

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän
julkaisu 20/2014

Potilasohjaus vaikuttavamaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008 - 2013

Toimittanut Arja Kaila

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
Laatutyö
Joensuu 2014

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
Pohjois-Karjalan keskussairaala, Tieteellinen kirjasto
Tikkamäentie 16
80210 Joensuu

Kannen kuva: PKSSK:n kuva-arkisto

ISBN: 978-952-9793-75-4 (nid.)

ISBN: 978-952-9793-76- 1(pdf)

ISSN: 1796–2714

Sähköinen julkaisu

http://extra.pkssk.fi/html/tieteellinen_kirjasto/julkaisutoiminta_julkaisuluettelo.html

Joensuu 2014

Tekijät Arja Kaila (toim.)		
Julkaisun nimi Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008 - 2013		
ISSN: 1796-2714	ISBN: 978-952-9793-75-4 (nid.) ISBN: 978-952-9793-76-1 (pdf)	Kokonaissivumäärä: 184
Toimintayksikkö: Laatutyö		
Tiivistelmä: Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä (PKSSK) vuosina 2008 – 2013 -hankkeen tehtävänä oli kehittää hoitohenkilökunnan antamaa potilasohjausta. Tutkimustiedon mukaan eniten tyytymättömyyttä aiheuttaa rutiininomainen potilasohjaus. Voimavaraistavan potilasohjauksen on todettu lisäävän tyytyväisyyden ja turvallisuuden tunnetta sekä vähentävän epävarmuutta ja siten potilaiden yhteydenottotarvetta. Puolestaan hoitajat arvioivat ohjausosaamisensa melko hyväksi kun taas potilaat puutteelliseksi. Siksi hoitajille ja fysioterapeuteille järjestettiin tutkimustietoon perustuva ja osallistavia menetelmiä sisältävä valmennusohjelma, jonka tavoitteena oli hoitajien ja fysioterapeuttien ohjausvalmiuksien parantuminen ja potilaiden yhteydenottojen vähentyminen. Hanke toteutettiin kahdessa eri vaiheessa. Vuosina 2008 - 2009 ennen ja jälkeen valmennusohjelman vapaaehtoiset hoitajat ja fysioterapeutit 16:sta eri yksiköstä arvioivat oman ohjausosaamisensa, potilaat vastasivat strukturoituun potilasohjauskyselyyn, hoitotyön kirjaaminen auditointiin sekä hoitajien antamaa potilasohjausta ja potilaiden yhteydenottoja seurattiin kahden viikon ajan. Tulokset analysoitiin sekä laadullisia että tilastollisia menetelmiä käyttäen. Vuosina 2010 - 2013 jatkettiin potilasohjausta Hoitotieteellisinä meetingeina suunnatuille ryhmille hyödyntäen 1-vaiheen menetelmiä. Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa -hankkeen myötä ohjausosaaminen parani osallistuneiden itsearvioinnin perusteella. Osaamisen paranemisen lisäksi hoitajat kokivat potilasohjauksen vähemmän työllistävaksi ja he saivat vinkkejä voimavaraistavaan potilasohjaukseen. Samanaikaisesti kun osaaminen lisääntyi, ohjaukseen käytetty aika vähentyi ja myös potilaiden ilmoittama yhteydenottotarve laski. Huonokuntoiseksi itsensä arvioineet, monisairaant, iäkkäät ja nuoret toivoivat enemmän ohjausta kuin saivat. Valmennusohjelman vaikutuksista potilaskyselyllä mitattuna ei saatu tilastollisesti luotettavaa tietoa muutoin kuin yhteydenottojen vähentymisestä. Ohjauskirjaamisen laatu parantui koko hankkeen ajan. Potilas on oman terveytensä asiantuntija, jonka tietoa meidän terveydenhuollon ammattilaisten tulee käyttää nykyistä enemmän hyödyksi ja voimavarana onnistuaksemme potilasohjauksessa. Samalla se on myös vaikuttavaa potilasohjausta ja edistää potilasturvallisuutta. Tämän hankkeen perusteella tarvitaan edelleen potilaslähtöisen voimavaraistavan potilasohjauksen kehittämistä. Hoitajien ohjausosaamista voidaan parantaa valmennustyyppisellä täydennyskoulutuksella, pelkkä luento-opetus ei riitä. Osaamisen johtamisessa tarvitaan ohjausosaamisen varmistamista ja potilaiden yhteydenottotarpeen seurantatyökaluja.		
Avainsanat: henkilöstön kehittäminen, hoitohenkilöstö, hoitotyön tulokset, kehittämistyö, kirjatun hoitotyön arviointi, näyttöön perustuva hoitotyö, osaaminen, potilaan opettaminen, potilasohjaus, voimaantuminen		
Julkaisija Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Tikkamäentie 16 80210 Joensuu		Tilausosoite Pohjois-Karjalan keskussairaala Tieteellinen kirjasto Tikkamäentie 16 80210 Joensuu puh. 013 171 2045, faksi 013 171 2595 s-posti kirjastopalvelut@pkssk.fi

JULKAISUN LAJI

Alkuperäisjulkaisut

Selvitykset, raportit ja mietinnöt

Strategiat, suunnitelmat ja vuosikertomukset

ESIPUHE

Terveys- ja sairaanhoidon palvelujen tuotannon ja rakenteiden arviointi ja uudistaminen ovat terveydenhuollon haasteiden ja kiristyvän kuntatalouden perusteella välttämättömiä. Vaatimukset hoitotyön johtamiselle ovat selvästi kiristymässä uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tuloksia pitää syntyä, jotta selviydymme kaikista niistä vaatimuksista, joita työlämmme edellytetään. Hoitotyön johtaminen edellyttää muutosjohtajuutta. Muutoksen aikaansaaminen edellyttää puolestaan palvelujen sisällön kehittämistä sekä työ- ja toimintamenetelmien kirkastamista ja uudistamista. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä (PKSSK) hoitotyön johtamisen painopistealueita ovat valtakunnallisten linjausten mukaisesti mm.

- asiakas ja potilaslähtöisen toiminnan varmistaminen ja kehittäminen,
- terveyden edistämisen näkökulma hoitotyön johtamiseen, hoitoon ja potilasohjaukseen,
- näyttöön perustuvien käytäntöjen edistäminen,
- turvallisen hoidon varmistaminen ja kehittäminen,
- perehdytyksen kehittäminen,
- henkilöstöosaamisen kehittäminen ja
- opetus- ja ohjaustaitojen kehittäminen.

Hoitotyön tuloksellinen johtaminen edellyttää henkilöstöjohtamisen ja toiminnan johtamisen lisäksi myös hoitotyön substanssin johtamista; näyttöön perustuvaa hoitotyön johtamista sekä hoitotyön kehittämistä. Hoitotyön johtajat ja lähiesimiehet itse kokevat, että nimenomaan hoitotyön substanssin johtamiseen ja hoitotyön kehittämiseen ei jää riittävästi työaika. Meidän jokaisen tulee itse huolehtia siitä, että perustehtäväämme – *hoitotyön substanssin johtamiseen ja kehittämiseen* - jää riittävästi aikaa ja sille on myös resursseja. *Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa 2008 - 2013* oli hanke, jonka avulla mm. hoitotyön substanssia kehitettiin ja hoitohenkilöstön osaamista vahvistettiin näyttöön perustuen.

Tämä julkaisu koostuu 16:sta eri artikkelista. Neljä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:n työntekijää ja hankkeeseen osallistunutta hoitajaa ovat kirjoittaneet artikkelit: kehittämisylivoitaja, TtT Arja Kaila, projektikoordinaattori (eläkkeellä), TtT Leena Kuivalainen, osastonhoitaja, TtM Maarit Laukkanen ja osastonhoitaja, TtM Sari Salminen.

Joensuussa 28.7.2014

Johanna Bjerregård Madsen

***Meillä välitetään, meillä osataan.
Potilas ei välitä siitä, MITÄ sinä tiedät,
vaan siitä, MITEN sinä välität!***

SISÄLLYSLUETTELO

1	MIKSI POTILASOHJAUSTA KANNATTAA KEHITTÄÄ HOITOTYÖSSÄ	11
	Arja Kaila & Leena Kuivalainen	
2	POTILASOHJAUS VAIKUTTAVAMMAKSI PKSSK:SSA –HANKE.....	17
	Arja Kaila	
3	POTILASOHJAUksen VALMENNUSOHJELMA 2008 - 2009.....	32
	Arja Kaila & Leena Kuivalainen	
4	OHJAUSOSAAMISEN MITTARIN KEHITTÄMINEN.....	38
	Arja Kaila & Leena Kuivalainen	
5	OHJAUSOSAAMISEN ARVIOINTITULOKSET 2008 - 2009.....	41
	Leena Kuivalainen	
6	VALMENNETTAVIEN OHJAUSOSAAMISEN MUUTOS 2008 - 2009.....	48
	Arja Kaila & Leena Kuivalainen	
7	NÄYTTÖÖN PERUSTUVA VOIMAVARAISTAVA POTILASOHJAUS.....	52
	Arja Kaila	
7.1	Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan ja omaisen voimavaraistava.....	54
	potilasohjaus	
	Arja Kaila	
7.2	Lapsiperheiden selviytymiskeinot ja voimavaraistava perhehoitotyö.....	62
	Arja Kaila	
8	VOIMAVARAISTAVA POTILASOHJAUS – HOITOTIETEELLISET.....	77
	MEETINGIT 2010 - 2013	
	Arja Kaila	
9	POTILASKYSELYMITTARIN KEHITTÄMINEN JA TULOKSET: AIKUISET.....	84
	Leena Kuivalainen	
10	POTILASKYSELYN TULOKSET: LASTEN VANHEMMAT JA NUORET.....	96
	Leena Kuivalainen	
11	OHJAUSKIRJAAMISEN SISÄLTÖ 2008 - SISÄLLÖN ANALYYSI.....	98
	Arja Kaila	
12	OHJAUSKIRJAAMISEN MÄÄRÄ 2008 - 2013.....	104
	Arja Kaila & Leena Kuivalainen	
13	HOITOTYÖN KIRJAAMISEN LAADUN ARVIOINTIMITTARIN KEHITTÄMINEN.....	113
	JA TULOKSET	
	Arja Kaila & Leena Kuivalainen	
14	YHTEYDENOTOT: POTILASKYSELYN TULOKSET.....	126
	Leena Kuivalainen	
15	SISÄLLÖNANALYYSI POTILAIEN JA OMAISTEN YHTEYDENOTTOJEN.....	131
	SYISTÄ ALKUMITTAUKSESSA	
	Maarit Laukkanen	
16	HOITOHENKILÖSTÖN TYÖAJAN KÄYTTÖ POTILASOHJAUkseen JA.....	139
	YHTEYDENOTTOIHIN ERIKOISSAIRAANHoidossa	
	Sari Salminen	

TAULUKOT

Taulukko 1.	Hankkeen vaiheet ja aikataulu.....	23
Taulukko 2.	Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa -hankkeen keskeiset tulokset.....	26
Taulukko 3.	Potilasohjauksen valmennusohjelma 2008 – 2009.....	34
Taulukko 4.	Hoitajien työskentelyaika terveydenhuoltoalalla.....	42
Taulukko 5.	Hoitajien ohjausosaaminen 2008 - 2009 (%).....	44
Taulukko 6.	Valmennettavien muutosprosessi.....	49
Taulukko 7.	Elämä meni uusiksi vaiheet ja esimerkkejä aineistosta.....	56
Taulukko 8.	Erilaiset suhtautumistavat ja esimerkkejä aineistosta.....	57
Taulukko 9.	Suhtautumistapa ja prosessin yksilöllinen eteneminen.....	58
Taulukko 10.	Suhtautumistapa ja yksilöllinen ohjaus.....	58
Taulukko 11.	Esimerkki induktiivisesta sisällön analyysistä.....	64
Taulukko 12.	Lapsiperheiden selviytymiskeinot.....	65
Taulukko 13.	Tunnekeskeiset selviytymiskeinot.....	67
Taulukko 14.	Toimintakeskeiset selviytymiskeinot.....	68
Taulukko 15.	Tiedostuskeskeiset selviytymiskeinot.....	69
Taulukko 16.	Tietokeskeiset selviytymiskeinot.....	70
Taulukko 17.	Hoitotieteelliset meetingit 2010 - 2013.....	78
Taulukko 18.	Hoitotieteelliset meetingit, muutosvaiheet ja osallistuminen 2010 - 2013.....	80
Taulukko 19.	Itsearviointin tulokset.....	81
Taulukko 20.	Potilaiden taustatiedot 2008 ja 2009.....	87
Taulukko 21.	Potilaiden ikä 2008 ja 2009 (fr, %).....	87
Taulukko 22.	Potilaiden arvio omasta terveydentilasta ennen ja jälkeen hoidon (%).....	88
Taulukko 23.	Potilaiden saama tieto sairaudesta ja hoidosta suhteessa terveydentilaan.....	89
	hoidon jälkeen 2008	
Taulukko 24.	Vastanneiden potilaiden arvio saamastaan ohjauksesta 2008 ja 2009 (%).....	90
Taulukko 25.	Lapsen terveydentila ennen ja jälkeen hoidon 2008 (fr, %).....	96
Taulukko 26.	Esimerkki aineistolähtöisestä analyysistä.....	99
Taulukko 27.	Ohjauskirjaamisen sisältö.....	100
Taulukko 28.	Komponentit ja niiden muutokset eri FinCC versioissa.....	105
Taulukko 29.	Hoitotyön rakenteiden luokittelujen määrä komponentteittain 3/2008 - 10/2013.....	106
Taulukko 30.	Ohjausluokittelujen määrä komponentteittain 3/2008 - 10/2013.....	107
Taulukko 31.	Hoitotyön kirjaaminen ja ajankäyttö komponenttiryhmittäin 2009.....	108
Taulukko 32.	Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittareita.....	114
Taulukko 33.	Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin kehittäminen ja uusinta-.....	119
	mittausten tulokset	
Taulukko 34.	Potilaiden ilmoittama yhteydenottotarve 2008 ja 2009 (fr, %).....	126
Taulukko 35.	Epäselväksi jääneet asiat 2008 (fr, %).....	127
Taulukko 36.	Yhteydenoton syyt luokittain.....	132
Taulukko 37.	Kotiutumisen jälkeiseen selviytymiseen liittyvät yhteydenotot.....	134
Taulukko 38.	Tutkimusaineisto taulukoituna.....	141
Taulukko 39.	Potilasohjauskerrat sekä yhteydenottojen lukumäärät.....	142
Taulukko 40.	Vuosien 2008 ja 2009 välistä muutosta osoittava indeksiluku.....	143
Taulukko 41.	Potilaiden/omaisten ohjauskertojen ja yhteydenottojen lukumäärä (n).....	144
	eriteltyinä hoitotyön rakenteiden kirjaamisen komponentteihin	
Taulukko 42.	Potilaiden ja omaisten ohjaukseen ja yhteydenottoihin käytetty työaika.....	144
Taulukko 43.	Potilaiden ja omaisten ohjaukseen ja yhteydenottoihin käytetty työaika (min).....	145
	eriteltyinä hoitotyön rakenteiden kirjaamisen komponentteihin	
Taulukko 44.	Potilasohjaukseen ja yhteydenottoihin käytetyn työajan keskiarvo.....	146
Taulukko 45.	Potilaiden ja omaisten ohjaukseen ja yhteydenottoihin käytetyn työajan.....	147
	keskiarvo (min) yhtä ohjauskertaa/yhteydenottoa kohti	
Taulukko 46.	Potilasohjauksen ja yhteydenottojen välinen vertailu ennen ja jälkeen.....	150
	potilasohjausvalmennusohjelman	
Taulukko 47.	Yhteenveto potilasohjauskerroista, yhteydenotoista sekä näihin käytetystä.....	150
	työajasta	

KUVIOT

Kuvio 1.	Ohjattavan ja ohjaajan prosessit (mukaillen Kääriäinen 2007).....	32
Kuvio 2.	Video nro 1 tulokset 2008, 2009 sekä asiantuntijapaneeli.....	43
Kuvio 3.	Video nro 2 tulokset 2008, 2009 sekä asiantuntijapaneeli.....	43
Kuvio 4.	'Elämä meni uusiksi' Aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen vaiheet.....	55
Kuvio 5.	Hoitoyön rakenteisen kirjaamisen määrä komponenteittain 3/2008 - 10/2013 (%)....	106
Kuvio 6.	Ryhmitellyt komponentit ja ohjauskirjaamisen osuus luokitteluista 5/2009 (%).....	109
Kuvio 7.	Hoitotyön kirjaamisen auditoinnin tulokset 2010 ja 2011.....	118
Kuvio 8.	Luokiteltu potilaiden ja omaisten ohjaukseen käytetty työaika.....	148
Kuvio 9.	Luokiteltu potilaiden ja omaisten yhteydenottoihin käytetty työaika.....	149

LIITTEET

Liite 1.	Hoitajan antaman ohjauksen arviointilomake
Liite 2.	Hoitajien ohjausosaamisen itsearviointilomake
Liite 3.	Ohjausosaamisen itse/ vertaisarviointilomake
Liite 4.	Saatekirje potilaille
Liite 5.	Potilaan suostumuslomake
Liite 6.	Strukturoitu potilaskyselylomake saadusta ohjauksesta
Liite 7.	Verkkokyselylomake potilaille potilasohjauksesta
Liite 8.	Hoitotyön kirjaamisen arviointimittari
Liite 9.	Hoitotyön kirjaamisen auditointilomake (excel)
Liite 10.	Potilasohjauksen ja yhteydenottojen seurantalomakkeet
Liite 11.	Hyvän potilasohjauksen periaatteet

LIITETAULUKOT

Liitetaulukko 1.	Faktorianalyysi ohjausosaamisesta hoitajien itsearvioimana
Liitetaulukko 2.	Ohjausosaamisen itsearviointitulokset 2008 - 2009
Liitetaulukko 3.	Ohjausosaaminen ja työssäoloaika 2008
Liitetaulukko 4.	Faktorianalyysi potilaiden saamasta ohjauksesta potilaiden arvioimana
Liitetaulukko 5.	Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin (2008 versio 31.3.2012) rinnakkaismittauksen tulokset

1 MIKSI POTILASOHJAUSTA KANNATTAA KEHITTÄÄ HOITOTYÖSSÄ?

Arja Kaila & Leena Kuivalainen

Potilailla on lainsäädännön mukaan oikeus saada ymmärrettävää tietoa omasta terveydestään. Terveyden edistämisen laatusuositus edellyttää, että kuntalaisille tarjotaan yksilöllistä terveysneuvontaa eri elämänvaiheissa sekä ymmärrettävää, tieteellisesti pätevää ja perusteltua tietoa terveyden edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä (STM 2006, Kiiskinen ym. 2008). Ohjaaminen kuuluu ammatilliseen perusosaamiseen (OPM 2006) ja sitä pidetään hoitohenkilöstön osaamisvaatimusten yhtenä ydiosaamisalueena (STM 2000). Sekä valtakunnallisessa hoitotyön johtamisen toimintaohjelmassa 2009 - 2011 (STM 2009) että PKSSK:n strategiassa vuosille 2011 - 2013 ja 2014 - 2016 painotetaan terveyden edistämistä, potilas/ asiakaslähtöisyyttä ja potilasohjausta. Potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet ja avohoitokäynnit ovat lisääntyneet, jolloin ohjaus korostuu osana potilaan hoitoa. Potilasohjaus on myös tehtävä aiempaa nopeammassa aikataulussa, jolloin ajoitus, vaikuttavat menetelmät ja ajantasainen, yhdenmukainen tieto korostuvat. PKSSK:ssa yksilövastuisten hoitotyön kyselyjen (Ryhänen 2006, Kalasniemi ym. 2007) mukaan yksilöllinen potilasohjaus ei ole toteutunut kuitenkaan toivotulla tavalla.

Mitä potilasohjauksesta tiedetään?

Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa -hankesuunnitelmaa varten haettiin tietoa potilasohjauksesta vuosilta 1997 - 2007 hakusanoilla: patient AND education OR teaching OR counseling OR information AND nursing staff OR nursing *Cochrane, Cinahl, Medline -tietokannoista* sekä potilasohjaus, neuvonta ja hoitotyö -hakusanoilla *Hoitotiede ja Tutkiva hoitotyö -lehistä*. Katsaukseen otettiin mukaan englannin ja suomenkieliset artikkelit ja suljettiin pois artikkelit, joissa käsiteltiin eri sairauksien ja hoitojen ohjausta. Näiden rajauksen jälkeen artikkeleita jäi 77 (joista review artikkeleita 10) aihealueina:

- potilasohjauksen käsiteanalyysi (7)
- vuorovaikutus potilasohjauksessa (12)
- ohjauksen tarve ja sisältö (17)
- ohjausvalmiudet (10)
- ohjausvalmiuksien kehittäminen (12)
- ohjausmenetelmät (17)

Näiden tutkimusten mukaan potilasohjauksesta tiedetään seuraavaa (Katso potilasohjauskäsiteluvusta 3):

1. Eniten tyytymättömyyttä potilaissa aiheutti ohjauksen riittämättömyys, rutiininomaisuus ja yleisluonteisuus, jolloin ohjaus ei perustunut potilaan voimavaroihin kuten tietoon, jota potilaalla jo on tai potilaan omaan näkemykseen ohjattavasta asiasta ja omasta terveydestä (esim. Cares 2000, Kettunen ym. 2002, Carter 2003, Casey 2007, Heikkinen ym. 2006, Kääriäinen ym. 2006). Hoitajat eivät soveltaneet ohjattavia asioita potilaan elämäntilanteeseen, potilailla ei ollut mahdollisuutta keskustella ongelmista eikä ohjeita perusteltu (Kääriäinen & Kyngäs 2005). Myös omaisten mukana olo oli vähäistä (Mäenpää 2007).
2. Potilaiden ja hoitajien arviot ohjauksen riittävydestä ja potilaslähtöisyydestä olivat keskenään ristiriitaisia: potilaat arvioivat hoitohenkilöstön ohjaustaidot puutteellisemmiksi kuin hoitajat itse (Kettunen 2001, Kääriäinen ym. 2006, Kanste ym. 2007, Kääriäinen 2007).
3. Potilaat ja omaiset odottivat tiedon lisäksi myös tukea selviytymiseen arkielämästä, apua konkreettisten asioiden järjestämisessä sekä emotionaalista tukea, mutta kokivat saneensa näistä asioista riittämättömästi tietoa ja tukea (esim. Heikkinen ym. 2006, Kääriäinen & Kyngäs 2005, Isola ym. 2007).
4. Riittävän tiedon ja tuen on todettu
 - a. lisäävän tyytyväisyyden ja turvallisuuden tunnetta, elämänlaatua, vähentävän epävarmuutta ja yhteydenottojen tarvetta ja siten lisäävän kykyä hoitaa itseä tai lasta ja/tai selviytyä pitempään kotona (esim. Nordgren & Frilund 2000, Marcum ym. 2002, McCabe 2004, Kääriäinen & Kyngäs 2005) ja
 - b. vähentävän sairaalahoidon tarvetta tai sairaalassaoloaikaa ja lääkkeiden käyttöä (esim. Kääriäinen & Kyngäs 2005, Kiiskinen ym. 2008).
5. Ohjausmenetelmänä käytettiin useimmin suullista yksilöohjausta. Suullisen ohjauksen lisäksi käytettiin demonstraatioita, harjoittelua, ryhmäohjausta ja puhelinohjausta (Barber-Paker 2002, Kääriäinen & Kyngäs 2005, Casey 2007).

Vaikuttavan potilasohjauksen toteuttamiseksi hoitohenkilöstö tarvitsee hyvät ohjausvalmiudet (Kääriäinen 2007). Tämä edellyttää, että työntekijöillä on käytössään ajantasainen tieto ohjattavista asioista sekä vaikuttavista ohjausmenetelmistä (Poskiparta ym. 2000, Kettunen 2001, Kettunen ym. 2002, Kääriäinen ym. 2006, Casey 2007). Esteenä ohjauksen onnistumiselle esitettiin mm. kiirettä, ristiriitaisia käsityksiä ohjauksen sisällöstä, tiedon puutetta, tilojen epä-

asianmukaisuutta, henkilöstön vähäisyyttä ja puutteellista välineistöä sekä hoitajien vähäistä taitoa huomioida omaiset osana hoitoprosessia ja tunteista puhumista (Marcum ym. 2002, Kääriäinen & Kyngäs 2005). Vaikka koulutuksessa luodaan perusta kommunikaatio- ja vuorovaikutustaidoille, taitojen todellinen oppiminen on kuitenkin mahdollista vasta käytännön työssä todellisissa tilanteissa, jolloin tarvitaan ohjaukseen liittyvien valmiuksien ja taitojen jatkuvaa harjoittelua sekä ohjausmenetelmien arviointia (Barber-Paker 2002, Marcum ym. 2002, Ammentorp ym. 2006, Forniers ym. 2006, McCormack & Slater 2006, Friberg ym. 2007). Ohjaustaitojen jatkuva opettelu on osa täydennyskoulutusta.

Henkilökunta arvioi ohjausmenetelmien hallinnan hyväksi. Ohjausmenetelmiä ovat suullisen yksilöohjauksen lisäksi ryhmäohjaus, demonstraatiot, harjoittelu ja kirjallisen materiaalin käyttö (Barber-Paker 2002, Kääriäinen ym. 2006, Casey 2007, Tähtinen 2007). Ryhmäohjausta pidetään passiivisena ohjausmuotona, mutta jonka etuna on ohjauksen antaminen monella henkilölle yhtäaikaan ja siten taloudellisuus. Hoitajat hallitsevat ryhmäohjauksen huonosti (Kääriäinen ym. 2006, Mäenpää 2007). Myös puhelinohjausta tulisi hyödyntää enemmän. Samoin potilaat toivoivat läheisten mukana oloa ohjaustilanteessa (esim. Heikkinen ym. 2006). Potilaiden mielestä videoita, äänikasetteja, tietokoneita ja harjoituksia käytettiin vähän (Kääriäinen ym. 2006, Mäenpää 2007). Tähtisen (2007) mukaan hoitajien teknisten apuvälineiden hallinta on huonoa.

Potilasohjauksen tulisi olla potilaslähtöistä, jolloin potilaalla on mahdollisuus osallistua hoitoonsa. Aikaisemmissa tutkimuksissa potilasohjauksen on kuitenkin usein todettu olevan rutiininomaista tiedonantoa ja siten hoitajalähtöistä (esim. Johansson 2003). Ohjaajan tiedot ja taidot vaikuttavat siihen, miten yksilöllistä, vastavuoroiseen kommunikaatioon perustuvaa ja asiakaslähtöistä annettu ohjaus on (Poskiparta ym. 1999, Kettunen ym. 2001, Kettunen 2001, Kettunen ym. 2002, Kääriäinen ym. 2006, Casey 2007).

Johtopäätökset

Potilasohjausta kannattaa kehittää hoitotyössä, koska

- se on vaikuttava, näyttöön perustuva keino edistää potilaiden/ asiakkaiden terveyttä ja elämänlaatua, turvallisuutta sekä tyytyväisyyttä hoitoon,

- laadukkaalla potilasohjauksella voidaan vähentää potilas- ja omaispuheluiden määrää (turvattomuuden tunnetta ja epävarmuuden jäämistä), sairausmenoja, sairauteen liittyviä hoitokäyntejä, sairauspäiviä sekä lääkkeiden käyttöä,
- potilasohjausta kehittämällä voidaan saada myös säästöjä hoitajien työajassa samalla kun potilaat tulevat paremmin ohjatuiksi.

Tästä johtuen hoitotyön johtajilla on sekä eettinen että taloudellinen velvollisuus varmistaa, että hoitajilla on riittävä potilasohjauksen osaaminen sekä näyttöön perustuvat vaikuttavat potilasohjausmenetelmät käytössä. Tätä voidaan tukea täydennyskoulutuksella. Hoitotyön johtajat voivat myös mahdollistaa vaikuttavan potilasohjauksen riittävän resursoinnin ja arvostuksen kautta. Tällä hankkeella pyrittiin osaltaan vastaamaan näihin haasteisiin.

Kirjallisuutta

Ammentorp, J., Sabroe, S., Kofoed, P-E. & Mainz, J. 2006. The Effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses self-efficacy. A randomized controlled trial. *Patient Education and Counselling* 66, 270-277.

Barber-Paker, E. 2002. Integrating patient teaching into bedside patient care: a participant-observation study of hospital nurses. *Patient Education and Counselling* 42. 107-113.

Casey, D. 2007. Findings from non-participant observational data concerning health promoting nursing practice in the acute hospital setting focusing on generalist nurses. *Journal of Clinical Nursing* 2 16, 580- 592.

Cares, A. 2000. Review: healthcare decision aids improve knowledge, decrease decisional conflict, and increase active participation. *Evidence Based Nursing* 3(2), 45.

Carter, M. 2003. Review: evidence on the effectiveness of interventions to assist patients' adherence to prescribed medications is limited. *Evidence Based Nursing* 6(3), 78.

Friberg, F., Andersson, EP. & Bengtsson, J. 2007. Pedagogical encounters between nurses and patients in a medical ward- a field study. *International Journal of Nursing Studies* 44, 534-544.

Forniers, S. & Peden-McAlpine, C. 2006. Evaluation of a reflective learning intervention to improve critical thinking in novice nurses. *Journal of Advanced Nursing* 57(4), 410-421.

Heikkinen, K., Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisessa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä v. 1990-2003. *Hoitotiede* 18 (3), 120-130.

Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Fioca. Bookwell oy, Porvoo.

- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 19(2), 51-62.
- Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Lehtikunnas, T., Ahonen, P., Elomaa, L. & Salmela, M. 2003. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education & Counseling* 51(3), 239-45.
- Kalasniemi, M., Kuivalainen, L. & Ryhänen, A. 2004. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen erikoissairaanhoidossa potilaiden ja henkilökunnan arvioimana. *Tutkiva Hoitotyö* 2(2), 22-28.
- Kanste, O., Lipponen, K., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2007. Potilasohjauksen kehittäminen alueellisenä verkostoyhteistyönä yli organisaatorajojen. *Tutkiva Hoitotyö* 5(3), 30-33.
- Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. *Studies in sport, physical education and health* 75. Jyväskylän yliopisto.
- Kettunen, T., Karhila, P. & Poskiparta, M. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 14(5), 213-242.
- Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. Terveiden edistämisen mahdollisuudet - vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. *STM julkaisuja* 2008:1. Helsinki.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 937. Oulun yliopisto, Oulun yliopistollinen sairaala. Oulu 2007.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa. *Hoitotiede* 17(4), 208-216.
- Kääriäinen, M., Ukkola, L., Kyngäs, H. & Torppa, K. 2006. Terveystieteenhuoltohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18(1), 4-13.
- Marcum, J., Ridenour, M., Shadd, G., Hammons, M. & Taylor, M. 2002. A study of professional nurses' perceptions of patient education. *Journal of Continuing Education in Nursing* 33, 112-118.
- McCabe, C. 2004. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of clinical nursing* 13, 41-49.
- McCormack, B. & Slater, P. 2006. An evaluation of the role of the clinical education facilitator. *Journal of Clinical Nursing* 135-144.
- Mäenpää, P. 2007. Potilaslähtöisen ohjausprosessin toteutuminen potilaan arvioimana. Pro gradu tutkielma Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- OPM 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmän muistioita ja selvityksiä 2006, 24.

Poskiparta, M., Kettunen, T. & Liimatainen, L. 2000. Questioning and advising in health counselling results from a study of Finnish nurse counsellors. *Health Education Journal* 59, 69-89.

Nordgren, S. & Frilund, B. 2000. Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care. *Journal of Advanced Nursing* 35 (1), 117-125.

Ryhänen, A. 2006. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä: seurantatutkimus operatiivisen hoitotyön alueella. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja 35. Joensuu.

STM 2000. Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2000:15. Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta, Helsinki.

STM 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki 2006.

STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. toimintaohjelma 2009-2011. STM julkaisuja 2009:18.

Tähtinen, T. 2007. Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet. Pro gradu tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

2 POTILASOHJAUS VAIKUTTAVAMMAKSI PKSSK:SSA -HANKE

Arja Kaila

Idea potilasohjauksen kehittämisestä tuli Asterit-verkostolta (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja soiaalipalvelujen ky:ssä eli PKSSK:ssa työskentelevien terveystieteiden tutkinnon suorittaneiden ja opiskelevien asiantuntijaverkosto). Kehittämistarve nousi esille myös potilaspalautteista, asiakastyytyväisyys- ja yksilövastuisten hoitotyön kyselyistä mutta myös toiminnan muutoksista. Avohoitopainotteisuuden lisääntyminen ja hoitojaksojen lyheneminen edellyttää aiempaa nopeammassa ajassa tehtävää ja vaikuttavampaa potilasohjausta.

Mitä aikaisemman tiedon perusteella potilasohjauksesta tiedetään (Luku 1)?

- Potilaat ovat tyytymättömiä ohjauksen rutiininomaisuuteen. Potilaat toivovat hoitajilta enemmän ja monipuolisempaa ohjausta kuin saavat.
- Hoitajat itse arvioivat ohjausosaamisensa melko hyväksi kun taas potilaat puutteelliseksi.
- Potilaan yksilöllisiä voimavaroja tukevan ohjauksen on todettu lisäävän tyytyväisyyden ja turvallisuudentunnetta, vähentävän epävarmuutta, potilaiden yhteydenottojen tarvetta, sairaalahoidon tarvetta, sairaalassaoloaika ja lääkkeiden käyttöä.

Potilasohjaus ymmärrettiin tässä hankkeessa vuorovaikutteisena, vastavuoroisena, tasavertaisena, potilaan yksilölliset voimavarat huomioivana ja tavoitteellisena toimintana osana potilaan terveyden edistämistä sisältäen tiedollisen tuen lisäksi emotionaalisen tuen (Luku 3). Asiakaslähtöinen, yksilöllinen ja potilaan tarpeista lähtevä ohjaaminen on hoitotyön ydintä. Siinä kulminoituu yksilövastuinen hoitotyö ja osittain myös potilasturvallisuus. Tämä näkyy myös PKSSK:n **Hoitotyön toimintasuunnitelmassa 2010 - 2013, jossa Hoitotyön perustehtävä määriteltiin seuraavasti:**

- Hoitotyön tehtävänä on auttaa yksilöä tai perhettä selviytymään terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä toiminnoista, jotka hän suorittaisi itse, jos hänellä olisi siihen tarvittava voima, tahto ja tieto.

Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa -hankkeessa potilasohjausta kehitettiin valmennusohjelman avulla. Kirjallisuuden mukaan (Luvut 3 ja 8) vaikuttavan valmennusohjelman tulisi sisältää tutkimustietoa, pienryhmissä harjoittelua, rooliharjoituksia, demonstraatioita, mentorointia tai vertaistukea, palautetta ja keskustelua sisältäen myös affektiivisia elementtejä ja olla kestoaltaan vähintään puoli vuotta. Siksi tässä hankkeessa käytettiin erilaisia osallista-

via menetelmiä ja ajallisesti toistoa sisältävä valmennusohjelma, mutta myös sisältäen näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa ohjattavista asioista ja vaikuttavista ohjausmenetelmistä.

Hankkeen tehtävät ja tavoitteet

Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa -hankkeen tehtävänä oli kehittää hoitohenkilökunnan antamaa potilasohjausta vaikuttavammaksi edellä mainituista syistä johtuen. Valmennusohjelman tavoitteena oli, että hoitajien ja fysioterapeuttien ohjausvalmiudet ja ohjauskirjaaminen parantuvat ja potilaiden yhteydenotot vähenevät. **Hankkeen I -vaiheen 2008 - 2009 tutkimuskysymykset olivat:**

1. Onko valmennusohjelmalla vaikutusta hoitajien tai fysioterapeuttien ohjausosaamiseen itsearvioituna?
2. Onko valmennusohjelmalla vaikutusta potilaiden tai lasten vanhempien kokemaan ohjauksen laatuun?
3. Onko valmennusohjelmalla vaikutusta ohjauksen kirjaamiseen potilasasiakirjoihin?
4. Onko valmennusohjelmalla vaikutusta hoitajien ohjaukseen käyttämään aikaan ja potilaiden tai lasten vanhempien yhteydenottojen määrään?

Hankkeen II -vaiheen 2010 - 2013 suunnattujen hoitotieteellisten meetingien tavoitteet olivat:

- 1 Ohjausosaaminen paranee I-vaiheen itsearviointimittarilla mitattuna.
- 2 Ohjauskirjaamisen (FinCC SHTaL- ja SHToL-luokituksella ilmaistut hoitotyön ohjaustarpeet ja hoitotyön ohjaukseen liittyvät toiminnot Mediatriissa) osuus kasvaa.
- 3 Hoitotyön kirjaamisen laatu paranee (hoitotyön kirjaamisen auditointimittarilla mitattuna edellisvuoteen verrattuna).

