoitajien työtyytyväisyyteen. Tulokset olivat lupaavia: kaikki tutkitut vetovoimatekijät edistivät hoitajien tyytyväisyyttä työhönsä (Chen – Johantgen 2010). Venäjällä ja Armeniassa vetovoimatekijöiden soveltaminen hoitotyöhön edisti hoidon laatua, vähensi hoitajien työuupumusta ja paransi esimiesten taitoja ratkaista hoitotyön ongelmia (Aiken – Poghosyan 2009).

Näillä tutkimuksilla on osoitettu, että Yhdysvalloissa kehitetty magneettisairaalamalli on sovellettavissa menestyksekkäästi myös muiden maiden sairaalakulttuureihin. Tällä hetkellä onkin yhteensä kahdeksan eri sairaalaa Yhdysvaltojen ulkopuolelta saavuttanut magneettistatuksen (American Nurses Credentialing Center 2015).

Suomessa ei vielä ole magneettisairaalamallin saanutta hoitoyksikköä. Kvist ym. (2013) selvittivät kuitenkin kyselytutkimuksessaan, kuinka suomalaisissa sairaaloissa toteutuivat vetovoimatekijöistä kaksi: muutosjohtajuus ja hoitotulokset. Tutkimuksessa nämä jaettiin osa-alueisiin, kuten hoitajien ammatillisen kehityksen tukeminen ja palautteenanto, työtyytyväisyys, potilasturvallisuus sekä potilastyytyväisyys. Tuloksista ilmeni, että potilastyytyväisyys oli kaikkein parhaimmalla tasolla eri osa-alueista, muut olivat

keskitasoa. Potilaat arvostivat hoidon laatua ja hoitajat kokivat ammattitaitonsa olevan erinomainen sekä saavansa riittävästi tukea ammatilliselle kehitymiselle. Eniten parannettavaa oli henkilökunnan riittävydessä ja työn vaatimuksiin vastaamisessa. Myös potilasturvallisuuden kulttuuri oli hyvin vajavaista. Hoitohenkilökunnan määrällä todettiin olevan yhteys potilastyytyväisyyteen. Muutosjohtajuuden osalta suurimmat puutteet todettiin palautteenannossa ja palkitsemisessa sekä johtajien lähestyttävyydessä ja hoitajien tiedoissa johtajien työstä.

Partanen ym. (2008) ovat todenneet, että magneettisairaalamallin tavoittelemisen on mahdollista myös suomalaisille sairaaloille. Se edellyttää pitkäjänteistä työtä ja organisaatiokulttuurin muutosta ja kehitystä. Lisäksi magneettisairaalamallia on mahdollista soveltaa ja muuntaa niin, että se edistää korkeatasoista hoitotyötä, vaikka varsinaista statusta ei olisikaan tarkoitus saavuttaa.

2.5 Magneettisairaalamallin saaneet syöpäsairaalat

Kuusi syöpätauteihin erikoistunutta sairaalaa Yhdysvalloissa on saanut magneettisairaalamallin:

- Cancer Treatment Center of America® at Midwestern Regional Medical Center
- Dana-Farber Cancer Institute
- Fox Chase Cancer Center
- Moffitt Cancer Center and Research Institute
- Roswell Park Cancer Institute
- The Ohio State University Comprehensive Cancer Center – Arthur G. James Cancer Hospital & Richard J. Solove Research Institute

Lisäksi suurin osa muista magneettisairaaloista pitää sisällään syöpätautien klinikan tai klinikoita. (American Nurses Credentialing Center 2015.) Magneettisairaalamallin saaneiden syöpäsairaaloiden pienen lukumäärän vuoksi tässä kirjallisuuskatsauksessa tutkimuksen kohteena on magneettisairaalamallin mukainen syöpätautien hoitotyö niin syöpäsairaloissa kuin -klinikoillakin.

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata magneettisairaalarastatuksen saaneiden syöpäsairaaloiden ja -klinikoiden hoitotyötä potilaiden, hoitohenkilökunnan ja työympäristön näkökulmasta. Tavoitteena on tulosten hyödyntäminen HYKS:n Syöpäkeskuksen hoitotyön kehittämisessä ja magneettisairaalarastatuksen hakuprosessissa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys on:

- Millaista on syöpätautien hoitotyö magneettisairaalarastatuksen saaneissa syöpäsairaaloissa ja -klinikoilla hoitajien, potilaiden ja työympäristön näkökulmasta?

4 Opinnäytetyön toteutus

4.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Tutkimusmenetelmän valinnassa keskeisintä on se, millä menetelmällä tutkimuskysymyksiin saadaan parhaiten vastaus (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 54–55). Valinnan on oltava looginen ja ymmärrettävä suhteessa tutkimuksen tarkoitukseen (Kylmä – Juvakka 2012: 57).

Tässä opinnäytetyössä tutkimusmenetelmä on integroitu kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymyksiin vastausta etsimällä voidaan löytää keskeinen, laadukas olemassa oleva tutkimustieto aiheesta (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013). Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä on hyvä keino koota tutkimustietoa ja -tuloksia sekä hankkia syvällistä tietämystä tutkimuksen aiheesta (Tuomi – Sarajärvi 2009). Integroidussa kirjallisuuskatsauksessa on mahdollista tarkastella ja yhdistää tuloksia sekä kvalitatiivisista että kvantitatiivisista tutkimuksista. Tutkimusaineisto on näin laajin mahdollinen, ja integroitu kirjallisuuskatsaus kattavin kaikista katsauksen muodoista. Integroidun katsauksen vaiheet ovat tutkimusongelman laatiminen, aineiston keruu, arviointi ja analysointi sekä tulkinta ja tulosten esittäminen. (Flinkman – Salanterä 2007: 85–88.)

Aineiston keruun tarkoituksena on löytää mahdollisimman useita aiheesta tehtyjä tutkimuksia, jotta kirjallisuuskatsauksen tulokset olisivat kattavia ja luotettavia. Aineisto kerä-

tään etsimällä tieteellisiä tutkimusartikkeleita sekä tietokannoista että käsihaulla. Käytettäviä tietokantoja ovat esimerkiksi Cinahl, PubMed sekä OVID. Käsihaulla tutkimusartikkeleita haetaan hoitotieteellisistä lehdistä.

Ennen aineiston keruun aloittamista on tärkeää luoda selkeät valintakriteerit analysointiin mukaan otettaville tutkimusartikkeleille. Tässä opinnäytetyössä valintakriteerit ovat:

1. Artikkelin vastaa tutkimuskysymykseen.
2. Artikkelin on julkaistu tieteellisessä hoitoalan (tai muun soveltuvan alan) lehdessä ja on käynyt läpi vertaisarvion (peer reviewed).
3. Koko artikkeli on saatavilla sähköisessä tai paperisessa muodossa.
4. Artikkelin on julkaistu vuosina 2005–2015.
5. Artikkelin on suomen- tai englanninkielinen.