Aineisto, menetelmät ja analyysi

Tieto kerättiin ennen ja jälkeen valmennusohjelman 2008 - 2009 ohjausosaamisen arviointilomakkeilla (Liitteet 1 ja 2), strukturoidulla potilaskyselyllä (Liite 6), potilasohjauksen ja potilaiden yhteydenottoseurantalomakkeilla (Liite 10) ja kirjaamisen auditointimittarilla (HoiData 2009, Liitteet 2 ja 3). Vuosina 2010 – 2013 hoitotieteellisten meetingien alussa ja lopussa käytettiin ohjausosaamisen arviointilomaketta (Liite 3) ja kirjaamisen auditointimittaria (Liitteet 8-9). Taulukossa 2 on kuvattu aineistot, mittarit ja analyysimenetelmät kootusti ja esitelty tarkemmin luvuissa 5 - 6 ja 9 - 16. Hankkeessa kehitettiin omia mittareita ja hyödynnet-

tiin niitä vaikuttavuustutkimuksen periaatteita, joita eettisesti ja käytettävissä olevien resurssien puitteissa oli mahdollista käyttää. Lisäksi hyödynnettiin näyttöä valmennusohjelman sisällöissä ja käytetyissä menetelmissä.

Valmennusohjelma ja valmennettavat 2008 - 2009

Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa -hankkeessa käytettiin interventiona valmennusohjelmaa. Valmennusohjelma sisälsi teorialtietoa ja erilaisia harjoitteita yhteensä 90 tuntia mukaan lukien omatoiminen työskentely (Luku 3). Valmennusohjelmaan haettiin vapaaehtoisia potilaita ohjaavia työyksiköitä ja niistä vähintään yhtä vapaaehtoista Asterit-verkostoon kuuluvaa henkilöä. Alkuperäinen tarkoitus oli valmentaa Asterit-verkostoon kuuluvat avainhenkilöt, jotka sitten valmentavat oman yksikkönsä hoitohenkilöstön käyttäen samoja menetelmiä ja materiaalia kuin mitä he itse omassa valmennuksessa saavat. Suunnitelmaa jouduttiin muuttamaan, koska yhtään Asterit-verkoston vapaaehtoista avainhenkilöä ei saatu. Hankkeeseen ilmoittautui vapaaehtoisia hoitajia ja fysioterapeutteja eri yksiköistä, joten heille järjestettiin valmennusohjelma. Valmennusohjelma oli kestoaltaan 1,5 vuotta (3/2008 - 5/2009). Valmennusohjelmaan kuuluneiden hoitajien ja fysioterapeuttien yksiköille järjestettiin alkupe-
räisestä suunnitelmasta poiketen vaihteleva ja niukempi valmennus (Luku 3). Valmennusohjelman aloitti 30 vapaaehtoista hoitajaa tai fysioterapeuttia 16:sta eri yksiköstä - fysioterapiasta, psykiatriasilta, operatiivisilta, konservatiivisilta ja lasten osastoilta sekä poliklinikoilta. Valmennettavista 20 osallistui loppuun asti (kato 33 %). Ohjausosaamista mitattiin Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa -hanketta varten kehitetyillä mittareilla (Luvut 4-5):

- kaksi videoitua potilasohjaustilannetta, jotka hoitajat ja fysioterapeutit arvioivat tätä hanketta varten kehitetyllä potilasohjaustilanteen arviointilomakkeella (Liite 1) ennen ja jälkeen valmennusohjelman ja
- ohjausosaamisen itse/ vertaisarviointilomake (Liite 2) ennen ja jälkeen valmennusohjelman.

Ennen valmennusohjelmaa mittaukseen osallistui 123 hoitajaa tai fysioterapeuttia ja jälkeen valmennusohjelman mittaukseen osallistui 51 (kato 59 %). Aineisto analysoitiin SPSS 15.0 tilasto-ohjelmalla käyttäen frekvenssi- ja prosenttijakaumia, ristiintaulukointia sekä χ^2 - ja Kruskal-Wallis testit sekä faktorianalyysiä.

Hoitotieteelliset meetingit suunnatuille ryhmille 2010 - 2013

Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa -hankkeen I-vaiheen valmennusohjelmasta koottiin versio hoitotieteellisten meetingien sisällöksi vuosina 2010 - 2013 (Luku 8). Hoitotieteelliset meetingit järjestettiin suunnatuille ryhmille noin 6 - 8 kertaa vuoden aikana. Tarkoituksena oli, että I-vaiheen valmennetut ja hoitotyön esimiehet toimisivat kehittämisylihoitajan työpareina valmennuksen järjestämisessä. Hoitotyön johtajille tarjottiin samalla mahdollisuus hoitotyön substanssiosaamisen syventämiseen ja substanssijohtamisen näkyvyyden parantamiseksi. Näitä suunnattuja ryhmiä oli kahdeksan. Yhdelle ryhmälle järjestettiin valmennusta keskimäärin seitsemän kertaa ja noin 90 tuntia, johon sisältyi omatoimista opiskelua ja/tai kehittämistä omassa yksikössä. Kahdeksasta ryhmästä kuusi oli kiinteää ryhmää. Näissä kiinteissä ryhmissä aloitti 145 osallistujaa, joista 49 jatkoi loppuun asti (kato 66 %). Lisäksi oli kaksi ryhmää (sydänosasto sekä lastenosasto¹⁰ ja poliklinikka), joihin osallistui vaihteleva määrä työvuorossa olleita hoitajia sekä osastonhoitaja ja ylihoitaja. Kiinteisiin kuuteen ryhmään hoitotyön johtajien ja esimiesten osallistuminen oli vähäistä (0 - 1 yksittäinen kerta) lukuun ottamatta kahta poliklinikan osastonhoitajaa. Kiinteissä ryhmissä tehtiin oman osaamisen itsearviointi (Liite 3) ennen ja jälkeen valmennuksen. Itsearviointimittari oli koottu edellisvaiheen mittarin parhaimmista osista. Itsearviointiaineiston analyysissä käytettiin frekvenssejä ja prosenttiosuuksia ja palautekeskusteluissa vapaamuotoista sisällön kuvausta.

Potilaskysely 2008 - 2009

Valmennettavien hoitajien ja fysioterapeuttien ohjaamille potilaille tehtiin postikysely noin kaksi viikkoa kotiutumisesta ennen ja jälkeen valmennusohjelman vuosina 2008 - 2009. Hoitaja kysyi suostumuksen ja yhteystiedot potilaalta (Liite 4), jonka jälkeen klinikkasihteeri lähetti kyselyn postissa kotiin. Tammi-helmikuussa 2008 kysely lähetettiin 256 potilaalle, joista vastasi 188 (vastausprosentti 73 %). Touko-kesäkuussa 2009 kysely lähetettiin 156 potilaalle, joista vastasi 107 (vastausprosentti 69 %). Alku- ja loppumittauksen potilaat olivat eri henkilöitä. Potilaskyselymittari oli tehty tätä hanketta varten. Se oli mukailtu yksilövastuisen hoitotyön potilasmittarista ja potilasohjausmittarista, johon lisättiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella kysymyksiä potilaiden selviytymisestä kotona (Liite 6, Luku 9). Potilailta kysyttiin Likert-asteikollisina väittäminä mm. millaiseksi he arvioivat oman terveytensä, miten he olivat pärjänneet kotona saamansa ohjauksen turvin sekä dikotomisena kysymyksenä, oliko heidän pitänyt ottaa yhteyttä epäselväksi jääneissä asioissa sekä pari avokysymystä.

Potilaskyselyaineisto analysoitiin SPSS 15.0 tilasto-ohjelmalla käyttäen frekvenssi- ja prosenttijakaumia, ristiintaulukointia sekä χ^2 - ja Kruskal-Wallis testistä sekä faktorianalyysiä.

Potilasohjaukseen käytetty aika ja potilaiden yhteydenotot 2008 - 2009

Potilasohjauksen aiheita ja niihin käytettyä aikaa sekä potilaiden ja omaisten yhteydenottojen määrää ja niihin käytettyä aikaa mitattiin kahden viikon ajan ennen ja jälkeen valmennusohjelman tätä hanketta varten tehdyllä seurantalomakkeella (Liite 10). Potilasohjauskertoja oli 16 yksikön valmennettavilla hoitajilla ja fysioterapeuteilla kahden viikon aikana 521 kappaletta (2008) ja 459 kappaletta (2009) sekä potilaiden ja omaisten yhteydenottokertoja 296 kappaletta (2008) ja 190 kappaletta (2009). Potilasohjaukseen oli näiden merkintöjen mukaan käytetty työaikaa 16 yksikössä kahden viikon aikana 10858 minuuttia (2008) ja 7074 minuuttia (2009) sekä potilaiden yhteydenottoihin 2120 minuuttia (2008) ja 1540 minuuttia (2009). Aineisto esitettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumina. Aineisto luokiteltiin FinCC-komponenttien mukaisesti ja muodostettiin indeksi ohjaukseen käytetystä ajasta suhteessa potilaiden ja omaisten yhteydenottojen määrään 2008 - 2009 (2008 indeksi=100). Riippuvuutta testattiin Pearsonin chi-square ja Mann Whitney U-testeillä (Luku 16). Vuonna 2008 yhteydenoton syitä oli 318 kappaletta, joka aineisto analysoitiin sisällön analyysillä (Luku 15).

Ohjauskirjaaminen 2008 - 2013

Ennen valmennusohjelmaa kerättiin valmennusryhmään kuuluvien hoitajien ja fysioterapeuttien ohjauskirjauksia kahden viikon ajalta. Niitä saatiin 143 kappaletta. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä (Luku 11). Tätä hanketta varten kehitettiin hoitotyön kirjaamisen auditointimittari (Luku 13). Valmennusryhmään kuuluvien hoitajien kirjaamisia auditointiin 42 kappaletta (2008) ja 45 kappaletta (2009). Vuonna 2008 maaliskuussa 55 % kaikista hoitajien kirjauksista oli sähköisiä vuonna 2009 toukokuussa 75 %. Vuodesta 2010 lähtien kaikki hoitotyön kirjaaminen oli siirtynyt sähköiseen muotoon. Tilastoaineisto muodostui kaikista hoitotyön sähköisistä rakenteisista kirjauksista, jotka saatiin potilastietojärjestelmästä tilastoinnin kautta. Mukana olivat kaikkien hoitajien sähköiset rakenteiset kirjatukset, ei vain valmennukseen osallistuneiden, koska se olisi ollut teknisesti mahdotonta. Hoitajien kirjauksilla tarkoitettiin SHTaL- ja SHToL-luokituksella ilmaista hoidon tarvetta ja hoitotyön toimintaa. Ohjauskirjauksilla tarkoitettiin vastaavasti SHTaL- ja SHToL-luokituksella ilmaista ohjaustarvetta ja hoitotyön ohjaukseen liittyvää toimintaa. Aineisto oli kvantitatiiv-

vista ja se analysoitiin käyttäen frekvenssejä ja prosenttisuuksia. Potilastietojärjestelmänä oli 3/2008 ja 5/2009 HealthNet ja sen jälkeen siirryttiin Mediatri potilastietojärjestelmään (10/2011 ja 10/2013). Maaliskuussa 2008 tehtiin 28120 tarve- ja toimintoluokitusta (ShTal 1.0a, ShTol 1.2a) ja toukokuussa seuraavana vuonna 59556 (ShTal 2.0.1, ShTol 2.0.1). Luokituksia (ShTal 2.0.1, ShTol 2.0.1) tehtiin 261401 lokakuussa 2011 ja 316638 lokakuussa 2013. (Luku 12). Hankkeessa kehitetyn hoitotyön kirjaamisen arviointimittarin luotettavuutta testattiin rinnakkaismittauksilla käyttäen yksimielisyysprosenttia ja Kappakerrointa (Luku 13).

Hankkeen eettiset näkökohdat ja tietosuojakysymykset

Potilasohjauksella on yksilötason mutta myös kansantaloudellista merkitystä, jonka takia potilasohjauksen tietoinen kehittäminen on eettisesti ja taloudellisesti hyvin perusteltua. Tässä tutkimushankkeessa noudatettiin ANA:n tutkimuseettisiä ohjeita. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista sekä potilaille että hoitajille. Tutkittavat pystyivät keskeyttämään osallistumisensa milloin tahansa ja syytä ilmoittamatta. Potilaiden kohdalla tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuttanut mitenkään heidän saamaansa hoitoon eikä tässä tutkimuksessa käytetty koejärjestelyjä. Kaikki potilaat ja lasten vanhemmat saivat vähintään nykyisenkaltaista ohjausta. Potilaille ja lasten vanhemmille annettiin tutkimukseen liittyvä informaatio sekä suullisesti että kirjallisesti, mistä kävi ilmi tutkimuksen tarkoitus ja osallistumisen vapaaehtoisuus (Liite 4). Lisäksi heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus osallistumisesta tutkimukseen ja osoitetietojen luovuttamiseksi postikyselyä varten (Liite 5). Potilaille, jotka eivät vastanneet postikyselyyn, ei lähetetty uutta kyselyä nimettömyyden säilymisen takia. Tutkimusaineistot analysoitiin ja tulokset raportoitiin siten, että vastaajien yksityisyys ja nimettömyys säilyivät (Burns & Grove 1997). Tutkimukselle saatiin Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:n eettisen toimikunnan lausunto (10.9.2007) ja hallintoylilääkärin myöntämä tutkimuslupa (22.8.2007). Luvat valmiiden testattujen mittarin osien käyttöön saatiin mittareiden kehittäjiltä.

Hankkeen vaiheet

Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa -hanke toteutettiin vuosina 2007 – 2013 (Taulukko 1). Alustavan hankesuunnitelman Potilasohjaus vaikuttavammaksi Asterit ohjaushanke PKSSK:ssa mukainen aikataulu oli 2006 - 2009, jossa hankevastuussa oli Asterit-verkosto

hallintoylihoitajan tuella. Koska Asterit-verkosto vetäytyi suunnitelmasta, vastuu jäi kehittämisylihoitaja Arja Kailalle ja projektisuunnittelija Leena Kuivalaiselle. Myös rahoituksen ja resursoinnin ongelmista johtuen aikataulu venyi alkuperäisestä ja tutkimussuunnitelmaa jouduttiin muuttamaan. Hanke toteutettiin pääosin oman työn ohella.

Taulukko 1. Hankkeen vaiheet ja aikataulu

Vaihe	Tehtävät	Ajoittuminen
Valmistelu ja kytkeytyminen	Hankesuunnitelman laatiminen	- Alustava hankesuunnitelma 4/2006, jota täydennettiin I-vaiheen pitkittymisen ja II-vaiheen takia
	Mittareiden työstäminen	- Kirjallisuuskatsaus syksy 2007 - Ohjausosaamis- ja potilaskyselymittareiden sekä ohjaukseen käytetyn ajan ja potilaiden yhteydenottojen seurantalomakkeiden työstäminen syksy 2007 ja jatkokehittäminen 2009 - 2010 - Kirjaamisen auditointimittarin työstäminen 2008 ja jatkokehittäminen 2009 - 2012
	Valmennusohjelman työstäminen	- I-vaiheen valmennusohjelma työstettiin syksyllä 2007 - II-vaiheen hoitotieteellisten meetingien ohjelma työstettiin I-vaiheen tuloksia hyödyntäen
	Hankesuunnitelman julkistaminen ja hankkeeseen rekrytointi	- Isot osastonhoitajakokoukset sekä Hoitotieteelliset meetingit 2006 - 2007 - Hoitotyön johtoryhmä 2009
	Luvat	- PKSSK Eettisen toimikunnan lausunto 10.9.2007/23-2418 - Hallintoylilääkärin myöntämä tutkimuslupa 85/180/2007 - PKSSK hoitotyön kirjaamisen auditointiprosessikuvaus 2010
	I-vaiheen alkumittaus	1-2/2008
	I-vaiheen valmennusohjelma	3/2008 - 4/2009
	I-vaiheen loppumittaus	5-6/ 2009
	II-vaiheen valmennus ja mittaukset	2010 – 2013
Vetäytyminen ja raportointi	Mittaustulosten analysointi	- I-vaiheen alkumittauksen analysointi syksy 2008 - kevät 2009 - I-vaiheen loppumittauksen analysointi 2010 - I-vaiheen yhteenveto 2011 - II-vaiheen yhteenveto syksy2013 - kevät 2014
	Raportointi	- I-vaiheen alustavien tuloksien esittely valmennusryhmälle syksy 2009 - Tulosten esittely PKSSK:n Hoitotieteellisissä meetingeissä, Isoissa osastonhoitajakokouksissa ja hoitotyön johtoryhmissä 2008 - 2013 - Artikkeleita ja konferenssiesityksiä 2007 - 2011 - Loppuraportti 2014

Hankeresursointi ja rahoitus

Tutkimushankkeen arvioitu kokonaisbudjetti oli noin 80.000 €. PKSSK:n omaa rahoitusta arvioitiin tarvittavan 40.000 €, jonka arvioitiin kertyvän kahden projektityöntekijän osuuksista, ulkopuolisten kouluttajien palkkioista sekä monistus- ja postituskuluista. Tähän ei laskettu tutkimushankkeeseen vapaaehtoisesti osallistuvien hoitajien käyttämää työaikaa. Leena Kuivalainen oli irrotettu kesällä 2007 omasta työstä tutkimussuunnitelman täydentämistä sekä mittareiden työstämistä varten hallintoylihoitajan päätöksellä. Ulkopuolisena kouluttajana olivat Marja Kääriäinen ja Tarja Kettunen, joiden luentopalkkiot menivät PKSSK:n koulutusrahoista. Ulkopuolista rahoitusta olisi tarvittu noin 40.000 €, jota haettiin EVO:lta, Stakesilta (FinOHTA), SHKS:ltä ja Shl:lta tulosten analysointia, raportointia ja kielenkääntäjän palkkiota varten. Ulkopuolista rahoitusta saatiin EVO:lta Leena Kuivalaiselle 6 viikkoa ja Arja Kailalle 2 viikkoa sekä yhden artikkelin kielenkääntäjän palkkiota varten. Muilta osin ulkopuolista rahoitusta ei saatu. Yliopisto- ja AMK-opiskelijoita hyödynnettiin ohjausosaamisen mittarin laatimisessa ja aineistojen analysoinnissa.

Hankkeen tulokset

Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa -hankkeen tulokset esitetään kootusti taulukossa 2 ja tarkemmin luvuissa 5 - 6 ja 9 - 16. Ohjausosaaminen parani hankkeessa osallistuneiden itsearvioinnin perusteella erityisesti, jos osallistui valmennusohjelmaan suunnitelman mukaisesti. Osaamisen paranemisen lisäksi hoitajat kokivat potilasohjauksen vähemmän työllistäväksi ja että valmennusohjelmasta oli saanut vinkkejä vaikuttavaan voimavaraistavaan potilasohjaukseen. Samanaikaisesti kun osaaminen lisääntyi, ohjaukseen käytetty aika vähentyi ja myös potilaiden ilmoittama yhteydenottotarve laski. Kuitenkin huonokuntoiseksi itsensä arvioineet, monisairaat iäkkäät ja nuoret toivoivat enemmän ohjausta kuin saivat. Valmennusohjelman vaikutuksista potilaskyselyllä mitattuna ei saatu tilastollisesti luotettavaa tietoa muutoin kuin yhteydenottojen määrän vähentymisen suhteen. Ohjauskirjaamisen laatu parantui koko hankkeen ajan, vaikka ohjauskirjaamisen suhteellinen määrä jopa väheni.

Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa -hankkeen muina tuotoksina saatiin:

- **Hyvän potilasohjauksen periaatteet** (Liite 11)
- **10 julkaisua ja 2 artikkelihylkyä**
 - 3 julkaistua artikkelia
 - 2 artikkelihylkyä hoitotyön kirjaamisesta
 - JAN=kooste luvuista 11 - 13 kirjoittajina Kaila, Kuivalainen & Tanttu
 - Hoitotiede-lehti =luku 13 kirjoittajina Kaila & Kuivalainen
 - 2 kansallista konferenssiesitystä
 - 1 pro gradu -tutkielma (Luku 16)
 - 1 hoitotyön hallinnon harjoittelun projektityö (Luku 15)
 - 1 AMK-lopputyö
 - Hoitotyön kirjaamisen auditointimittariversio 2008 julkaistu HoiData 2009 loppuraportissa liitteissä 2 ja 3
 - Loppuraportti
- **11 toimeksiantoa potilasohjauksesta, joista toteutuivat muut paitsi kaikki 7 toimeksiantoa PKAMK:lle**
 - PKAMK:lle 7 AMK-tasoista toimeksiantoa kirjallisuuskatsauksista ajantasaisesta tiedosta, joista ei toteutunut yhtään
 - MAMK:lle 1 AMK-tasoinen toimeksianto kirjallisuuskatsauksesta ajantasaisesta tiedosta potilasohjauksesta. Toteutui, sai kunniamaininnan ja julkaistiin MAMK:n julkaisusarjassa:
 - Huotari E. 2010. Epilepsiaa sairastavan nuoren ohjaus ja hoitoon sitoutuminen. Kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma MAMK.
 - Itä-Suomen yo:lle 3 toteutunutta toimeksiantoa
 - Hoitotyön hankeharjoittelu: Ttyo Vaakanainen S (Luku 4)
 - Hoitotyön hallinnon harjoittelun projektityö: Laukkanen M. 2008. Sisällön analyysi potilaiden ja omaisten yhteydenottojen syistä alkumittauksessa. (Luku 15)
 - Salminen S. 2010. Hoitohenkilöstön työajan käyttö potilasohjaukseen ja yhteydenottoihin erikoissairaanhoidossa. Pro gradu -tutkielma, Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos. (kts. myös Luku 16)
- **3 mittaria**
 - Ohjausosaamisen itse/ vertaisarviointilomake (Liite 3)
 - Potilasohjausverkkokyselylomake potilaille (Liite7)
 - Hoitotyön kirjaamisen auditointimittari (Liitteet 8 ja 9)

Taulukko 2. Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa – hankkeen keskeiset tulokset

	Aineisto	Mittari	Analyysi	Keskeiset tulokset	Luku
Ohjausosaaminen	16 yksikön 123 hoitajaa tai fysioterapeuttia (2008) 51 hoitajaa tai fysioterapeuttia (2009), kato 59 % Asiantuntijapaneelissa 7 asiantuntijaa	Videoitujen ohjaustilanteiden arviointi asteikolla 1-5 Itsearviointi asteikolla 1-5 (aloittelija-mestari) (Liitteet 1-2 ja Luku 4)	Frekvenssi ja % -jakaumat Ristiintaulukointi, χ^2 - testi Kruskal-Wallis testi Faktoriansalyysi Vertailu asian-tuntijapaneelin tuloksiin	Hoitajat / fysioterapeutit tunnisti- vat hyvin ohjaukseen liittyviä tekijöitä videoiduista potilasoh- jaustilanteista ja tulos erosi vain vähän asiantuntijapaneelin tulok- sista Hoitajat / fysioterapeutit arvioivat omat ohjaustaitonsa suorittajan tai pätevän tasolla	5
	Vapaaehtoiset valmennet- tavat 16 yksiköstä, aloitti 30 (2008), jatkoi loppuun asti 20 (2009), kato 33 %	Itsearviointi muutoksesta ennen ja jälkeen valmennusoh- jelman asteikol- la -5-+5	Frekvenssi ja % -jakaumat χ^2 - testi	Valmennettavien potilasoh- jausosaaminen parani itsearvioi- tuna valmennusohjelman aikana keskimäärin yhden yksikön as- teikolla -5-+5 ($\chi^2=33,448$, $df=1$, $p=0,000$)	6
	Hoitotieteellisten meetin- gien suunnatut kiinteät valmennusryhmät 2010- 2013 aloitti 145 hoitajaa, jatkoi loppuun asti 49, kato 66 %	Itsearviointi muutoksesta ennen ja jälkeen valmennusoh- jelman asteikol- la -5-+5	Frekvenssi ja % -jakaumat	Valmennettavien ohjausosaami- nen parani itsearvioituna valmen- nusohjelman aikana keskimäärin yhden yksikön asteikolla -5-+5	8
Potilaskysely ohjauksesta	1-2/2008 kysely lähetet- tiin 256 potilaalle, 188 vastasi (73 %) 5-6/2009 kysely lähetet- tiin 156 potilaalle, 107 vastasi (69 %)	Strukturoitu postikysely potilaille (Liite 6)	Frekvenssi ja % -jakaumat Ristiintaulukointi, χ^2 -testi Kruskal- Wallis testi Faktoriansalyysi	Ei tilastollisia eroja muutoin kuin yhteydenottojen määrässä Nuoret ja monisairaajat iäkkäät sekä oman terveytensä huonoksi arvioivat tarvitsivat enemmän ohjausta kuin saivat	9
	Lasten vanhemmat 16 vastausta ja nuoret 0 vastausta 2008-2009	Strukturoitu potilaskysely- lomake lasten vanhemmille ja 13-18 -vuotiaille	Frekvenssi ja % -jakaumat	Lasten vanhemmat olivat melko tyytyväisiä ja motivoituneita hoitajamaan lastaan saamiensa ohjeiden mukaan.	10
Ohjauskirjaaminen	30 valmennettavan 143 ohjauskirjausta kahden viikon ajalta		Induktiivinen sisällön analyysi	Kuusi kategorialla: Ohjaamisen tarve, tavoite, toteutus, tulos, orientaatio ja vuorovaikutus ohjauksessa	11
	Tilastot - 3/2008 28120 luokit- telua, joista ohjausta 2321 - 5/2009 59556 luokit- telua, joista ohjausta 3672 - 10/2011 261401 luokittelua, josta oh- jausta 12599 - 10/2013 313338 luokittelua, josta oh- jausta 22030	Tilastot SHTaL ja SHToL- luokituksella ilmaistusta hoi- don tarpeesta ja hoitotyön toi- minnosta HealthNet/ Mediatri - potilastietojär- jestelmistä	Frekvenssi ja % -jakaumat	Ohjausluokittelujen osuus 8,0 % (3/2008), 6,2 % (5/2009), 4,8 % (10/2011) ja 7,0 % (10/2013) Eniten käytetyt komponentit: jatkohoito ja lääkehoito, niissä myös eniten ohjausluokitteluja. Noin puolet komponenteista hyvin vähän käytettyjä	12

Ohjauskirjaaminen	- 2008 valmennettavien ohjauskirjaukset otos 42 hoitotyön suunnitelmaa=hs, 55 % sähköisiä - 2009 otos 45hs, 75 % sähköisiä - 2011 esh-yksiköiden auditointi, 735 hs, 100 % sähköisiä - 2011 mukana myös kehitysvammayksiköt 809 hs, 100 % sähköisiä	Hoitotyön kirjaamisen auditointimittarin eri versiot (Luku 13, HoiData 2009 ja Liitteet 8-9)	Frekvenssi ja % -jakaumat, Yksimielisyysprosentti Kappakerroin χ^2 - riippumattomuustesti	2008; 5,02=heikko taso (2 arvioijaa), yksimielisyys 84 % (2 rinnakkaisluokittelijaa) 2009; 7,89=tydyttävä taso (2 arvioijaa), yksimielisyys 87 % (2 rinnakkaisluokittelijaa) $\chi^2=26,500$;df=1;p=0,001 2010; 8,22=hyvä taso (vaihtelu 0,55 - 13,33); (2 arvioijaa) 2011; 9,84=hyvä taso (vaihtelu 0,95 - 13,83); (3 arvioijaa), yksimielisyys 85 % $\kappa= .696 (.625-.740)$; $\chi^2=256,861-358,315$; df=1;p=0,001) (otos n=43 hs, 4 rinnakkaisluokittelijaa)	13
	1-2/2008 kysely lähetettiin 256 potilaalle, 188 vastasi (73 %) 5-6/2009 kysely lähetettiin 156 potilaalle, 107 vastasi (69 %)	Strukturoitu postikysely potilaille (Liite 6)	Frekvenssi ja % -jakaumat χ^2 - riippumattomuustesti Aineiston kuvailu	Potilaiden yhteydenottotarve oli laskenut 74 %:sta 26 %:iin ($\chi^2=52,279$;df=1;p=0,000) Useimmiten epäselväksi jääneet asiat ja yhteydenoton syyt olivat sairauteen ja sen hoitoon liittyviä lääkehoito ja jatkohoito mukaan lukien Osa yhteydenoton syistä liittyi unohtuneisiin todistuksiin, epäkriisiin ja laboratoriutuloksiin	14
	2008 yhteydenottojen syitä 318, joista 57 % potilaiden ja 43 % omaisten	Seurantalomake 2 viikon ajalta (Liite 10)	Sisällön analyysi Frekvenssi ja % -jakaumat	Yhteydenoton seitsemästä syylokokasta 44 % liittyi kotona selviytymiseen, 33 % kipuun ja tulehdukseen sekä 18 % huoliin, pelkoihin ja tunteisiin	15
Ohjaus ja potilaiden yhteydenotot	Seurantalomakkeita 165, joissa potilasohjausluokitteluja 533 (2008) ja 465 (2009) sekä yhteydenottomerkintöjä 339 (2008) ja 206 (2009), joista osa hylättiin	Indeksi: ohjaukseen käytetty aika suhteessa potilaiden ja omaisten yhteydenottojen määrään 2008 - 2009 (2008 indeksi=100)	FinCC-komponenttien mukainen luokittelu Frekvenssi- ja % -jakaumat, Indeksi, riippuvuuden testaus (Pearsonin chi-square) ja Mann Whitney U-testi	2009 potilasohjauskertojen indeksi 88 ja yhteydenotoissa 64. Potilasohjauskerrat vähenivät 12 % ja yhteydenotot 36 % 2008-2009 (Pearson chi-square 7.893, p=0.005). 2009 potilasohjaukseen käytetty aikaindeksi 65 ja yhteydenotoissa 73. Potilasohjaukseen käytetty työaika väheni 35 % ja potilaiden yhteydenottoihin käytetty aika 27 % 2008 - 2009. Hoidon (terveyspalvelujen käyttöön) ja jatkohoidonkoordinoitiin liittyi noin puolet ja lääkehoitoon vajaa viidennes sekä ohjauksista että yhteydenotoista Useimmiten potilasohjauskerrat ja yhteydenotot olivat kestoltaan lyhyitä alle 15 min tai 15-20 min.	16

Luotettavuuden pohdinta

Tämän hankkeen suurin luotettavuutta heikentävä ongelma liittyi vaikuttavuustutkimusasetelmaan. Hankkeessa ei voitu käyttää kontrolliryhmää, koska riippuvuussuhteet olivat monitukaisia ja niiden kausaalisia vaikutussuhteita ei voitu aikaisemman tutkimustiedon perusteella riittävästi kontrolloida hankkeen koeasetelmassa. Toinen ongelma liittyi mahdollisuuden toteuttaa interventio käytettävissä olevilla resursseilla riittävän hyvin. Luotettavuutta heikensi myös se, ettei voitu olla varmoja siitä, miten paljon muut seikat kuin interventio vaikutti muutokseen. Potilaskyselyssä puolitoista vuotta kestävän valmennusohjelman jälkeen loppumittauksessa potilaat eivät olleet samoja kuin alkumittauksessa. Luotettavuutta heikensi myös se, että käytettiin harkinnanvaraista otantaa ja osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja siten myös katoon.

Alkuperäisen tutkimussuunnitelman mukaan valmennettavien Asterit-verkoston asiantuntijoiden vetäytyminen hankkeesta vaikeutti olennaisesti hankkeen toteuttamista. Kaikille hankkeeseen vapaaehtoisesti osallistuville hoitajille ja fysioterapeuteille 16:ssa eri yksikössä oli tarkoitus järjestää täysin samanlainen valmennusohjelma. Nyt muille kuin 30 valmennettavalle järjestetty valmennusohjelma jäi vaihtelevaksi ja niukemmaksi. Ainoastaan teoriaosuus toteutui samanlaisena. Alkuperäisen tutkimussuunnitelman mukaan alku- ja loppumittauksessa piti olla samat hoitajat ja fysioterapeutit mukana vapaahentoisesti lähteneistä 16 yksiköstä. Nyt ei voitu olla varmoja missä määrin hoitajat olivat samoja. Lisäksi luotettavuutta heikensi valmennettavien suuri kato. Myös hoitotyön johdon tuki ja sitoutuminen hankkeen onnistumiseen oli vähäistä.

Kyselylomakkeissa luotettavuutta uhkasi operationalisoinnin vaikeus, kun abstraktinen käsite muutettiin mittarin osioksi (Burns & Grove 1997). Mittareista huonoiten työstetty oli potilasohjauksen ja potilaiden yhteydenottojen seurantamittarit. Lisäksi Asterit-asiantuntijoiden vetäytyminen hankkeesta vaikeutti näiden kahden viikon seurantojen käytännön toteuttamista. Mittareista hoitotyön kirjaamisen auditointimittaria jatkokehitettiin ja sen luotettavuutta testattiin parhaiten.

Tämän hankkeen tuloksia ei siis voi yleistää vaan ne ovat suuntaa-antavia ja lähinnä aineiston ominaisuuksia kuvailevia. Tosin monista tässä hankkeessa saaduista tuloksista on aikaisemmassa kirjallisuudessa samansuuntaista tietoa. Hankkeessa kehitettyjen mittareiden jatko-

hittämistä tarvitaan. Eniten hyötyä hoitotyön johtamiselle olisi luotettavan potilaiden yhteydenottomittarin edelleen kehittämisestä.

Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa -hankkeen hyödyt

Tulokset olivat suuntaa-antavia monien luotettavuutta heikentävien tekijöiden takia. Kuitenkin samansuuntaisia tuloksia on saatu aikaisemman kirjallisuuden mukaan. Valmennettavat, ainakin loppuun asti jatkaneet, kokivat valmennusohjelman hyödylliseksi. Koska hoitajien antamalla potilasohjaksella on todettu olevan vaikutusta potilaiden selviytymiseen kotona, turvallisuuden tunteeseen sekä myös taloudellista vaikutusta, tulisi potilasohjauksen opetusta tehostaa koulutuksessa ja erityisesti täydennyskoulutuksena. Erityisesti tarvitaan näyttöön perustuvien vaikuttavien potilasohjausmenetelmien valmentamista, pelkkä luento-opetus ei riitä. Myös tarvitaan tiedonhaun osaamisen kehittämistä, jotta osattaisiin etsiä ja käyttää potilasohjauksessa ajantasaista näyttöön perustuvaa tietoa. Myös ohjausosaamisen arviointi esimerkiksi näyttökokeella olisi tarpeen, koska tutkimustulosten mukaan hoitajat arvioivat helposti oman ohjausosaamisen paremmaksi kuin se onkaan. Täydennyskoulutuksen ja valmennusohjelman onnistuminen vaatii hoitotyön johtajilta käytännön toteutuksen johtamista, seuraamista, varmistamista, palkitsemista, pelkkä tiedottaminen ei riitä. Etenkin lähiesimiesten tuki on tärkeää hoitajille, jotka osallistuvat valmennukseen, jotta he voivat viedä oppimansa esim. osastotunneille ja olla asiantuntijoina moniammatillisessa kehittämistyöryhmissä.

Hoitotyön johtajan tehtävänä on varmistaa hoitajien antaman potilasohjauksen vaikuttavuus ja asiakaslähtöisyys, varmistaa osaaminen ja henkilöstön voimavarojen tehokas käyttö sekä luoda voimaannuttava ja potilasturvallisuutta edistävä toimintakulttuuri. Tämä hanke tuotti työkaluja näyttöön perustuvan potilasohjauksen laadun ja hoitajien ohjaus- ja kirjaamisosaamisen seuraamiseksi. Pitäytyykö hoitotyön johtaja tutuissa henkilöstöhallinnon rutiineissa vai uskaltuuko hän uudistamaan rutiineja ajantasaisen tutkimuksen tiedon ja näytön avulla laajentaen samalla myös omaa hoitotyön substanssiosaamista? On eettisesti ja taloudellisesti väärin toimia vastoin näyttöön perustuvaa tietoa.

Potilas on oman terveytensä asiantuntija, jonka tietoa meidän terveydenhuollon ammattilaisten tulee käyttää nykyistä enemmän hyödyksi ja voimavarana onnistuaksemme potilasohjauksessa. Samalla se on myös vaikuttavaa potilasohjausta ja edistää potilasturvallisuutta. Vuonna 2009 tehdyn ajanseurannan mukaan potilasohjaukseen käytettiin 8 % työajasta, joka oli noin

60 hoitajan työpanos ja muuhun kommunikointiin sisältäen mm. ei hoidossa olevien potilaiden ja omaisten yhteydenotot 2 % työajasta eli noin 18 hoitajan työpanos. Salmisen tutkimuksen (Luku 16) mukaan voimavaraistava potilasohjaus toi 12 % työajan säästön potilasohjauksesta ja 32 % potilaiden yhteydenotoista. Voimavaraistava potilasohjaus parhaimmillaan tarkoittaisi useiden hoitajatyöpanosten vuotuista säästöä samalla kun potilaat saisivat aiempaa parempaa potilasohjausta. Tilastojen mukaan PKSSK:ssa ohjauskirjaamisen osuus oli noin 7 % kaikesta kirjaamisesta. Vaikka ohjaukseen käytetty aika ja sen kirjaaminen eivät ole suoraviivaisesti yhteydessä toisiinsa, niin voitaisiin olettaa, että ohjausta kirjataan vähemmän kuin sitä tehdään. Etenkin kun ohjaus toimintona tapahtuu usein muiden hoitotyön toimintojen ohella samanaikaisesti ja on aikaa vievä. Mikä merkitys onkaan hyvällä potilasohjauksen kirjaamisella potilaan hoidossa ja tiedon kulussa!

Jos hoitajan osaamisen puute ei korjaannu lisäkäsipareilla, niin korjaantuuko osaamisen johtamisen puute hoitajia lisäkouluttamalla?