Ensimmäinen kriteeri on ehdoton edellytys kirjallisuuskatsauksen tekemiselle. Analysoitavan aineiston on annettava vastaus tai vastauksia käsiteltäviin tutkimuskysymyksiin. Tässä työssä analysoitaviin tutkimuksiin sisällytettiin ne artikkelit, joiden tutkimusongelmat koskevat syöpätautien hoitotyötä magneettisairaaloissa sekä tutkimukset, jotka on tehty magneettisairaaloiden syöpäosastoilla.

Aineisto rajataan lukemalla hakutuloksista ensin otsikot, sitten tiivistelmät ja lopuksi koko artikkelit. Joka vaiheessa aineistosta rajautuvat pois ne artikkelit, jotka eivät tuo tietoa tutkittavaan aiheeseen. Käytetyn aineiston tuloksien luotettavuutta edistää se, että analysoitaviksi artikkeleiksi hyväksytään vain ne, jotka on julkaistu vertaisarvioituina tieteellisissä julkaisuissa. Myös ajallinen rajaus – julkaisu kymmenen vuoden sisällä – lisää tulosten luotettavuutta ja sovellettavuutta, sillä vanhentunutta tietoa ei ole tarkoituksenmukaista analysoida etenkin alalla, jossa suuriakin muutoksia tapahtuu lyhyillä aikaväleillä. Lisäksi tutkimusartikkeleista otetaan mukaan vain ne, jotka ovat kokonaisuudessaan saatavilla ja julkaistu joko suomeksi tai englanniksi, muuten niiden analysointi olisi mahdotonta.

Aloitin aineiston keruun miettimällä mahdollisia hakusanoja, joita käyttäisin aineiston haakuun tietokannoista. Apuna hakusanojen luomisessa käytin tietokantojen asiasanastoja, jotta hakusanoista tulisi mahdollisimman päteviä. Tein useita hakuja Cinahl-, PubMed- ja Ovid-tietokannoista, käyttäen kaikissa samoja hakusanoja Boolean operaattoreilla yhdistettynä. Käytetyt hakusanat olivat: magnet hospitals, magnet recognition program, magnet status, oncologic nursing, oncology, cancer, cancer nursing. Apua hakusanojen

arviointiin ja tiedonhakuun sain Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjaston informaatioilta. Taulukko hakuhistoriasta on liitteenä (Liite 1.) työn lopussa.

Tiedonhaun tuloksena löytyi tutkimusartikkeleita yhteensä 280, joista osa oli päällekkäisiä johtuen useista hauista eri tietokannoista. Otsikoiden perusteella valikoitui 20 artikkelia, tiivistelmien perusteella 13. Näissäkin oli päällekkäisyyksiä, ja lopulta lukemalla artikkelit kokonaisuudessaan sain rajattua tulokset neljään artikkeliin, jotka täyttivät valintakriteerit. Käsihaulla tieteellisistä lehdistä ei löytynyt yhtään soveltuvaa artikkelia.

4.2 Aineiston analysointi

Tutkimuksen uskottavuuteen vaikuttaa merkittävästi se, kuinka lähdeaineistoa on käytetty. Argumentoinnin ja johtopäätösten tulee perustua lähdeaineistoon, joka sisältää merkittävää tietoa tutkimuksen kohteesta. (Tuomi – Sarajärvi 2009.) Metropolia Ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaan kirjallisuuskatsauksen lähdeaineistosta luodaan analyysikehyks, jonka avulla aineiston sisältö käsitellään. Tämän työn liitteenä (Liite 2.) on lähdeaineistosta laadittu analyysikehyks. Siinä on eritelty tutkimusartikkeleiden perustiedot, tutkimusten tarkoitukset, menetelmät ja päätulokset. Analyysikehyksen luomisen jälkeen perehdyin tutkimusaineistoon huolellisesti lukemalla artikkelit useaan kertaan. Koska kaikki artikkelit olivat englanninkielisiä, keskeistä oli myös sen varmistaminen, että kaikki termit ja käsitteet tulevat oikein ymmärretyiksi.

Tutkimusaineiston analysoinnissa sovelsin induktiivista sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on systemaattinen analyysimenetelmä, jolla järjestetään ja kuvataan tutkittavaa aineistoa. Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa aineistoa jäsennetään etsimällä siitä tutkimusaiheen kannalta olennaiset ilmaisut ja luomalla niiden perusteella luokkia, joilla voidaan kuvata aineiston sisältöä. Induktiivisen sisällönanalyysin vaiheet ovat alkuperäisilmaisujen etsiminen ja merkitseminen, ilmaisujen pelkistäminen, pelkistysten ryhmittely luokiksi ja edelleen luokkien yhdistäminen yläluokiksi. (Kylmä – Juvakka 2012: 112–119.)

Aloitin aineistoni analysoinnin lukemalla ensin artikkelit huolellisesti useaan kertaan kattavan kokonaiskuvan saamiseksi. Sitten alleviivasin artikkeleista ne ilmaisut, jotka liittyvät tutkimuskohteeseeni, eli kuvaavat syöpätautien hoitotyötä magneettisairaaloissa. Ilmaisut vaihtelivat parista sanasta lauseisiin niin, että asian konteksti säilyi. Seuraavassa vaiheessa pelkistin alkuperäisilmaisut suomentamalla ne ja tiivistämällä niiden sisällön

(Kuvio 2.). Pelkistämisvaiheessa vaarana on, että alkuperäisiä ilmaisuja pelkistetään liikaa, jolloin ilmaisusta katoaa merkittävää tietoa ja kontekstia. Pelkistetty ilmaus voi olla esimerkiksi 10 sanaa, kunhan kaikki oleellinen asiasisältö säilyy. (Kylmä – Juvakka 2012: 114.)

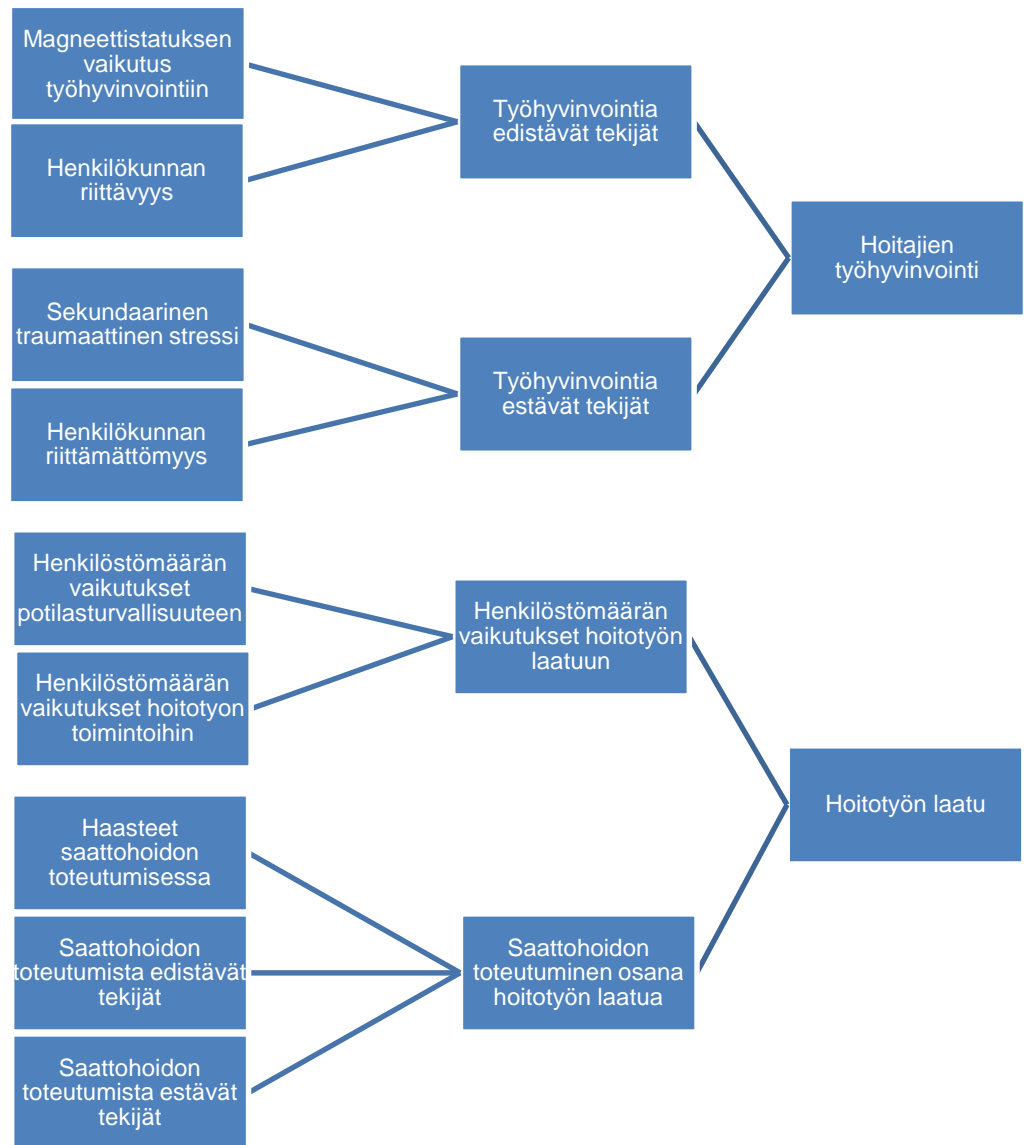
Alkuperäisilmaus	Pelkistys
"RNs described difficulty eating a meal or taking other breaks"	vaikeus pitää taukoja
"oncology nurses in ANCC hospitals had almost half the exhaustion levels of their counterparts in non-ANCC hospitals"	magneettisairaaloissa vähemmän uupumusta
"nurses were more likely to report that patients and family members – rather than healthcare professionals – made the final decision to receive hospice"	potilaat ja omaiset tekivät useimmin lopullisen päätöksen saattohoidon aloittamisesta

Kuvio 2. Esimerkkejä alkuperäisilmausten pelkistämisestä.

Pelkistämisen jälkeen aloitin pelkistettyjen ilmausten ryhmittelyn. Luokittelussa tulee ottaa huomioon, että tulosten informaation täytyy säilyä, eikä ryhmittelyn seurauksena tämä informaatio saa muuttua (Kylmä – Juvakka 2012: 118). Lopullisten luokkien tulee siis kuvata pätevästi aineiston sisältöä.

Kirjoitettuani pelkistykset erilliselle paperille yhdistelin toisiinsa liittyvät pelkistykset alaluokiksi, jolle annoin niitä kuvaavan nimen. Alaluokat yhdistin yläluokiksi ja nimesin ne niin, että nimet kuvaavat alaluokkien sisältöä. Lopuksi loin pääluokat, jotka kattavat koko aineiston (Kuvio 3.). Luokittelu oli yllättävän haastavaa ja aikaa vievää. Vaikeus johtui luultavasti siitä, että aineistona oli vain neljä tutkimusta, jotka kaikki käsittelivät eri aihetta. Tämän vuoksi oli haastavaa luoda yhteyksiä aineiston osien välille, mutta pyrin siihen, että luokittelu kuvaisi mahdollisimman hyvin artikkelien sisältöä. Lisäksi artikkelien englanninkielisyys toi oman lisähaasteensa analyysiin, ja varmistinkin useasti ymmärtäneeni kaikki termit oikein.

Analyysin lopuksi palasin vielä alkuperäiseen aineistoon, ja varmistin että oleellisin tieto oli analysoitu. Varmistin myös, että oma tulkintani aineistosta ei olisi liikaa ohjannut tuloksia, vaan luokittelun lähtökohtana olisi artikkelien sisältö ja alkuperäisilmaukset.



Kuvio 3. Sisällönanalyysin tuloksena syntyneet ala-, ylä- ja pääluokat, jotka kuvaavat syöpätautien hoitotyötä magneettisairaaloissa.

5 Tulokset

5.1 Hoitajien työhyvinvointi

Tutkimusaineistossa nousi yhtenä pääluokkana esille hoitohenkilökunnan työhyvinvointi. Se jakaantui kahteen yläluokkaan: työhyvinvointia edistävät ja estävät tekijät. Nämä jakaantuivat edelleen alaluokkiin, joissa eritellään aineistosta löytyneet tekijät, jotka vaikuttavat hoitajien työhyvinvoinnin tasoon.

5.1.1 Työhyvinvointia edistävät tekijät

Tutkimustulosten perusteella magneettisairaaloissa syöpätautien osastoilla työskentelevien hoitajien työhyvinvointia edistävät tekijät jakoutuivat magneettistatuksen sekä henkilökunnan riittävyden vaikutuksiin hyvinvointiin (Kuvio 4.). Magneettistatuksen on todettu edistävän hoitohenkilökunnan hyvinvointia eri osa-alueilla (Friese 2005), ja henkilökunnan riittävällä määrällä sekä henkilökunnan koostumuksella on tutkimuksen mukaan vaikutuksia hoitajien työhyvinvointiin (Nelson 2011).

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokka
magneettisairaaloissa vähemmän uupumusta	Magneettistatuksen vaikutus työhyvinvointiin	Työhyvinvointia edistävät tekijät
hoitajat tyytyväisimpiä työhönsä magneettisairaaloissa		
magneettistatus edistää hyviä työympäristöjä		
hoitajat vähemmän stressaantuneita ja uupuneita kun tarpeeksi hoitajia	Henkilökunnan riittävyys	
hoitajamäärän riittävyyden seurauksena hoitajilla parempi yhteys potilaisiin		
riittävä henkilöstömäärä edistää toimivaa tiimityötä		
hoitajat tyytyväisempiä työhönsä, kun riittävästi henkilökuntaa		
hoitajien persoonallisten ominaisuuksien merkitys		
varahenkilöiltä ja hoitoapulaisilta saatu apu		

Kuvio 4. Työhyvinvointia edistävät tekijät -yläluokan rakentuminen alaluokista ja pelkistetyistä ilmauksista.