Johtopäätökset ja suositukset

- Nuoret, monisairaat iäkkäät sekä omaiset saavat vähemmän ohjausta kuin tarvitsevat, heidän yksilöllistä ohjausta on tehostettava.
- Hoitajat käyttävät eniten aikaa jatkohoidon ja lääkehoidon kirjaamiseen, myös potilaiden yhteydenotot keskittyvät näihin aiheisiin. Eikö hoitajien antama tieto välittynyt riittävästi potilaille, jolloin potilaat jäivät epätietoisuuteen?
- On viitteitä että voimavaraistavalla potilasohjauksella voidaan saada säästöjä hoitajien työajassa ja eritoten potilasohjauksen vaikuttavuudessa. Tämä näkyy puolestaan potilaiden yhteydenottotarpeen vähentymisenä. Ajansäästö voi selittyä sillä, että potilaan omat voimavarat otetaan käyttöön oman terveytensä asiantuntijana. Tällöin hoitajan ei tarvitse ottaa vastuuta potilaan puolesta eikä kokea riittämättömyyttä. Hoitaja voi keskittyä olennaiseen, yksilölliseen, potilaan tarpeista lähtevään potilasohjaukseen eikä hänen tarvitse tietotankata potilasta ohjausrungon mukaisesti.
- Hoitajien ohjausosaamista voidaan parantaa valmennustyyppisellä täydennyskoulutuksella, pelkkä luento-opetus ei riitä, vaan tarvitaan näyttöön perustuvaa ajantasaista tietoa, mitä ohjataan sekä tietoa ja erityisesti taitoa, miten ohjata vaikuttavasti (vuorovaikutus- ja motivoiva haastattelutekniikka).

- Suurimpana esteenä potilasohjauksen kehittymiselle ovat hoitotyön johtajien, esimiesten mutta myös hoitajien omat asenteet. Oppimaan ja kehittymään ei voi pakottaa.
- Osaamisen johtamisessa tarvitaan näyttökoetyyppistä varmistamista ohjausosaamisen ta-
sosta, koska tutkimustulosten mukaan oma ohjausosaaminen arvioidaan paremmaksi kuin
se on.
- Hoitotyön kirjaamisessa, potilasohjauksen aiheissa sekä potilaiden yhteydenotoissa koros-
tui FinCC mukaisista komponenteista vain pieni osa ja noin puolet jää vähäiselle käytölle.
Lisäksi kirjaajat ja kirjatun tiedon moniammatilliset käyttäjät kokevat kirjauksen pirstalei-
seksi. Tämän hankkeen tuoman tiedon näkökulmasta komponentteja voisi tiivistää ja yh-
distää esim. terveydentila ja sairauden oireet, toimintakyky, terveys ja voimavarat sekä
hoidon ja jatkohoidon koordinaatio.
- Potilaiden ohjausta on edelleen kehitettävä ja potilaiden yhteydenottotarvetta seurattava
säännöllisesti, sitä varten tarvitaan seurantatyökalu.

Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa hankkeen julkaisut

HoiData 2009. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke (HoiData). Loppuraportti:
HoiData 2007-2009 (pdf-tiedosto). FinCC-luokituskokonaisuus, 150908. **Liitteet 2 ja 3.**
www.vssh.fi/fi/4519/ 28.3.2012.

Huotari, E. 2010. Epilepsiaa sairastavan nuoren ohjaus ja hoitoon sitoutuminen. Kirjallisuus-
katsaus. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma MAMK.

Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2007. Potilasohjaus vaikuttavammaksi. Impakti 6,21.

Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2010. Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-Karjalan sairaan-
hoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä. HTTS XI kansallinen hoitotieteellinen konferenssi. Hoito-
tieteellinen tieto monitieteisessä tiede- ja toimintaympäristössä. Konferenssiabstraktit.

Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2010. Potilasohjaus vaikuttavammaksi. Näyttöön perustuvaa oh-
jausosaamisen johtamista Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä. Pro
Terveys 3,20-21.

Kaila, A. 2010. Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa. Suakkunat 1, 17.

Kaila, A. 2011. Kirjatun hoitotyön arviointimittarin kehittäminen. HTSS XII kansallinen hoi-
totieteellinen konferenssi. Alakko nää mua? Yhteistyöllä vaikuttavaa hoitotieteellistä tutki-
musta. Konferenssiabstraktit.

Salminen, S. 2010. Hoitohenkilöstön työajan käyttö potilasohjaukseen ja yhteydenottoihin
erikoissairaanhoidossa. Pro gradu – tutkielma, Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos.

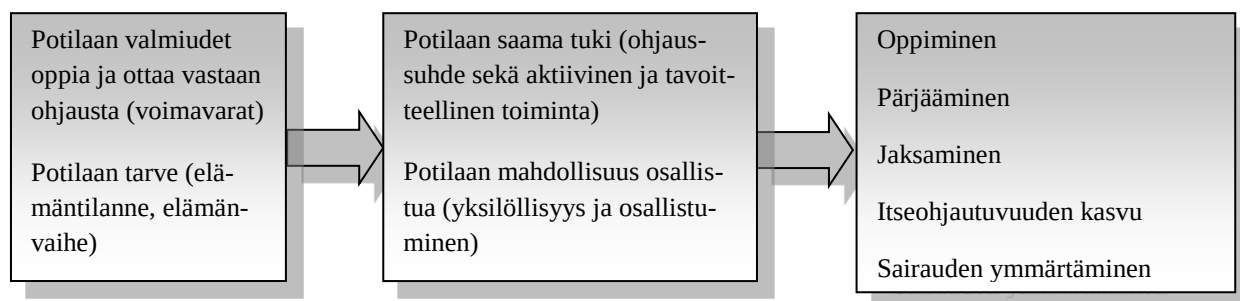
3 POTILASOHJAUksen VALMENNUSOHJELMA 2008 - 2009

Arja Kaila & Leena Kuivalainen

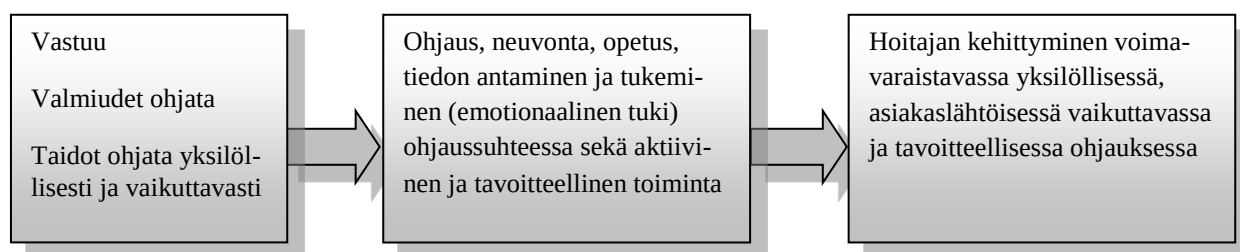
Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa -hankkeessa 2008 - 2009 potilasohjaus määriteltiin Kääriäisen ja Kyngäksen (2005 ja Kääriäisen (2007) käsiteanalyysin mukaisesti:

Ohjaus on potilaan ja henkilökunnan taustatekijöihin sidoksissa olevaa, vuorovaikutuksessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Ohjauksen ominaispiirteitä ovat ohjattavan ja ohjaajan välinen konteksti, joka on sidoksissa yksilöllisiin fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristöllisiin tekijöihin. Ohjattavan ja ohjaajan välisessä vuorovaikutuksessa on keskeistä ohjattavan ja ohjaajan fyysinen, kielellinen, ajatteluun ja tunteisiin liittyvä kaksisuuntainen vuorovaikutus. Se rakentuu keskustelun välineiden pohjalle, jotka ovat kohtelu, ymmärtäminen, tukeminen ja yhteistyö. Ohjaussuhde on roolisuhde, jolle on ominaista ohjattavan ja ohjaajan välinen suhde, parhaimmillaan tasavertainen asiantuntijatiimi, joka suunnittelee sisältöä ja prosessoi yhdessä. Ohjauksessa korostuvat ohjaajan vuorovaikutustaidot.

Ohjattavan prosessi



Ohjaajan prosessi



Kuvio 1. Ohjattavan ja ohjaajan prosessit (mukaillen Kääriäinen 2007)

Vaikka hoitajien koulutuksessa luodaan kommunikaatio- ja vuorovaikutustaidoille perusta, taitojen todellinen oppiminen on kuitenkin mahdollista vasta käytännön työssä todellisissa

tilanteissa (Neale 2003, Lauri 2006, Tähtinen 2007), jolloin tarvitaan ohjaukseen liittyvien valmiuksien ja taitojen jatkuvaa harjoittelua sekä ohjausmenetelmien arviointia (Barber-Paker 2002, Marcum ym. 2002, Ammentorp ym. 2006, Forniers & Peden-McAlpine 2006, McCormack & Slater 2006, Friberg ym. 2007). Ohjaustaitojen jatkuva opettelu on osa täydennuskoulutusta. Hoitajille tarkoitettuja erilaisia ohjaus- ja/ tai vuorovaikutustaitojen harjoitteluhohjelmia on kehitetty ja tutkittu kansainvälisesti eri kulttuureissa ja erilaista hoitoa vaativien potilaiden ohjauksen parantamiseksi. Systemaattisen eri menetelmiä sisältävän valmennusohjelman avulla voidaan parantaa hoitajien erilaisia taitoja (Boonyasai ym. 2007) kuten ohjaustaitoja (Arranz ym. 2005) ja kommunikointitaitoja (Ammentorp ym. 2007, Liu ym. 2007) mutta myös päätöksentekoprosessin mukaisia dokumentointitaitoja (Müller-Staub ym. 2006, 2007, 2009).

Valmennusohjelman sisältö ja menetelmät

Potilasohjauksen valmennusohjelman sisältö ja käytetyt menetelmät perustuivat näyttöön. Perinteinen luento-opetus yksistään ei ole tehokas keino muutoksen aikaansaamiseksi. Kirjallisuuden mukaan vaikuttavan harjoitusohjelman tulisi sisältää tutkimustietoa, pienryhmissä harjoittelua, rooliharjoituksia, demonstraatioita, mentorointia tai vertaistukea, palautetta ja keskustelua sisältäen myös affektiivisia elementtejä ja olla kestoaltaan vähintään puoli vuotta (Clifford & Murray 2001, Bowles & Torn 2001, Arranz ym. 2005, Beecroft 2006, Ammentorp ym. 2006, Forniers & Peden-McAlpine 2006, Liu ym. 2007, Ridley 2007). Siksi tässä hankkeessa käytettiin erilaisia osallistavia menetelmiä ja ajallisesti toistoa sisältävää valmennusohjelmaa, mutta myös näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa ohjattavista asioista ja vaikuttavista ohjausmenetelmistä.

Potilasohjauksen valmennusohjelman sisältönä olivat mm. muutosvaihemalli (Prochaska & DiClemente 1984), motivoiva haastattelu sekä yksilöllinen ja tavoitteellinen ohjausprosessi (Lipponen ym. 2006, Kanste ym. 2007, Kyngäs ym. 2007, Virtanen ym. 2007), oppimistyyli (Kolb 1984), ohjauksen kirjaaminen (Tuomikoski 2008), tiedonhaku sekä erilaiset ohjausmenetelmät. Muutosvaihemallin ja motivoivan haastattelun tarkoituksena oli ottaa käyttöön ohjattavan omat voimavarat aiempaa paremmin. Samalla myös ohjattavan yksilöllisyys ja ohjauksen oikea-aikainen ajoittaminen mahdollistuivat rutiiniohjausta paremmin.

Potilasohjauksen valmennusohjelma PKSSK:ssa oli kestoaltaan 1,5 vuotta (3/2008 - 5/2009) ja menetelmiä olivat: lyhyet näyttöön perustuvat tietoiskut, erilaiset harjoitteet (tekemällä oppiminen), reflektointi (päiväkirja, kotitehtävät, pohtimalla oppiminen), mentorointi ja keskustelut (vertaisilta oppiminen) ja palautekeskustelut ja arvioinnit (arvioimalla oppiminen). Valmennusohjelma sisälsi teorialtietoa, erilaisia harjoitteita sekä omaehtoista opiskelua yhteensä 90 tuntia (Taulukko 3).

Taulukko 3. Potilasohjauksen valmennusohjelma 2008 - 2009

Sisältö ja ajankohta	
30 tuntia teoriaa kaikille	3/2008 Potilasohjauksen laatu (5 h) TtT Maria Kääriäinen (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, Kääriäinen ym. 2007, Kääriäinen 2007)
	5/2008 Neuvontakeskustelu (5h) TtT Tarja Kettunen (Kettunen ym. 2000, 2002, Kettunen 2001)
	9/2008 Tiedonhaku- ja käyttötaidot (3 h) Kirjastonhoitaja Pirkko Pussinen, TtT Leena Kuivalainen ja TtT Arja Kaila
	11/2008 Tavoitteellisuus hoitotyössä ja hoitotyön kirjaaminen (3h) TtT Leena Kuivalainen ja TtT Arja Kaila
	12/2008 Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa alkumittauksen tuloksia (2h) TtT Leena Kuivalainen ja TtT Arja Kaila
	2/2009 Potilasohjauksen laatu ja neuvontakeskustelu. Kertaus (3h) TtT Leena Kuivalainen, TtT Arja Kaila ja Ttyo Sari Salminen
	3/2009 Potilasohjauksen ja neuvontakeskustelun syventäminen ja tavoitteellinen kirjaaminen alkumittausten tulosten pohjalta (3h) TtT Leena Kuivalainen ja TtT Arja Kaila
	9/2009 Hoitotyön kirjaaminen (2h)
	11/2009 Miten haen sähköisesti ajantasaista tietoa? Miten arvioin saatua tietoa? (2h)
	12/2009 Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa loppumittauksen tuloksia (2h)
60 tuntia pienryhmävalmennusta valmennettaville + omaehtois-ta opiskelua	19.2.2008 aloitus, info, alkutestaus (3h)
	kevät 2008 motivoiva haastattelu, toimeksiannot, ohjausprosessi (3*3h)
	syksy 2008 kertaus, väliarviointi, tavoitteellisuus ja yksilöllisyys ohjaamisessa, ohjauskirjaaminen (4*3h)
	kevät 2009 kertaus, väliarviointi, tiedonhaku (3*3h)
	20.4.2009 lopetus, loppuarviointi, lopputestaus (3h)
	19.10.2009 tulosten esittely (3h) omaehtoinen opiskelu
Lisäksi 20 tuntia pienryhmävalmennusta muille (alkuperäistutkimussuunnitelman muuttumista korvaava tuki)	

Pohdinta

Vuosien 2008 - 2009 potilasohjauksen valmennusohjelman sisältö ja menetelmät perustuivat tutkimusnäyttöön. Potilasohjaus ymmärrettiin laajasti ei vain tutkimuksiin ja toimenpiteisiin ohjauksena, riskikäyttäytymiseen puuttumisena, motivointina ja sitouttamisena annetun tiedon vastaanottamiseen, vaan Kääriäisen ja Kyngäksen määritelmän mukaan asiakkaana olevan ihmisen kokonaisvaltaisena kohtaamisena, kotona selviytymisen ohjaamisena ja emotionaalisenä tukena. Erityisesti tämä korostuu erikoissairaanhoidossa terveyden edistämisessä. Usein ajatellaan, että riittää kun osaa ohjata näyttöön perustuvan ajantasaisen tiedon potilaalle tai asiakkaalle (*mitä tietoa annetaan*), mutta yhtä tärkeää on osata ohjata siten, että tieto ja oppi menee perille ja on suhteutettu potilaan ja asiakkaan yksilöllisiin voimavaroihin (*tieto ja taito, miten ohjataan vaikuttavasti*).

Kirjallisuutta

Ammentorp, J., Sabroe, S., Kofoed, P-E. & Mainz, J. 2006. The Effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy. A randomized controlled trial. Patient Education and Counselling 66, 270-277.

Arranz, P., Ulla, S., Ramos, J., del Rincon, C. & Lopez-Fando, T. 2005. Evaluation of counselling training program for nursing staff. Patient Education and Counselling 56, 233-230.

Barber-Paker, E. 2002. Integrating patient teaching into bedside patient care: a participant-observation study of hospital nurses. Patient Education and Counselling 42. 107-113.

Beecroft, PC., Santner, S., Lacy, ML., Kunzman, L. & Dorey, F. 2006. New graduate nurses' perceptions of mentoring: six- year programme evaluation. Journal of Advanced Nursing 55(6), 736-747.

Boonyasai, R., Windish, D., Chakraborti, C., Feldman, L., Rubin, H. & Bass, E. 2007. Effectiveness of teaching quality improvement to clinicians: a systematic review. JAMA sept 5, 298(9), 1023-1023.

Bowles, N., Mackintosh, C. & Torn, A. 2001. Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution-focused communication training. Journal of Advanced Nursing 36(3) 347-354.

Clifford, C. & Murray, S. 2001. Pre-and post-test evaluation of a project to facilitate research development in practice in a hospital setting. Journal of Advanced Nursing 36(5) 685-695.

Forniers, S. & Peden-McAlpine, C. 2006. Evaluation of a reflective learning intervention to improve critical thinking in novice nurses. Journal of Advanced Nursing 57(4), 410-421.

Friberg, F., Andersson, EP. & Bengtsson, J. 2007. Pedagogical encounters between nurses and patients in a medical ward- a field study. *International Journal of Nursing Studies* 44, 534-544.

Kanste, O., Lipponen, K., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2007. Potilasohjauksen kehittäminen alueellisena verkostoyhteistyönä yli organisaatiorajojen. *Tutkiva Hoitotyö* 5(3), 30-33.

Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. *Studies in sport, physical education and health* 75. Jyväskylän yliopisto.

Kettunen, T., Karhila, P. & Poskiparta, M. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 14(5), 213-242.

Kettunen, T., Poskiparta, M. & Liimatainen, L. 2000. Communicator styles of hospital patients during nurse-patient counselling. *Patient Education and Counselling* 41: 161-180.

Kettunen, T., Poskiparta, M., Liimatainen, L., Sjögren, A. & Karhila, P. 2001. Taciturn patients in health counselling at a hospital: passive recipients or active participators? *Qualitative Health Research* 11: 399-422.

Kolb, D. 1984. *Experimental Learning. Experiences as the Source of Learning and development.* New Jersey. Prentice-Hall. Englewood Cliffs.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY, Helsinki.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 937. Oulun yliopisto, Oulun yliopistollinen sairaala. Oulu 2007.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005a. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa. *Hoitotiede* 17(4), 208-216.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005b. Käsitemallit ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17(5), 250-258.

Kääriäinen, M., Ukkola, L., Kyngäs, H. & Torppa, K. 2006. Terveystieteen henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18(1), 4-13.

Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. WSOY, Oppimismateriaalit Oy.

Lipponen K, Kyngäs H, Kääriäinen M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala, Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveydenhuollon laitos. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 4/2006. Oulu.

Liu, E., Mok, E., Wong, T., Xue, L. & Xu, B. 2007. Evaluation of an integrated communication skills training program for nurses in cancer care in Beijing, China. *Nursing research* 56(3), 202-209.

Marcum, J., Ridenour, M., Shadd, G., Hammons, M. & Taylor, M. 2002. A study of professional nurses' perceptions of patient education. *Journal of Continuing Education in Nursing* 33, 112-118.

McCormack, B. & Slater, P. 2006. An evaluation of the role of the clinical education facilitator. *Journal of Clinical Nursing* 135-144.

Müller-Staub, M., Lavin, MA., Needham, I. & van Achterberg, T. 2006. Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 514-531.

Müller-Staub, M., Lavin, MA., Needham, I. & van Achterberg, T. 2007. Nursing diagnoses, interventions and outcomes--application and impact on nursing practice: A systematic literature review. *Pflege*, 20(6), 352-371.

Müller-Staub, M., Lunney, M., Odenbreit, M., Needham, I., Lavin, MA. & van Achterberg, T. 2009. Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: The Q-DIO. *Journal of Clinical Nursing*, 18(7), 1027-1037.

Neale, D. 2003. Nurses should receive more training in counselling skills. *Nursing Times* 19-25; 99(33), 14.

Prochaska, J. & DiClemente, C. 1984. *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Change*. Illinois. Dow Jones-Irvin.

Ridley, R. 2007. Interactive teaching: a concept analysis. *Journal of Nursing Education* 46 (5), 203-209.

Tuomikoski, A-M. 2008. *Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen koulutusintervention avulla*. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Tähtinen, T. 2007 *Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet. pro gradu tutkielma* Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Virtanen, H., Leino-Kilpi, H. & Salanterä S. 2007. Empowering discourse in patient education. *Patient Education & Counseling* 66(2), 140-146.

4 OHJAUSOSAAMISEN MITTARIN KEHITTÄMINEN

Arja Kaila & Leena Kuivalainen

Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa -hankkeessa hoitajien ja fysioterapeuttien osaamisen arvioimista varten kehitettiin oma mittaristo, koska tarvittavaa valmista mittaria ei kirjallisuudesta löytynyt (Ammentorp ym. 2006, Arranz ym. 2005, Forniers & Peden-McAlpine 2006, Friberg ym. 2007, Liu ym. 2007, Kettunen ym. 2006, McCormack & Slater 2006, Poskiparta 1994, Poskiparta ym. 1999, 2000, Virtanen ym. 2007). Kuopion yliopiston hoitotieteen laitokselta Ttyo Sari Vaakanainen etsi hankeharjoittelutehtäväänsä sopivaa mittaria. Hän kartoitti aikaisempaa tutkimus- ja teorian tietoa ohjaukseen liittyvistä mittareista sekä valmiita videoituja potilaan ja hoitajan välisiä potilasohjaustilanteita. Kuitenkaan sopivia mittareita ei tätä kautta löytynyt, joten Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa -hanketta varten kehitettiin seuraavat mittarit:

- kaksi videoitua potilasohjaustilannetta, jotka hoitajat ja fysioterapeutit arvioivat tätä hanketta varten kehitetyllä potilasohjaustilanteen arviointilomakkeella (Liite 1) ennen ja jälkeen valmennusohjelman,
- ohjausosaamisen itse ja vertaisarviointilomake (Liite 2) ennen ja jälkeen valmennusohjelman.

Ohjausosaamisen mittareiden kehittäminen

Potilasohjaustilanteen arviointi -mittari laadittiin asiantuntijatyönä aikaisemman kirjallisuuden perusteella (kts. Luku 1) hyödyntäen Kyngäksen, Kääriäisen, Poskiparran, Hirvosen ja Renforsin vuonna 2007 ilmestynyttä oppikirjaa 'Ohjaaminen hoitotyössä'. Tämä mittari koostui 26:sta Likert-asteikollisesta väittämästä (Liite 1). Tällä mittarilla arvioitiin kaksi potilasohjaustilannetta. Ensimmäinen video (nro 1) oli MTV3:n opetusvideo NEUROelektrosimulaattorin käytöstä virtsankarkailuhoidossa, jossa hoitaja ohjasi potilaalle teknisen tarkkailulaitteen testausta kotona ja päiväkirjan pitämistä tuloksista. Ohjaustilanne kesti 3,5 minuuttia. Toinen video (nro 2) oli potilaan kotiuttamistilanne terveyskeskuksen vuodeosastolta, jossa kotiuttava hoitaja keskusteli huimauskohtauksen ja muistiongelmien takia hoitoon joutuneen ikäihmisen kanssa kotiutumisesta ja jatkohoitosuunnitelmista. Kotiutusohjaus tapahtui potilashuoneessa. Tämä video oli tehty tätä hanketta varten ja kesti noin 10 minuuttia. Luotettavuutta pyrittiin parantamaan asiantuntijapaneelin avulla. Asiantuntijapaneeli arvioi mittarin avulla molemmista potilasohjaustilanteista hoitajan toiminnan. Asiantuntijapaneeliin osallistui

2 asiantuntijasairaanhoitajaa, 1 fysioterapeutti, 1 ylihoitaja sekä hankkeeseen osallistuneet post doc tutkijat sekä hankeharjoittelussa ollut Ttyo. Tulokset esitetään seuraavassa luvussa.

Itse- ja vertaisarviointimittari laadittiin myös aikaisemman kirjallisuuden perusteella asiantuntijatyönä muokattuna edellisestä mittarista (Liite 2). Ohjausosaamisen itse- ja vertaisarviointilomakkeessa oli 31 Likert-asteikollista väittämää koskien tietoa, vuorovaikutusta, yksilöllistä ohjaamista ja ohjausprosessin tuntemista. Arviointiasteikkona oli Bennerin (1984) aloittelija, harjoittelija, suorittaja, pätevä ja mestari (tasot 1 - 5). Taustatietoina kysyttiin hoitajan ammatia ja työskentelyaikaa terveydenhuoltoalalla. Myös tästä tulokset esitetään seuraavassa luvussa.

Jatkokehittäminen

Näillä kahdella mittarilla saatujen tulosten (Luku 5) perusteella kehitettiin uusi yhdistetty mittari (Liite 3). Tämä uusi mittari koostui kolmesta osasta faktorianalyysin perusteella: tieto ohjauksesta, ohjausprosessi ja vuorovaikutus. Uudessa mittarissa oli 28 Likert-asteikollista väittämää. Mittaria voidaan käyttää itse- tai vertaisarvioinnissa mutta myös arvioitaessa tietyn yksikön koulutus- ja potilasohjauksen kehittämistarvetta.

Kirjallisuutta

Andersson, EP. & Bengtsson, J. 2007. Pedagogical encounters between nurses and patients in a medical ward- a field study. *International Journal of Nursing Studies* 44(2007) 534-544.

Ammentorp, J., Sabroe, S., Kofoed, P-E. & Mainz, J. 2006. The Effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy. A randomized controlled trial. *Patient Education and Counselling* 66, 270-277.

Arranz, P., Ulla, S., Ramos, J., del Rincon, C. & Lopez-Fando, T. 2005. Evaluation of counselling training program for nursing staff. *Patient Education and Counselling* 56, 233-230.

Benner, P. 1984. *From novice to expert: power and excellence in nursing practice*. Addison-Wesley, Menlo Park.

Clifford, C. & Murray, S. 2001. Pre-and post-test evaluation of a project to facilitate research development in practice in a hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* 36(5) 685-695.

Forniers, S. & Peden-McAlpine, C. 2006. Evaluation of a reflective learning intervention to improve critical thinking in novice nurses. *Journal of Advanced Nursing* 57(4), 410-421.

Kettunen, T., Liimatainen, L., Villberg, J. & Perko, U. Developing empowering health counseling measurement: Preliminary results. *Patient Education & Counseling* 2006:64(1-3), 159-166.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY, Helsinki.

Liu, E., Mok, E., Wong, T., Xue, L. & Xu, B. 2007. Evaluation of an integrated communication skills training program for nurses in cancer care in Beijing, China. *Nursing research* vol. 56, no. 3, 202-209.

McCormack, B. & Slater, P. 2006. An evaluation of the role of the clinical education facilitator. *Journal of Clinical Nursing* 135-144.

Poskiparta, M. 1994. Hoitajien itsearviointit vuorovaikutustaitoja kehitettäessä videotallenteita apuna käyttäen. *Hoitotiede* 6(5), 210-217.

Poskiparta, M., Kettunen, T. & Liimatainen, L. 2000. Questioning and advising in health counselling results from a study of Finnish nurse counsellors. *Health Education Journal* 59, 69-89

Poskiparta, M., Liimatainen, L. & Kettunen, T. 1999. Nurses' self-reflection via videotaping to improve communication skills in health counselling. *Patient Education and Counselling* 36, 3-11.

Virtanen, H., Johansson, K., Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Rankinen, S. & Salanterä, S. 2007. Kirurgisen potilaan oppimistarpeet - katsaus oppimistarpeita arvioiviin mittareihin. *Hoitotiede*, 19(1), 33-48.

5 OHJAUSOSAAMISEN ARVIOINTITULOKSET 2008 - 2009

Leena Kuivalainen

Tässä osaraportissa esitetään hoitajien ja fysioterapeuttien ohjausosaamisen alkumittauksen 2008 ja loppumittauksen 2009 tulokset. Tuloksia mitattiin kahden videoidun potilasohjaustilanteen arviointilomakkeella sekä oman ohjausosaamisen itsearviointilomakkeella (Luku 4 ja Liitteet 1 ja 2).

1. Miten hoitajat ja fysioterapeutit arvioivat kahden video-ohjauksen onnistumista?
2. Millaisiksi hoitajat ja fysioterapeutit arvioivat omat ohjaamistaitonsa?
 - a. Onko eroa eri ammattiryhmien välillä ohjaamistaidoissa?
 - b. Onko hoitajan ja fysioterapeutin työkokemuksella yhteyttä ohjaustaitoihin?

Tutkimusaineisto ja analysointi

Ennen valmennusohjelman alkua 123 hoitajaa 16:sta eri yksiköstä osallistui ohjausosaamistestiin, jossa heille näytettiin kaksi erilaista potilasohjaustilannetta videolta. Hoitajat ja fysioterapeutit arvioivat videolla toimineen hoitajan ohjausosaamista (Liite 1). Sen lisäksi he arvioivat oman ohjausosaamisensa itsearviointilomakkeella (Liite 2). Vuonna 2008 sairaanhoitajia tai fysioterapeutteja oli 112 ja perushoitajia tai lastenhoitajia 11 ja vuonna 2009 51 erilaista hoitajaa ja fysioterapeuttia (kato 59 %). Tuloksia verrattiin asiantuntijapaneelin (7 asiantuntijaa) tuloksiin ennen ja jälkeen valmennusohjelman.

Aineisto analysoitiin SPSS 15.0 tilasto-ohjelmalla käyttäen frekvenssi- ja prosenttijakaumia, ristiintaulukointia sekä riippuvuuksien testaamiseen χ^2 ja Kruskal-Wallis testia. Faktorianaalyyisin perusteella tehtiin summamuuttujat aineiston tiivistämiseksi. Taustamuuttujien ja summamuuttujien välistä yhteyttä testattiin ryhmien välisten erojen esille saamiseksi (Burns & Grove 1997, Heikkilä 2010). Sairaanhoitajat ja fysioterapeutit luokiteltiin samaan ryhmään ja lastenhoitajat, mielenterveyshoitajat ja perushoitajat samaan ryhmään. Vastaajien työssäoloaika luokiteltiin neljään ryhmään: alle vuoden, 1-5 vuotta, yli 5-alle 10 vuotta ja yli 10 vuotta työssä olleet hoitajat / fysioterapeutit. Itsearviointi - aineiston tiivistämiseksi tehtiin faktorianaalyyysi maximun likelihood menetelmällä käyttäen oblimin rotaatiota. Tuloksena saatiin neljä faktoria. Mukaan otettiin faktorit, joiden ominaisarvo oli >1 . Faktorit selittivät 64,7 % ilmiöstä. Ensimmäisen faktorin selitysosuus oli 50,6 %, toisen 5,6 %, 5,0 % ja 3,46 %. Faktorianaalyyisin perusteella muodostettiin neljä yhdistettyä muuttujaa: ”tavoitteellinen ohjaami-

nen” $\alpha=0.921$ vuoden 2008 mittauksessa ja $\alpha=0.944$ (2009) (Liitetaulukko 1 Taulukko1), ”yksilöllinen ohjaaminen” $\alpha=0.886$ ja $\alpha=0.922$ (Liitetaulukko1 Taulukko 2), ”vuorovaikutustaidot” $\alpha=0.928$ ja $\alpha=0.944$ (Liitetaulukko 1 Taulukko3), ”ohjausmenetelmän osaaminen” $\alpha=0.885$ ja $\alpha=0.837$ (Liitetaulukko 1 Taulukko 4). Uusi muuttuja ”vuorovaikutustaidot” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujien 21,24,25,26,27,28,29,30. Muuttuja luokiteltiin niin, että arvot 1-8=1, 9-16=2, 17-24=3, 25-32=4 ja 33-40=5. Muuttuja ”Tavoitteellinen ohjaaminen” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujat 1,7,8,10,11,13,14,31. Muuttuja luokiteltiin uudelleen, niin, että arvot 1-8=1, 9-16=2, 17-24=3, 25-32=4 ja 33-40=5. Uusi muuttuja ”yksilöllinen ohjaaminen” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujat 16,15,17,18,19,12,20. Muuttuja sai arvoja 1-35. Se luokiteltiin uudestaan niin että arvot 1-7=1, 8-14=2, 15-21=3, 22-28=4 ja 29-35=5. Uusi muuttuja ”ohjausmenetelmän osaaminen” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujat 2,3, 4, 5, 6, 9, 22 ja 23. Muuttuja sai arvoja 1- 40. Se luokiteltiin uudestaan niin, että 18=1, 9-16=2, 17-24=3, 25-32=4 ja 33-40=5.

Tulokset

Oheisessa taulukossa on esitetty valmennusohjelmaan osallistuneiden hoitajien työskentelyaika terveydenhuoltoalalla.

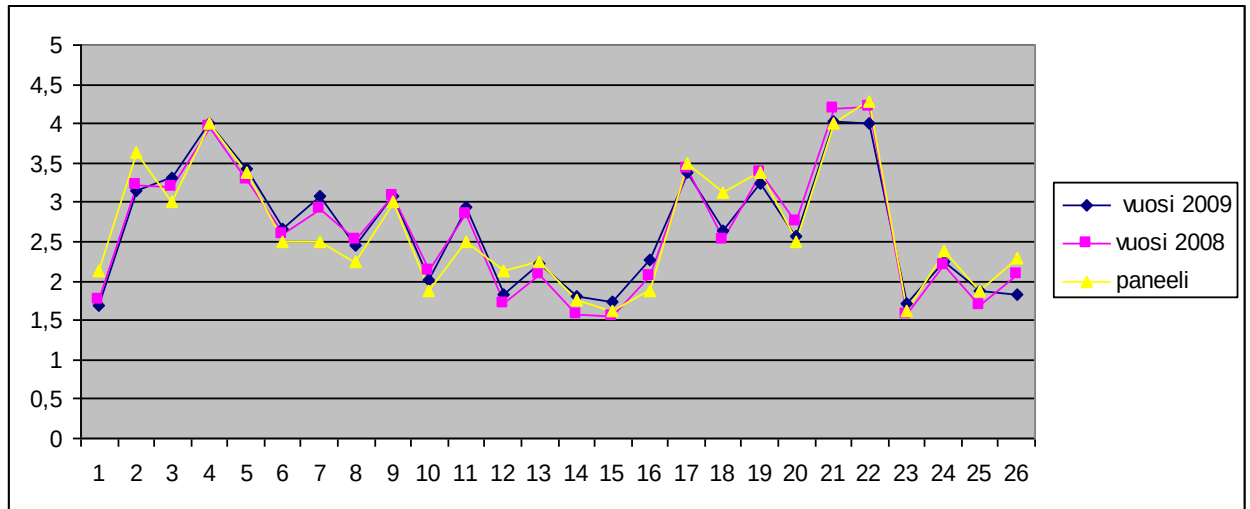
Taulukko 4. Hoitajien työskentelyaika terveydenhuoltoalalla

Työskentelyaika	2008		2009	
	Fr	%	Fr	%
alle vuosi	9	7	2	4
1-5vuotta	25	20	11	21
yli5-alle 10 vuotta	23	19	6	12
yli 10 vuotta	66	54	32	63
Yhteensä	123	100	51	100

Kahden videoidun potilasohjaustilanteen arviointi

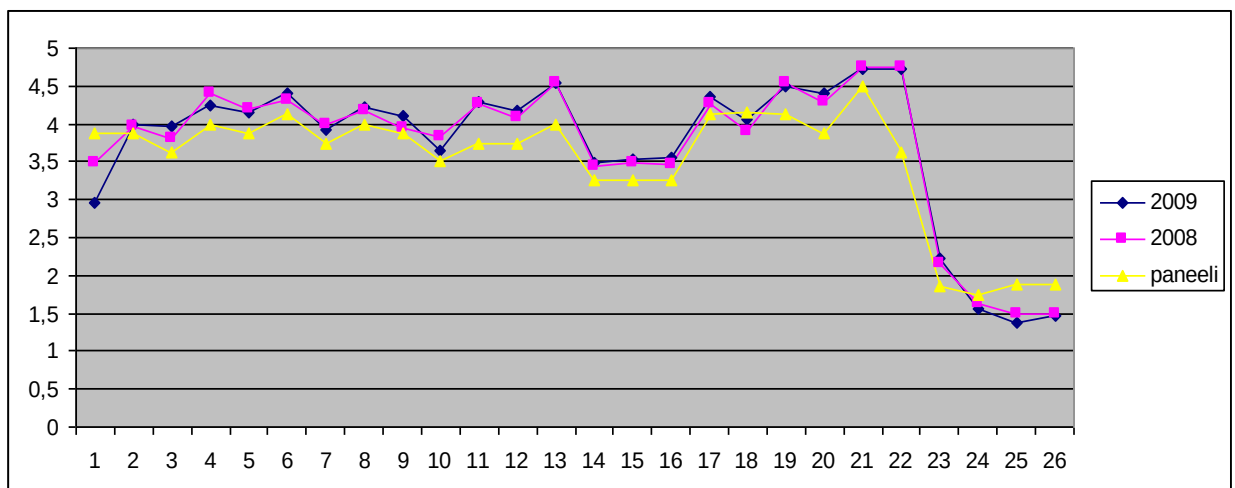
Kuviossa 2 on esitetty videon nro 1 asiantuntijaneelin sekä hoitajien ja fysioterapeuttien arviointien tulokset ennen ja jälkeen valmennusohjelman jälkeen. Asiantuntijaneelin ja tutkittavien vastaukset erosivat väittämissä ”potilaan aikaisemmat tiedot sairaudesta” ja ”tavoitteen laatiminen ohjaukselle”, ”selventävien kysymysten esittämisessä”, ”perustelussa sekä

palautteen antamisessa ja hoitajan perustelussa”. Tutkittavat arvioivat video nro1 hoitajan selvittäneen potilaan taustat ja keskeiset asiat paremmaksi kuin paneelivastauksissa.