Sekä sairaalan magneettisairaalamallin (Friese 2005: 768) että riittävä henkilöstömäärä (Nelson 2011: 57) vähensivät työntekijöiden kokemaa uupumusta. Syöpäsairaanhoitajien magneettisairaaloissa kärsimä henkinen uupumus oli vain lähes puolet siitä, mitä syöpäsairaanhoitajat kokivat muissa sairaaloissa. Esimerkiksi korkean tason uupumuksesta kärsi magneettisairaaloissa 20 % hoitajista, kun vastaava luku muissa sairaaloissa oli 39 %. (Friese 2005: 768–769.) Vastaavasti työvuorot, joissa hoitohenkilökuntaa oli riittävästi, eivät aiheuttaneet hoitajille yhtä paljon väsymystä ja uupumusta kuin henkilökuntavajauksesta kärsivät työvuorot (Nelson 2011: 57).

Magneettistatuksella oli myös muita positiivisia vaikutuksia syöpäsairaanhoitajien työhyvinvointiin. Magneettistatus edisti hyviä työympäristöjä syöpätautien osastoilla. Työympäristöjen osa-alueet, jotka paranivat magneettisairaalamallin vaikutuksesta, olivat esimerkiksi johtamisen laatu, henkilöstön ja resurssien riittävyys sekä hoitajien ja lääkäreiden yhteistyö. Johtuen osittain tästä, hoitajat olivat myös tyytyväisempiä työhönsä magneettisairaaloitten syöpäosastoilla kuin muissa sairaaloissa. (Friese 2005: 769–771.)

Henkilökunnan riittävyyden osalta merkittävää on etenkin se, että riittävän työntekijämäärän lisäksi tärkeää on työvuorossa olevan hoitohenkilökunnan koostumus. Hoitajien työhyvinvointia edisti se, että vuorossa oli riittävästi kokeneita hoitajia kokemattomien rinnalla, ja myös hyvät tiimityötaidot lisäsivät hoitajien tunnetta henkilöstön riittävyydestä. (Nelson 2011: 55–56.) Hoitajat olivat myös tyytyväisempiä työhönsä ja kokivat saavansa paremmin yhteyden potilaisiin, kun hoitajavajetta ei ollut (Nelson 2011: 57). Varahenkilöstöltä ja hoitoapulaisilta saatu apu lisäsi tunnetta riittävästä henkilöstömäärästä, jos nämä olivat päteviä ja tunsivat osaston ennestään (Nelson 2011: 55).

5.1.2 Työhyvinvointia estävät tekijät

Sairaanhoitajien työhyvinvointia estävät tekijät jakoutuivat sekundaariseen traumaattiseen stressiin sekä henkilökunnan riittämättömyyteen (Kuvio 5.). Sekundaarinen traumaattinen stressi syöpäsairaanhoitajilla on seurausta heidän jatkuvasta altistumisestaan syöpää sairastavien ja kuolevien potilaiden kokemuksille (Quinal – Harford – Rutledge 2009: 1–2). Henkilökunnan riittämättömyys vaikuttaa monin tavoin hoitajien työhyvinvointia heikentävästi (Nelson 2011).

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokka
------------------------------	------------------	------------------

yleisesti hoitajien stressitasot matalia	Sekundaarinen traumaattinen stressi	Työhyvinvointia estävät tekijät
16–38 % kärsi traumaattisesta stressistä		
yleisiä oireita nukkumisvaikeudet, häiritsevät ajatukset, ärtyneisyys		
stressinhallintakeinoina hieronta, liikunta, hengellisyys, koulutus		
vaikeus pitää taukoja	Henkilökunnan riittämättömyys	
työskentely taukojen aikana		
kokemus työmäärän lisääntymisestä		
henkisen ja fyysisen väsymyksen vaikutus vapaa-aikaan		
töihin menemisen pelko		
ylimääräisistä työvuoroista kieltäytyminen		

Kuvio 5. Työhyvinvointia estävät tekijät -yläluokan rakentuminen alaluokista ja pelkistetyistä ilmauksista.

Sekundaarinen traumaattinen stressi on siis seurausta syöpäsairaanhoitajien jokapäiväisestä työstä, mutta se vaikuttaa negatiivisesti heidän työhyvinvointiinsa. Kriteereistä riippuen 16–38 % tutkituista hoitajista kärsi sekundaarisesta traumaattisesta stressistä, vaikka yleisesti ottaen hoitajien stressitasot olivat matalia. Tutkimustulokset olivat positiivisempia kuin odotettiin, vain vähemmistön hoitajista kärsiessä traumaattisesta stressistä (Quinal ym. 2009.) Yleisimpiä stressin oireita olivat esimerkiksi nukkumisvaikeudet ja ärtyneisyys (Quinal ym. 2009: 3–6). Hoitajat käyttivät stressin lievitykseen useita keinoja, kuten hierontaa, liikuntaa ja hengellistä tukea, mutta vain hieronnan todettiin merkittävästi vähentävän sekundaarisen traumaattisen stressin esiintymistä (Quinal ym. 2009: 3–5).

Henkilökunnan riittämättömyyden vaikutukset hoitajien työhyvinvointiin olivat selvät. Hoitajat kokivat syvää henkistä ja fyysistä uupumusta työskenneltyään työvuoroissa, joissa oli vajaamiehitys. Uupumus vaikutti myös heidän yksityiselämäänsä negatiivisesti. (Nelson 2011: 56–57.) Työpaikalla hoitajat eivät aina voineet pitää taukojaan kiireen vuoksi, tai joutuivat palaamaan työtehtäviin kesken ruokailun (Nelson 2011: 55). Hoitajat kuvasivat myös, kuinka henkilökunnan vähyyden aiheuttaman kiireen ja väsymyksen seurauksena he eivät enää halunneet palata töihin tai ottaa ylimääräisiä työvuoroja (Nelson 2011: 56–57).

5.2 Hoitotyön laatu

Hoitotyön laatu on toinen pääluokka, joka aineiston analyysissä syntyi. Aineistosta tuli esille kaksi hoitotyön laadun osa-aluetta: henkilöstömäärän vaikutukset hoitotyön laatuun ja saattohoidon toteutuminen osana hoitotyön laatua.

5.2.1 Henkilöstömäärän vaikutukset hoitotyön laatuun

Tutkimustuloksista selvisi, että henkilöstön määrä vaikuttaa hoitotyön laatuun usealla eri tavalla (Kuvio 6.). Se voi heikentää potilasturvallisuutta ja vaikuttaa hoitotyön toimintojen toteutumiseen. (Nelson 2011.)

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokka
potilaiden oireiden tai voinnin muutosten jääminen huomaamatta	Henkilöstömäärän vaikutukset potilasturvallisuuteen	Henkilöstömäärän vaikutukset hoitotyön laatuun
hoitovirheet ja ”läheltä piti” -tilanteet riittämättömän hoitajamäärän seurauksena		
hoitotyöstä tehtäväkeskeistä vähemmän aikaa potilaille ja omaisille	Henkilöstömäärän vaikutukset hoitotyön toimintoihin	
hoitotyön toimintojen muuttaminen, tekemättä jättäminen, siirtäminen myöhemmäksi		
vähemmän aikaa hoitosuhteen luomiseen ja henkiseen tukemiseen		

Kuvio 6. Henkilöstömäärän vaikutukset hoitotyön laatuun -yläluokan rakentuminen alaluokista ja pelkistetyistä ilmauksista.