Kuvio 2. Video nro 1 tulokset 2008, 2009 sekä asiantuntijapaneeli

Kuviossa 3 on esitetty vastaavasti videon nro 2 tulokset. Tutkittavat arvioivat lähes kaikissa kysymyksissä tulokset korkeammiksi kuin asiantuntijapaneeliin osallistujat. Tutkittavat arvioivat hoitajan tiedot ohjattavasta asiasta, asioiden perustelemissa ja hoitajan epävarmuudessa paneelin vastaukset olivat korkeammat.



Kuvio 3. Video nro 2 tulokset 2008, 2009 sekä asiantuntijapaneeli

Hoitajien ja fysioterapeuttien ohjausosaamisen itsearviointi

Taulukossa 5 on esitetty hoitajien ohjausosaaminen Bennerin (1984) asiantuntija-asteikolla aloittelijasta mestariksi itsearvioituna. Aloittelijaksi ei arvioinut itseään kukaan vastaajista ja harjoittelijaksi 9 % vuorovaikutuksen osaamisessa. Suurin osa vastaajista arvioi olevansa päteviä ohjattaessaan potilaita yksilöllisesti ja valitessaan sopivia ohjausmenetelmiä. Taitoaan ohjata tavoitteellisesti arvioi ennen valmennusohjelmaa itsensä suorittajan tasolle 87 % ja valmennusohjelman jälkeen 69 %. Alle vuoden työssä olleet hoitajat arvioivat ohjausosaamisensa heikoimmaksi ja yli 10 vuotta työssä olleet parhaimmaksi ($p=0.001$).

Taulukko 5. Hoitajien ohjausosaaminen 2008 - 2009 (%)

Ohjaus- osaaminen	Vuorovaikutus ohjauksessa		Ohjausmene- telmän valinta		Yksilöllinen ohjaus		Tavoitteellinen ohjaus	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Aloittelija	0	0	0	0	0	0	0	0
Harjoittelija	9	8	4	0	2	9	3	6
Suorittaja	87	20	34	29	15	31	87	15
Pätevä	0	70	56	61	65	56	0	69
Mestari	4	2	6	10	18	4	10	10

Yli puolet tutkituista hoitajista arvioi olevansa päteviä vuorovaikutustaidoiltaan ja suorittajia yli kolmannes. Mestariksi arvioi itsensä 4 % vastaajista vuonna 2008. Myös taidossa ohjata yksilöllisesti piti pätevänä yli puolet ja 16 % suorittajana. Yksilöllisessä ohjauksessa melkein viidesosa tutkituista arvioi itsensä mestariksi. Vajaa neljäsosa vastaajista arvioi tavoitteelliset ohjaustaitonsa olevan suorittajan asteella ja päteväksi arvioi 63 %. Yli puolet arvioi olevansa pätevä vuorovaikutustaidoissa, ohjaustaitojen hallinnassa, taidossa ohjata erilaisia ihmisiä ja taidot perustella asioita.

Valmennusohjelman jälkeisessä mittauksessa 70 % tutkituista arvioi vuorovaikutustaitonsa olevan pätevän tasoa. Ennen valmennusohjelmaa tutkittavat arvioivat vuorovaikutustaidot olevan suorittajan. Tavoitteellisen ohjauksen taitojensa arvioi 6 % tutkituista olevan harjoittelijan tasolla, melkein 70 % päteväksi. Mestariksi arvioi valmennusohjelman jälkeen ohjausmenetelmien ja tavoitteellisen ohjauksen osaamisessa 10 % vastaajista.

Liitetaulukossa 2 on esitetty itsearviointien tulokset 2008 - 2009 tarkemmin ja liitetaulukossa 3 suhteessa työssäoloaikaan 2008. Sairaanhoitajat ja fysioterapeutit arvioivat osaamisensa olevan aloittelijan tasoa useammin kuin lastenhoitajat ja perushoitajat. Vuoden 2009 mittauksessa ei ollut eroa eri ammattiryhmien välillä ohjausosaamisessa.

Kruskall -Wallisin testillä arvioitaessa eri ammattiryhmien välillä (2008) oli eroa ohjausmenetelmien ($p=0.007$) valinnassa, kannustuksessa ($p=0.018$), omaisten ohjaamisessa ($p=0.045$) ja erilaisten ihmisten ohjaamisessa ($p=0.050$) sekä päätelmien tekemisessä ($p=0.027$). Lastenhoitajat ja perushoitajat arvioivat ohjaustaitonsa näissä paremmaksi kuin sairaanhoitajat ja fysioterapeutit. Työssäoloaika terveydenhuoltoalalla vaikutti hoitajien ohjausosaamiseen. Lastenhoitajat ja perushoitajat arvioivat myös yksilöllisen ohjauksen ($p=0.038$) ja vuorovaikutustaitonsa ($p=0.006$) paremmaksi kuin sairaanhoitajat ja fysioterapeutit.

Valmennusohjelman jälkeen mittauksessa 2009 oli työssäoloajan mukaan katsottuna eroa hoitajien tiedossa ohjattavasta asiasta ($p=0.006$), vuorovaikutuksen osaamisessa ($p=0.047$), ohjaustarpeen arvioinnissa ($p=0.012$) ohjausmenetelmien soveltamisessa ($p=0.046$) sekä tavoitteellisessa ohjauksessa ($p=0.022$). Kaikissa osioissa kokeneet hoitajat arvioivat osaamisensa paremmaksi.

Pohdinta

Tämä raportin tulokset ovat kuvausta hoitajien ohjausosaamisesta, koska alkuperäinen tutkimusasetelma ei toteutunut. Saatuja tuloksia käytettiin ohjausosaamisen mittarin edelleen kehittämiseksi. Myös eri ammattiryhmien ohjauksen osaamista ei voitu toisessa mittauksessa arvioida, sillä suurin osa vastanneista oli sairaanhoitajia sen lisäksi että loppumittauksessa kato oli suuri eikä ollut varmuutta, että osallistujat olisivat olleet samoja alku- ja loppumittauksessa. Pienen otoksen ja näiden monien luotettavuutta heikentävien tekijöiden takia tuloksia ei voida yleistää.

Tutkittavat arvioivat potilasohjaustilanteessa hoitajan toiminnan vähän paremmaksi kuin asiointitilaneeli, tulokset olivat kuitenkin samansuuntaisia. Hoitajat tunnistivat videoilta hyvin ohjauksen liittyvät keskeiset asiat. Oman ohjausosaamisensa hoitajat ja fysioterapeutit arvioivat alkumittauksessa paremmaksi kuin loppumittauksessa. Tämä voi selittyä sillä, että hoitajat tulivat valmennuksessa tietoisiksi omista puutteistaan ohjausosaamisessa. Tulos tukee

aikaisempien tutkimusten tulosta. Aikaisemmin on todettu, että potilaiden ja hoitajien arviot ohjauksen riittävydestä ja potilaslähtöisyydestä olivat keskenään ristiriitaisia (Cillers ym. 2000, Kääriäinen 2007).

Tähtisen (2007) tutkimuksen mukaan työssäoloaika oli yhteydessä ohjausosaamiseen. Myös tämän tutkimuksen mukaan alle vuoden työssä olleet kokivat puutteita ohjausosaamisessaan, tiedoissa ohjattavasta asiasta, vuorovaikutustaidoissa, ohjausmenetelmien valinnassa ja hallinnassa sekä kommunikaatioon liittyvissä tekijöissä. Molemmissa mittauksissa työssäoloaika vaikutti ohjausosaamiseen. Aikaisemmissa tutkimuksissa esteenä ohjauksen onnistumiselle on esitetty tiedon puutetta ohjauksesta, hoitajien vähäistä taitoa huomioida omaiset osana hoitoprosessia ja tunteista puhumisen vähäisyyttä (Hopia ym. 2004, Hengey ym. 2005, Kääriäinen ym. 2005). Näiden tutkimusten mukaan tarvitaan henkilökunnan vuorovaikutustaitojen kehittämistä ja ohjausmenetelmien kouluttamista. Myös tämän tutkimuksen tulokset puoltavat näkemystä, että koulutuksessa ei saada riittävästi valmiuksia ohjaukseen. Tämän tutkimuksen mukaan tarvitaan koulutusta myös tavoitteellisen ohjauksen lisäämiseksi. Hoitajien työkokemuksen määrällä oli myös tässä tutkimuksessa merkitystä ohjausosaamisessa. Nuoret vasta valmistuneet hoitajat kokivat itsensä epävarmoiksi ohjaustilanteissa.

Erilaisia harjoitteita sisältävällä valmennusohjelmalla voidaan parantaa hoitajien valmiuksia potilaiden ohjaamiseen. Valmennusohjelmaan haettiin hoitajia ja fysioterapeutteja vapaaehtoisuuteen perustuen. Tulokset osoittavat kuitenkin, että valmennusohjelma kannattaa suunnata tietyille osastolle tai tietyyn ryhmään ja hoitotyön johtajien tulisi olla mukana tukemassa valmennusohjelman onnistumista. Vapaaehtoisuuteen perustuva kouluttautuminen jää helposti lyhytkestoiseksi eikä pitkäjänteistä sitoutumista tapahdu.

Johtopäätökset

- Hoitajat ja fysioterapeutit tunnistavat hyvin ohjaukseen liittyviä tekijöitä videoiduista potilasohjaustilanteista ja tulos erosi vain vähän asiantuntijajaneelin tuloksista.
- Hoitajat ja fysioterapeutit arvioivat omien ohjaustaitojensa olevan suorittajan tai pätevän tasolla. Eniten puutteita hoitajat arvioivat olevan ryhmäohjaustaidoissaan.
- Nuoret hoitajat ja fysioterapeutit arvioivat ohjastaidoissaan olevan eniten puutteita. Vaikka koulutuksessa saadaan perusvalmiudet ohjaukseen, tarvitaan käytännön harjoittelua.

Potilasohjausmenetelmien hallinta on kokeneilla hoitajilla parempaa kuin juuri valmistuneilla hoitajilla.

- Potilasohjauksen kehittäminen tulee olla jatkuvaa ja osa hoitajien täydennyskoulutusta.
- Hoitajien ohjausosaamisen arviointi tulee olla systemaattista ja näyttöön perustuvaa, jolloin koulutuksen tarve saadaan esille ja koulutusta voidaan järjestää säännöllisesti ja kohdentaa ongelmakohtiin.
- Koulutusta järjestettäessä tulee huomioida, että luento-opetus ei ole tehokkain tapa opettaa potilasohjausta. Menetelmänä tulisi käyttää harjoittelua ja ohjaustilanteiden arviointia.

Lähteet

Benner, P. 1984. From novice to expert: power and excellence in nursing practice. Addison-Wesley, Menlo Park.

Burns, N. & Grove, S. 1997. The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization. Third edition. Philadelphia: W. B. Saunders.

Cillers, F. & Terblanche, L. 2000. Facilitation skills for nurses. Current December.

Hegney, D., Palnk, A., Watson, J., Raith, L. & McKeon, C. 2005. Patient education and consumer medicine information: a study of provision by Queensland rural and remote area Registered Nurses. Journal of Clinical Nursing 14, 855-862.

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. 7-8. uud. p. Edition. Edita. Helsinki.

Hopia, H., Rantanen, A., Mattila, E., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Kirurgisen potilaan omaisen ja henkilökunnan vuorovaikutus sairaalassa. Tutkiva Hoitotyö2 (4), 24- 29.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 937. Oulun yliopisto, Oulun yliopistollinen sairaala. Oulu 2007.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Hoitotiede 17(4), 208-216.

Tähtinen, T. 2007 Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet. pro gradu tutkielma Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

6 VALMENNETTAVIEN OHJAUSOSAAMISEN MUUTOS 2008 - 2009

Arja Kaila & Leena Kuivalainen

Tässä osaraportissa kuvataan valmennettavien itsearviointien sekä heidän väli- ja palautekeskustelujensa tulokset. Vuosina 3/2008 - 5/2009 valmennusohjelmaan osallistui 26 vapaaehtoista hoitajaa ja 4 fysioterapeuttia konservatiivisilta, operatiivisilta, lasten ja nuorten sekä psykiatrialta osastoilta ja poliklinikoilta. Valmennusohjelman aloittaneista 30 hoitajasta ja fysioterapeutista 20 osallistui valmennusohjelman loppuun asti (kato 33 %). Aikaisemman tutkimustiedon perusteella hoitajat arvioivat oman osaamisensa paremmaksi kuin potilaat (esim. Kääriäinen 2007). Tässä osiossa selvitettiin:

1. Miten valmennettavat arvioivat ohjausosaamisen muutoksen (itsearviointimittari Liite 2) ennen ja jälkeen valmennusohjelman?
2. Miten valmennettavat arvioivat oman ohjausosaamisen kehittymisen muutosvaiheiden mukaisesti?

Aineisto ja menetelmät

Sekä valmennusohjelman alussa 3/2008 että lopussa 5/2009 valmennettavat arvioivat itsearviointilomakkeella asteikolla 1 - 5 (Liite 2) oman ohjausosaamisensa. Saatu tulos arvioitiin siten, että alkumittaus oli lähtötaso eli 0 ja loppumittaus oli erotus lähtötasoon verrattuna. Koska itsearviointi oli asteikolla 1 - 5, niin muutos oli asteikolla -5 - +5. Ennen väli- ja loppuarviota valmennettavat saivat kotitehtäväksi lukea omat päiväkirjamerkintänsä ja pohtia muutosvaihettaan (Prochaska & DiClemente 1984). Väli- ja loppuarvioinnissa tuloksista keskusteltiin yhdessä. Keskusteluista tehtiin yhteenveto muutosvaiheiden mukaisesti luokiteltuna.

Tulokset

Valmennettavat arvioivat oman osaamisensa 31 eri osa-alueen suhteen alku- ja loppumittauksessa. Keskimääräinen parannus oli 24,5 (vaihtelu 4 - 54), kun maksimi oli 155. Parannusta tapahtui keskimäärin yhden yksikön verran jokaisella 31 osa-alueella ($X^2=33,448$, $df=1$, $p=0,000$). Valmennettavista 61 % arvioi alkumittauksessa oman osaamisensa vähintään yhden osa-alueen suhteen paremmaksi kuin loppumittauksessa.

Valmennettavat arvioivat oppineensa eniten seuraavissa asioissa:

- tieto eri ohjausmenetelmistä,
- tieto ohjausprosessista,
- taito ohjata ryhmää,
- taito ohjata ammatillisesti,
- tieto ohjauksen kirjaamisesta,
- taito huomioda perhe ohjauksessa,
- taito käyttää vuorovaikutustekniikkaa yksilöllisesti ohjaustilanteessa.

Valmennettavat oppivat vähiten seuraavista asioista:

- tieto tiedonhaun menetelmistä,
- taito perustella,
- taito arvioida sanoman luotettavuutta,
- taito ohjata rauhallisesti,
- tieto ohjattavasta asiasta,
- taito kuunnella,
- taito soveltaa ohjaus ohjattavan elämäntilanteeseen.

Valmennettavat pitivät oppimispäiväkirjaa ja arvioivat omaa muutostaan valmennusohjelman alussa, keskivälissä ja lopussa. Näiden keskustelujen perusteella valmennettavilla oli havaittavissa samat muutosvaiheet kuin ohjattavilla potilailla (Taulukko 6).

Taulukko 6. Valmennettavien muutosprosessi

Muutosvaiheet	<i>Esimerkkejä valmennusohjelman aikaisista keskusteluista</i>
Esiharkintavaihe	- ei aikomustakaan muuttaa käyttäytymistä ”Kun ei meinaa nykyisinkään ke- retä ohjaamaan.” - epäilevin mielin mukaan
Harkintavaihe	- osallistuu ulkopuolisesta painostuksesta ”Osastonhoitaja pakotti.” - innoissaan mukaan - tiedostaa omaa toimintaansa aiempaa enemmän - harkitsee, mutta ei vielä toimi ja kokeile
Valmistautumisvaihe	- havahtuminen muutoksen tarpeellisuuteen, rutiinien kyseenalaistaminen - vaatii rohkeutta luopua tutusta ja turvallisesta rutiininomaisesta ohjaukses- ta, kaaoksen kokemus - päättää tehdä muutoksen tai luopuu valmennusohjelmaan osallistumisesta - innostus uuteen aiempaa enemmän esillä, puhuu innostuneesti, mitä on oi- valtanut ja kertoo konkreettisista asioista, jotka ovat tulleet vastaan
Toimintavaihe	- aktiivista työskentelyä - ylikriittisyys omaa toimintaa kohtaan - paljon omaa yritystä ja kokeilua rutiinien rikkomiseksi - oivallus, että yksilöllinen potilaan ohjaus onkin ”olla neuvomatta” - nyt osaa analysoida itseään paremmin kuin aikaisemmin, ei enää kaaos - kokeilun myötä huomio, että uusi tapa ei viekään enemmän aikaa vaan jopa päinvastoin, voi säästää omia voimavaroja
Ylläpitovaihe	- muutos on tullut uudeksi tavaksi - joku prosessi itsessä ja ohjauksen kehittämisessä on alkanut - on saanut eväitä ja menetelmiä ohjauksen kehittämiseen - mutta miten saada oppi muille?

Osaamisen paranemisen lisäksi hoitajat kokivat potilasohjauksen vähemmän työllistäväksi:

- kiireen ja riittämättömyyden tuntu oli vähentynyt,
- tuli aikaa rauhalliselle keskustelulle, kun ei tarvinnut 'tietotankata', sai luopua 'ohjausvimmasta',
- tuli oivallus ja uskallus ohjata potilasta yksilöllisen tarpeen mukaan ja
- tuli tunne, että ohjaus sujui paremmin, nopeammin.

Kaiken kaikkiaan valmennettavat kokivat valmennusohjelman potilasohjauksesta hyödylliseksi ja toivoivat sen laajentamista koskemaan kaikkia hoitajia. Omat valtuudet toimia asiantuntijana omassa yksikössä koettiin vähäisiksi ja hoitotyön johdon tuki koettiin ongelmalliseksi.

Pohdinta

Valmennusohjelmaan osallistuneen, pienen, valikoituneen, kokemusta omaavan ja kehittämisestä innostuneen joukon ohjausosaaminen parani heidän itsensä arvioimana. Tulokset ovat kuitenkin suuntaa-antavia monien luotettavuutta heikentävien tekijöiden sekä pienen aineiston takia.

Valmennusohjelman keskeytti tai siihen osallistui satunnaisesti noin kolmasosa valmennettavista: olivatko tavoitteet ja muutos liian suuri kohdattavaksi, eikö valmennusohjelma vastannut odotuksia vai oliko hoitotyön johdon tuen puute syynä? Useimmat valmennettavat kokivat itse voimaatuvansa: Potilasohjaus oli tullut yksilöllisemmäksi, tavoitteellisemmäksi ja vei vähemmän voimavaroja, kun opittiin hyödyntämään ohjattavan omia voimavaroja. Samalla ohjaus tuli vaikuttavammaksi myös potilaan kannalta, kun opittiin ottamaan potilas mukaan ohjaukseen oman terveytensä parhaana asiantuntijana. Tätä tietoa meidän terveydenhuollon ammattilaisten tulee käyttää nykyistä enemmän hyödyksi ja voimavarana onnistuaksemme potilasohjauksessa. Mutta miten saada ne hoitajat havahtumaan ja sitoutumaan oman osaamisen kehittämiseen, jotka sitä eniten tarvitsevat ja ehkä arvioivat oman ohjausosaamisensa liian hyväksi. Valmennettavat esittivät haasteen, miten saada muutkin innostumaan potilasohjauksesta? Ratkaisuksi suunniteltiin Hoitotieteelliset meetingit vuosille 2010 - 2013 voimavaraistavasta potilasohjauksesta (Luku 8).

Kirjallisuutta

Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2010 Potilasohjaus vaikuttavammaksi. Näyttöön perustuvaa ohjausosaamisen johtamista Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä. *Pro Terveys* 3,20-21.

Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. *Studies in sport, physical education and health* 75. Jyväskylän yliopisto.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17(5), 250-258.

Kääriäinen, M. 2007 Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 937. Oulu.

Prochaska, J. & DiClemente, C. 1984. *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Change*. Illinois. Dow Jones-Irvin.

7 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA VOIMAVARAISTAVA POTILASOHJAUS

Arja Kaila

Potilaslähtöinen, voimavaraistava (empowering) potilasohjaus on näyttöön perustuvaa ja vaikuttavaa hoitotyön toimintaa. Potilasohjaus muodostaa ison osan hoitajan työstä ja potilasohjauksen vaikutukset ovat merkittävät. Se tapahtuu usein muun työn (hoitotyön toimintojen) ohessa samanaikaisesti. Huonosti ohjattu potilas joutuu ottamaan yhteyttä reaktiivisesti epäselväksi jääneissä asioissa, mikä puolestaan kuormittaa hoitohenkilökuntaa. Siksi potilasohjausta kannattaa kehittää ja ohjausosaamista johtaa.

Hoitotieteessä potilaan kokemuksia ja prosesseja tutkitaan usein laadullisesti. Myös se on näyttöön perustuvaa tietoa. Se on näytön asteeltaan parempaa kuin yksittäisen potilaan mielipide vaikka sekin toki on arvokasta. Seuraavana esitellään kaksi artikkelia (7.1 ja 7.2) esimerkkeinä tällaisesta laadullisesti tuotetusta tiedosta, jota hyödynnettiin valmennusohjelmassa.

Kirjallisuutta

Absetz, P. & Hannonen, N. 2011. Elämäntapamuutosten tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Katsaus. Duodecim 127,2265-72.

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

Heikkinen, K., Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2003. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä v. 1990-2003. Hoitotiede 18(3), 120-130.

Holopainen, A., Juntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Fioca, Bookwell Oy, Porvoo.

Häggman-Laitila, A. 2009. Näyttöön perustuva hoitotyö: systemaattinen katsaus implementointiin. Hoitotiede 21(4), 243-258.

Häggman-Laitila, A. 2009. Näyttöön perustuva hoitotyön edistäminen – systemoitu katsaus toimintamalleihin. Tutkiva hoitotyö 7(3), 20-27.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet - vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. STM julkaisuja 2008:1. Helsinki.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 937. Oulun yliopisto, Oulun yliopistollinen sairaala. Oulu 2007.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005a. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Hoitotiede 17(4), 208-216.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005b. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 17(5), 250-258.

Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Studies in sport, physical education and health 75. Jyväskylän yliopisto.

Kettunen, T., Karhila, P. & Poskiparta, M. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Hoitotiede 14(5), 213-242.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveiden edistämisen mahdollisuudet - vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. STM julkaisuja 2008:1. Helsinki.

Tähtinen, T. 2007. Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet. Pro gradu tutkielma Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Virtanen, H., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2007. Empowering discourse in patient education. Patient Education & Counseling 66(2), 140-146.

7.1 Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan ja omaisen voimavaraistava potilasohjaus

Arja Kaila

Aivoverenkiertohäiriö on maailmanlaajuinen ja usein työikäisten sairaus. Sairastumisprosessi on pitkä ja monitahoinen koskettaen laajasti sairastuneen perhettä ja lähipiiriä. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden hoito on näin ollen myös iso haaste terveydenhuollolle. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen läheisensä kokemuksista löytyy aikaisempaa tietoa (Brereton ym. 2007, Burton 2003, Cameron & Gignac 2008, Daniel ym 2009, Hafsteindottir & Grypdonck 1997, vanHeugten ym. 2006, Joanna Briggs Institute 2010, Kaila 2009, Larson ym. 2005, Lawrence 2010, McBride ym. 2004, Smith ym. 2008, Thorn 2000, Visser-Meily ym. 2005), mutta näyttöön perustuvista hoitotyön auttamismenetelmistä niukasti. Hoitotyön auttamismenetelmillä on kuitenkin tärkeä tehtävä aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoitoprosessissa.

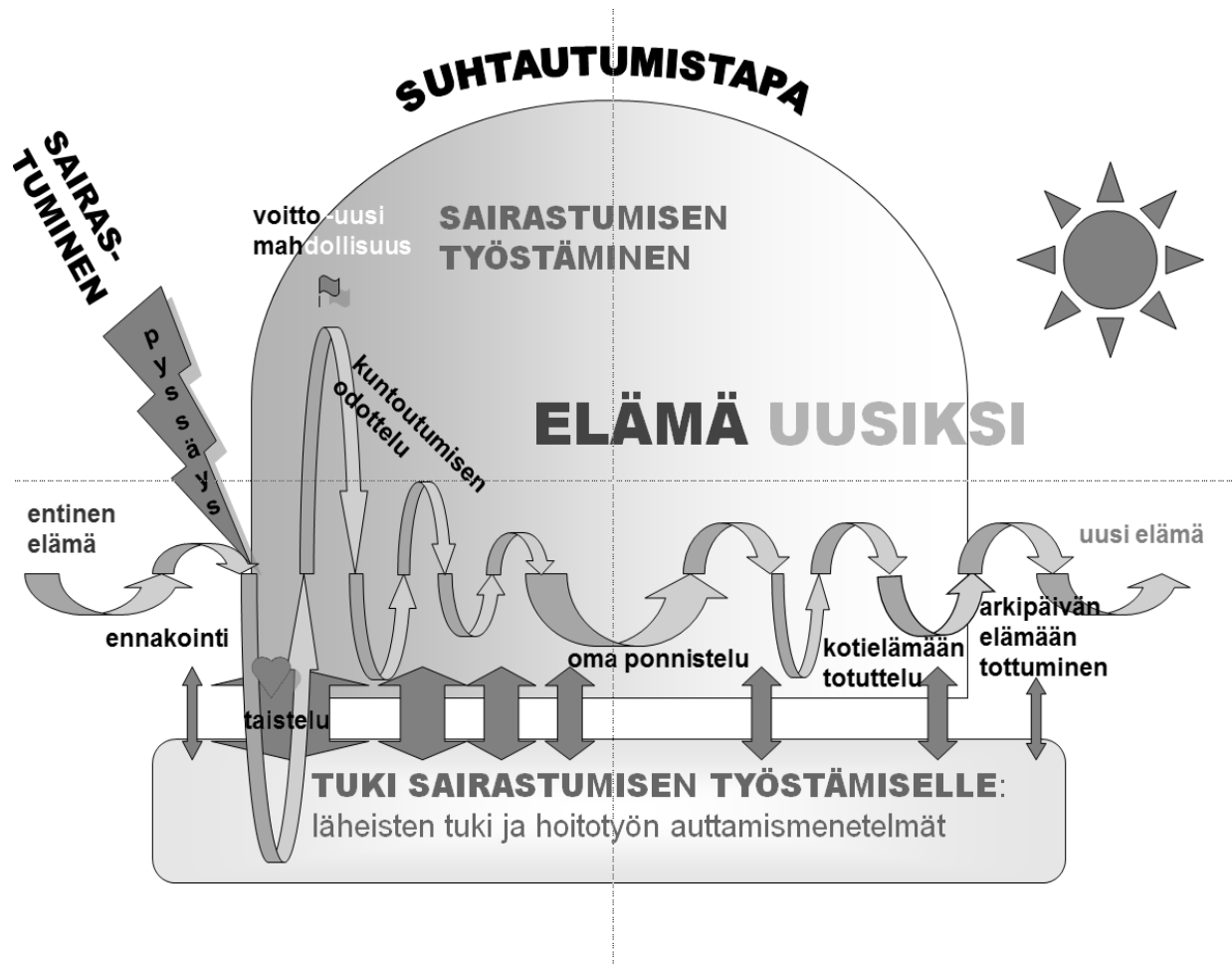
Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli muodostaa substantiivinen teoria (Glaser 1998, Glaser & Strauss 1967) työikäisen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ihmisen prosessista ja hoitajien antamasta yksilöllisestä ohjauksesta.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus toteutettiin grounded teoria – menetelmällä Pohjois-Karjalan keskussairaalassa (PKSSK) ja Joensuun terveystieteiden keskuksessa vuosina 2002 - 2004. Tiedonantajina olivat vapaaehtoiset työikäiset aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet (n=10) ja heidän nimeämensä läheiset (n=10). Haastatellut potilaat olivat iältään 37 - 61 -vuotiaita miehiä ja naisia. Seitsemällä heistä oli aivoinfarkti ja kolmella aivoverenvuoto. Läheisistä kahdeksan oli puolisoita ja kaksi muuta lähisukulaista. Jokaista potilasta ja läheistä haastateltiin vähintään kaksi eri kertaa, joista ensimmäinen 4 - 14 ja viimeisin 20 - 93 vuorokautta sairastumisesta (yhteensä 54 haastattelua). Lisäksi tietoa kerättiin hoitajilta kirjoitelmina (n=14) sekä ryhmähaastatteluna (n=29). Saatu aineisto koodattiin ja luokiteltiin samanlaisuuden perusteella alakategorioiksi ja kategorioiksi. Kategorioita verrattiin toisiinsa niiden välisten suhteiden määrittämiseksi. Kategorioiden suhteiden perusteella tunnistettiin pääkategoriaksi 'Elämä meni uusiksi' – vaiheet. Muita kategorioita olivat sairastuminen, tuki sairastumisen työstämiselle ja suhtautumistapa (Kts. myös kuvio 4). Taulukoissa 7 ja 8 on esitetty grounded teoria -menetelmällä muodostettuja kategorioita ja esimerkkejä aineistosta.

Tulokset

Tutkimuksen päätulos ”Elämä meni uusiksi” kuvasi sairastumisprosessia (Kuvio 4). Prosessi eteni kymmenen eri vaiheen kautta entisestä tutusta elämästä uuteen elämään, josta esimerkkejä Taulukossa 7.



Kuvio 4. 'Elämä meni uusiksi' - aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen vaiheet

Taulukko 7. Elämä meni uusiksi -vaiheet ja esimerkkejä aineistosta

Alakategoria	Esimerkkejä aineistosta
Entinen elämä	<i>Tuttu ja turvallinen elämäntilanne muuttuu äkisti / pysäyttää täysin normaalin elämän / työteon / harrastukset / perhe-elämän. Sairaanhoitaja7.</i>
Ennakointi	<i>... aavistus tai ajatus tästä, että ei tää näin voi jatkua, jotta jonkunlainen pyssäys tähän tulloo. Läheinen3.</i>
Elämän pysähtyminen	<i>Niin silloin ensimmäinen yö, että tuli johonnii aikaan sellanen tunne, että tähän nyt loppuu että niin paljon jäi tekemättä. Potilas5.</i>
Hengestä taistelu	<i>Usein alkuvaiheessa sairautta potilas on niin huonossa kunnossa, taistelee elämästään, että jälkeenpäin hän ei siitä juuri muista mitään. Sairaanhoitaja8. ”Se on jotenkii se kuolon mahdollisuus. Läheinen10.</i>
Voitto- uusi mahdollisuus	<i>Lippu on aika korkeela, kun näinkin hyvästi on edistynä tähän asti. Potilas9. (Akuuttihoito-osastolla) Silloin oli jo tehty paljon tutkimuksia ... niin kun helpotti siinä vaiheessa, koska tiesi suurin piirtein jo, että mistä on kysymys ja että ihminen on hengissä ja on tolokussaan jo, että niin kun järkevästi toimii ja puhuu, että ei siinä niin kun semmosta ihan akuuttii vaaraa enää mun tiedon mukaan ollu. Läheinen7.</i>
Kuntoutumisen odottelu	<i>(10 päivää sairastumisesta) Kyllä ne on hittaita, jumppari niin tuota kun kättä liikuttaa, niin ei mittää vielä hyötyy tuosta, ehkä pikkasen. Potilas8. ...niin meinas tulla masennus silloin sanotaanko viikko kaks kun olin ollu kun tuota tuntu, että se ei siitä tule mittää tästä kuntoutuksesta. Potilas3.</i>
Oma ponnistelu kuntoutumiseksi	<i>... eilessä päivänä pääsin jo yksinään kävelemään. Se tuntu hienolta, tuntu että ei sänkyyn enää joutakkaan menemään. Siitä tuli intoo ja sitten taas kun tuli intoo, niin se koko ajan vaen paranoo sitten, että tuota aeka paljon se on siitä, että oma-aloitteisuuttakin pittää olla kuntoutuksessa, että jos siellä sängyn pohjalla on ja ei mittää ite tee, niin sielä se mennee sitten paljon pitempään. Potilas3.</i>
Kotielämään uudelleen totuttelu	<i>Toinen ”järkytys” vaihe alkaa, kun aletaan suunnitella kotilomia ja kotiutumista. Tulee hirveä hätä, että pärjätäänkö ja entä jos tapahtuu jotain. Turvalliset hoitajat ei ole lähellä, ”vastuu” on itsellä. Sairaanhoitaja3. Mutta kuitenkin, niin ihan eka kokemus oli ihan kiva, että nähtiin, että hyvin pärjätään kuitenkin. Läheinen1. Ensimmäiset lomat ovat usein potilaalle masentavia. Omaiset ovat usein viestittäneet, että läheinen purkaa kiukkuaan ja pahaa oloaan kotilomillaan. Tämä lisää omaisten ahdistusta tulevaa kotiutusta ajatellen. Sairaanhoitaja9. ... on vieraskorree tiällä ja minulle koettaa se arki. Läheinen 9.</i>
Arkeen tottuminen	<i>(noin kuukausi kotona) Kyllä se tietysti, ei sitä voi sanoa, etteikö se olisi ollut raskasta silloin yhdessä vaiheessa ja vielä silloin, kun tulin kotiin, että sitä ei ollu jotenkin toipunu, mutta nyt tuntuu, että alkaa vähitellen rullata nää kotiutut. ... Väsymystä on ollut myös kotiutusvaiheessa ja hätäisesti oottaa että tapahtuis jotain. Elämä on vaan nyt jotenkii menny sillä tavalla uomiinsa. Läheinen5.</i>
Uusi elämä	<i>Niinkun hyväksyy, että tämä on tapahtunut ja nyt mennään eteenpäin. Nyt ootellaan tässä kevättä ja kesää. Läheinen5. Toisaalta potilas voi olla todella onnellinen, kun huomaa selviytyvänsä aina enenevässä määrin omatoimisesti asioista ja osaa ehkä arvostaa loppuelämänsä laatua/ ihmissuhteita vielä enemmän, kun sairastuminen on pysäyttänyt elämänarvot täysin. Sairaanhoitaja8. Siinä se tavallaan niin, kun se epävarmuus ehkä niin kun kaikkein suurin tavallaan, niin kun taustalla on se pahimpana. Potilas10.</i>

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet käsittelivät sairastumistaan eri tavoin ja heidän prosessinsa eteni myös ajallisesti eri lailla. Aineistosta löytyi kahdeksan erilaista suhtautumistapaa (Taulukko 8): kertoja, murehtija, taistelija, sairauden hyödyntäjä, kieltäjä, pohdiskelija ja mukautuja.

Taulukko 8. Erilaiset suhtautumistavat ja esimerkkejä aineistosta

Suhtautumistapa	Esimerkkejä aineistosta
Kertoja	...oli helppo haastateltava, puhui paljon ja avoimesti. Näytti siltä, että hän nautti puhumisesta ja haastattelusta. Välillä naurettiin yhdessä, kun taas välillä haastateltavalla oli kyynel silmäkulmassa. Haastattelumuistiinpano 3.
Murehtija	<i>Mitä on tapahtuna, niin se on vieny mielen matalaksi ja nimenomaan tää elämä etteenpäin.</i> ” Potilas10. <i>Ellei sairastumisen alkuvaiheessa saa tukea ja lohtua, TOIVOA, voi potilas jäädä ”rypemään” masennuksessa – tämä haittaa kuntoutumista/hidastaa sitä.</i> Sairaanhoidaja8.
Taistelija	<i>No se pitää uskoa, että aina kyllä tunnelin päästäkii se valo näkyy, että periks ei pie antaa.</i> Läheinen2.
Luovuttaja	<i>Kun negatiivisia asioita hoastelloo, mielellään lähtöö pakkoon.</i> Läheinen1. <i>Potilaissakin on valtavasti eroja jo senkin suhteen ovatko he itse jo kaiken toivonsa menettäneet ja tavallaan luovuttaneet, kun toiset taas haluavat yrittää oppia uusia toimintatapoja ja heillä on vielä toivoa tulevaisuudessakin.</i> Perushoitaja12.
Sairauden hyödyntäjä	<i>Jotkut potilaat ovat alkuun jopa innoissaan siitä, että saavat paljon huomiota henkilökunnalta, omaisilta, vierailtaan.</i> Sairaanhoidaja7. <i>Jos jottai hyvvee ehtii, niin perhe-elämähän on tiivistynä huomattavasti. Tuntuu kunnioitus tulevan kun vähän sairastuu.</i> Potilas 9.
Sairauden kieltäjä	<i>Jotkut voivat vähätellä vaivojaan.</i> Sairaanhoidaja1. <i>(5 päivää sairastumisesta, liikkuu pyörätuolilla, seisomistasapaino autettuna, puhe puuromaista) Kotiin pääsy on semmonen, että joka päivä niiku ajattelloo sitä, mutta toisaalta niin kyllä se täytyy ajatella, että kuntoutustakin pitäis saaha, jotta ei ihan näin pärjää kotona, mutta uskosin, että lähipäivinä varmaan pääsöö lähtemää.</i> Potilas3.
Pohdiskelija	<i>Just kun hän on niin kauhee paasaaja ja ottaa aina niin. Kun kaikki asiat pitää niin perusteellisesti selevittää.</i> Läheinen7.
Mukautuja	<i>Ei sitä tiijä sotata vielä, sen männessä näkkee. Ei toenna näetä käävä sottoomaan, päivä kerrallaan vaen eletää.</i> (Lääkärit) ... <i>nii nehän sen tietää.</i> Potilas6.

Aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen käsittely eteni eri tavoin sekä sisällöllisesti että ajallisesti erilaisen sairastuneen ja omaisen suhtautumistavan mukaan (Taulukko 9).

Taulukko 9. Suhtautumistapa ja prosessin yksilöllinen eteneminen

Suhtautumistapa	Prosessin eteneminen
Kertoja	Vaihdellen, voimakkaasti tunteiden ja kokemusten jakamisen kautta, mutta edistyen
Murehtija	Helposti juuttuen epäonnistumisiin ja taantuen
Taistelija	Nopeasti ja sitkeästi, joskus liiankin oma-aloitteisesti ponnistellen
Luovuttaja	Hitaasti, pysähtyneesti
Sairauden hyödyntäjä	Innokkaasti
Sairauden kieltäjä	Niin kuin mitään ei olisi tapahtunut
Pohdiskelija	Hitaasti, mutta varmasti, pohtien
Mukautuja	Nopeasti mukautuen ja tyytyen kohtaloon

Aivoverenkiertohäiriöön sairastunut sai tukea sekä läheisiltään että hoitajilta. Hoitotyön tuki muodostui yksilöllisestä ja tavoitteellisesta potilaan ohjauksesta. Hoitajat ohjasivat aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita eri tavoin heidän yksilöllisen suhtautumistapansa mukaisesti korostuen erilaisia hoitotyön auttamismenetelmiä (Taulukko 10).

Taulukko 10. Suhtautumistapa ja yksilöllinen ohjaus

Suhtautumistapa	Yksilöllinen ohjaus
Kertoja	Rinnalla kulkeminen Kuuntelu, kokemusten jakaminen Huumorin käyttö
Murehtija	Positiivisten asioiden korostaminen Kehuminen, iloitseminen pienestäkin onnistumisesta Lohduttaminen, toivon antaminen Piristäminen
Taistelija	Ohjaaminen, opettaminen, mallin näyttäminen Saatavilla olominen, mutta ei tuputtaminen eikä komentaminen Joskus toppuuttelu (liiallinen tai omin luvun harjoittelu)
Luovuttaja	Toivon ja valon etsiminen Tuuppaaminen Ajan antaminen Säästäminen, puolesta tekeminen
Sairauden hyödyntäjä	Tuuppaaminen ajattelemaan ympäristöä Mielenkiinnon kohdentaminen pois sairaudesta
Sairauden kieltäjä	Tapahtuneeseen taivutteleva Tietoisuuden lisääminen konkreettisen tekemisen ja ympäristön kautta
Pohdiskelija	Faktatietojen ja vaihtoehtojen tarjoaminen, mutta ei tuputtaminen Perusteleminen Oman rauhan antaminen
Mukautuja	Tuuppaaminen, komentaminen, tuputtaminen, kysyminen Puolesta tekeminen Oman rauhan antaminen ja valintojen kunnioittaminen

Pohdinta

Tämän tyyppisessä laadullisessa tutkimuksessa on monia luotettavuuteen vaikuttavia seikkoja (Glaser 1998, Glaser & Strauss 1967, Sandelowski 2004, 2008). Tiedonantajien luottamuksen saavuttamiseksi AVH-sairastunutta ja hänen läheistään haastateltiin useaan kertaan, mikä auttoi tutkijaa ja tiedonantajia tutustumaan toisiinsa. Sairastuneiden läheiset kokivat haastattelut mieluiseksi. Läheisten haastattelut olivat kestoaltaan pitempiä kuin sairastuneiden. AVH-sairastuneiden haastatteluissa saattoivat myös haastateltavien puheen tuottamisen ongelmat vaikeuttaa ymmärtämistä. Hoitajien kirjoitelma-aineisto tuotti samoja tuloksia kuin AVH-sairastuneiden ja heidän läheistensä haastatteluaineisto. Osittain hoitajien aineisto oli sisällöltään runsaampi kuin haastatteluaineisto. Tietoa kerättiin haastatteluina, kirjoitelmina ja päiväkirjoina eri tiedonantajilta. Hoitajat edustivat työkokemuksensa perusteella neurologisen potilaan hoitotyön asiantuntijoita (Benner 1993). Hoitajien kirjallisesti tuotettu tieto ei täysin vastannut sitä, mitä hoitajat käytännössä tekevät, jolloin haastattelut täydensivät tätä tietoa. Tutkitavan ilmiön toistuminen eri tiedonantajien aineistoissa auttoi kategorioiden löytymisessä.

Hoitajat kuvasivat aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden käsittelevän sairastumistaan yksilöllisesti. Suomalaisessa kulttuurissa Purola (2000) on saanut samantapaisia tuloksia tutkiesaan kotona asuvia aivoverenkiertohäiriöpotilaita. Hän löysi kuusi erilaista selviytymistyyppiä: joustava selviytyjä, realistinen sopeutuja, menetyksen muistelijä, työn tavoittelija, sairauden kieltäjä ja vaivojensa vanki. Eri tavoin suhtautuvat potilaat tarvitsivat erilaista yksilöllistä ohjausta ja tukea sairastumisprosessinsa aikana. Potilaiden yksilöllisten tarpeiden ja suhtautumistavan tunnistaminen ja sen mukaisen tavoitteellisen ohjauksen toteuttaminen on osa tuloksellista hoitotyötä. Onnistuakseen se edellyttää hoitajalta aikaa ja ohjauksen jatkumisen turvaamista. Ryhmähaastattelussa hoitajat kertoivat tämän tutkimuksen tuottamasta ”teoriasta” mm. seuraavaa: tuttua asiaa, mutta jäsennellyssä muodossa, kuulosti ymmärrettävältä, auttoi ymmärtämään omaa toimintaa ja pukemaan ajatuksia sanoiksi ja tunnistamaan oman työnsä vaikutuksia (hoitotyötä näkyväksi).

Hoitotyössä tarvitaan näyttöön perustuvaa tutkimustietoa sairastumisen prosesseista ja hoitotyön auttamismenetelmistä yhdistettynä kokemustietoon. Tukeminen ja ohjaus ovat AVH-sairastuneen ja hänen läheisensä hoitamisessa keskeisiä auttamismenetelmiä. Ohjauksen sisältö ja tavoitteet määräytyvät yksilöllisesti, ja siksi potilaan yksilöllisten tarpeiden ja suhtautumistavan oivaltaminen on tärkeä osa hoitotyötä.

Kirjallisuutta

Brereton, L., Carroll, C. & Barnston, S. 2007. Interventions for adult family carers of people who have had a stroke: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 21, 867-884.

Burton, CR. 2003. Therapeutic nursing in stroke rehabilitation: a systematic review. *Clinical Effectiveness in Nursing* 7, 124-133.

Cameron, J.& Gignac, M. 2008. ”Timing It Right“: a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Educ Couns*. Mar; 70(3):305-14. Epub 2007 Dec 21.

Daniel, K., Wolfe, CD., Busch, MA. & McKeivitt, C. 2009. What are the social consequences of stroke for working-aged adults? A systematic review. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation* 40, 431-40.

Glaser, B. 1998. *Doing grounded theory: Issues and discussions* (2nd ed.). Mill Valley, California: Sociology Press.

Glaser, B. & Strauss, A. 1967. *Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago, Illinois, Aldine.

Hafsteinsdottir, TB. & Grypdonck, M. 1997. Being a stroke patient: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 26, 580-588.

Hjelmblick, F. & Holmstrom, I. 2006. To cope with uncertainty: stroke patients' use of temporal models in narratives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 20, 367-374.

van Heugten, C., Visser-Meily, A., Post, M. & Lindeman, E. 2006. Care for carers of stroke patients: evidence-based clinical practice guidelines. *J Rehabil Med*. May; 38(3):153-8.

Joanna Briggs Institute 2010. The Joanna Briggs Institute Best Practice Information Sheet: the psychosocial and spiritual experiences of elderly individuals recovering from a stroke. *Nurs Health Sci* Dec 12(4), 515-518.: doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00555.x. Epub 2010 Nov 10.

Kaila, A. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä - metasynteesi. *Hoitotiede* 21, 3-12.

Kaila, A. 2010. Substantiivinen teoria työikäisten aivoverenkiertohäiriöön sairastumisprosessista ja yksilöllisestä ohjauksesta. HTTS XI kansallinen hoitotieteellinen konferenssi. Hoitotieteellinen tieto monitieteisessä tiede- ja toimintaympäristössä. Konferenssiabstraktit.

Larson, J., Franzen-Dahlin, A., Billing, E., Arbin, M., Murray, V. & Wredling, R. 2005. The impact of a nurse-led support and education programme for spouses of stroke patients: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing* 14, 995-1003.

McBride, KL., White, CL., Sourial, R. & Mayo, N. 2004. Postdischarge nursing interventions for stroke survivors and their families. *Journal of Advanced Nursing* 47, 192-200.

- McKevitt, C., Redfern, J., Mold, F. & Wolfe, C. 2004. Qualitative studies of stroke: a systematic review. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation* 35, 1499-1505.
- Lawrence, M. 2010. Young adults' experience of stroke: a qualitative review of the literature. *Br J Nurs.* Feb 25-Mar 10;19(4):241-8.
- Purola, H. 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. *Acta Universitatis Ouluensis, D Medica* 577. Oulun yliopistopaino, Oulu.
- Sandelowski, M. 2004. Using qualitative research. *Qualitative Health Research*, 14(10), 1366-1386.
- Sandelowski, M. 2008. Justifying qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 31(3), 193-195.
- Smith, J., Forster, A., House, A., Knapp, P., Wright, J. & Young, J. 2008. Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)* (2), CD001919.
- Thorn, S. 2000. Neurological rehabilitation nursing: a review of the research. *Journal of Advanced Nursing* 31, 1029-1038.
- Visser-Meily, A., van Heugten, C., Post, M., Schepers, V. & Lindeman, E. 2005. Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. *Patient Education and Counseling* 56, 257-267.

7.2 Lapsiperheiden selviytymiskeinot ja voimavaraistava perhehoitotyö

Arja Kaila

Perhe on tärkeä lapselle ja nuorelle hänen sairastuessa ja ollessaan sairaalassa (Chesla 2010, Corlett & Twycross 2006, Shields ym. 2007). Myös hoitajat arvostavat perhehoitotyötä lapsen ja nuoren sairaalassa ollessa vaikka sen toteutus onkin haasteellista (Coyne 2008b, ym. 2011, Kaila 2011, Shields 2010). Kaiken kaikkiaan on paljon tutkimusta perhehoitotyöstä lapsen ollessa sairas; äitien (Vallido ym. 2010), isien (Swallow ym. 2011), lasten ja nuorten (Biering 2010, Coyne 2008a, Rapley & Davidson 2010) mutta myös sisarusten (O'Brien 2009) näkökulmasta. Myös hoitajien näkökulmaa on tutkittu (Fisher ym. 2008, Martenson ym. 2009, Rowe, & Jones 2008, Ygge ym. 2006). Vanhempien kokemuksista akuutin ja kroonisesti sairaan lapsen, nuoren tai keskosien kanssa on paljon tutkimustietoa (Cleveland 2008, Kepreotes ym. 2010, Neil & Clarke 2010, Nystrom & Ohrling 2004, Semple & McCance 2010). Myös vanhempien tuen tarpeista löytyy tutkittua tietoa (Hallstrom & Elander 2007, Hopia ym. 2005, Tanninen ym. 2009). Näiden tutkimusten mukaan:

- vanhemmat odottavat tietoa, tukea ja käytännön neuvoja,
- vanhemmat haluavat olla mukana lapsensa kanssa sairaalassa mutta myös osallistua hoitoon,
- osallistuminen voi olla myös kuormittavaa sekä vanhemmille että hoitajille.

Perheen selviytymiskeinot (coping, management, strategy, style) ovat yhteydessä perheen terveyteen (Astedt-Kurki 2010, Axelin ym. 2010, Brewer & Melnyk 2007, Peek & Melnyk 2010, Regber ym. 2007, Tanninen ym. 2009). Mutta miksi toiset perheet selviytyvät paremmin kuin toiset? Hyvin selviytyvä perhe on voimaantunut (embowerment, thriving, resilience; Knafl ym. 2010, Black & Lobo 2008, Häggman-Laitila ym. 2010, Mikkelsen & Frederiksen 2010, Tanninen ym. 2009). Huonosti selviytyvän perheen kykyä puolestaan heikentävät epävarmuus (uncertainty; Meiers & Tomlinson 2003) ja yhteisen ymmärryksen ongelmat (shared sense of parental mutuality), joita ovat Knafl ym. (1996) mukaan myöntävä (accommodating), kärsivä (enduring), kamppaileva (struggling) ja räpiköivä (floundering) tyyli selvitä. Näissä tilanteissa perheet tarvitsevat tukea ja hoitaja voi auttaa perheitä voimaantumaa (resource-enhancing nursing intervention; Hopia ym. 2005, Corlett & Twycross 2006, Mikkelsen & Frederiksen 2010, Shields 2010). Kuitenkin tutkimusten mukaan:

- vanhempien ja hoitajien vuorovaikutus on altis konflikteille (Espezel & Canam 2003, Fegran & Helseth 2009, Fegran ym. 2008),

- perheen ja hoitajien näkemysten välillä on ristiriitaa (Priddis & Shields 2011, Tanninen ym. 2009),
- hoitajat huomioivat niukasti vanhempien omia voimavaroja ja vanhempien tavan osallistua (Corlett & Twycross 2006, Lee 2007, Shields ym. 2006).

On vähän tutkimusta, kuinka hoitajat tukevat erilaisia perheitä (Anderson & Davis 2011). Siten nämä tutkimustulokset tukevat haastetta kehittää perhelähtöisyyttä hoitotyössä (Chesla 2010, Mikkelsen & Frederiksen 2011, Shields 2010, Wilson ym. 2010).

Tämän työn tarkoitus oli kuvata, kuinka lasten ja nuorten kanssa työskentelevät hoitajat kuvaavat perheiden selviytymiskeinoja lapsen tai nuoren ollessa sairaalassa ja kuinka he kuvaavat edistäväänsä erilaisten perheiden terveyttä. Tutkimuksessa käytettiin induktiivista sisällön analyysiä (Elo & Kyngäs 2008, Kyngäs ym. 2011).

Aineisto, menetelmät ja analysointi

Tutkimus toteutettiin Pohjois-Karjalan keskussairaalassa 9/2007 - 10/2008. Lasten teho-osaston, lasten osaston, poliklinikan sekä lasten psykiatrisen ja nuorisopsykiatrisen osaston vapaaehtoisia hoitajia pyydettiin kirjoittamaan toiminnastaan keskosten, akuutisti tai kroonisesti sairaiden lasten ja nuorten kanssa. Kaksikymmentäkolme hoitajaa osallistui tutkimukseen. Aineiston analyysi aloitettiin, kun kolmetoista vapaaehtoista oli kirjoittanut aiheesta. Saadun tuloksen saturaatiosta ei ollut varmuutta ja näin ollen tiedon keruuta jatkettiin ja saatiin kymmenen uutta kirjoitelmaa. Uutta tietoa ei enää tullut, mutta uusi tieto rikastutti kategorioiden ominaisuuksien vaihtelua. Aineistoa kertyi 92 sivua kakkosrivivälillä puhtaaksikirjoitettuna.

Puolella tiedonantajista oli yli 20 vuotta ja kahdella alle viisi vuotta työkokemusta, josta suurin osa lasten ja nuorten kanssa. Kirjoitelmat ohjeistettiin seuraavasti (lyhennetty):

Ajattele toimintaasi keskosten, lasten ja nuorten ja heidän vanhempiansa tai huoltajiensa kanssa. Kirjoita kuinka vanhemmat tai huoltajat kokevat keskosuuden, lapsensa tai nuorensa sairastumisen, minkälaisia ovat heidän huolensa, mielenkiinnon kohteet ja toiveet, askarruttavat ja/tai pelottavat asiat. Miten keskosuus tai sairastuminen vaikuttaa perheen elämään. Miten sairastuneet lapset, nuoret ja sisarukset ilmentävät sairastumista. Kerro omasta toiminnastasi, minkälaisia hoitotyön auttamismenetelmiä käytät. Käytätkö erilaisia auttamismenetelmiä eri tilanteissa? Minkälaisista asioista tiedät, että olet onnistunut työssäsi?

Tutkimukselle haettiin tutkimuslupa PKSSK:n ohjeiden mukaisesti (73/180/2007 ja 195/180/2008). Hoitajia informoitiin tutkimuksesta, vapaaehtoisuudesta, nimettömyydestä ja tietojen luottamuksellisuudesta. Hoitajat kirjoittivat yleensä hoitamistaan potilaista, joten yksittäisen potilaan tietoja ei käytetty tässä tutkimuksessa.

Aineisto kerättiin hoitajien kirjoitelmista, joka analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Kirjoitelmat puhtaaksikirjoitettiin ja luettiin ennen analysointia. Luokittelussa analyysiyksikkönä oli asia, asiakokonaisuus tai merkitys. Alkuperäiset ilmaisut pelkistettiin. Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin samanlaisuuden perusteella alakategorioihin ja kategorioihin ja niille annettiin nimi (Elo & Kyngäs 2008, Kyngäs ym. 2011, Sandelowski 2004, 2008), josta esimerkki Taulukossa 11. Pääkategoriaksi saatiin neljä perheen selviytymiskeinoa ja alakategorioiksi perheen voimavarat, hoitotyön toiminnot ja hoitotyön tulos (Taulukko 12). Lopuksi saatuja tuloksia verrattiin aikaisempiin tutkimustuloksiin aiheesta ja validoitiin saatu tulos hoitotieteellisissä meetingeissä hoitajilta itseltään.

Taulukko 11. Esimerkki induktiivisesta sisällön analyysistä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Kategoria	Pääkategoria
	---	---	Voimavarat	Perheen selviytymiskeinot
	---	---	Hoitotyön toiminnot	
He miettivät, kuinka organisoida arkirutiinit uudella tavalla. Hoitaja 6/3. ...tilanne alkaa jäsentyä heille. Hoitaja 6/5.	Arjen uudelleenorganisointi Arjen jäsentyminen	Elämän jäsenytymisen uudelleen	Hoitotyön tulos	
Heidän toimintatapansa varmistuvat ja he oppivat itse päättämään asioita. Hoitaja 7/5.	Toimintatapojen varmistuminen Päättelyminen			
Hoidolla pyritään parempaan arjen hallintaan, tulemaan toimeen ongelmien kanssa ja käsittelemään niitä uudella tavalla. Hoitaja 15/1.	Arjen hallinta Ongelmien ratkaiseminen uudella tavalla			
Alkavat itsekkin keksiä ratkaisukeinoja vauvan elämään. Hoitaja 18/5.	Uusien ratkaisukeinojen keksiminen			

Tulokset

Perheen selviytymiskeinot

Perheiden selviytymiskeinot muodostivat pääkategorian. Aineistosta löytyi neljä erilaista lapsiperheiden selviytymiskeinoa: tunnekeskeinen, toimintakeskeinen, tiedostamiskeskeinen ja tietokeskeinen. Näissä selviytymiskeinoissa korostuivat erilaiset lapsiperheiden voimavarat, hoitotyön toiminnot sekä hoitotyön tulos (Taulukko 12).

Taulukko 12. Lapsiperheiden selviytymiskeinot

Perheen selviytymiskeinot	Tunnekeskeinen	Toiminallinen	Tiedostava	Tietokeskeinen
Perheen voimavarat	Tunteiden jakaminen Elämästä nauttiminen	Yrittäminen ja ponnisteleminen Osallistuminen ja huolenpito	Kuvitteleva Kiinnostuminen	Tiedon etsiminen Päätösten tekeminen ja arjen organisointi
Hoitotyön toiminnot	Emotionaalinen tuki Vertaistuki	Toiminnallinen ja käytännön tuki Opettaminen ja opastaminen	Tiedollinen tuki, ajan tasalla pitäminen, todellisuuden hahmotamisen tuki	Tiedollinen tuki, tiedon lähteille ohjaaminen ja päätöksenteon tuki
Hoitotyön tulos	Jaksaminen	Arjessa selviytyminen	Ymmärtäminen	Elämän jäsentäminen uudelleen

Perheiden selviytymiskeinot eivät olleet riippuvaisia lapsen tai nuoren sairauden vakavuudesta vaan perheiden voimavaroista ja tavasta selviytyä.

Joskus pienikin asia saa vanhemmille valtavat mittasuhteet ja toisen perheen kohdalla vakavakin asia käsitellään viileän rauhallisesti. Hoitaja 13/2.

Jotkut vanhemmat ovat tosi hätääntyneitä, ei aina suhteessa lapsen sairauden vakavuuteen. Hoitaja joutuu itse ensin suhteuttamaan asian, että pystyy rauhoittamaan vanhempia. Hoitaja 3/1.

On hyvin erilaisia vanhempia, osa kysyy neuvoja, osa haluaa jakaa kokemuksia, osa neuvoo henkilökuntaa. Hoitaja 17/1

Perheiden erilaisten voimavarojen mukaan hoitajat korostivat tietynlaisia hoitotyön toimintoja.

Toisille konkreettinen ote ohjauksessa on tuloksellista, toisille täytyy tuoda tietoa ja perusteluja paljon, toiset perheet ottavat ohjauksen perille parhaiten tunnepuolta korostamalla. Se on mielestäni minun ammattitaitoa löytää juuri jokaiselle joukolle paras ohjaustyyli. Hoitaja 18/5.

Hoitotyön toiminnoilla tavoiteltava tulos oli erilainen eri perheillä.

Toiset tarvitsevat apua ihan kodin siisteyden ylläpitoon, toiset henkiseen hyvinvointiin ja toiset niihin erityistaitoihin, mitä sairas- tai erityislapsi tarvitsee. Toimin siis jokaisen perheen kanssa hieman eri tavalla. Hoitaja 19/5.

Tunnekeskeiset selviytymiskeinot. Tunnekeskeisinä selviytymiskeinoina (Taulukko 13) korostuivat erilaiset tunteet ja niiden jakaminen: avoimuus ja turvallisuus. Tunteiden jakamisen lisäksi korostui perheiden elämästä nauttiminen: miellyttämisen ja mukavuuden halu. Vastaa- vasti hoitotyön toiminnoissa korostui emotionaalinen ja vertaistuki. Emotionaalinen tuki sisälsi kuuntelun ja tunteiden jakamisen mutta myös rohkaisun ja yhdessä tekemisen sekä hyväksynnän, lohdutuksen ja toivon etsimisen. Hoitotyön tavoitteena ja perheen tuloksena korostui perheen jaksaminen arjessa: toivo ja uskallus sekä perheen yhteenkuuluvuuden tunne.

Taulukko 13. Tunnekeskeiset selviytymiskeinot

	Alakategoria	Alkuperäisilmaus
Perheen voimavarat	Tunteiden jakaminen	<i>Heillä on tarve puhua ja surra. Hoitaja 6/3.</i>
	avoimmuus	<i>Toiset vanhemmat haluavat salata kaiken ikävän ja toiset haluavat kertoa kaiken. Hoitaja 19/1.</i>
	turvallisuus	<i>Perhe voi pelätä kysyä, kysyykö 'vääriä' asioita... Myöhemmin he saattavat tunnustaa etteivät 'rohjenneet' kysyä asiaa, ettei heistä vaan olisi liikaa vai-vaa hoitajille. Hoitaja 12/1.</i>
	Elämästä nauttiminen	<i>Joskus myös ilo pienistä asioista on hukassa. Hoitaja 23/6.</i>
	miellyttäminen	<i>Osa vanhemmista ei 'raaski' asettaa rajoja lapselleen tämän sairastuttua. He myötäilevät lapsen jokaista toivetta ja elävät vain lapsen ehdoilla... Hoi-taja 6/2.</i>
	mukavuus	<i>Pelko siitä paraneeko lapsi, mitä vanhemmat joutuvat 'kestämään' sairaus-prosessin aikana. Hoitaja 3/1.</i>
Hoitotyön toiminnot	Emotionaali-nen tuki	<i>(vanhemmat) odottavat kuuntelemista, läsnäoloa sekä vaikeiden asioiden jakamista. Hoitaja 23/1.</i>
	kuuntelu	<i>...lämmintä ja rakastavaa suhtautumista vauvaan, vanhempien jaksamisen huomiointia, sisarusten huomioimista ja mikä tärkeintä vauvan hellää hoita-mista. Hoitaja 18/1.</i>
	hyväksyntä	<i>...joillekin äideille yhteinen tekeminen, juttelu ja rohkaisu auttavat. Hoitaja 13/5.</i>
	rohkaisu	<i>Vanhemmat odottavat "hyväksyntää, ymmärrystä ja lohdutusta. Myös toivoo paremmasta on tärkeää etsiä. Hoitaja 15/1.</i>
	yhdessä tekemi-nen	
	lohdutus	
	toivon etsiminen	
	Vertaistuki	<i>...kokemusten vaihtoa muiden samassa tilanteessa olevien vanhempien kans-sa. Hoitaja 7/3.</i>
Hoitotyön tulos	Jaksaminen	<i>...alkaa löytyä pieniä ilon ja toivon hippuja, jotka vähitellen kantavat. Hoita-ja 13/6.</i>
	toivo	<i>Kun vanhemmat uskaltavat tuoda kielteisetkin tunteet esille koen, että luot-tamus on niin suuri, että silloin on onnistuttu perhettä ohjaamaan kotihoitoa kohden. Usein alkuvaiheessa perheillä ei ole voimavaroja, uskallusta käydä näitä asioita läpi tai kertoa tunteistaan. Hoitaja 13/3.</i>
	uskallus	<i>Joskus menee todella pitkä aika ennen kuin vanhemmat uskaltavat kiintyä (keskoseen) lapseensa... Hoitaja 13/5.</i>
	yhteenkuulu-vuuden tunne	

Toimintakeskeiset selviytymiskeinot. Toinen aineistosta erottunut voimavara korosti perheen toiminnallisuutta (Taulukko 14). Se näkyi perheen yrittämisen sinnikkyytenä ja ponnistelemisen eri muotoina kuten avun vastaanottamisena, vastustamisena, puolustamisena tai toisten komentamisena. Vanhempien toiminnallisuus oli myös kykyä osallistua ja huolehtia perheestään. Osallistumista kuvasi myös perheen aktiivisuus. Toimintakeskeisissä selviytymiskeinoissa korostui konkreettinen ja käytännöllinen tuki, opettaminen ja opastaminen; erityisesti käytännön neuvot ja mukaan ottaminen. Hoitotyön tavoitteena korostui perheen arjessa selviytyminen, jolloin perheen arki oli sujuvaa ja vanhemmilla oli voimaa: osaamista, halua ja keinoja ponnistella arjessa.

Taulukko 14. Toimintakeskeiset selviytymiskeinot

	Alakategoria	Alkuperäisilmaus
Perheen voimavarat	Yrittäminen ja ponnisteleminen	<i>toiset porskuttavat vaikka mitä tulisi eteen. Hoitaja 11/1. Monista arjen jo opituista asioista tulee hankalia ja uuvuttavia taisteluja. Hoitaja 23/1. Ihailen heidän sinnikkyytään selvitä vaikeissa olosuhteissa. Hoitaja 16/6. Toiset perheet pystyvät ottamaan tarvitsemansa avun vastaan, toiset koettavat pärjätä omillaan. Hoitaja 19/1.</i>
	sitkeys	<i>Jotkut ovat hyökkäviä tulovaiheessa... Hoitaja 3/1.</i>
	toimintatapa	<i>Jotkut yrittävät antaa kovasti määräyksiä ja ohjeita henkilökunnalle, mutta eivät itse panosta hoidon onnistumiseksi. Hoitaja 14/1.</i>
	Osallistuminen ja huolenpito	<i>... ovat ylihuolehtivia. Hoitaja 6/1. Toiset vanhemmat taas hätääntyvät, ovat avuttomia ja ikään kuin menettävät 'vanhemmuuden' taidot. Hoitaja 20/1. Joidenkin arki menee ihan sekaisin. Hoitaja 3/1. Osa perheistä on todella aktiivisesti mukana hoidossa. Hoitaja 21/1.</i>
	aktiivisuus	<i>...toiset taas jättävät hyvinkin kepeästi lapsensa tänne ja eivät paljon soittelle. Hoitaja 2/1.</i>
Hoitotyön toiminnot	Toiminnallinen ja käytännön tuki	<i>...ihan käytännön neuvoja lapsensa hoitamisesta. Hoitaja 1/3. ...käytännön apua ja vinkkejä eri tilanteiden hallintaan. Hoitaja 15/1. Tärkeää on myös saada tehdä itse, saada olla mukana siinä missä voi. Hoitaja 15/3.</i>
	Opettaminen ja opastaminen	<i>Ohjaus sisältää ... 'kädestä pitäen' opetusta... Hoitaessani ja helliessäni ja jutellessani sairaan lapsen/ keskosien kanssa annan samalla perheelle mallia siitä, kuinka he voivat toimia. Hoitaja 6/5.</i>
Hoitotyön tulos	Arjessa selviytyminen	<i>...jokapäiväinen elämä oli rauhoittunut ja arki sujuvampaa. Hoitaja 23/5. ...voimaa jatkaa taistelua. Hoitaja 13/6.</i>

Tiedostuskeskeiset selviytymiskeinot. Tiedostuskeskeisissä selviytymiskeinoissa (Taulukko 15) korostui perheen voimavaroina kuvitteleminen: realismi ja tietoisuus ympäristöstä, ajan tasalla oleminen. Lisäksi voimavaroina korostui kiinnostuminen, into ja halu kokeilla uusia asioita. Hoitotyön toimintoina puolestaan korostuivat tiedollinen tuki: ajan tasalla pitäminen sekä todellisuuden hahmottamisen tuki. Hoitotyön tavoitteena oli perheen ymmärtäminen, joka tarkoitti oivallusta ja havahtumista todellisuuteen perheen ja ympäristön välillä.

Taulukko 15. Tiedostuskeskeiset selviytymiskeinot

	Alakategoria	Alkuperäisilmaus
Perheen voimavarat	Kuvittelemi- nen	<i>Vanhemmat yrittävät muodostaa kuvaa, kuinka he toimisivat lapsen kanssa ja mistä kaikesta he ehkä joutuvat luopumaan. Hoitaja 13/1.</i>
	realistisuus	<i>Joskus vanhemmillä on saattaa olla myös epärealistisia toiveita... Hoitaja 17/1.</i> <i>Odotukset voi olla kohtuuttomia. Hoitaja 16/1.</i> <i>...toinen yrittää vähätellä tilannetta. Hoitaja 6/3.</i> <i>...kieltävät sairauden todellisuuden. Hoitaja 6/6.</i>
	tietoisuus	<i>Sairauteen voidaan suhtautua ääripäästä ääripäähän liiankin realistisesti tai ei myönnetä sitä ollenkaan tai kaikkea siltä väliltä. Hoitaja 19/1.</i> <i>Jos vanhempi kokee, ettei ymmärrä, hän voi jäädä "painimaan" vääränlais-</i> <i>ten mielikuvien kanssa. Hoitaja 12/1.</i> <i>...vanhemmat eivät ymmärrä tai halua kuulla totuutta... menevät pois tolal-</i> <i>taan. Hoitaja 12/1.</i>
	Kiinnostumi- nen into	<i>Vanhemmat ovat kiinnostuneet siitä, mitä kaikkea voi odottaa sen ja sen viik-</i> <i>koiselta keskoselta. Hoitaja 5/3.</i> <i>Joskus näyttää, että joidenkin vanhempien elämänrytmiä ei lapsen sairaus</i> <i>juuri hetkauta – kiire ja työ jatkuvat ennallaan. Hoitaja 14/1.</i>
	kokeilunhalu	<i>...vanhemmat kieltävät lapsen sairauden todellisuuden, he suunnittelevat</i> <i>lapsen tulevaisuutta ottamatta huomioon sairauden/ kuoleman todellisuutta.</i> <i>Hoitaja 6/6.</i>
hoitotyön toiminnot	Tiedollinen tuki	<i>Vanhemmat odottavat hoitajalta ammatillista varmuutta ja tietämystä, kun he</i> <i>ovat hämillään ja epätietoisia ... antaa heille mahdollisuuden aikalisään.</i> <i>Hoitaja 9/3.</i>
	ajan tasalla pi- täminen	<i>...rehellinen ja suora tieto. Hoitaja 4/1.</i> <i>Asioita käydään läpi, ja usein "toppuutellaan" jottei vanhemmat odottaisi</i> <i>liikoja. Hoitaja 5/3.</i>
	todellisuuden hahmottamisen tuki	<i>Tavoitteena olisi 'avata vanhempien silmät' näkemään esim. omien toiminta-</i> <i>tapojen vaikutus nuoreen, ilman syyttelyä... Autan vanhempia huomaamaan</i> <i>ja ymmärtämään omaa ja kumppaninsa toimintaa. Hoitaja 6/5.</i>
Hoitotyön tulos	Ymmärtämi- nen	<i>...silmät auki... Hoitaja 14/5.</i>
	havahtuminen oivaltaminen	<i>...vanhempien on myös tehtävä muutoksia, havaittava ne. Hoitaja 21/1.</i>

Tietokeskeiset selviytymiskeinot. Tietokeskeisten selviytymiskeinojen (Taulukko 16) vahvuus on tiedossa, jossa korostui uteliaisuus ja omaperäisyys tiedon tulkinnassa. Lisäksi tietokeskeisissä selviytymiskeinoissa korostui päättäväisyys ja kyky suunnitella, jäsentää elämää tiedon pohjalta. Hoitotyön toiminnoissa puolestaan painottui tiedollinen ja päätöksenteon tuki kuten tosiasioiden kertominen, perusteleminen ja eri tiedonlähteille ohjaaminen sekä vaihtoehtoja keskustelu. Hoitotyön tavoitteena oli perheen elämän jäsentäminen uudelleen: arjen jäsentäminen ja uusien ratkaisukeinojen löytäminen.

Taulukko 16. Tietokeskeiset selviytymiskeinot

	Alakategoria	Alkuperäisilmaus
Perheen voimavarat	Tiedon etsiminen uteliaisuus omaperäisyys	<i>He haluavat tietää kaiken tapahtumista osastolla. Joidenkin vanhempien kohdalla tuntuu, että he ovat viisaampia kuin hoitohenkilökunta... Vanhemmat ovat 'vaativia' – katsovat asiaa yhdeltä, kapealta kantilta ja vaativat tämän mukaista hoitoa (nämä ovat nettisurffajat). Hoitaja 4/1. ...voi näkyä hyvinkin vaativana, arvostelevana, ennakkoluuloisena käytöksenä. Hoitaja 8/3.</i>
	Päätösten tekemisen ja arjen organisointi päättäväisyys	<i>Osa odottaa, että hoitaja ratkaisee kaikki ongelmat ja samalla parantaa lapsen ennalleen. Hoitaja 6/1. Sairastuminen saattaa saada perheen toimimaan meistä hyvin oudolla tavalla tai ratkaisemaan asioita yllättävällä tavalla. Hoitaja 23/1. ...joillekin lapsen joutuminen sairaalaan on katastrofi, vaikka vaiva olisi nopeasti hoidettava. Hoitaja 2/1. Jotkut perheet ovat todella järkyttyneitä ja arkielämä pysähtyy. Hoitaja 4/1.</i>
	arkielämän suunnitelmallisuus	
Hoitotyön toiminnot	Tiedollinen tuki tiedon, vaihtoehtojen tarjoaminen, perusteleminen tiedon lähteille ohjaaminen	<i>...vie paljon energiaa ja aikaa hoitajalta ja lääkäriltä neuvotella/ keskustella/ selitellä hoitolinjoja. Hoitaja 4/1. ...tietoa ja perusteluja paljon. Hoitaja 18/5.</i>
	Päätöksenteon tuki rohkaisu tekemään ratkaisuja tuki löytämään uusia ratkaisuja	<i>Ohjaus sisältää tiedon antoa, ... vanhempien omien ideoiden ja ratkaisumallien kysymistä... Hoitaja 6/5. Pohdimme yhdessä heidän auttamis- ja tukemiskeinoja... ihmisten erilaisia tapoja toimia ja reagoida ja yritämme löytää uusia näkökulmia tilanteeseen. Hoitaja 6/6.</i>
Hoitotyön tulos	Elämän jäsentyminen uudelleen	kts. Taulukko 11

Pohdinta

Tässä aineistossa perheen voimavarat, hoitotyön toiminnot ja tulokset kuvattiin perheiden neljän erilaisen selviytymiskeinon avulla. Pääkategoria 'Perheen erilaiset selviytymiskeinot' oli samansuuntainen aikaisempien tutkimusten kanssa eri olosuhteissa ja eri menetelmillä tutkittuna (Black & Lobo 2008, Clarke-Steffen 1997, Hallstrom, & Elander 2006, Kepreotes ym. 2010, Knafl ym. 2008, Meiers, & Tomlinson 2003). Lapsiperheiden erilaisista tarpeista ja voimavaroista oli paljon aikaisempaa tutkimusta (Axelin ym. 2010, Cleveland 2008, Corlett, & Twycross 2006, Coyne & Gallagher 2011, Foster ym. 2010, Gallo ym. 2009, Hallstrom & Elander 2007, Hopia ym. 2005, Häggman-Laitila ym. 2010, Maijala ym. 2011, Mikkelsen &

Frederiksen 2010, Power & Franck 2008, Sarajärvi ym. 2006, Rowe & Jones 2008, Shields ym. 2006). Vaikka erilaiset perheet tarvitsevat erilaista tukea, ei aikaisempaa tutkimustietoa ollut juurikaan siitä, minkälaisia hoitotyön toimintoja ja tukea erilaisille perheille tarvitaan. Erityisesti hoitotyön prosessissa tavoite ja tulokset ovat olleet harvoin tutkimuksen kohteena (Schilling ym. 2002).