Sairaanhoitajat kokivat, että liian vähäinen hoitajamäärä voi vaarantaa potilasturvallisuuden. Hoitajilla ei kiireen vuoksi ollut riittävästi aikaa potilaiden voinnin seuraamiseen, minkä seurauksena heiltä saattoi jäädä merkittäviä oireita tai potilaan voinnin muutoksia huomaamatta. Hoitajat myös kuvasivat, kuinka niissä työvuoroissa, joissa hoitajia oli liian vähän, riski hoitovirheille ja ”läheltä piti” -tilanteille oli suurempi. (Nelson 2011: 56.)

Henkilöstömäärällä oli vaikutuksensa myös eri hoitotyön toimintoihin. Liian vähäinen henkilökuntamäärä aiheutti hoitajille kiirettä, jonka vuoksi heillä ei ollut yhtä paljon aikaa potilaille ja heidän omaisilleen kuin muulloin. Tästä aiheutui puutteita hoitosuhteen luomisessa ja potilaiden henkisessä tukemisessa. (Nelson 2011: 54.) Lisäksi kiireen myötä

joitakin hoitotyön toimintoja jätettiin tekemättä, muutettiin tai siirrettiin myöhemmäksi. Esimerkiksi potilasohjausta saatettiin siirtää toiseen päivään tai potilaita kylvetettiin harvemmin. Tietoa siitä, kuinka henkilöstövajeen aiheuttamat muutokset vaikuttavat potilaiden hoitotuloksiin, ei ole. (Nelson 2011: 54–57.)

5.2.2 Saattohoidon toteutuminen osana hoitotyön laatua

Toinen tutkimusaineistosta esille tullut hoitotyön laadun osa-alue on saattohoidon toteutuminen. Se jakautuu kolmeen alaluokkaan: haasteet saattohoidon toteutumisessa sekä saattohoidon toteutumisesta edistävät ja estävät tekijät. Kuviossa 7. on eritelty luokituksen rakentuminen.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokka
saattohoidon aloittaminen liian myöhään	Haasteet saattohoidon toteutumisessa	Saattohoidon toteutuminen osana hoitotyön laatua
saattohoitoa ei käytetty aina silloin, kun olisi pitänyt		
hoitajat keskustelivat saattohoidosta useammin omaisten kuin potilaiden kanssa		
saattohoitokeskustelut useammin henkilökunnan kuin potilaiden tai omaisten aloitteesta		
hoitajien asenteet positiivisia saattohoitoa kohtaan	Saattohoidon toteutumista edistävät tekijät	
sekä hoitajilla että lääkäreillä vastuu saattohoidosta keskustelemisesta	Saattohoidon toteutumista estävät tekijät	
potilaan ja omaisten vastahakoisuus		
lääkärin epäröinti		
muutokset potilaan tilassa		

Kuvio 7. Saattohoidon toteutuminen osana hoitotyön laatua -yläluokan rakentuminen alaluokista ja pelkistetyistä ilmauksista.

Saattohoidon toteutumisessa todettiin olevan haasteita. Syöpäsairaanhoitajat keskustelivat saattohoidosta vain noin joka kolmannen hoitamansa terminaalivaiheessa olevan potilaan tai hänen omaistensa kanssa. Hoitajista 81 % oli keskustellut saattohoidosta potilaiden omaisten kanssa, kun taas 71 % oli keskustellut potilaiden itsensä kanssa. Aloitteentekijänä keskusteluissa oli useimmiten joku henkilökunnan jäsenistä. (Boyd 2011: 232–235.)

Suurimmat vaikutukset hoitotyön laadulle oli kuitenkin saattohoidon toteutumatta jäämisellä tai sen aloittamisella liian myöhään. Suurin osa syöpäsairaanhoitajista totesi hoitaneensa useita potilaita, jotka eivät päässeet saattohoitoon, vaikka hoitajien mielestä se olisi ollut tarpeellista. Lisäksi useilla potilailla saattohoito aloitettiin hoitajien mielestä liian myöhään. (Boyd 2011: 232.)

Sairaanhoitajilla oli positiivinen asenne saattohoitoa kohtaan, ja he kokivat sen käytön olevan liian vähäistä (Boyd 2011: 233–234). Hoitajien mielestä sekä hoitajilla että lääke-reillä on vastuu saattohoidosta keskustelemisesta ja potilaan pääsystä saattohoitoon. Näiden asenteiden voidaan nähdä edistävän saattohoidon toteutumista. (Boyd 2011: 233.)

Saattohoidon toteutumista estävistä tekijöistä merkittävimmät olivat potilaiden tai omaisten kieltäytyminen saattohoidosta, hoitavan lääkärin epäröinti asian suhteen ja potilaan tilan muutokset, jotka vaikuttivat saattohoitopäätökseen. Lisäksi 23 % hoitajista tunsivat saattohoidosta keskustelemisen epämukavaksi, ja osa hoitajista halusi ylläpitää potilaiden ja omaisten toivoa paranemisesta, eikä siksi ottanut saattohoitoa puheeksi. (Boyd 2011: 233.)

6 Pohdinta

6.1 Eettisyys

Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää tutkimuksen tekijältä muun muassa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyön tekemisessä ja tulosten raportoinnissa sekä toisten tutkijoiden työn kunnioittamista. Tämän käytännön loukkaamista on esimerkiksi toisten tutkijoiden saamien tulosten esittäminen ominaan, käytettyjen menetelmien huolimaton raportointi sekä sepitettyjen tai vääristettyjen tulosten esittäminen. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 132–133.) Lisäksi myös tutkimusaiheen ja -menetelmän valinta on eettinen kysymys, jota on hyvä tarkastella (Kylmä – Juvakka 2012: 144–146).

Tässä työssä esittämäni tulokset ovat kaikki oman tutkimukseni tulosta. Olen raportoinut tulokset tarkasti lähdeaineistoa seuraten, mutta sisällönanalyyseissa tehdyt tulokset ovat

voineet vaikuttaa tutkimustuloksiin. Kaikki muiden tekemistä tutkimuksista saamani tiedot on merkitty lähdeviittein, ja lähdeluettelon avulla on mahdollista tarkistaa käyttämäni informaation oikeellisuus.

Tätä työtä tehdessäni olen pyrkinyt rehellisesti ja tarkasti kuvaamaan tutkimusprosessin kulun ja menetelmät, joilla tutkimustulokset on saatu. Menetelmien valinnassa minua ohjasivat Metropolia Ammattikorkeakoulun ohjeet sekä tutkimuksen aihe ja tutkimuskysymys, jotka rajasivat menetelmien käyttöä.

6.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen, kuten tämän opinnäytetyön, luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää kriteereinä uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen tulosten uskottavuutta, eli kuinka tutkimustulokset vastaavat käytetyn lähdeaineiston sisältöä ja kuvaavat tutkittavaa ilmiötä. Vahvistettavuus merkitsee sitä, että tutkimusprosessin on yksityiskohtaisesti tultava ilmi tutkimuksen raportista. Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tekijän tietoisuutta omasta vaikutuksestaan tutkimustuloksiin. Siirrettävyydellä arvioidaan sitä, kuinka tutkimustulokset ovat siirrettävissä muihin tilanteisiin. (Kylmä – Juvakka 2012: 127–129.)