Kirjoitelmissa hoitajat tunnistivat melko helposti erilaisia perheitä. Hoitajat kirjoittivat kuitenkin valitsevansa melko intuitiivisesti vaikuttavan menetelmän perheitä tukiessaan.

Erilaiset hoitosuhteet ovat opettaneet sitä, miten erilaisia ja eritavoin käyttäytyviä ihmisissä on ja miten erityyppisten ihmisten kanssa on 'paras tapa' toimia.
Hoitaja 7/6.

Tämä saattaa kertoa näyttöön perustuvien auttamismenetelmien puutteesta.

Näyttää olevan melko helppoa tukea perheitä, joilla on paljon voimavaroja ja vastaavasti haastavaa tukea perheitä, joilla on puutteita voimavaroissa. Tunnekeskeisiä selviytymiskeinoja käytävillä perheillä luottamuksellisen suhteen luominen saattaa olla haasteellista pelokkaiden, epäystävällisten ja katkerien tai lastensa kustannuksella omasta elämästä nauttivien vanhempien kanssa. Hoitajat kokevat myös haasteellisena työskennellä avuttomien, passiivisten ja avusta kieltäytyvien vanhempien kanssa, mutta myös henkilökuntaa komentelevien, toudukkaiden ja ylihuolehtivien vanhempien kanssa. Kun vanhemmilla on ongelmia ymmärtää lapsen sairautta ja kuvitella elämää lapsen kanssa, haasteena on kyetä avaamaan vanhempien silmät ja pitämään heidät ajan tasalla. Tietokeskeisiä selviytymiskeinoja käyttävän perheen kanssa työskennellessä haasteellista on aikaa vievä perusteleminen, väärinkäsitysten ja väärin tulkitun tiedon korjaaminen ja suuntaaminen oikeille tiedonlähteille ja uusiin ratkaisumalleihin kun samaan aikaan on pidettävä huoli omien tietojen ajantasaisuudesta. Erityistä tarkkuutta tässä tarvitaan arvostelevien vanhempien kanssa.

Tässä aineistossa perhe tarkoitti useimmiten äitiä ja vanhempien välinen suhde oli harvoin mainittu (Knafl ym. 1996, 2008). Oli myös hämmästyttävää, että lapsen tai nuoren sairauden luonteella ei ollut niin suurta merkitystä kuin perheen voimavaroilla. Perheen erilaisia voimavaroja voitaneen käyttää hoitotyön tarpeen määrittelyssä erityisesti voimavaralähtöisien tarpeiden tunnistamisessa ongelmalähtöisten sijasta. Perheiden tukemiseen liittyvien hoitotyön toimintojen vaikutuksista tarvitaan lisää näyttöön perustuvaa tutkimusta. Tarvitaan myös mitta-areita erilaisten perheiden ja heidän voimavarojen tunnistamiseksi.

Tutkimuksen analyysin kulku ja esimerkkien käyttö tulosten esittämisessä on pyritty tekemään systemaattisesti (Sandelowski 2004, 2008, Kyngäs ym. 2011). Hoitajien aineistossa korostui perheiden erilaisten voimavarojen rikas kuvaus, mutta ohuelti niiden yhteys omaan tavoitteelliseen toimintaan erilaisten perheiden kanssa kirjoitelmien jäädessä toteavalle tasolle. Tämä on saattanut vaikuttaa tutkijan tulkintaan. Vaikka tässä tutkimuksessa oli paljon puutteita ja rajoituksia, tutkimustulokset olivat samansuuntaisia lukuisten muiden tutkimusten kanssa eri kulttuureista, eri tavoin sairauden lasten ja nuorten kanssa ja eri tiedonantajilta tutkittuna. Tässä aineistossa tiedonantajina olivat vain hoitajat ja aineistona heidän kirjoitelmat. Todennäköisesti kirjallisesti itsensä ilmaisevat hoitajat kirjoittivat niitä. Hoitajat saattoivat kirjoittaa myös positiivisemmin omasta toiminnastaan kuin miten he todellisuudessa toimivat. Havainnointitutkimus olisi tuonut toisenlaista tietoa. Hoitajat kirjoittivat perheistä, joita he olivat hoitaneet sairaalassa, mutta eivät perheistä heidän 'normaalissa' arjessa. Perheiden erilaisuus rajoittui tässä aineistossa neljään eri selviytymiskeinoon. Todellisessa elämässä kaikilla perheillä on erilaisia voimavaroja ja myös perheenjäsenten välillä on eroja. Tämä tutkimus ei tuottanut tietoa niistä.

Johtopäätökset

Erilaiset perheet tarvitsevat erilaista tukea. Tässä tutkimuksessa löytyi neljä erilaista perheen selviytymiskeinoa ja niiden mukaisesti hoitotyössä korostuvat erilaiset hoitotyön toiminnot. Perhehoitotyön lähtökohtana on perheen voimavarat: kuinka perheet näkevät lapsensa tai nuorensa sairastumisen ja mitä voimavaroja heillä on käytettävissä. Tämän mukaisesti hoitaja valitsee perheen voimavaroja tukevat hoitotyön menetelmät. Erityisesti perhehoitotyössä on huomioitava, että tavoiteltava tulos on perheen voimavarojen mukainen. Joskus tavoite voi olla hyvinkin pieni hoitajan näkökulmasta mutta perheelle hyvin merkittävä eritoten onnistumisen kokemuksen saamisen takia. Perhehoitotyötä tekevän hoitajan onkin tunnistettava jokaisen perheen yksilölliset voimavarat eikä pitäytyä omassa käsityksessä ihanneperheestä.

Lähteet

Anderson, T. & Davis, C. 2011. Evidence-based practice with families of chronically ill children: A critical literature review. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 8(4), 416-425.

Astedt-Kurki, P. 2010. Family nursing research for practice: The Finnish perspective. *Journal of Family Nursing*, 16(3), 256-268.

- Axelin, A., Lehtonen, L., Pelander, T. & Salanterä, S. 2010. Mothers' Different Styles of Involvement in Preterm Infant Pain Care. *JOGNN* 39, 415-424.
- Biering, P. 2010. Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: A critical review of the research literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(1), 65-72.
- Black, K. & Lobo, M. 2008. A conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 33-55.
- Brewer, M. & Melnyk, BM. 2007. Effective coping/mental health interventions for critically ill adolescents: An evidence review. *Pediatric Nursing*, 33(4), 361-7, 373.
- Chesla, CA. 2010. Do family interventions improve health? *Journal of Family Nursing*, 16(4), 355-377.
- Clarke-Steffen, L. 1997. Reconstructing reality: Family strategies for managing childhood cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(5), 278-287.
- Cleveland, LM. 2008. Parenting in the neonatal intensive care unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, 37(6), 666-691.
- Corlett, J. & Twycross, A. 2006. Negotiation of parental roles within family-centred care: A review of the research. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1308-1316.
- Coyne, I. 2008a. Children's participation in consultations and decision-making at health service level: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 45 (11), 1682-1689.
- Coyne, I. 2008b. Disruption of parent participation: Nurses' strategies to manage parents on children's wards. *Journal of Clinical Nursing*, 17(23), 3150-3158.
- Coyne, I. & Gallagher, P. 2011. Participation in communication and decision-making: Children and young people's experiences in a hospital setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15-16), 2334-2343.
- Coyne, I., O'Neill, C., Murphy, M., Costello, T. & O'Shea, R. 2011. What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2561-75.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Espezel, HJ. & Canam, C. J. 2003. Parent-nurse interactions: Care of hospitalized children. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 34-41.
- Fegran, L. & Helseth, S. 2009. The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context--closeness and emotional involvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4), 667-673.

- Fegran, L., Helseth, S. & Fagermoen, MS. 2008. A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 810-816.
- Fisher, C., Lindhorst, H., Matthews, T., Munroe, DJ., Paulin, D. & Scott, D. 2008. Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 615-624.
- Foster, M., Whitehead, L. & Maybee, P. 2010. Parents' and health professionals' perceptions of family centred care for children in hospital, in developed and developing countries: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 47(9), 1184-1193.
- Gallo, AM., Knafl, KA. & Angst, DB. 2009. Information management in families who have a child with a genetic condition. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(3), 194-204.
- Hallstrom, I. & Elander, G. 2007. Families' needs when a child is long-term ill: A literature review with reference to nursing research. *International Journal of Nursing Practice*, 13(3), 193-200.
- Hopia, H., Paavilainen, E. & Astedt-Kurki, P. 2005. The diversity of family health: Constituent systems and resources. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 186-195.
- Hopia, H., Tomlinson, PS., Paavilainen, E. & Astedt-Kurki, P. 2005. Child in hospital: Family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), 212-222.
- Kaila, A. 2011. Miten tuen lapsiperheitä? Sisällön analyysi hoitajien käsityksistä. HTSS XII kansallinen hoitotieteellinen konferenssi. Alakko nää mua? Yhteistyöllä vaikuttavaa hoitotieteellistä tutkimusta. Konferenssiabstraktit.
- Häggman-Laitila, A., Tanninen, HM. & Pietila, AM. 2010. Effectiveness of resource-enhancing family-oriented intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17-18), 2500-2510.
- Kepreotes, E., Keatinge, D. & Stone, T. 2010. The experience of parenting children with chronic health conditions: A new reality. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses*, 2(1), 51-62.
- Knafl, K., Breitmayer, B., Gallo, A. & Zoeller, L. 1996. Family response to childhood chronic illness: Description of management styles. *Journal of Pediatric Nursing*, 11(5), 315-326.
- Knafl, K., Deatrick, JA. & Gallo, AM. 2008. The interplay of concepts, data, and methods in the development of the family management style framework. *Journal of Family Nursing*, 14(4), 412-428.
- Knafl, KA., Darney, BG., Gallo, AM. & Angst, DB. 2010. Parental perceptions of the outcome and meaning of normalization. *Research in Nursing & Health*, 33(2), 87-98.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23(2), 138-148.

- Lam, LW., Chang, AM. & Morrissey, J. 2006. Parents' experiences of participation in the care of hospitalised children: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(5), 535-545.
- Lee, P. 2007. What does partnership in care mean for children's nurses? *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 518-526.
- Maijala, H., Helminen, M. & Astedt-Kurki, P. 2011. Äkillisesti sairastuneen lapsen perheen ja hoitavien henkilöiden välisen vuorovaikutuksen arviointitutkimus. *Hoitotiede*, 23(2), 95-105.
- Martenson, EK., Fagerskiöld, AM. & Bertero, CM. 2009. Observations of health-care professionals sharing and contributing responsibility in paediatric caring situations. *International Journal of Nursing Practice*, 15(3), 185-190.
- Meiers, SJ. & Tomlinson, PS. 2003. Family-nurse co-construction of meaning: A central phenomenon of family caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 193-201.
- Melnyk, BM., Feinstein, NF., Moldenhouer, Z. & Small, L. 2001. Coping in parents of children who are chronically ill: Strategies for assessment and intervention. *Pediatric Nursing*, 27(6), 548-558.
- Mikkelsen, G. & Frederiksen, K. 2011. Family-centred care of children in hospital - a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1152-1162.
- Neil, L. & Clarke, S. 2010. Learning to live with childhood cancer: A literature review of the parental perspective. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(3), 110, 112-4, 116-9.
- Nystrom, K. & Ohrling, K. 2004. Parenthood experiences during the child's first year: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 319-330.
- O'Brien, I., Duffy, A. & Nicholl, H. 2009. Impact of childhood chronic illnesses on siblings: A literature review. *British Journal of Nursing*, 18(22), 1358, 1360-5.
- Peek, G. & Melnyk, BM. 2010. Coping interventions for parents of children newly diagnosed with cancer: An evidence review with implications for clinical practice and future research. *Pediatric Nursing*, 36(6), 306-313.
- Power, N. & Franck, L. 2008. Parent participation in the care of hospitalized children: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 62(6), 622-641.
- Priddis, L. & Shields, L. 2011. Interactions between parents and staff of hospitalised children. *Paediatric Nursing*, 23(2), 14-20.
- Rapley, P. & Davidson, PM. 2010. Enough of the problem: A review of time for health care transition solutions for young adults with a chronic illness. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3-4), 313-323.
- Regber, S., Berg-Kelly, K. & Marild, S. 2007. Parenting styles and treatment of adolescents with obesity. *Pediatric Nursing*, 33(1), 21-28.

- Rowe, J. & Jones, L. 2008. Facilitating transitions. Nursing support for parents during the transfer of preterm infants between neonatal nurseries. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 782-789.
- Sandelowski, M. 2004. Using qualitative research. *Qualitative Health Research*, 14(10), 1366-1386.
- Sandelowski, M. 2008. Justifying qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 31(3), 193-195.
- Sarajarvi, A., Haapamaki, ML. & Paavilainen, E. 2006. Emotional and informational support for families during their child's illness. *International Nursing Review*, 53(3), 205-210.
- Schilling, LS., Grey, M. & Knafl, KA. 2002. The concept of self-management of type 1 diabetes in children and adolescents: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 87-99.
- Semple, CJ. & McCance, T. 2010. Parents' experience of cancer who have young children: A literature review. *Cancer Nursing*, 33(2), 110-118.
- Shields, L. 2010. Questioning family-centred care. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17-18), 2629-2638.
- Shields, L., Pratt, J., Davis, L. M. & Hunter, J. 2007. Family-centred care for children in hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (1)(1), CD004811.
- Shields, L., Pratt, J. & Hunter, J. 2006. Family centred care: A review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1317-1323.
- Swallow, V., Macfadyen, A., Santacroce, SJ. & Lambert, H. 2011. Fathers' contributions to the management of their child's long-term medical condition: A narrative review of the literature. *Health Expectations* May 30. doi 10.1111/j.1369-7625.2011.00674.x.
- Tanninen, HM., Haggman-Laitila, A. & Pietila, AM. 2009. Resource-enhancing psychosocial support in family situations: Needs and benefits from family members' own perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2150-2160.
- Vallido, T., Wilkes, L., Carter, B. & Jackson, D. 2010. Mothering disrupted by illness: A narrative synthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1435-1445.
- Wilson, S., Ramelet, AS. & Zuiderduyn, S. 2010. Research priorities for nursing care of infants, children and adolescents: A west australian delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13-14), 1919-1928.
- Ygge, B. M., Lindholm, C. & Arnetz, J. 2006. Hospital staff perceptions of parental involvement in paediatric hospital care. *Journal of Advanced Nursing*, 53(5), 534-542.

8 VOIMAVARAISTAVA POTILASOHJAUS – HOITOTIETEELLISET MEETINGIT 2010 - 2013

Arja Kaila

Tässä osaraportissa kuvataan hoitotieteellisten meetingien sisältö vuosilta 2010 - 2013 sekä palaute osallistumisesta ja tuloksista. Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa -hankkeen I-vaiheen tuloksena koettiin tarvittavan edelleen voimavaraistavan potilasohjauksen osaamisen kehittämistä. PKSSK:ssa hoitotieteelliset meetingit toteutettiin noin kerran kuussa pari tuntia kestävinä tietyn teeman asiantuntijaluentoina. Osallistuminen oli ollut melko vähäistä, joten myös hoitotieteellisten meetingien aiheita ja toteutustapaa piti kehittää. Tarkoituksena oli, että I-vaiheen valmennetut ja hoitotyön esimiehet toimisivat kehittämisylivoimajohtajan työpareina valmennuksen järjestämisessä. Hoitotyön johtajille tarjottiin samalla mahdollisuus hoitotyön substanssiosaamisen syventämiseen ja substanssijohtamisen näkyvyyden parantamiseen. Tätä varten sovittiin hoitotyön toimintasuunnitelmassa vuosille 2010 - 2013 järjestettävän hoitotieteelliset meetingit uudella tavalla suunnatuille ryhmille seuraavasti:

- ylivoimajohtajat esittävät omilta alueiltaan ryhmät, jotka osallistuvat,
- sama ryhmä osallistuu 6 - 8 kertaa noin vuoden ajan,
- menetelmänä käytetään osallistuva menetelmiä hyödyntäen näyttöä ja Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa I-vaiheen valmennusohjelmaa ja mittareita,
- ylivoimajohtajat ja osastohoimajohtajat ovat mukana suunnittelemassa sisältöä ja osallistuvat myös itse meetingeihin,
- sisältönä näyttöön perustuva tieto voimavaraistava potilasohjauksesta (Taulukko 17),
- lisäksi RAMPE -hankkeen koulutus.

Hoitotieteellisten meetingien sisältö ja osallistujat 2010 - 2013

Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa -hankkeen I-vaiheen valmennusohjelmasta koottiin versio hoitotieteellisten meetingien sisällöksi vuosille 2010 - 2013 seuraavasti.

Taulukko 17. Hoitotieteelliset meetingit 2010 - 2013

Hoitotieteellisten meetingien sisältö	Lisätietoa
1 Info. Alkukeskustelu ryhmässä: odotukset, omat tavoitteet, joista ryhmän tavoitteet. Oman osaamisen itsearviointi ja tietotesti	Itsearviointimittari (Liite 3) Absetz ja Hankonen katsaus (tietotesti)
2 Yksilöllinen ohjaus: motivoiva haastattelu (vuorovaikutusharjoitteita: kysyminen ja vastaaminen, videolta ohjaustilanteen analysointi), hoitajan ja potilaan kommunikointityylit, haasteelliset ohjattavat, miten toimin (ryhmäharjoituksia)	THL materiaali Kettusen ja Renforsin luentomateriaali, Absetzin ja Routarinteen harjoituksia
3 Muutosvaiheet (tunnistaminen esimerkeistä, videolta ohjaustilanne), kokemusten jakaminen, ohjausprosessi ja sen vaiheet, oma muutosvaihe mietittäväksi kotitehtäväksi	Kettunen, Kääriäisen ja Renforsin luentomateriaali
4 Oppimistyyli, ohjausmenetelmät, vinkit ja apuvälineet voimavaraistavaan potilasohjaukseen (erityisesti tilanteisiin, joissa tuntuu, ettei oppi mene perille), oma oppimistyyli mietittäväksi kotitehtäväksi	Kolbin oppimisteoria, Kettunen, Kääriäisen luentomateriaali ja Absetzin ja Routarinteen vinkit ja työkalut, AVH ja lapsiperheprosessit (Luku 7)
5 Kertaus, oma päiväkirja, mitä oppinut, mitä vielä pitää oppia (kierros) Tiedonhaku lyhyesti, ohjaus tiedonhaun kursseille	
6 Yksilöllinen ja tavoitteellinen kirjaaminen, oikeiden kirjausten auditointi. Voimavaralähtöinen kirjaaminen (haasteellisten potilaiden tilanne esimerkit omasta työstä)	kirjaamisen auditointimittari (Liitteet 8 ja 9)
7 Kehittämistyö	vapaaehtoinen hoitotyön esimiehen johdolla tapahtuva kehittämistyö
8 Palautekeskustelu omasta oppimisesta, mikä muutosvaihe menossa (kierros). Tavoitekeskustelu ryhmän omien tavoitteiden mukaisesti (kyllä, ei, osittain). Lopputestaus, tietotesti ja muutos	Liite 3

Oheisten Hoitotieteellisten meetingien lisäksi valmennus sisälsi omaehtoista opiskelua ja RAMPE-hankkeesta tarjottiin kaikille teoriaa ja vinkkejä voimavaraistavaan potilasohjaukseen seuraavasti:

- 10/ 2011 Timo Renforsin luento (2h) **Muutoksen motivointi – tarua vai totta?** Työvälineitä muutoskeskusteluun asiakkaan kanssa (kaksi samansisältöistä luentoa),
- 2-5/ 2012 Pilvikki Absetz ja Simo Routarinne (21h) **Motivoivan, voimaannuttavan ohjauksen perusteet ja käytäntö I-III.**

Hoitotieteellisiin meetingeihin osallistuivat PKSSK:ssa vuosina 2010 - 2013 seuraavat 8 ryhmää:

- Sydänosasto 3A
- Lasten osasto 10A ja lastentautien pkl
- Psykiatriset aikuisosastot 51 - 56 ja aikuispsykiatrinen pkl
- Preoperatiivinen ohjaus (osastot ja pkl)
- Sisätautien pkl
- RAMPE-hanke, jossa osallistujia perusterveydenhuollon ja ESH avovastaanotolta
- Perhehoitotyö (lasten teho E3, osasto 10A, lastentautien pkl, synnytysosasto 3C, synnytyssali, gyn pkl ja äitiyspkl); pyydettiin osallistujia perusterveydenhuollosta, mutta ei saatu
- Ihopotilaan ohjaus (ihotautien pkl, iho-osasto 4A ja perusterveydenhuolto).

Näille kahdeksalle ryhmälle kertyi hoitotieteellisiä meetingejä yhteensä 57, joista yhdelle ryhmälle keskimäärin seitsemän kertaa ja noin 90 tuntia, johon sisältyi omatoimista opiskelua ja/tai kehittämistä omassa yksikössä. Keskimäärin yhdellä kerralla oli noin 13 osallistujaa. Kahdeksasta ryhmästä kuusi oli kiinteää ryhmää. Näissä kiinteissä ryhmissä aloitti noin 145 osallistujaa, joista 49 jatkoi loppuun asti. Yhdessä ryhmässä aloitti keskimäärin 30 osallistujaa, joista 9 jatkoi loppuun asti (kato 66 %). Lisäksi oli kaksi ryhmää (sydänosasto sekä lastenosasto 10 ja pkl), joihin osallistui vaihteleva määrä työvuorossa olleita hoitajia sekä osastonhoitajia että ylihoitajia. Kiinteisiin kuuteen ryhmään hoitotyön johtajien ja esimiesten osallistuminen oli vähäistä (0 - 1 yksittäinen kerta) lukuunottamatta kahta poliklinikan osastonhoitajaa. Vain näiden kuuden kiinteän ryhmän loppuun asti jatkaneiden osallistujien tulokset esitetään seuraavana.

Hoitotieteellisten meetingien tulokset 2010 - 2013

Hoitotieteellisten meetingien alku-, väli- ja palautekeskustelujen mukaan osallistujat olivat eri vaiheissa muutoksen suhteen. Osallistujista 66 % jätti osallistumisen kesken tai osallistui satunnaisesti oman muutosvaiheensa mukaisesti (Taulukko 18).

Taulukko 18. Hoitotieteelliset meetingit, muutosvaiheet ja osallistuminen 2010 - 2013

Muutosvaiheet	Osallistuminen
Esiharkintavaihe - ei aikomustakaan muuttaa käyttäytymistä ”Kun ei meinaa nykyisinkään keretä ohjaamaan.” - epäilevin mielin mukaan - osallistuu ulkopuolisesta painostuksesta ”Osastonhoitaja pakotti.	1/3 jäi tälle tasolle; osallistui pakotettuna ja lopetti kesken tai osallistui satunnaisesti 1 - 2 kertaan
Harkintavaihe - innoissaan mukaan - tiedostaa omaa toimintaansa aiempaa enemmän - harkitsee, mutta ei vielä toimi ja kokeile	1/3 jäi tälle tasolle; osallistui noin 3 - 4 kertaan
Valmistautumisvaihe - havahtuminen muutoksen tarpeellisuuteen, rutiinien kyseenalaistaminen - vaatii rohkeutta luopua tutusta ja turvallisesta rutiininomaisesta ohjauksesta, kaaoksen kokemus - päättää tehdä muutoksen tai luopuu valmennusohjelmaan osallistumisesta - innostus uuteen aiempaa enemmän esillä, puhuu innostuneesti, mitä on oivaltanut ja kertoo konkreettisista asioista, jotka ovat tulleet vastaan	1/3 pääsi vähintään tälle tasolle; osallistui >4 kertaan
Toimintavaihe - aktiivista työskentelyä - ylikriittisyys omaa toimintaa kohtaan - paljon omaa yritystä ja kokeilua rutiinien rikkomiseksi - oivallus, että yksilöllinen potilaan ohjaus onkin ”olla neuvomatta” - nyt osaa analysoida itseään paremmin kuin aikaisemmin, ei enää kaaos - kokeilun myötä huomio, että uusi tapa ei viekään enemmän aikaa vaan jopa päinvastoin, voi säästää omia voimavaroja	Osa edellisistä pääsi tälle tasolle
Ylläpitovaihe - muutos on tullut uudeksi tavaksi - joku prosessi itsessä ja ohjauksen kehittämisessä on alkanut - on saanut eväitä ja menetelmiä ohjauksen kehittämiseen - mutta miten saada oppi muille?	Muutama osallistuja pääsi tähän vaiheeseen, olivat jo lähtötilanteessa muutoksessa muita edellä

Itsearviointin tulokset

Kuudessa kiinteässä ryhmässä tehtiin sekä alku- ja loppumittaus itsearviointilomakkeella asteikolla 1 - 5 (Liite 3), jossa muutos oli asteikolla -5 - +5. Saatu tulos arvioitiin samoin kuin hankkeen I-vaiheessa (Luku 6). Parannusta tapahtui eri osa-alueilla keskimäärin noin yhden yksikön verran (Taulukko 19). Yli puolet (57 %) itsearviointiin osallistuneista (n=49) arvioi oman osaamisensa loppumittauksessa vähintään yhden osion (yhteensä 23 osiota) osalta negatiiviseksi eli oli arvioinut oman osaamisensa alkumittauksessa korkeammaksi kuin loppumittauksessa. Enimmillään yksittäinen arvioija oli arvioinut 15 osiota 23:stä negatiiviseksi.

Taulukko 19. Itsearviointin tulokset

Itsearviointiin osallistuneet ryhmät	n	ka tulos maksimi 115
Psykiatriset osastot ja aikuispkl	9	22,11 (12 - 46)
Preoperatiivinen	9	17,22 (6 - 49)
SISPKL	11	15,32 (3 - 32)
RAMPE	4	17,75 (12 - 27)
Perhehoitotyö	9	15,28 (9 - 30)
Iho-ohjaus	7	17,55 (3 - 60)

Eri osa-alueista tieto lisääntyi eniten, kun taas taidot vähemmän. Itsearvioituna eniten oppimista tapahtui seuraavilla alueilla:

tieto kirjaamisesta,
tieto ohjausmenetelmistä,
tieto ohjausprosessista,
tieto vuorovaikutuksesta,
taito ohjata tavoitteellisesti.

Vähiten oppimista tapahtui seuraavilla alueilla:

taito kuunnella,
taito varmistaa ohjattavan ymmärtäminen,
taito etsiä tietoa,
taito perustella,
taito kirjata tavoitteellisesti,
taito ohjata ammatillisesti,
taito huomioida perhe ja ympäristö.

Pohdinta ja johtopäätökset

Hoitotieteelliset meetingit 2010 - 2013 voimavaraistavasta potilasohjauksesta osallistavilla menetelmillä toteutettuna osoitti valmennettavien itsearvioimana, että ohjausosaaminen oli parantunut. Oman osaamisen arviointi oli tullut realistisemmaksi. Yli puolet oli arvioinut alkumittauksessa oman osaamistasonsa jollakin osa-alueella paremmaksi kuin loppumittauksessa. Todennäköisesti niillä, jotka jättivät valmennusohjelman kesken, tulos olisi vielä huonompi ja itsearviointi vielä epärealistisempi, koska valmennusohjelman loppuun asti käyneet olivat muutosvaiheessa paljon toisia edistyneempiä. Erityisesti 'muutosvastaiset, tietotankkaajat ja rutiiniohjaajat' olisivat tarvinneet ohjausosaamisen kehittymistä ehkä eniten. Valmennettavat kokivat erityisen antoisana hoitotieteelliset meetingit, joissa valmennuksessa oli hoitajia eri yksiköistä, jolloin pystyi jakamaan kokemuksia ja hyviä käytänteitä sekä oppi tuntemaan toisen yksikön toimintaa ja siten kehittämään potilaan prosesseja monipuolisemmin.

Erityisesti hoitotyön johtajien osallistuminen hoitotieteellisiin meetingeihin oli vähäistä, useimmiten olematonta. Koska hoitotyön johdon tuki jäi näin vähäiseksi, niin kehittäminen 'jäi ulkoistetuksi' ja näin valmennettavien omat kehittämishankkeet ja ideat jäivät suurelta osin toteutumatta. Kuitenkin voimavaraistavan potilasohjauksen johtaminen olisi näyttöön perustuvaa ja vaikuttavaa sekä eettisesti ja taloudellisesti perusteltua. Voimavaraistavan potilasohjauksen osaajat, asiantuntijat, jäävät helposti yksin vaille johdon tukea ja tunnustusta. Juuri he tarvitsisivat palkitsemista hyvin, vaikuttavasti ja nopeasti tehdystä työstä. Se työ on potilaslähtöisempää kuin ohjausrungon mukainen tietotankkaus ja nämä hoitajat osaavat myös kirjata potilaslähtöisesti ja hoitotyön päätöksentekoprosessin mukaisesti antamansa ohjauksen.

Kirjallisuutta

Absetz, P. & Hannonen, N. 2011. Elämäntapamuutosten tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Katsaus. Duodecim 127, 2265-72.

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

Kanste, O., Lipponen, K., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2007. Potilasohjauksen kehittäminen alueellisenä verkostoyhteistyönä yli organisaatiorajojen. Tutkiva Hoitotyö 5(3), 30-33.

Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Studies in sport, physical education and health 75. Jyväskylän yliopisto.

Kettunen, T., Karhila, P. & Poskiparta, M. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Hoitotiede 14(5), 213-242.

Kettunen, T., Poskiparta, M. & Liimatainen, L. 2000. Communicator styles of hospital patients during nurse-patient counselling. Patient Education and Counselling 41: 161-180.

Kettunen, T., Poskiparta, M., Liimatainen, L., Sjögren, A. & Karhila, P. 2001. Taciturn patients in health counselling at a hospital: passive recipients or active participators? Qualitative Health Research 11: 399-422.

Kolb, D. 1984. Experimental Learning. Experiences as the Source of Learning and development. New Jersey. Prentice-Hall. Englewood Cliffs.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY, Helsinki.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 937. Oulun yliopisto, Oulun yliopistollinen sairaala. Oulu 2007.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005a. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa. *Hoitotiede* 17(4), 208-216.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005b. Käsitemallit ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17(5), 250-258.

Kääriäinen, M., Ukkola, L., Kyngäs, H. & Torppa, K. 2006. Terveystieteiden henkilöstön kätitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18(1), 4-13.

Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. WSOY, Oppimismateriaalit Oy.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala, Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveydenhuollon laitos. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 4/2006. Oulu.

Prochaska, J. & DiClemente, C. 1984. *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Change*. Illinois. Dow Jones-Irwin.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Duodecim. Forssan Kirjapaino.

Salminen, S. & Ruoranen, M. 2013. Terveystieteiden ja rautaisia ammattilaisia - lääkäreiden ja hoitajien osaamisen vahvistaminen ja työn kehittäminen: RAMPE-hankkeen (1.4.2010 - 31.10.2012) Pohjois-Karjalan osahankkeen loppuraportti. PKSSK:n julkaisuja 2013: 16.

THL. Länsipuro. Omahoito ja motivoiva keskustelu ja. Opas työpajan vetäjälle.

9 POTILASKYSELYMITTARIN KEHITTÄMINEN JA TULOKSET: AIKUISET

Leena Kuivalainen

Tässä osaraportissa esitetään tulokset potilaiden kokemuksista ja arvioista hoitajilta ja fysioterapeuteilta saamastaan ohjauksesta. Tuloksia mitattiin tätä hanketta varten tehdyllä kyselylomakkeella ennen ja jälkeen valmennusohjelman noin kahden viikon kuluttua kotiutumisesta. Tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaiseksi potilaat arvioivat hoitajilta ja fysioterapeuteilta saamansa ohjauksen?
2. Millaiseksi potilaat arvioivat potilasohjauksen yksilöllisyyden?
3. Miten potilaat kokevat selviytyvänsä kotona hoitajilta ja fysioterapeuteilta saamansa ohjauksen turvin?

Potilaskysely

Potilaiden tyytyväisyyttä ja arviota hoitajien ja fysioterapeuttien antamasta ohjauksesta kysyttiin tätä hanketta varten kehitetyllä potilasohjaukskyselymittarilla, joka oli mukailtu yksilövastuisen hoitotyön potilasmittarista (Kalasniemi ym. 2004, Ryhänen 2006) ja potilasohjausmittarista (Romppanen & Tikka 2006), johon on lisätty systemaattisen kirjallisuuskatsauksen (Heikkinen ym. 2006, Kääriäinen & Kyngäs 2005; kts. myös Hölttä ym. 2000, Isola ym. 2007, Simons & Robertson 2002, Skilbeck & Payne 2002, Stenman & Toljamo 2002, Wilkinson ym. 2002, Virtanen ym. 2007, Visser & VanAndel 2003, Vivar & McQuenn 2005) perusteella kysymyksiä potilaiden selviytymisestä kotona (Liite 6).

Taustamuuttujina kyselylomakkeessa olivat sukupuoli, ikä, siviilisääty (lasten vanhemmilla lisäksi huoltajuussuhde), ammatillinen koulutus, työelämässä olo, hoitopaikka, vuodeosastolla oloaika, potilaan arvioima sairauden tai vaivan luonne, potilaan ilmoittama syy hoidosta, potilaan arvioima terveydentila ennen ja jälkeen hoidon, potilaan ilmoittama tiedonsaannin lähde sairaudesta ja hoidosta sekä hoidon suunnittelu yhdessä ammattilaisten kanssa. Vuodeosastohoidossa olleen tai poliklinikalla käyneen potilaan tai lapsen vanhemman tai huoltajan arviota hoitajalta tai fysioterapeutilta saadusta ohjauksesta kysyttiin strukturoidulla potilaskyselyllä, joka sisälsi:

- 29 erilaista Likert-asteikollista väittämää hoidon aikaisesta ohjauksesta
- 6 Likert-asteikollista väittämää kotona selviytymisestä
- 1 dikotominen väittämä kotiinlähtöohjauksesta

- 6 kouluarvosana-arviota ohjauksesta kokonaisuutena
- 1 dikotominen kysymys kotiutumisen jälkeisestä yhteydenottotarpeesta
- 2 avointa kysymystä epäselväksi jääneistä asioista ja yhteydenoton syistä.

Aineisto ja analyysi

Valmennusohjelmaan osallistuvat hoitajat ja fysioterapeutit kysyivät ohjaamiensa potilaiden suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta ennen potilaan kotiutumista suostumuslomakkeella (Liite 5), jonka he toimittivat kehittämyslihoitajan klinikkasihteerille. Potilaat saivat myös suullisen ja kirjallisen tiedotuksen tutkimuksesta (Liite 4). Ennen valmennusohjelman alkua tammi-helmikuussa 2008 klinikkasihteerin lähetti 256 potilaalle kyselylomakkeen postissa kaksi viikkoa sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Potilaskyselyn palautti 188 potilasta (73 %). Vastauksista yksi lomake jouduttiin hylkäämään, koska siinä oli vastattu vain taustatiedot. Valmennusohjelman jälkeen touko-kesäkuussa vuonna 2009 kysely lähetettiin 156 potilaalle, joista vastasi 107 potilasta (69 %). Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista eikä potilaiden yhteystietoja kerätty vastauslomakkeella, joten muistutuskirjeitä ei lähetetty.

Aineisto analysoitiin SPSS 15.0 tilasto-ohjelmalla käyttäen frekvenssi- ja prosenttijakaumia, ristiintaulukointia sekä riippuvuuksien testaamiseen χ^2 ja Kruskal-Wallis testia. Faktorianaalysin perusteella tehtiin summamuuttujat aineiston tiivistämiseksi. Taustamuuttujien ja summamuuttujien välistä yhteyttä testattiin ryhmien välisten erojen esille saamiseksi. Useampien ryhmien vertailussa käytettiin Kruskal-Wallis testia (Burns & Grove 1997, LoBiondo-Wood & Haber 1994, Heikkilä 2010). P-arvoja käytettiin yleisesti sovitulla tavalla ($p < 0.001$ = ero tilastollisesti erittäin merkitsevä, $p < 0,01$ = ero on tilastollisesti merkitsevä, $p < 0,05$ = ero on tilastollisesti melkein merkitsevä, $p > 0.05$ = ero ei tilastollisesti merkitsevä).

Potilaiden ikä luokiteltiin uudelleen seitsemään luokkaan: 1=15-25, 2=26-35, 3=36-45, 4=46-55, 5=56-65, 6=66-75 ja 7=76-85. Siviilisääty luokiteltiin naimaton, naimisissa tai avoliitossa ja eronnut tai leski. Ammattikoulutus luokiteltiin uudelleen: ei ammattikoulutusta, kouluasteen koulutus, opisto- tai korkeakouluasteen koulutus. terveydentila ennen ja jälkeen hoidon luokiteltiin uudelleen kolmeksi luokaksi siten, että 1= huono (erittäin huono, huono ja melko huono), 2= kohtalainen, 3=hyvä (melko hyvä, hyvä ja erittäin hyvä).