Tutkimusaineiston niukkuus on yksi tämän opinnäytetyön heikkous luotettavuuden osalta. Tulokset olen kyllä raportoinut perustuen tiukasti lähdeaineistoon, mutta uskottavuutta heikentää se, että aineistoksi löytyi vain neljä tutkimusta, jotka kaikki käsittelivät syöpätautien hoitotyötä eri näkökulmista. Kokemattomuuteni näin laajasta tiedonhausta on voinut aiheuttaa, sen että kaikkia valintakriteerit täyttäviä tutkimuksia ei löytynyt. Toisaalta hyödynsin tiedonhaussa Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjaston informaatioita, jotka tarkistivat hakusanani ja niiden käytön.

Aineiston vähäisyyden vuoksi myös sisällönanalyysin tekeminen oli erittäin haastavaa. Pyrin siihen, että omat tulkintani eivät ohjaisi liikaa analyysia, vaan aineistosta käsin tulisivat esille keskeiset teemat. Käytin sisällönanalyysia nyt ensimmäistä kertaa varsinaisessa tutkimuksessa, joten kokemattomuuteni on voinut vaikuttaa analyysin toteutumiseen. Myös tutkimusartikkelien englanninkielisyys asetti omat haasteensa, mutta varmistin eri sanakirjoja hyödyntämällä ymmärtäneeni oikein kaikki termit.

Tässä opinnäytetyöraportissa olen kuvannut mahdollisimman yksityiskohtaisesti kaikki työni vaiheet tiedonhausta aineiston analysointiin. Vahvistettavuuden osalta arvioin työni luotettavuuden hyväksi. Tutkimuksen siirrettävyys kärsii siitä, että lähdeaineistoa on niin vähän, eikä yleisiä johtopäätöksiä ole mahdollista tehdä. Kaikki analysoimani tutkimukset ovat myös Yhdysvalloista, joten niiden tulosten soveltaminen Suomessa ei välttämättä ole yksinkertaista.

6.3 Tulosten pohdinta

Magneettisairaalamallia ja sen vaikutuksia hoitotyöhön on tutkittu runsaasti. Tutkimukset ovat kuitenkin keskittyneet lähinnä selvittämään yleisellä tasolla, mitä hyötyjä mallin käyttöönotto tuo tullessaan ja vertailemaan magneettisairaaloiden tuloksia muiden sairaaloiden tuloksiin. Suhteellisen vähän on tarkasteltu sitä, kuinka magneettisairaalamalli näytetään eri lääketieteen erikoisalojen, kuten syöpätautien, hoitotyössä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata syöpätautien hoitotyötä magneettisairaaloissa ja -klinikoilla potilaiden, hoitohenkilökunnan ja työympäristön kannalta. Kirjallisuuskatsauksen tuloksien mukaan hoitotyössä korostuvat hoitajien työhyvinvointi, henkilöstöressurssien vaikutukset työhyvinvointiin ja hoitotyön laatuun sekä erään syöpätautien hoitotyön erityispiirteen, vakavasti sairaiden potilaiden hoitotyön, vaikutukset työhyvinvointiin ja merkitys laadukkaan hoitotyön toteuttamisessa.

Syöpätautien hoitotyöhön erityisesti sisältyvää saattohoitoa ja vakavasti sairaiden potilaiden hoitoon liittyvää hoitajien sekundaarista traumaattista stressiä on tutkittu vähän magneettisairaaloissa. Tässä työssä lähdeaineistona käytetyt tutkimukset (Boyd ym. 2011; Quinal ym. 2009) olivat ainoat magneettisairaaloissa tehdyt tutkimukset, jotka aiheesta löysin. Esimerkiksi näihin syöpätautien hoitotyön erityispiirteisiin voisi jatkotutkimuksissa suuntautua. Olisi mielenkiintoista tietää, mitä eroja näiltä hoitotyön osa-alueilta löytyy magneettisairaaloiden ja muiden sairaaloiden välillä.

Tämän opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että henkilöstöressusseilla voi olla yllättävänkin suuria vaikutuksia hoitotyöhön. Ne vaikuttavat niin hoitajien työhyvinvointiin kuin hoitotyön laatuunkin (Nelson 2011). Magneettisairaalat voivat siis kärsiä samalla tavalla henkilöstöressurssien vähäisyydestä kuin muutkin sairaalat, vaikka joissakin tutkimuksissa on todettu magneettisairaalamallin parantavan tai lisäävän resursseja (Urden ym. 2013;

Friese 2005). Tämän ristiriidan syitä on vaikea selvittää, mutta taustalla voi olla esimerkiksi yksittäisten sairaaloiden erilaiset henkilöstöresurssit tai yksittäisten hoitajien erilaiset kokemukset henkilöstön riittävydestä. Kaikki magneettisairaalat eivät tietenkään ole toiminnaltaan ja resurssien käytöltään samanlaisia.

Magneettisairaaloiden työympäristöjä on tutkittu laajasti. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että magneettistatus on osoitus laadukkaista työympäristöistä (Choi – Boyle 2014; Kelly ym. 2011; Kramer ym. 2011; Witkoski Stimpfel ym. 2014). Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella sama pätee myös magneettisairaaloiden syöpäosastoihin. Työympäristön osa-alueista esimerkiksi johtamisen ja hoitaja-lääkärisuhteiden todettiin olevan parempia magneettisairaaloissa kuin muissa sairaaloissa (Friese 2005). Tämä onkin mielenkiintoista, sillä aiemmassa tutkimuksessa juuri hoitaja-lääkärisuhteiden on osoitettu olevan yksi osa-alue, johon magneettistatuksella ei olisi vaikutusta (Hess ym. 2011).

Potilaiden näkökulmaa ei analysoitavissa tutkimusartikkeleissa tullut esille. Magneettisairaalamallin vaikutusta potilastyytyväisyyteen on aiemmin tutkittu laajoilla kyselyillä, joissa on selvinnyt potilaiden olevan merkittävästi tyytyväisempiä saamaansa hoitoon magneettisairaaloissa verrattuna muihin sairaaloihin (Chen ym. 2014; Smith 2014). Tutkimuksissa ei ole kuitenkaan eritelty potilaita heidän sairauksiensa osalta, joten ei ole tiedossa, kuinka potilastyytyväisyys vaihtelee erikoisalasta riippuen. Potilaiden näkemykset ja kokemukset hoidon laadusta ovat tärkeä osa laadun arviointia, ja tästä aiheesta voisikin tehdä lisätutkimusta erityisesti syöpäpotilaiden kohdalla.

Analysoitavana olleen tutkimusaineiston niukkuuden vuoksi tuloksista ei voi tehdä kovinkaan merkittäviä johtopäätöksiä magneettisairaalamallin vaikutuksista syöpätautien hoitotyöhön. Aiemmista tutkimuksista löytyy kuitenkin tukea magneettisairaalamallin vaikutuksista työympäristöihin ja työntekijöiden hyvinvointiin. Aiheesta on tehtävä lisää tutkimusta, jotta syöpätautien yksiköiden erityispiirteet huomioon ottaen voidaan tehdä vertailua magneettisairaaloiden ja muiden sairaaloiden välillä. Aiemman tiedon perusteella voisi kuitenkin olettaa, että magneettisairaalamallin arvot ja periaatteet edistävät korkealaatuista hoitotyötä ja luo sellaista organisaatiokulttuuria, jossa sairaanhoitajat pystyvät kehittämään osaamistaan potilaiden hyväksi.

Lähteet

Aiken, Linda H. – Buchan, James – Ball, Jane – Rafferty, Anne Marie 2008. Transformative impact of Magnet designation: England case study. *Journal of Clinical Nursing* 17. 3330–3337.

American Nurses Credentialing Center 2015. Find a Magnet Hospital. Verkkodokumentti. <www.nursecredentialing.org/Magnet/FindaMagnetFacility>. Luettu 26.03.2015.

American Nurses Credentialing Center 2014a. Forces of Magnetism. Verkkodokumentti. <www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/HistoryoftheMagnetProgram/ForcesofMagnetism>. Luettu 2.10.2014.

American Nurses Credentialing Center 2014b. Magnet Recognition Program® Model. Verkkodokumentti. <www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/New-Magnet-Model>. Luettu 2.10.2014.

Boyd, Denise – Merkh, Kristen – Rutledge, Dana N. – Randall, Victoria 2011. Nurses' Perceptions and Experiences With End-of-Life Communication and Care. *Oncology Nursing Forum* 38 (3). E229– E239.

Broom, Catherine – Tilbury, Mary S. 2007. Magnet Status: A Journey, Not a Destination. *Journal of Nursing Care Quality* 22 (2). 113–118.

Chen, Jie – Koren, Mary Elaine – Munroe, Donna J. – Yao, Ping 2014. Is the Hospital's Magnet Status Linked to HCAHPS Scores? *Journal of Nursing Care Quality* 29 (4). 327–335.

Chen, Yao-Mei – Johantgen, Mary E. 2010. Magnet Hospital attributes in European hospitals: A multilevel model of job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies* 47. 1001–1012.

Choi, JiSun – Boyle, Diane K. 2014. Differences in nursing practice environment among US acute care unit types: A descriptive study. *International Journal of Nursing Studies* 51. 1441–1449.

Everhart, Damian – Schumacher, Jessica R. – Duncan, R. Paul – Hall, Allyson G. – Neff, Donna F. – Shorr, Ronald I. 2014. Determinants of hospital fall rate trajectory groups: A longitudinal assessment of nurse staffing and organizational characteristics. *Health Care Management Review* 39 (4). 352–360.

Flinkman, Mervi – Salanterä, Sanna 2007. Integroitu katsaus – eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa: Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.). *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51. Turun yliopisto: Digipaino.

Friese, Christopher R. 2005. Nurse Practice Environments and Outcomes: Implications for Oncology Nursing. *Oncology Nursing Forum* 32 (4). 765–772.

Goode, Colleen J. – Blegen, Mary A. – Park, Shin Hye – Vaughn, Thomas – Spetz, Joanne 2011. Comparison of Patient Outcomes in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *The Journal of Nursing Administration* 41 (12). 517–523.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2012. HUS – Edelläkävijä. Vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi. Strategia 2012–2016. Verkkodokumentti. <www.hus.fi/hus-tie-toa/hallinto-ja-paatoksenteko/hallinto/strategia/Documents/HUS%20strategia%202012-2016.pdf> Luettu 31.3.2015.

Hess, Robert – DesRoches, Catherine – Donelan, Karen – Norman, Linda – Buerhaus, Peter I. 2011. Perceptions of Nurses in Magnet® Hospitals, Non-Magnet Hospitals, and Hospitals Pursuing Magnet Status. *The Journal of Nursing Administration* 41 (7/8). 315–323.

Houston, Susan – Leveille, Marygrace – Luquire, Rosemary – Fike, Angela – Ogola, Gerald O. – Chando, Shingisai 2012. Decisional Involvement in Magnet®, Magnet-Aspiring, and Non-Magnet Hospitals. *The Journal of Nursing Administration* 42 (12). 586–591.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kalisch, Beatrice J. – Lee, Kyung Hee 2012. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nursing Outlook* 60. E32–E39.

Kelly, Lesly A. – McHugh, Matthew D. – Aiken, Linda H. 2011. Nurse Outcomes in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *The Journal of Nursing Administration* 41 (10). 428–433.

Kramer, Marlene – Maguire, Pat – Brewer, Barbara B. 2011. Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *Journal of Nursing Management* 19. 5–17.

Kvist, Tarja – Mäntynen, Raija – Turunen, Hannele – Partanen, Pirjo – Miettinen, Marja – Wolf, Gail A. – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. How magnetic are Finnish hospitals measured by transformational leadership and empirical quality outcomes? *Journal of Nursing Management* 21. 152–164.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.–2. Painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lake, Eileen T. – Shang, Jingjing – Klaus, Susan – Dunton, Nancy E. 2010. Patient Falls: Association With Hospital Magnet Status and Nursing Unit Staffing. *Research in Nursing & Health* 33. 413–425.

Lundmark, Vicki A. – Hickey, Joanne V. 2006. The Magnet Recognition Program® Understanding the Appraisal Process. *Journal of Nursing Care Quality* 21 (4). 290–294.

Mazurek Melnyk, Bernadette – Fineout-Overholt, Ellen – Gallagher-Ford, Lynn – Kaplan, Louise 2012. The State of Evidence-Based Practice in US Nurses: Critical Implications for Nurse Leaders and Educators. *Journal of Nursing Administration* 42 (9). 410–417.

Mills, Andrew C. – Gillespie, Kathleen N. 2013. Effect of Magnet Hospital Recognition on 2 Patient Outcomes. *Journal of Nursing Care Quality* 28 (1). 17–23.

- Nelson, Beverly A. 2011. Healthcare Team Members' Perception of Staffing Adequacy in a Comprehensive Cancer Center. *Oncology Nursing Forum* 38 (1). 52–59.
- Partanen, Pirjo – Pitkäaho, Taina – Kvist, Tarja – Turunen, Hannele – Miettinen, Merja – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2008. Magneettisairaalamalli erinomaisen hoitotyön mahdollistajana. Teoksessa: Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008. (toim. Koponen, Leena – Hopia, Hanna) Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Quinal, Leonida – Harford, Stephanie – Rutledge, Dana N. 2009. Secondary Traumatic Stress in Oncology Staff. *Cancer Nursing* 32 (4). E1–E7.
- Smith, Sarah A. 2014. Magnet Hospitals: Higher Rates of Patient Satisfaction. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 15 (1–2). 30–41.
- Tarkkanen, Maija 2014. Opinnäytetöiden tavoite. PowerPoint -esitys. HUS Syöpätautien klinikka. Helsinki. 26.5.2014.
- Trinkoff, Alison M. – Johantgen, Meg – Storr, Carla L. – Han, Kihye – Liang, Yulan – Gurses, Ayse P. – Hopkinson, Susan 2010. A Comparison of Working Conditions Among Nurses in Magnet® and Non-Magnet® Hospitals. *The Journal of Nursing Administration* 40 (7/8). 309–315.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Urden, Linda D. – Ecoff, Laurie K. – Baclig, Jannise – Gerber, Carolyn S. 2013. Staff Nurse Perceptions of the Magnet® Journey. *The Journal of Nursing Administration* 43 (7/8). 403–408.
- Wilson, Marian – Sleutel, Martha – Newcomb, Patricia – Behan, Deborah – Walsh, Judith – Wells, Jo Nell – Baldwin, Kathleen M. 2015. Empowering Nurses With Evidence-Based Practice Environments: Surveying Magnet®, Pathway to Excellence®, and Non-Magnet® Facilities in One Healthcare System. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 12 (1). 12–21.
- Witkoski Stimpfel, Amy – Rosen, Jennifer E. – McHugh, Matthew D. 2014. Understanding the Role of the Professional Practice Environment on Quality of Care in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *The Journal of Nursing Administration* 44 (1). 10–16.