Vuoden 2008 aineiston tiivistämiseksi tehtiin exploratiivinen faktorianalyysi pääkomponentti menetelmällä käyttäen oblimin rotaatiota. Faktoreita saatiin kolme. Faktorit selittivät 63,4 % ilmiöstä. Ensimmäisen faktorin selitysosuus oli 49,5 %, toisen 7,5 % ja kolmannen 6,3 %. Faktorianalyysin perusteella muodostettiin kolme summamuuttujaa. Summamuuttujat nimettiin ”**tieto sairaudesta ja hoidosta**”, ”**yksilöllinen ohjaus**”, ”**jatkohoitoon liittyvä ohjaus**”.

Summamuuttuja ”tieto sairaudesta ja hoidosta” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujat 21,22,23,24,28,29,30,31,32 ja 33. Summamuuttuja sai arvoja 10 - 50. Muuttuja luokiteltiin uudelleen niin että arvot 1-10=1, 11-20=2, 21-30=3, 31-40=4 ja 41-50=5. Summamuuttujan Cronbachin alfa oli 0.939. Summamuuttuja ”tieto sairaudesta ja hoidosta” sai arvoja 3,9 - 4,4 (keskiarvo 4,1). Liitetaulukossa 4 (Taulukot 1 - 3) on esitetty summamuuttujan osioiden keskiarvot keskivaihtelu ja korrelaatiot summaan ja alfa arvot, jos osio poistettaisiin. Summamuuttujalla ”tieto sairaudesta ja hoidosta” ei ollut eroa taustamuuttujien suhteen. Summamuuttuja ”yksilöllinen ohjaus” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujat 26,25,27 ja 35. Uusi muuttuja sai arvoja 4 - 20 ja se luokiteltiin uudelleen siten että arvot 1-4=1, 5-8=2, 9-12=3,13-16=4 ja 17-20=5. Summamuuttujan alfa oli 0.827. Summamuuttuja ”yksilöllinen ohjaus” sai arvoja 3,6 - 3,8 (keskiarvo 3,6). Summamuuttuja ”jatkohoitoon liittyvä ohjaus” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujat 34, 36,37,38 ja 39. Muuttuja sai arvoja 5 - 25. Muuttuja luokiteltiin uudelleen siten että arvot 1-5=1, 6-10=2, 11-15=3, 16-20=4 ja 21-25=5. Summamuuttujan alfa oli 0.790 ja valmennusohjelman jälkeisessä mittauksessa 0.854. Summamuuttuja ”jatkohoitoon liittyvä ohjaus” sai arvoja 3,6 - 4,4 (keskiarvo 4,2).

Lisäksi muodostettiin teoriaan pohjautuen kaksi yhdistettyä muuttujaa ”**selviytyminen ohjauksen turvin**” ja ”**arvio hoitajien antamasta ohjauksesta**”. Summamuuttuja ”selviytyminen ohjauksen turvin” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujat 42,43,44,45,47. Muuttuja sai arvoja 7 - 49. Uusi muuttuja luokiteltiin uudelleen siten, että arvot 1-7=1, 8-14=2, 15-21=3, 22-28=4, 29-35=5, 36-42=6 ja 43-49=7, alfa=0.884. Yhdistetty muuttuja ”arvio hoitajien antamasta ohjauksesta” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujat 13 - 20. Uusi muuttuja sai arvoja 8 - 56. Se luokiteltiin uudelleen siten, että arvot 1-8=1, 9-16=2, 17-24=3, 25-32=4, 33-40=5, 41-48=6, 49-56=7. Summamuuttujan alfa oli 0.953 ja valmennusohjelman jälkeen tehdyssä mittauksessa 0.893.

Tulokset

Vastanneiden potilaiden taustatiedot

Vastaajista yli puolet oli naisia. Suurin osa vastaajista oli naimisissa ja yli puolet eläkeläisiä (Taulukko 20).

Taulukko 20. Potilaiden taustatiedot 2008 ja 2009

Taustatiedot	2008		2009	
	Fr	%	Fr	%
Naiset	96	52	52	49
Miehet	90	48	55	51
Työssä	62	33	29	29
Työtön	11	7	11	11
Opiskelija	9	5	1	1
Eläkkeellä	103	55	58	59
Naimaton	21	11	17	16
Naimisissa	136	72	76	71
Eronnut/ leski	31	17	14	13
Ei ammattikoulutusta	61	32	30	28
Kouluasteen ammattikoulu	85	45	40	38
Opisto/ korkeakoulu	42	22	36	34
2008 n= 188				
2009 n=107				

Tutkimukseen vastanneet potilaat olivat iältään 15 - 85 -vuotiaita, keski-ikä oli 58 vuotta vuonna 2008 ja 61 vuotta vuonna 2009 (Taulukko 21).

Taulukko 21. Potilaiden ikä 2008 ja 2009 (fr, %)

Ikä	2008		2009	
	Fr	%	Fr	%
15-25	12	7	1	1
26-35	3	1	8	8
36-45	15	8	7	7
46-55	32	18	18	18
56-65	59	32	25	24
66-75	43	24	31	30
76-85	18	10	12	12
yhteensä	182	100	102	100

Molemmissa otoksissa keskimääräinen hoitoaika osastolla oli vastausten mukaan 4 - 6 vuorokautta (vaihtelu 2008 0,5 - 105 vrk; 2009 1 - 36 vrk). Samoin molemmissa otoksissa noin kolmasosa potilaista vastasi olleensa hoidossa äkillisen hoidettavissa olevan, kolmasosa pitkäaikaisen hoidettavissa olevan vaivan tai sairauden takia sekä kolmasosa pitkäaikaisen, mutta hoidosta huolimatta pahenevan vaivan, sairauden tai syövän takia. Noin puolet vastanneista ilmoitti tulleen hoitoon kutsuttuna leikkaukseen ja vuoden 2008 otoksessa päivystyksenä 28 % ja vuoden 2009 otoksessa 19 %.

Oheisessa taulukossa on esitetty potilaiden arvio omasta terveydentilasta ennen ja jälkeen hoidon.

Taulukko 22. Potilaiden arvio omasta terveydentilasta ennen ja jälkeen hoidon (%)

Terveydentila	Ennen hoitoa	Ennen hoitoa	Hoidon jälkeen	Hoidon jälkeen
	2008	2009	2008	2009
Hyvä	33	10	48	26
Kohtalainen	22	46	39	58
Huono	45	44	13	16
Yhteensä	100	100	100	100

2008 n=185

2009 n=106

Tieto sairaudesta ja hoidosta

Potilaat olivat saaneet yleisimmin tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta sekä lääkäriltä että hoitajilta ja fysioterapeuteilta. Muita tiedon lähteitä olivat sukulaiset, potilastoverit ja lehdet tai internet. Oman hoitonsa suunnitteluun oli voinut osallistua 89 % vastaajista vuonna 2008 ja 90 % vuonna 2009. Korkeakoulututkinnon suorittaneet potilaat kokivat, etteivät heidän omaisensa saaneet riittävästi tietoa sairaudesta ($p=0.004$). Päivystyksenä hoidossa olevat potilaat kokivat saaneensa heikoimmin yhdenmukaista tietoa sairaudestaan ja hoidosta ($p=0.018$). Myöskään hoitajilla ei ollut riittävästi aikaa perehtyä heidän asioihinsa ($p=0.040$).

Potilaiden terveydentilalla oli vaikutusta siihen, miten he kokivat hoitajien huomioineen heidät hoidossa. Ne potilaat, joilla oli huono terveydentila ennen hoitoa, kokivat, että hoitajat eivät riittävästi kuunnelleet heitä ($p=0.039$), eivätkä he saaneet hoitajilta yhdenmukaista tietoa

($p=0.010$). Ne potilaat, joilla oli hoidon jälkeen huono terveydentila arvioivat saamansa ohjauksen heikoimmaksi ($p=0.002$) (Taulukko 23). Potilaat, joilla oli huono terveydentila hoidon jälkeen, kokivat myös hoitajien huomioineen heitä liian vähän ($p=0.013$).

Taulukko 23. Potilaiden saama tieto sairaudesta ja hoidosta suhteessa terveydentilaan hoidon jälkeen 2008

Hoitajien antama ohjaus	terveydentila hoidon jälkeen	N	Mean Rank	Merkitsevyys
Minulla oli mahdollisuus keskustella hoitoani koskevista tarpeistani (n=178)	hyvä	22	76.43	$\chi^2=9.599$;df=2 $p=0.008$
	kohtalainen	69	80.30	
	huono	87	100.10	
Sain hoitajilta ohjasta, miten voin edistää toipumistani (n=177)	hyvä	22	74.39	$\chi^2=6.517$;df=2 $p=0.038$
	kohtalainen	68	82.85	
	huono	87	97.50	
Hoitajilla oli aikaa kuunnella minua (n=179)	hyvä	22	70.43	$\chi^2=7.014$;df=2 $p=0.030$
	kohtalainen	70	85.29	
	huono	87	98.74	
Sain hoitajilta ohjausta hoitoani koskevista asioista (n=176)	hyvä	22	64.57	$\chi^2=11.530$;df=2 $p=0.003$
	kohtalainen	69	82.84	
	huono	85	99.29	
Hoitajilla oli riittävästi aikaa perehtyä asioihini (n=177)	hyvä	22	69.50	$\chi^2=9.381$;df=2 $p=0.009$
	kohtalainen	69	81.61	
	huono	85	99.92	
Hoitajilla oli riittävästi aikaa keskustella kanssani (n=177)	hyvä	22	66.93	$\chi^2=13.469$;df=2 $p=0.001$
	kohtalainen	70	80.71	
	huono	87	103.30	
Sain kaikilta hoitooni osallistuvilta yhdenmukaista tietoa (n=178)	hyvä	22	60.20	$\chi^2=12.471$;df=2 $p=0.002$
	kohtalainen	69	84.93	
	huono	87	98.72	
Sain hoitajilta selkeät kotihoito-ohjeet (n=178)	hyvä	21	61.95	$\chi^2=7.118$;df=2 $p=0.028$
	kohtalainen	70	89.87	
	huono	86	96.24	
Sain tietoa tutkimuksista ja hoidosta ymmärrettävästi (n=178)	hyvä	22	72.43	$\chi^2=9.256$;df=2 $p=0.010$
	kohtalainen	70	84.81	
	huono	86	97.25	

Valmennusohjelman jälkeen tehdyssä potilaskyselyssä ne potilaat, joilla oli hoidon jälkeen huono terveydentila arvioivat tietonsa sairaudesta heikommaksi kuin ne henkilöt, joilla oli hyvä tai kohtalainen terveydentila ($p=0.008$). Huonokuntoiset potilaat tunsivat itsensä myös epävarmemmiksi hoidossaan ($p=0.014$).

Potilaiden arvio hoitajien ja fysioterapeuttien antamasta ohjauksesta

Vuoden 2008 otoksesta opisto- tai korkeakoulututkinnon suorittaneet arvioivat kriittisimmin saamaansa ohjauksen ($p=0,026$) ja kirjallisten ohjeiden laadun ($p=0.012$). Eläkeläiset ($p=0.050$) ja potilaat, joilla oli kohtalainen terveydentila ennen hoitoa ($p=0.017$) arvioivat heikoimmaksi mahdollisuutensa keskustella epäselvistä asioista. Kohtalaiseksi oman terveydentilansa ennen hoitoa arvioineet potilaat kokivat saamansa ohjauksen heikoimmaksi ($p=0.033$). Hoidon jälkeen huonoksi oman terveydentilansa arvioineet potilaat kokivat huonoksi saamansa tiedon ($p=0.027$), mahdollisuutensa keskustella epäselvistä asioista ($p=0.003$), huolien kuuntelun ($p=0.006$), yhteistyön hoitajien kanssa ($p=0.019$), mielipiteiden huomioimisen ($p=0.004$), tiedon riittävyyden ($p=0.005$) ja yleensä ohjauksen ($p=0.001$). Vuoden 2009 otoksessa korkeasti koulutetut potilaat arvioivat saamaansa ohjausta itsehoitoon ($p=0.009$) ja hoitoa koskevissa asioissa ($p=0.017$) riittämättömäksi. He arvioivat, että eivät saaneet kaikilta hoitoon osallistuvilta yhdenmukaista tietoa ($p=0.026$) eivätkä voineet keskustella hoitajien kanssa riittävästi ($p=0.005$), kotihoito-ohjeet eivät olleet selkeitä ($p=0.000$) eivätkä olleet saaneet neuvoja, mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa ($p=0.029$) (Taulukko 24).

Taulukko 24. Vastanneiden potilaiden arvio saamastaan ohjauksesta 2008 ja 2009 (%)

Vastanneista potilaista	2008	2009
- arvioi, että heidän hoitajilta/ fysioterapeuteilta saamansa tieto oli ymmärrettävää	80 %	81 %
- koki, että oli mahdollisuus kysyä hoitajilta/ fysioterapeuteilta epäselväksi jääneitä asioita	89 %	90 %
- koki, että hoitajat/ fysioterapeutit kuuntelivat heitä ja heidän huoliaan	90 %	82 %
- arvioi, että yhteistyö oli hyvää tai melko hyvää hoitajien/ fysioterapeuttien kanssa	92 %	95 %
- arvioi, että kirjalliset ohjeet olivat hyviä	86 %	92 %

Noin puolet vastanneista arvioi hoitajan tai fysioterapeutin huomioineen ohjaustarpeen kiittävästi (arvosana 9 - 10) sekä ennen ja jälkeen mittauksen. Vastaavasti noin 10 % vastanneista arvioi ohjaustarpeen huomioinnin heikoksi (arvosana 4 - 6). Yli puolet vastanneista arvioi ohjauksen riittävyyden kiitettäväksi ja noin 10 % heikoksi samoin ennen ja jälkeen mittauk-

sen. Yli 60 % vastanneista arvioi ohjauksen ymmärrettävyyden ja hyödyllisyyden kiitettäväksi ja alle 10 % heikoksi. Ennen ja jälkeen mittauksen ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.

Yksilöllinen ohjaus

Ennen valmennusohjelmaa naiset olivat kokeneet saaneensa yksilöllistä ohjausta vähemmän kuin miehet ($p=0,027$). Myös valmennusohjelman jälkeisessä mittauksessa naiset arvioivat, että hoitajat eivät kuunnelleet heidän huoliaan ($p=0.052$). Potilaista yli puolet oli samaa mieltä väittämästä ”hoitajat kysyivät tottumuksiani”. Hoitajat eivät huomioineet potilaiden (11 %) mielestä sairauden vaikutusta mielialaan ja 13 % potilaista arvioi että hoitajat eivät keskustelleet heidän kansaan sairauden aiheuttamista tuntemuksista. Melkein kaksi kolmasosaa potilaista arvioi, että hoitajilla oli aikaa perehtyä heidän asioihinsa ja yli puolen mielestä myös keskustella asioista. Palautetta oli kysytty noin puolelta potilaista. Viidesosalta ei ollut kysytty palautetta hoidosta lainkaan. Jatkohoitoon liittyvät asiat oli huomioitu neljän viidesosan mielestä hyvin ja hoitoon osallistuminen kahden kolmasosan mielestä: he olivat saaneet selkeät kotihoito-ohjeet, tietoa, mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa ja voineet suunnitella kotiutumista hoitajan kanssa.

Jatkohoitoon liittyvä ohjaus

Summamuuttujalla ”jatkohoitoon liittyvä ohjaus” oli eroa potilaiden iän suhteen ($p=0.037$). Nuoret 15 - 25 ja 36 - 45 olivat kokeneet jatkohoitoon liittyvän ohjauksen heikommaksi. Opiskelijat arvioivat saaneensa heikoimmin ohjausta jatkohoitoon liittyvissä asioissa ($p=0.005$). Opiskelijoilta ei myöskään kysytty palautetta hoidosta ($p=0.015$). Myös valmennusohjelman jälkeen tehdyssä mittauksessa nuoret arvioivat saamaansa tietoa sairaudesta ja hoidosta huonommaksi kuin iäkkäät henkilöt ($p=0.023$). Nuoret kokivat myös, etteivät hoitajat kuunnelleet heitä riittävästi ($p=0.052$). Potilaiden ikä oli yhteydessä jatkohoitoasioiden suunnittelussa, järjestelyssä ja kotihoito-ohjeiden saamisessa. Nuorten ja iäkkäiden (15 - 25 ja 76 - 85 -vuotiaiden) mielestä hoitajat eivät suunnitelleet kotiutumista ja jatkohoittoa riittävästi heidän kanssaan. Keski-ikäiset potilaat (56 - 65 -vuotiaat) arvioivat päässeensä riittävästi mukaan suunnitteluun ($p=0.001$). Vastaajista 26 - 35 ja 36 - 45 -vuotiaat arvioivat, etteivät tienneet jatkohoidon järjestämisestä riittävästi ($p=0.005$) tai saaneet selkeitä kotihoito-ohjeita ($p=0.047$). Valmennusohjelman (2009) jälkeen ei ollut eroa ikäryhmittäin jatkohoidon ohjauksessa.

Selviytyminen ohjauksen turvin kotona

Noin puolet vastanneista koki saaneensa riittävästi ohjeita arkielämään ja noin viidesosa koki, ettei ollut saanut hoitajilta mitään ohjausta. Noin viidesosa potilaista oli saanut riittämättömästi ohjausta sairauden vaikutuksesta työhön ja harrastuksiin. Sairauden vaikutuksesta mielialaan oli saanut tukea riittämättömästi 26 % vastaajista. Liikkumiseen ja ravitsemukseen liittyviin ohjeisiin oli tyytyväisiä yli puolet potilaista. Kipujen hoitoon saamiinsa ohjeisiin oli tyytyväisiä 85 % potilaista. Potilaat olisivat halunneet lisää ohjausta itsehoitoon liittyen, sairaudesta yleensä, rohkaisua, inhimillistä kohtelua ja lääkehoito-ohjausta. Hoitoa koskevista asioista tunsivat itsensä epävarmaksi 11 %. Arkielämä sairaalasta kotiutumisen jälkeen oli tuntunut vieraalta tai oudolta 10 %:n mielestä. Neljä viidestä potilaasta oli kiinnostunut käyttämään hoitajilta saamia ohjeita hoidossa. Viidesosa vastaajista oli tuntenut itsensä uupuneeksi sairaalahoidon jälkeen. Sekä suullista ohjausta että kirjalliset ohjeet oli saanut 86 % potilaista. Hoitotoimenpiteitä oli harjoitellut hoitajan kanssa kolmasosa potilaista. Erilaisia havaintovälineitä esim. videoita oli käytetty 11 %:ssa ohjauksessa. Hoitajilta ei ollut saanut mitään ohjausta melkein neljäsosa potilaista.

Summamuuttuinaan ”selviytyminen kotona ohjauksen turvin” oli yhteydessä potilaiden terveydentilaan ennen ja jälkeen hoidon. Potilaat, joilla oli ennen hoitoa huono terveydentila kokivat selviytyvänsä huonommin kuin muut ($p=0.007$). Myös ne potilaat, joilla oli huono terveydentila hoidon jälkeen, selviytyivät heikommin ($p=0.000$). Samoin terveydentila vaikutti siihen, miten potilaat kokivat yksilöllisyyden ohjauksessa ($p=0.006$). Potilaat, joilla oli huono terveydentila hoidon jälkeen, kokivat yksilöllisyyden heikommaksi kuin muut. Myös valmennusohjelman jälkeen tehdyssä mittauksessa hoidon jälkeen huonokuntoiset potilaat arvioivat selvinneensä kotona heikommin kuin parempikuntoiset ohjauksen turvin ($p=0.001$).

Pohdinta

Mittarin validiteettia pyrittiin parantamaan tutustumalla huolellisesti potilasohjausta käsittelevään kirjallisuuteen ja aiheesta tehtyihin tutkimuksiin sekä esitestauksella. Esitestauksen perusteella korjattiin joitakin väittämiä. Potilaskyselyn mittareiden validiteettia ja reliabiliteettia oli testattu aikaisemmissa tutkimuksissa (Kalasniemi ym. 2002, Ryhänen 2006). Tässä raportoidut tulokset potilasohjauksesta olivat samansuuntaisia aikaisempien tutkimuksiin verrattuna. Tämän tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää, mutta niitä voidaan pitää suuntaa antavina

kuvauksina potilaiden tyytyväisyydestä potilasohjaukseen. Valmennusohjelmaan sitoutumisen ja hoitotyön johdon puute vaikeuttivat tutkimusasetelman mukaista toteuttamista muiden luotettavuutta heikentävien tekijöiden lisäksi.

Tämän tutkimuksen mukaan potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Tulos on samansuuntainen aikaisempien tutkimusten kanssa (Johansson ym. 2003, Kääriäinen 2007, McCabe 2004, Mäenpää 2007). Tyytyväisyydessä ennen ja jälkeen valmennusohjelman ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa, mutta taustamuuttujien suhteen löytyi samansuuntaiset erot ohjaustarpeessa. Tässä tutkimuksessa ei ollut eroa miesten ja naisten ohjaustarpeissa. Eroja löytyi iän ja koulutuksen suhteen. Opiskelijat ja nuoret potilaat arvioivat saaneensa heikoimmin ohjausta jatkohoitoon liittyvissä asioissa ja kotihoitoon. Korkeakoulututkinnon suorittaneet potilaat kokivat, etteivät heidän omaisensa saaneet riittävästi ohjausta ja he toivoivat myös parempaa ohjausta ja kirjallista materiaalia. Lisäksi eroja löytyi niiden potilaiden suhteen, jotka arvioivat terveydentilansa kohtalaiseksi tai huonoksi ennen hoitoa tai hoidon jälkeen. Erityisesti ne potilaat, jotka kokivat hoidon jälkeen terveydentilansa huonoksi, arvioivat saamansa ohjauksen riittämättömäksi ja huonoksi. Potilaat, joilla oli ennen hoitoa huono terveydentila kokivat selviytyvänsä huonommin kuin muut.

Yleensä potilaat olisivat halunneet lisää ohjausta itsehoitoon liittyen, sairaudesta yleensä, rohkaisua ja inhimillistä kohtelua ja lääkehoito-ohjausta. Potilaat ja omaiset odottavat henkilökunnalta tiedon lisäksi myös emotionaalista tukea ja apua konkreettisten asioiden järjestämisessä (Hopia ym. 2004, Kyngäs ym. 2004). Turvallisuuden tunteen lisääminen on ohjauksessa tärkeä tavoite. Ohjauksella voidaan vähentää pelkoa ja ahdistusta toimenpiteitä kohtaan. Tässä tutkimuksessa yli puolelta potilaista oli kysytty heidän tavoistaan ja tottumuksistaan. Noin kymmenesosa potilaista arvioi, etteivät hoitajat huomioineet sairauden vaikutusta mielialaan eivätkä keskustellet sairauden aiheuttamista tuntemuksista.

Kyselylomakkeen parhaista osista laadittiin verkkokysely (Liite 7), jolla voidaan saada tietoa potilaiden selviytymistä kotona ohjauksen turvin. Kehitettyä verkkokyselyä voidaan käyttää potilasohjauksen vaikutuksien ja koulutustarpeen tunnistamiseen. Kyselyn ongelmana on, ettei potilailta voi odottaa, että tunnistaisivat, mikä on hoitajan antama ohjausta erotuksena yleensä ammattilaisilta saadusta ohjauksesta. Kohtelun laatu myös vaikuttaa kokemukseen saadusta ohjauksesta ja sen tuloksellisuudesta. Potilasohjauksen vaikuttavuuden tutkimusta tarvitaan edelleen lisää. Myös potilasohjauksen kyselymittaria on vielä kehitettävä.

Tuloksen perusteella:

- Hoitajien ja fysioterapeuttien tulee kiinnittää huomiota yksilölliseen ohjaukseen ja selvittää potilaan ohjaustarve. Rutiininomainen ohjaus ei anna potilaalle riittäviä valmiuksia selviytyä kotona eikä siten ole vaikuttavaa.
- Huonokuntoiseksi itsensä kokevien iäkkäiden potilaiden ohjaukseen tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Asiaa voitaisiin parantaa myös ottamalla omaiset nykyistä paremmin mukaan ohjaustilanteeseen.
- Myös korkeasti koulutettujen ja nuorten ohjausta tulisi kehittää.

Kirjallisuutta

Burns, N. & Grove, S. 1997. The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization. Third edition. Philadelphia: W. B. Saunders.

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. 1994. Nursing research. Methods, critical appraisal and utilization. 3. p. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book, 313-343.

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. 7-8. uud. p. Edition. Edita. Helsinki.

Heikkinen, K., Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisessa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä v. 1990-2003. Hoitotiede 18 (3), 120-130.

Henderson, A. 2006. Boundaries around the “well-informed” patient: the contribution of Schutz to inform nurses’ interactions. Journal of Clinical Nursing 15, 4-10.

Hopia, H., Rantanen, A., Mattila, E., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Kirurgisen potilaan omaisen ja henkilökunnan vuorovaikutus sairaalassa. Tutkiva Hoitotyö2 (4), 24- 29.

Hölttä, R., Hupli, M. & Salanterä, S. 2000. Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksessa olleiden potilaiden oppimistarpeet. Hoitotiede 14(1), 11-18.

Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede 19(2), 51-62.

Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Lehtikunnas, T., Ahonen, P., Elomaa, L. & Salmela, M. 2003. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient’s perspective. Patient Education & Counseling 51(3), 239-45.

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

Kyngäs, H., Mäkeläinen, P. & Kukkurainen, M. 2004. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. Hoitotiede 16(5), 225-234.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 937. Oulun yliopisto, Oulun yliopistollinen sairaala. Oulu 2007.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Hoitotiede 17(4), 208-216.

McCabe, C. 2004. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. Journal of clinical nursing 13, 41-49.

Mäenpää, P. 2007. Potilaslähtöisen ohjausprosessin toteutuminen potilaan arvioimana. Pro gradu tutkielma Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Ryhänen, A. 2006. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä – seurantatutkimus. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja Joensuu.

Simons, J. & Robertson, E. 2002. Poor communication and knowledge deficits: obstacles to effective management of children's postoperative pain. Journal of Advanced Nursing 40(1), 78-86.

Skilbeck, J. & Payne, S. 2002. Emotional support and the role of Clinical nurse specialists in palliative. Journal of Advanced Nursing 43 (5), 521-530.

Stenman, P. & Toljamo, M. 2002. Astmapotilaan ohjaus ja hoitoon sitoutuminen astmaa sairastavien arvioimana. Hoitotiede 14(1), 19-25.

Wilkinson, S., Gambles, M. & Roberts, A. 2002. The essence of cancer care: the impact of training on nurses' ability to communicate effectively. Journal of Advanced Nursing 40 (6), 731-738.

Virtanen, H., Johansson, K., Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Rankinen, S. & Salanterä, S. 2007. Kirurgisen potilaan oppimistarpeet - katsaus oppimistarpeita arvioiviin mittareihin. Hoitotiede, 19(1), 33-48.

Visser, A. & van Andel, G. 2003. Psychological and educational aspects in prostate cancer patients. Patient Education and Counseling, 49, 203–206.

Vivar, CC. & McQueen, A. 2005. Informal and emotional needs of longterm survivors of breast cancer. Journal of Advanced Nursing. 2005. 51(5), 520-528.

10 POTILASKYSELYN TULOKSET: LASTEN VANHEMMAT JA NUORET

Leena Kuivalainen

Potilasohjaus vaikuttavammaksi PKSSK:ssa -hankkeessa aikuisille tarkoitettu kyselylomake (Liite 6) oli muokattu erikseen nuoria ja lasten vanhempia tai huoltajia varten. Nuorilta (13 - 18 vuotta) itseltään oli tarkoitus kysyä heidän saamastaan ohjauksesta. Nuorille lähetettiin alle kymmenen kyselylomaketta, mutta ei saatu yhtään kyselylomaketta takaisin. Lasten vanhemmille tarkoitettuja kyselylomakkeita käytettiin lastenosastoilla ja lastenpoliklinikalla. Ennen valmennusohjelmaa vuonna 2008 lasten vanhemmille lähetettiin 19 lomaketta, joista palautui 12 (63 %). Vuonna 2009 tehdyssä mittauksessa vastauksia saatiin neljä. Vastausten vähäisyyden takia tulokset ilmoitetaan vain suorina jakaumina eikä tuloksen perusteella voida tehdä muita päätelmiä. Epäselväksi jäi nuorten ja vanhempien vähäisen vastaamisen syyt.

Tulokset

Vuonna 2008 lasten kyselyyn vastasi 12 äitiä ja vuonna 2009 neljä äitiä. Heidän vastausten perusteella lapsipotilaista oli tyttöjä (33 %) ja poikia (67 %). Lasten ikä vaihteli muutamasta päivästä 11 vuoteen. Lapsista alle vuoden vanhoja oli 25 % ja 10 - 11 -vuotiaita 33 %. Lasten teho-osastolla oli 25 % lapsista hoidossa ja 67 % lasten osastolla. Poliklinikalla oli hoidossa yksi lapsi. Syinä sairaalassaoloon oli äkillinen hoidettavissa oleva sairaus (42 %) ja pitkäaikainen toistuva vaiva (42 %). Puolet lapsista oli joutunut sairaalaan päivystyspotilaana. Lasten terveydentila vanhemman arvioimana ennen hoitoa ja hoidon jälkeen on esitetty Taulukossa 25.

Taulukko 25. Lapsen terveydentila ennen ja jälkeen hoidon 2008 (fr, %)

Terveydentila ennen hoitoa	Fr	%	Terveydentila hoidon jälkeen	Fr	%
Hyvä	2	17	Hyvä	7	58
Melko hyvä	1	8	Melko hyvä	3	25
Kohtalainen	4	33	Kohtalainen	2	17
Melko huono	3	25	Melko huono	0	0
Huono	2	17	Huono	0	0

n=12

Vanhemmat olivat saaneet ohjausta lapsen sairauteen liittyvissä asioissa sekä lääkäriltä että hoitajalta (58 %). 24 % vanhemmista oli saanut hoito-ohjeet myös kirjallisesti. Internetistä oli hakenut lisätietoa 24 % vanhemmista.

Epäselvistä asioista oli ollut 17 % vanhemmista mahdollisuus keskustella. Saamaansa tietoa arvioi riittäväksi 77 % vanhemmista. Puolet vanhemmista oli voinut harjoitella hoitajan kanssa hoitotoimenpiteitä. Kaksi kolmasosaa oli saanut riittävästi ohjausta arkielämään liittyvissä asioissa: kotona selviytymisessä, liikunnassa, leikeistä, hygieniasta, ravitsemuksesta, kipujen hoidosta, ulkoilusta, harrastuksista ja kehittymiseen liittyvistä asioista.

Vanhemmista 17 % mielestä hoitajat eivät huomioineet heidän mielipiteitään lapsen hoidossa. Yli puolet vanhemmista koki, etteivät voineet osallistua jatkohoitoon liittyvien asioiden suunnitteluun. 75 % oli samaa mieltä väittämästä, ”*tiesin, miten lapseni jatkohoito oli järjestetty*”. Selkeät kotihoito-ohjeet oli saanut yli neljä viidesosaa vanhemmista ja 25 % vastaajista koki saamansa ohjauksen puutteellisenä. Heillä ei ollut tietoa, mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. Palautetta oli kysytty kahdelta kolmasosalta vanhemmista. Vanhemmista 17 % mielestä hoitajien antamat ohjeet eivät olleet auttaneet heitä lapsensa hoitamisessa. Kaksi kolmasosaa vanhemmista tunsivat itsensä varmaksi lapsen hoitoa koskevissa asioissa ja arvioivat tietonsa lapsensa hoidosta riittäväksi. Kaikki vastaajat olivat kiinnostuneita hoitamaan lastaan sairaalasta saamiensa ohjeiden mukaan. Vastaajista 17 % oli joutunut ottamaan yhteyttä lapsen kotiin pääsyn jälkeen epäselvissä asioissa. Epäselväksi oli jäänyt lapsen ”sairauden luonneohimenevä vai vakava sairaus”. Toivottiin myös yksilöllistä ohjausta ja parempaa kohtelua ja hygieniatasoa osastolla.

Johtopäätökset

- Vastanneet vanhemmat kokivat saaneensa melko hyvin ohjausta. Puutteellisinta oli ohjaus, mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa.
- Vastanneet vanhemmat olivat kiinnostuneita hoitamaan lastaan saamiensa ohjeiden mukaan, mutta eivät kaikilta osin saaneet tarvitsemaansa ohjausta kotona selviytyäkseen.
- Lisää tutkimusta tarvitaan lasten vanhempien ja nuorten saamasta ohjauksesta.

11 OHJAUSKIRJAAMISEN SISÄLTÖ 2008 – SISÄLLÖN ANALYYSI

Arja Kaila

Tässä osaraportissa kuvataan, minkälainen oli ohjauskirjaamisen sisältö laadullisesti ennen valmennusohjelman alkua. Saatua tietoa hyödynnettiin myös hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin laatimisessa. Hoitotyön kirjaamisen laatua voidaan tarkastella hoitotyön kirjauksia analysoimalla (Häyrinen ym. 2008, DeMarinis ym. 2010, Rajalahti & Saranto 2011, Saranto & Kinnunen 2009). Joiltain osin se voi myös antaa viitteitä itse hoitotyön laadusta. Sisällön analyysiä varten kerättiin valmennusohjelmaan osallistuvien hoitajien ja fysioterapeuttien ohjauskirjaukset kahden viikon ajalta. Valmennettavat poistivat kirjauksista omat ja potilaan tunnistetiedot.

Aineisto ja menetelmät

Ohjauskirjauksia saatiin 143 kpl, joista 55 % sähköisesti tehtyjä. Koottu aineisto luettiin läpi ja ilmiötä kuvaavia tekstinosia, lauseita tai sen osia haettiin aineistosta. Aineisto pelkistettiin siten, että olennainen sisältö säilyi. Sen jälkeen tiivistetyt ilmaukset ryhmiteltiin erilliselle listalle erojen ja yhtäläisyyksien löytämiseksi. Ryhmittelyssä yhdistettiin samankaltaiset asiat samaan luokkaan. Analyysia jatkettiin yhdistämällä samansisältöiset luokat toisiinsa muodostaen yläluokkia, kategorioita (Elo & Kyngäs 2008, Kylmä & Juvakka 2007, Kylmä ym. 2008, Kyngäs ym. 2011, Sandelowski 2004, 2008). Analyysistä esitetään esimerkki Taulukossa 26.

Tulokset

Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä löytyi kuusi kategoriaa: tarve, tavoite, toteutus, tulos, vuorovaikutus ja orientaatio. Tarve, tavoite, toteutus ja tulos kuvasivat hoitotyön päätöksentekoprosessin mukaan etenevää kirjaamista ja vuorovaikutus ja orientaatio yksilöllistä kirjaamista (Taulukko 27).

Taulukko 26. Esimerkki aineistolähtöisestä analyysistä

Esimerkkejä potilasohjauksen kirjaamisista	Alakategoria	Kategoria
<i>Kokee vointinsa jo niin, että pärjäisi kotiolloissa tyttären luona. Ei haluaisi terveyskeskukseen. Kiinnostunut asiasta, asiaahan tuli melko paljon kerrallaan, sovittu, että kyselee nyt tai myöhemmin voi ottaa yhteyttä osastolle</i>	Pärjääminen kotona ohjauksen turvin	Ohjaamisen tulos
<i>Kotihoito-ohjeet käyty yhdessä läpi ja tuntunut ymmärtäneen</i>	Ohjauksen ymmärtäminen ja vastaanottaminen	
<i>Valvottuna pistänyt insuliinin hyvin</i>	Osaaminen ja tietäminen	
<i>Äiti kertoi myös tunnistavansa jo alhaisen verensokerin merkkejä</i>	(itsestä huolenpito/ itsehoito	
<i>Tyytyväinen ohjaukseen</i>	Tyytyväisyys	
<i>Kotihoito-ohjeet annettu suullisesti ja kirjallisesti</i> <i>Kontrolliaika annettu</i> <i>Preoperatiivinen ohjaus ok</i> <i>Osastolle ei sovittuja aikoja</i> <i>Kipulääkitys ohjattu</i> <i>Kotiutui taksilla</i>	Ohjaus suoritettu ja jatko-hoito järjestetty	

Kirjauksissa ohjauksen tarve oli ilmaistu kipuna, ongelmina fyysisissä ja psykososiaalisissa tarpeissa, tiedon puutteena sairauden hoidosta tai motivaation puutteena. Tarvetta oli kuvattu sekä potilaan näkökulmasta *"kipu, ongelmana ummetus, hankalin vaiva kurkkuoireet lääkityksen alettua, virtsanlähtöongelmat, muisti huono, peloissaan vieraassa paikassa, vähän liikkuu"* että hoitajan tekemisen näkökulmasta *"tiedon tarve toimenpiteestä, jatkohoidosta, kontrolliajasta"*.

Tavoite oli kirjattu potilaan oireiden helpottumisena, potilaan toipumisena ja kotiutumisena, potilaan osaamisen lisääntymisenä, potilaan tiedon ja ymmärryksen lisääntymisenä sekä hoitajan toimintana. Tavoitteita oli ilmaistu potilaslähtöisesti *"on mahdollisimman kivuton, tietää jatkohoitoon liittyvät asiat, hengenahdistus helpottuu"* ja hoitajan käyttämien auttamismenetelmien näkökulmasta *"motivointi itsehoitoon, polvijumppa, kotihoito, jatkohoito"*. Hoitajalähtöisessä tavoitteessa korostettiin, että potilas saa hoidon esim. polvijumpan tai jatkohoidon eikä sitä, mihin potilaan yksilölliseen tavoitteeseen polvijumpalla tai jatkohoidolla pyritään.