Liite 1. Hakuhistoria

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko artikkelin perusteella valitut
CINAHL	magnet hospitals AND (oncologic nursing OR oncology OR cancer)	31	6	5	4
	(magnet recognition program OR magnet status) AND (oncologic nursing OR cancer nursing)	1	1	1	1 (sama kuin edellisessä)
PUBMED	magnet hospitals AND (oncologic nursing OR oncology OR cancer)	28	4	4	4 (samat kuin Cihnahlissa)
	(magnet recognition program OR magnet status) AND (oncologic nursing OR cancer nursing)	3	1	1	1 (sama kuin Cihnahlissa)
OVID	magnet hospitals AND (oncologic nursing OR oncology OR cancer)	192	4	1	1 (sama kuin Cihnahlissa)
	(magnet recognition program OR magnet status) AND (oncologic nursing OR cancer nursing)	25	4	1	1 (sama kuin Cihnahlissa)
Yhteensä		280 (sisältää päällekkäisyyksiä)	20 (sisältää päällekkäisyyksiä)	13 (sisältää päällekkäisyyksiä)	4

Liite 2. Tutkimusaineiston analyysikehys

Tekijä(t), vuosi, artikkelin nimi, lehti jossa julkaistu, maa	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Otos	Aineiston keruu ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
Boyd, Denise – Merkh, Kristen – Rutledge, Dana N. – Randall, Victoria 2011. <i>Nurses' Perceptions and Experiences With End-of-Life Communication and Care.</i> Oncology Nursing Forum 38(3). Yhdysvallat.	Kuvata syöpäsairaanhoitajien asenteita saattohoitoa kohtaan ja heidän kokemuksiaan kuolevien potilaiden hoidosta, saattohoitokeskusteluista potilaiden ja omaisten kanssa sekä palliativisten hoitomenetelmien käytöstä.	31 sairaanhoitajaa syöpätautien yksiköstä magneettistatuksen saaneista sairaalasta.	Kuvaileva kyselytutkimus. Sovellettu kyselyä Caring for Terminally Ill Patients Nurse Survey.	Hoitajilla melko hyvä asenne saattohoitoa ja siitä keskustelemista kohtaan, mutta keskustelivat saattohoidosta vain noin joka kolmannen hoitamansa kuolevan potilaan tai hänen omaisensa kanssa Hoitajien mukaan joidenkin potilaiden kohdalla saattohoito aloitettiin liian myöhään, ja jotkut sitä tarvinneet eivät päässeet saattohoitoon olleenkaan
Friese, Christopher M. 2005. <i>Nurse Practice Environments and Outcomes: Implications for Oncology Nursing.</i> Oncology Nursing Forum 32(4). Yhdysvallat.	Tutkia syöpäsairaanhoitajien ja magneettisairaaloissa työskentelevien hoitajien työympäristöä ja työtyytyväisyyttä sekä ymmärtää niiden välisiä yhteyksiä.	1956 sairaanhoitajaa, joista 305 syöpätautien yksiköistä. 22 sairaalaa, joista 7 magneettistatuksen saaneita.	Vuonna 1998 tehdyn kyselyn sekundaarinen analyysi. Tilastolliset menetelmät.	Syöpäsairaanhoitajien tulokset positiivisempia kuin muilla sairaanhoitajilla Henkinen uupumus oli merkittävästi vähäisempää niillä syöpäsairaanhoitajilla, jotka työskentelivät magneettisairaaloissa Henkinen uupumus, työtyytyväisyys ja hoitotyön laatu olivat yhteydessä työympäristön laatuun sekä työskentelyyn syöpäyksiköissä ja magneettisairaaloissa Syöpäsairaanhoitajat, joiden yksiköissä oli hyvät hoitaja-lääkäri -suhteet, kertoivat hoidon laadun olevan erinomaista kaksi kertaa muita useammin
Nelson, Beverly A. 2011. <i>Healthcare Team Members' Perception of Staffing Adequacy in a Comprehensive Cancer Center.</i> Oncology Nursing Forum 38(1). Yhdysvallat.	Kuvata syöpäsairaalan hoitohenkilökunnan näkemyksiä henkilökunnan riittävydestä.	10 sairaanhoitajaa, 5 hoitoapulaista, 5 esimestä magneettistatuksen saaneesta syöpäsairaalasta.	Puolistrukturoidut haastattelut. Kuvaileva, fenomenologinen lähestymistapa.	Esiin nousseita teemoja: Muutokset hoitotyöhön ja sen laatuun sekä potilasturvallisuuteen liian vähäisen miehityksen seurauksena Haastavien ja vaativien tilanteiden lisääntymisen työvuoroissa, joissa liian vähän hoitajia Liian vähäisen työntekijämäärän vaikutukset esimerkiksi ruokataukoihin, koulutuksiin, lomiin Henkilöstömäärän vaikutukset työn ulkopuoliseen elämään Auttavina tekijöinä nähtiin avun saaminen toisista yksiköistä sekä tasapaino vuorossa olevien hoitajien osaamisessa ja kokemuksessa

<p>Quinal, Leonida – Harford, Stephanie – Rutledge, Dana N. 2009. <i>Secondary Traumatic Stress in Oncology Staff.</i> Cancer Nursing 32(4). Yhdysvallat.</p>	<p>Selvittää sekundaarisen traumaattisen stressin esiintymistä ja siihen liittyviä tekijöitä yhdessä syöpätautien yksikössä.</p>	<p>43 sairaanhoitajaa, hoitoapulaista ja sihteeriä syöpätautien yksiköstä magneettistatuksen saaneesta sairaalasta.</p>	<p>Postitettu kysely, Secondary Traumatic Stress Scale, STSS. Tilastolliset menetelmät.</p>	<p>Sekundaarista traumaattista stressiä esiintyi 16–38% vastanneista Yleisimmät oireet olivat nukkumisvaikeudet, potilaita koskevat, häiritsevät ajatukset ja ärtyneisyys. Harvinaisimmat oireet olivat ihmisten, paikkojen ja asioiden välttely sekä häiritsevät unet potilaista Hieronnan käyttö vähensi traumaattista stressiä</p>
--	--	---	---	---