Ohjauksen toteutuksena oli kirjattu yksilöohjaus, neuvontakeskustelu *"epilepsiaohjaus annettu ja kerrottu infektion oireista, kerrottu, miten asiat etenevät, puhuttu sairauden sosiaalisesta merkityksestä"*, kirjallisten ohjeiden antaminen *"haavanhoito-ohjeen saanut, infektioiden seuranta ohje annettu, nitro-ohje mukaan, jumppaohje kirjallisena annettu, sai epilepsia esit-*

teen”, harjoitukset ja demonstraatio ”pistosopetus annettu, liikeharjoitukset tehty, avansidoksen vaihdon harjoittelu”, moniammatillinen ohjaus ”kerrottu syöpäyhdistyksen toiminnasta, sosiaalityöntekijä ohjannut vakuutusasiat” sekä muiden kuin potilaan ohjaus ”lapsen vanhempien ohjaus, opettajan ohjaus diabetes potilaan seurannassa.”

Taulukko 27. Ohjauskirjaamisen sisältö

Alakategoriat	Kategoriat
kipu ongelmana ongelmat fyysisissä tarpeissa ongelmat psykososiaalisissa tarpeissa tiedon puute sairauden hoidosta motivaation puute	Ohjaamisen tarve
potilaan oireiden helpottuminen potilaan toipuminen ja kotiutuminen potilaan osaamisen lisääntyminen potilaan tiedon ja ymmärryksen lisääntyminen hoitajan toiminnan tavoite	Ohjaamisen tavoite
neuvontakeskustelu kirjallisten ohjeiden antaminen harjoitukset ja demonstraatiot moniammatillinen ohjaus muiden kuin potilaan ohjaus	Ohjaamisen toteutus
pärjääminen kotona ohjauksen turvin ohjauksen ymmärtäminen ja vastaanottaminen kiinnostus itsensä hoitamiseen tyytyväisyys ohjaukseen ohjaus suoritettu ja jatkoahoito järjestetty hoitajan toimintana	Ohjaamisen tulos
lääkehoidon ohjaus tiedon antaminen lääkehoidosta tiedon antaminen sairaudesta tiedon antaminen oireista tiedon antaminen hoidosta motivointi ja sitouttaminen noudattamaan annettuja ohjeita	sairausorientoitunut ohjaaminen
sairauden yksilöllisen merkityksen pohtiminen ja potilaan/ perheen ehdoilla hoitoon osallistuminen perheen arjen sujumisen tukeminen	potilas- ja perhe- orientoitunut ohjaaminen
potilaalle kertominen kehottaminen toimimaan muistuttaminen	rutiininomainen hoitajalähtöinen ohjaus
neuvottelemine yhdessä pohtiminen, tekeminen, sopiminen ja arvioiminen yksilöllinen tukeminen	vastavuoroinen potilaslähtöinen ohjaus
	Orientaatio ohjauksen toteutuksessa
	Vuorovaikutus ohjauksessa

Ohjaamisen tulos oli kuvattu pärjäämisenä kotona *”kokee pärjäävänsä kotona, kyselty lisää tietoja, pelkää pistämistä”*, ohjauksen ymmärtämisenä ja vastaanottamisena *”vaikutti ymmärtävän ohjauksen”*, itsensä hoitamisen tietämisenä ja osaamisena *”tietää, mihin olla yhteydessä, jos kysyttävää...”, kokee pärjäävänsä näillä tiedoilla ennen operaatiota* ja tyytyväisyytenä. Ohjaamisen tulosta oli kirjattu myös hoitajan tekemisenä *”ohjaus suoritettu, kontrolliaika annettu, kotiutui taksilla”*.

Vuorovaikutus ohjauksessa ilmeni kirjauksissa rutiininomaisena hoitajalähtöisenä ohjauksena *”kotihoito-ohjeet kerrottu, kehotettu seuraamaan tilannetta, kehotettu lukemaan lehtisiä ja kysymään, jos kysyttävää”* sekä vastavuoroisena potilaslähtöisenä ohjauksena *”saanut kotihoito-ohjeet, joita käyty yhdessä läpi, vanhempien kanssa keskusteltu epilepsia-videon ja omien kokemusten pohjalta, sovittu potilaan kanssa, että seuraava sidosvaihdos tehdään yhdessä, painotettu, että voivat soittaa milloin vain, ei pidä jäädä yksin pohtimaan asioita”*.

Ohjauksen sisältö oli orientoitunut sairauteen tai potilaaseen ja perheeseen. Sairausorientoituneessa ohjauksessa kirjaaminen painottui lääkehoidon ohjaukseen, tiedon antamiseen lääkehoidosta, sairaudesta, sen oireista ja hoidosta *”kerrottu sairauden insidenssistä, kerrottu oireista, diabetes-ohjaus annettu, suoliston tyhjentäminen, tutkimuksista ohjattu ja anestesiasta kerrottu”* sekä motivointiin ja hoitoon sitouttamiseen *”vähän liikkuu, enimmäkseen makuulla vuoteessa, enemmän liikkeelle”*. Potilas- ja perheorientoitunut ohjaus painotti sairauden lisäksi potilaan yksilöllistä kokemusta sairaudestaan ja potilaan tai perheen ehdoilla hoitoon osallistumista heidän elämäntilanne ja voimavarat huomioiden *”pohditaan sairauden merkitystä, innokkaasti suhtautuu asiaan ja on halukas tekemään itse”* sekä perheen arjen sujumisen tukemista *”rintaruokinnan ohjaus äidille, kokee vointinsa jo niin, että pärjäisi kotioloissa tyttären luona, ... kohtaukset tulleet kuumeen aikana, jolloin vanhemmat osaavat jo varautua...”*

Potilasohjauksen kirjaamisen sisällön tarkastelu

Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä on tutkijan sensitiivisyydestä johtuvia virhelähteitä paljon. Ohjauskirjaamisaineisto oli irrotettu hoitokertomuksesta. Prosessin hahmottamiseksi olisi ollut parempi, jos aineistona olisi ollut koko hoitokertomus. Myös ohjauskirjaaminen itsessään oli toteavaa ja yleisellä tasolla eikä seurannut hoitotyön päätöksentekoprosessin vai-

heita, jolloin se jäi irralliseksi ja hajanaiseksi vaikeuttaen tuloksen tulkintaa. (Elo & Kyngäs 2008, Kyngäs ym. 2011, Sandelowski 2004, 2008).

Tämän tutkimuksen mukaan potilasohjausta kirjattiin määrällisesti vähän ja siinä korostui rutiiniomainen kaikille samanlaisen tiedon antaminen ”kerrottu”, ”annettu ohje”, ”keskusteltu” tai ”pohdittu”. Ohjauskirjaaminen oli laadultaan toteavaa. Maininnat ohjauksesta olivat usein hoitajalähtöisiä lyhyitä hoitajien tehtävien kuvauksia, esimerkiksi ”ohjaus annettu, apuvälineillä liikkuminen ohjattu”. Ohjauskirjaaminen keskittyi fyysisiin tarpeisiin, sairauteen, hoitajan tekemiseen ja vähän potilaaseen ja perheeseen. Potilaan hoidon kirjaamisessa parhaiten kirjatut alueet ovat lääkehoito ja vitaalielintoiminnot. Ohjauskirjaamisessa vähälle huomiolle jäivät potilaan yksilöllinen rohkaiseminen (encouraging and motivating), tukeminen (psychosocial support) tai voimavaraistaminen (empowerment). Nämä tulokset vastaavat lukuisia aikaisempia tutkimustuloksia (Bergh ym. 2007, Eloranta ym. 2014, Friberg ym. 2006, Jefferies ym. 2010, Kärkkäinen ym. 2005, Laitinen ym. 2010, Paans ym. 2011, Wang ym. 2011). Sen lisäksi, että kirjaaminen painottui hoitajan tekemisen kirjaamiseen ja vähemmän potilaslähtöiseen tavoitteelliseen kirjaamiseen, niin kirjaamisesta välittyi hoitajan vallankäyttö ”kehotettu noudattamaan ohjeita, muistutettu tekemään ohjeen mukaan”. Hoitaja oli tietävä osapuoli, joka määritteli, miten paljon ja mitä ohjausta annettiin. Kertooko tämä tulos hoitotyön suunnan muuttumisesta tehokkuuden kustannuksella - perustehtävän hämärtymisestä?

Kirjallisuutta

Bergh, AL., Bergh, CH. & Friberg, F. 2007. How do nurses record pedagogical activities? Nurses' documentation in patient records in a cardiac rehabilitation unit for patients who have undergone coronary artery bypass surgery. *Journal of Clinical Nursing* 16, 1898-1907.

De Marinis, MG., Piredda, M., Pascarella, MC., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglino, D., Alvaro, R. & Matarese, M. 2010. 'If it is not recorded, it has not been done!?' consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing* 19, 1544-1552.

Ehrenberg, A., Ehnfors, M. & Ekman, I. 2004. Older patients with chronic heart failure within Swedish community health care: a record review of nursing assessments and interventions. *Journal of Clinical Nursing* 13, 90-96.

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

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

- Friberg, F., Bergh, AL. & Lepp, M. 2006. In search of details of patient teaching in nursing documentation--an analysis of patient records in a medical ward in Sweden. *Journal of Clinical Nursing* 15, 1550-1558.
- Häyrynen, K., Saranto, K. & Nykänen, P. 2008. Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature. *International Journal of Medical Informatics* 77, 291-304.
- Jefferies, D., Johnson, M. & Griffiths, R. 2010. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice* 16, 112-124.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Edita Prima Oy. Helsinki
- Kylmä, J., Rissanen, M-L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällön analyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. *Tutkiva Hoitotyö* 6(2), 23-29.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23(2), 138-148.
- Kärkkäinen, O., Bondas, T. & Eriksson, K. 2005. Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics* 12, 123-132.
- Laitinen, H., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing* 19, 489-497.
- Paans, W., Nieweg, RMB., Cees, PS. & Sermeus, W. 2011. What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing* 20, 2386-2403.
- Rajalahti, E. & Saranto, K. 2011. Tiedonhallinnan osaaminen – haaste hoitotyön koulutukselle ja työelämälle. *Hoitotiede* 23, 243-257.
- Sandelowski, M. 2004. Using qualitative research. *Qualitative Health Research*, 14(10), 1366-1386.
- Sandelowski, M. 2008. Justifying qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 31(3), 193-195.
- Saranto, K. & Kinnunen, UM. 2009. Evaluating nursing documentation - research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 65, 464-476.
- Wang, N., Hailey, D. & Yu, P. 2011. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 67, 1858-1875.

12 OHJAUSKIRJAAMISEN MÄÄRÄ 2008 - 2013

Arja Kaila & Leena Kuivalainen

Tässä osaraportissa kuvataan hoitotyön sähköisen rakenteisen kirjaamisen määrän muutoksia vuosina 2008 - 2013. PKSSK:ssa otettiin ensimmäisenä Suomessa käyttöön hoitotyön sähköinen rakenteinen kirjaaminen osana oheisia projekteja:

- 1999 TERVE-projekti; PKSSK:ssa hoitotyön sähköinen rakenteinen lähete/palaute (Ikonen 2001) ja FinCC luokituksen pilotointi (Ensio 2001),
- 2003 Hoitotyön kirjaamisen strukturoitu malli -osaprojekti valtakunnallisena jatkona edelliselle, jossa PKSSK mukana (Kinnunen 2013),
- 2005-2007 valtakunnallinen HoiDoK –hanke, jossa PKSSK mukana (HoiData 2009),
- 2008-2009 valtakunnallinen HoiData –hanke, jossa PKSSK mukana (HoiData 2009).

PKSSK:ssa pilotoitiin Ension (2001) väitöstutkimuksessa suomentamaa FinCC-luokituskokonaisuutta ja myöhemmin jatkettiin valtakunnallisissa hankkeissa. Näissä hankkeissa kehitettiin edelleen suomalaista FinCC-luokituskokonaisuutta (Finnish Care Classification), joka sisältää Suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTaL), toimintoluokituksen (SHToL) ja tuloksen tilaluokituksen (SHTuL) (HoiData 2009). Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen tapahtuu luokitukselta valittavalla komponentilla, pää- ja alaluokalla, joita täydennetään vapaalla tekstillä. Taulukossa 28 on esitetty eri FinCC luokitusversioiden komponenttimuutokset (Liljammo ym. 2008, 2012).

Aineisto ja menetelmät

Aineisto muodostui kaikista hoitotyön sähköisistä rakenteisista kirjauksista, jotka saatiin potilastietojärjestelmästä tilastoinnin kautta valitulta yhdeltä kuukaudelta. Mukana olivat kaikkien hoitajien sähköiset rakenteiset kirjat, ei vain valmennukseen osallistuneiden, koska se olisi ollut teknisesti mahdotonta. Hoitajien kirjauksilla tarkoitetaan SHTaL- ja SHToL-luokituksella ilmaistua hoidon tarvetta ja hoitotyön toimintaa. Ohjauskirjauksella tarkoitetaan SHTaL- ja SHToL-luokituksella ilmaistua ohjaustarvetta ja hoitotyön ohjaukseen liittyvää toimintaa (komponenttien pää- ja alaluokista poimittuna). Aineisto oli kvantitatiivista ja se analysoitiin käyttäen frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Potilastietojärjestelmänä oli 3/2008 ja 5/2009 HealthNet ja sen jälkeen siirryttiin Mediatri potilastietojärjestelmään (10/2011 ja 10/2013).

Taulukko 28. Komponentit ja niiden muutokset eri FinCC versioissa

Versio ShTaL 1.0a, ShToL 1.2a	Versio ShTal 2.0.1, ShToL 2.0.1	Versio ShTal 3.0, ShToL 3.0
Fyysinen tasapaino		
Aktiviteetti	Aktiviteetti	Aktiviteetti
Erittäminen	Erittäminen	Erittäminen
Selviytyminen	Selviytyminen	Selviytyminen
Nesteytys	Nestetasapaino	Nestetasapaino
Terveyskäyttäytyminen	Terveyskäyttäytyminen	Terveyskäyttäytyminen
Terveyspalvelujen käyttö	Terveyspalvelujen käyttö	Hoidon ja jatkohoidon koordinointi
Lääkehoito	Lääkehoito	Lääkehoito
Ravitsemus	Ravitsemus	Ravitsemus
Hengitys	Hengitys	Hengitys
Kanssakäyminen	Kanssakäyminen	Kanssakäyminen
Turvallisuus	Turvallisuus	Turvallisuus
Itsehoito	Päivittäiset toiminnot	Päivittäiset toiminnot
Psyykkinen tasapaino	Psyykkinen tasapaino	Psyykkinen tasapaino
Aistitoiminta	Aistitoiminta	Aisti- ja neurologiset toiminnot
Kudoseheys	Kudoseheys	Kudoseheys
Jatkohoito	Jatkohoito	
	Elämänkaari	Elämänkaari
	Verenkierto	Verenkierto
	Aineenvaihdunta	Aineenvaihdunta

Maaliskuussa 2008 tehtiin 28120 tarve- ja toimintoluokitusta (ShTal 1.0a, ShTol 1.2a) ja toukokuussa seuraavana vuonna 59556 (ShTal 2.0.1, ShTol 2.0.1). Vuonna 2008 55 % kaikista hoitajien kirjauksista oli sähköisiä ja seuraavana vuonna 75 %. Vuodesta 2010 lähtien PKSSK:ssa kaikki hoitotyön kirjaaminen on ollut sähköistä. Luokituksia (ShTal 2.0.1, ShTol 2.0.1) tehtiin 261401 lokakuussa 2011 ja 316638 lokakuussa 2013.

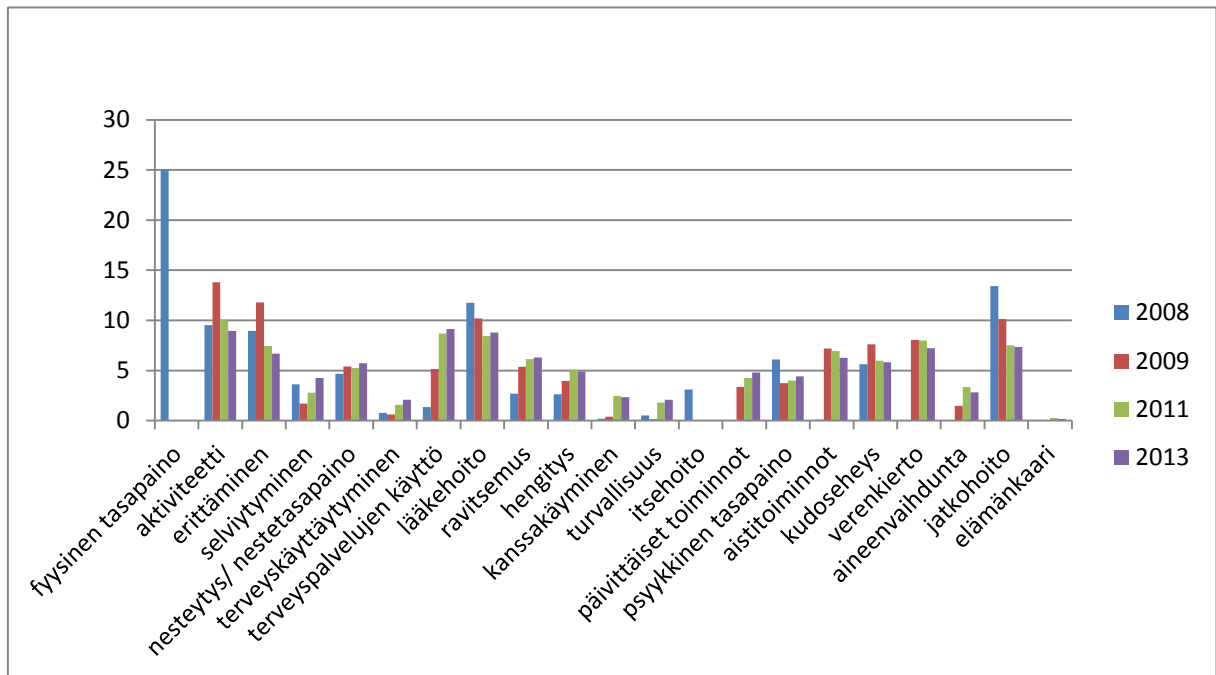
Tulokset

Hoitotyön sähköisen rakenteisen kirjaamisen lisääntymisen myötä myös SHTaL- ja SHToL-luokituksella ilmaistujen hoidon tarpeiden ja hoitotyön toimintojen kirjausten määrä kasvoi tarkastelukaudella 3/2008 - 10/2013 kymmenkertaisesti (Taulukko 29). Vuonna 2008 ylivoimaisesti eniten käytetty komponentti oli fyysinen tasapaino (25 %). Versiopäivityksessä fyysinen tasapaino komponentti poistettiin ja sen jälkeen 2009 - 2013 eniten käytettyjä komponentteja olivat jatkohoito (8 - 13 %) ja lääkehoito (8 - 12 %). Vähiten käytetyt komponentit, kanssakäyminen, terveyskäyttäytyminen ja turvallisuus olivat samoja eri vuosina. Komponenteista noin puolia käytettiin alle 5 % (Kuvio 5).

Taulukko 29. Hoitotyön rakenteisten luokittelujen määrä komponenteittain 3/2008 - 10/2013

Kuu- kausi/ Vuosi	Luokitte- lujen lkm	Eniten käytetyt komponentit	Vähiten käytetyt komponentit
3/2008 1)	28.120	Fyysinen tasapaino 25 % Jatkohoito 13 % Lääkehoito 12 % Aktiviteetti 10 %	Kanssakäyminen 0 % Aistitoiminnot 0 % Terveyskäyttäytyminen 1 % Terveyspalvelujen käyttö 1 % Turvallisuus 1 %
5/2009 2)	59.556	Aktiviteetti 14 % Erittäminen 12 % Jatkohoito 10 % Lääkehoito 10 %	Elämäankaari 0 % Kanssakäyminen 0 % Turvallisuus 0 % Terveyskäyttäytyminen 1 % Aineenvaihdunta 1 %
10/2011 3)	261.401	Aktiviteetti 10 % Terveyspalvelujen käyttö 9 % Lääkehoito 8 % Verenkierto 8 % Jatkohoito 8 %	Elämäankaari 0 % Kanssakäyminen 2 % Turvallisuus 2 % Terveyskäyttäytyminen 2 %
10/2013 3)	316.638	Aktiviteetti 9 % Terveyspalvelujen käyttö 9 % Lääkehoito 9 %	Elämäankaari 0 % Kanssakäyminen 2 % Turvallisuus 2 % Terveyskäyttäytyminen 2 %

- 1) HealthNet, versio ShTal 1.0a, ShTol 1.2a
2) HealthNet, versio ShTal 2.0.1, ShTol 2.0.1
3) Mediatri, versio ShTal 2.0.1, ShTol 2.0.1



Kuvio 5. Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen määrä komponenteittain 3/2008 - 10/2013 (%)

Ohjausluokittelujen osuus tarkastelukaudella 3/2008 - 10/2013 väheni 8 %:sta 7 %:iin (vaihtelu 4,8 - 8 %). Komponentit, joissa oli suhteellisesti eniten ohjausluokitteluja, olivat jatkohoito (22 - 27 %) ja lääkehoito (9 - 27 %) eri vuosina. Vuosina 2008 - 2009 seuraavaksi eniten ohjausluokitteluja oli psyykkinen tasapaino (13 - 21 %) ja selviytyminen (8 - 10 %) –komponenteissa, kun taas vuosina 2011 ja 2013 tilanne oli muuttunut. Tällöin terveyspalvelujen käytössä (12 - 19 %) oli seuraavaksi eniten ohjausluokitteluja. Eri vuosina noin puolet muista komponenteista oli sellaisia, joissa oli alle 1 % ohjausluokitteluja. (Taulukko 30).

Taulukko 30. Ohjausluokittelujen määrä komponenteittain 3/2008-10/2013

Kuukausi/ Vuosi	Ohjausluokittelujen lkm %	Komponentit, joissa eniten ohjausluokitteluja	Komponentit, joissa vähiten ohjausluokitteluja
3/2008 1)	2.321 8,0 %	Jatkohoito 27 % Psyykkinen tasapaino 21 % Fyysinen tasapaino 16 % Lääkehoito 10 % Selviytyminen 10 %	Nesteytys 0 % Terveyskäyttäytyminen 0 % Hengitys 0 % Itsehoito 0 % Aistitoiminnot 0 % Terveyspalvelujen käyttö 1 % Kanssakäyminen 1 % turvallisuus 1 % Kudoseheys 1 %
5/2009 2)	3.672 6,2 %	Jatkohoito 27 % Terveyspalvelujen käyttö 19 % Psyykkinen tasapaino 13 %	Nestetasapaino 0 % Hengitys 0 % Turvallisuus 0 % Aistitoiminnot 0 % Verenkierto 0 % Aineenvaihdunta 0 % Erittäminen 1 % Ravitsemus 1 % Päivittäiset toiminnot 1 %
10/2011 3)	12.599 4,8 %	Lääkehoito 27 % Jatkohoito 23 % Terveyspalvelujen käyttö 19 % Terveyskäyttäytyminen 10 %	Hengitys 0 % Kanssakäyminen 0 % Turvallisuus 0 % Psyykkinen tasapaino 0 % Elämänkaari 0 %
10/2013 3)	22.030 7,0 %	Lääkehoito 23 % Jatkohoito 22 % Terveyspalvelujen käyttö 12 % Aistitoiminnot 10 %	Hengitys 0 % Kanssakäyminen 0 % Turvallisuus 0 % Psyykkinen tasapaino 0 % Elämänkaari 0 %
1)	HealthNet, versio ShTal 1.0a, ShTol 1.2a		
2)	HealthNet, versio ShTal 2.0.1, ShTol 2.0.1		
3)	Mediatri, versio ShTal 2.0.1, ShTol 2.0.1		

FinCC- luokituskokonaisuudessa ei ole alkuperäisen Saban mallin mukaista ryhmittelyä. Saban mallia soveltaen komponentit voidaan jakaa neljään ryhmään:

- terveydentila ja sairauden oireet
- toimintakyky
- terveys ja psykososiaaliset voimavarat
- hoidon ja jatkohoidon koordinaatio

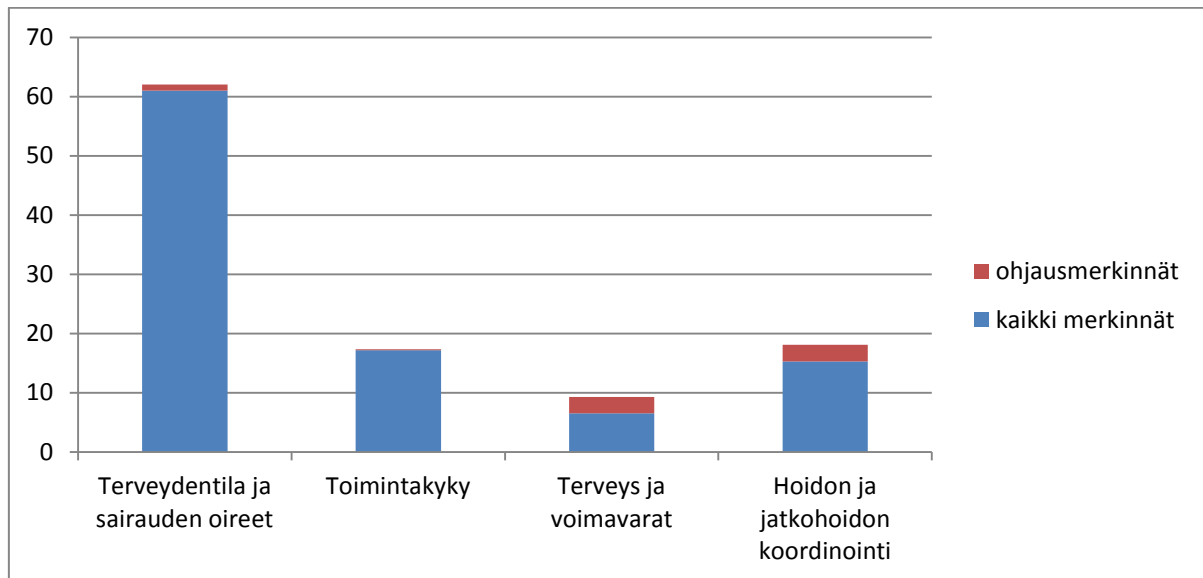
Terveydentila ja sairauden oireet muodostuu kahdeksasta komponentista, toimintakyky kolmesta, terveys ja psykososiaaliset voimavarat viidestä sekä hoidon ja jatkohoidon koordinaatio kahdesta. Tämän ryhmittelyn mukaan vuonna 2009 terveydentila ja sairauden oireet -ryhmä sisälsi eniten luokitteluja (61 %) ja terveys ja psykososiaaliset voimavarat vähiten. Vuosina 2008, 2011, 2013 osuudet olivat lähes samat. Ohjausluokittelujen osuus oli vähäinen kaikissa ryhmissä (Taulukko 31, Kuvio 6).

Taulukko 31. Hoitotyön kirjaaminen ja ajankäyttö komponenttiryhmittäin 2009

	TERVEYDENTILA JA SAIRAUDEN OIREET Lääkehoito Erittäminen Verenkierto Kudoseheys Nestetasapaino Hengitys Aineenvaihdunta Aisti- ja neurologiset toiminnot	TOIMINTAKYKY Aktiviteetti Ravitsemus Päivittäiset toiminnot	TERVEYS JA PSYKOSOSIAALISET VOIMAVARAT Psyykkinen tasapaino Selviytyminen Terveyskäyttäytyminen Turvallisuus Elämäntapa	HOIDON JA JATKOHOIDON KOORDINAATIO Jatkohoito Terveyspalvelujen käyttö
5/2009 luokittelujen määrä (%)	61 %	17 %	7 %	15 %
josta ohjausluokittelujen määrä (%)	1 %	0 %	3 %	3 %
Ajankäyttö (Luku 16) ohjaukseen (%)	46 %	21 %	20 %	13 %
Välitön hoitotyö (Partanen/ ajanseuranta) (%)	44 %	21 %	19 %	16 %

Taulukossa 31 on esitetty komponenttien käytön lisäksi ajankäytön seurannan tilastotietoja. Luvussa 16 esitetään tarkemmin ohjauksen käytetyn ajanseurannan tulokset. Lisäksi Taulukossa 31 esitetään vertailun vuoksi Partanen väitöstutkimuksen mukaan vuonna 2009 PKSSK:ssa tehdyn ajanseurannan tulokset välittömän hoitotyön osalta uudelleen luokiteltuna

komponenttien aihealueita mukaillen. Ohjausluokittelujen määrä ei ole yhdenmukainen hoitajien potilasohjaukseen käyttämän ajan kanssa.



Kuvio 6. Ryhmitellyt komponentit ja ohjauskirjaamisen osuus luokitteluista 5/2009 (%)

Pohdinta

Sähköinen rakenteinen kirjaaminen on tullut jäädäkseen. Sillä on monia etuja ja se tuo mukanaan paljon mahdollisuuksia. Sähköinen rakenteinen kirjaaminen voi hyvin toimiessaan helpottaa ja sujuvoittaa kirjaamista ja tiedon kulkua. Sen avulla voidaan saada tietoa myös näyttöön perustuvan hoitotyön johtamisesta. Kuitenkin tarvitaan myös kehittämistä. Tämän selvityksen mukaan kehitettävää olisi myös komponenttien määrässä, niiden toisensa poissulkevuuksessa ja käytetyn terminologian selkeydessä ja ymmärrettävyydessä. Hoitotyön tarvetta luokitellaan komponenteilla, joiden nimi viittaa hoitotyön toimintoihin kuten lääkehoito ja jatkohoito. Nämä komponentit ovat myös eniten käytettyjä. Toisaalta tietyllä komponentilla voidaan ymmärtää eri asioita ja hoitajalla voi olla vaikeus ymmärtää eri komponenttien eroja esim. aktiviteetti, selviytyminen, itsehoito/päivittäiset toiminnot, terveystalvelujen käyttö ja eritoten eri komponenttien ohjaukseen liittyviä pää- ja alaluokkia. Toisaalta tämä voi olla myös osaamisen ongelma, mutta myös hoitotieteen teorian ja perustutkimuksen haaste. Sähköistä rakenteista dokumentointia voidaan käyttää pelkästään valitsemalla tietty komponentti ilman vapaata tekstiä, jolloin potilaan hoidon kirjaaminen jää yleiselle tasolle. Kehitettävää olisi hoitajien osaamisessa, päätöksentekoprosessin ja komponenttien tuntemisessa ja potilastietojärjestelmän käytön osaamisessa.

Tämän selvityksen mukaan vain muutamaa fyysispainotteista komponenttia käytetään suurimmassa osassa kirjauksissa ja muita komponentteja vähän. Eniten käytetyt komponentit kuuluivat usein ryhmään terveydentila ja sairauden oireet. Olisi suositeltavaa, että komponenttien määrää voisi vähentää ja selkeyttää. Yksi vaihtoehto komponenttien määrän tiivistämiselle voisi olla ryhmittely. Tätä tukevat myös käytännön työssä toimivien käyttäjäpalaute:

- kirjaaminen vie enemmän aikaa, kun käytetään useita komponentteja,
- kirjaaminen vie aikaa, kun joutuu miettimään, mitä komponenttia pitäisi käyttää (toisensa poissulkevuus),
- kirjauksen lukeminen on hankalaa erityisesti moniammatillisesti, kun ei löydä tarvitsemaansa tietoa ja/tai ei tunne komponentteja riittävästi,
- kirjaus on sekavaa ja irrallista, kun potilaalla/asiakkaalla on useita ongelmia ja vaivoja, joihin on käytetty useita komponentteja, jolloin kokonaistieto potilaan/asiakkaan voinnista hukkuu helposti tiedon rakenteisen pirstaleisuuden takia ja on potilasturvallisuusriski.

Kirjaaminen vie aikaa hoitajilta PKSSK:ssa Partasen väitöstutkimuksen itseseurantalomakkeella vuonna 2009 mitattuna 9 %. Hyvä kirjaaminen on edellytys hiljaiselle raportoinnille, jolloin voitaisiin saada säästöä työajassa vaikka juuri aikaa vievälle potilasohjaukselle.

Potilasohjaus on yksi ydinosaamisalue hoitajan työssä ja se pitäisi kirjata hyvin. Potilasohjauksen kirjaus on kuitenkin vähäistä ja vähentynyt tarkastelukaudella 3/2008 - 10/2013. Potilasohjausta tehdään enemmän kuin sitä kirjataan. Potilasohjaus hoitotyön toimintona on aikaa vievä ja se pitäisi näkyä henkilöstövoimavarojen käytössä. PKSSK:ssa käyttöön otettu RAFAELA hoitoisuusmittari pohjautuu hoitotyön kirjauksiin ja myös siksi potilasohjausta pitäisi kirjata nykyistä enemmän. Potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden takia myös annettu potilasohjaus ja erityisesti sen tulokset potilaalla pitäisi kirjata huolellisesti. Reaktiivisen ja proaktiivisen puhelinohjauksen kirjaaminen on myös haaste hoitotyölle.

Lukuisten aikaisempien tutkimusten mukaan potilaan fyysiset tarpeet painottuvat. Voisiko myös komponenteilla ohjata hoitotyön kirjaamista enemmän potilaan kokonaisuuden huomiointiin? Kun esim. potilaan ohjausta kirjataan kunkin komponentin pää- ja alaluokan mukaan, niin painotetaan *mitä* -ohjausta. Aikaisemman tiedon ja hoitajien käyttäjäpalautteen mukaan suurin ongelma on siinä, ettei oppi mene perille eli *miten* ohjata vaikuttavasti. Pitäisikö potilasohjaus ja psykososiaalinen tuki koota rakenteisesti yhteen, jolloin potilas kokonaisuutena, hänen elämäntilanteensa, oppimistyylinsä ja voimavaransa tulisivat paremmin huo-

mioiduiksi hoitotyön kirjauksessa. Tästä johtuen suosittelemme Saban mallin ryhmittelyn (pattern ja activities types) soveltamista hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen tiivistäen samalla komponenttien määrää:

- Terveydentila ja sairauden oireet (fyysisten ja psyykkisten sairauksien ja vitaalielin-toimintojen seuranta, tutkimus ja hoito),
- Toimintakyky (toimintakyvyn arviointi, testaus ja kuntouttava hoitotyö),
- Terveys ja psykososiaaliset voimavarat (terveysneuvonta, potilasohjaus ja psykososi-aalinen tuki),
- Hoidon ja jatkohoidon koordinaatio (terveyspalvelujen koordinointi ja jatkohoito).

Kirjallisuutta

Ensio, A. 2001. Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteis-kuntatieteet 89. Kuopion yliopisto.

HoiData 2009. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke (HoiData). Loppuraportti: HoiData 2007-2009 (pdf-tiedosto). FinCC-luokituskokonaisuus, 150908. www.vssh.fi/fi/4519/ 28.3.2012.

Heikkinen, K., Johansson, K., Leino- Kilpi, H., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisessa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä v. 1990-2003. *Hoitotiede* 18 (3), 120-130.

Ikonen, H. 2001. Tiedonkulku ja kirjaaminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Teoksessa Kaila (toim.) 2001. Luovuuden Liekki. Laatu ja osaamista terveydenhuol-lossa, 129-135. Itä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja nro 60. Joensuun Yliopistopaino. Jo-ensuu.

Kaakinen, P., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2014. Pitkäaikaissairaalan aikuispotilaan ohjauksen laatu kirjaamisen perusteella. *Tutkiva hoitotyö* 12(1), 12-21.

Kinnunen, U-M. 2013. Haavanhoidon kirjaamismallin innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Dis-sertation in Social Sciences and Business Studies No 60. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.

Korst, I., Eusebio-Angeja, A., Chamorro, T., Aydin, C. & Gregory, K. 2003. Nursing docu-mentation time during implementation of an electronic medical record. *Journal of Nursing Administration* 33, 1, 24-30.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005a. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa. *Hoi-totiede* 17(4), 208-216.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005b. Käsitemallin ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoi-to-tiede* 17(5), 250-258.

Niemi, A., Kaila, A., Bjerregård Madsen, J. & Turunen, A. 2013. Hoitotyön rakenteista kirjaamista kehitettävä yhteistyössä. Näkökulma. Suomen Lääkärilehti 47,68, 3062-3063.

Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa.

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. THL. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet, Sarja 2/2012. Helsinki.

Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet 99. Kuopion yliopisto.

Saba, V. 2013. Clinical Care Classification System. www.sabacare.com /15.10.2013.

13 HOITOTYÖN KIRJAAMISEN LAADUN ARVIOINTIMITTARIN KEHITTÄMINEN JA TULOKSET

Arja Kaila & Leena Kuivalainen

Potilaan näkökulmasta hoidon jatkuvuus ja turvallisuus edellyttävät sujuvaa tiedon kulkua eri ammattiryhmien ja hoitopaikkojen välillä. Yksi ajankohtaisista haasteista tiedonkulussa onkin siirtyminen sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen. Se myös mahdollistaa suurten tekstimäärien laadun arvioimisen. Hyvä hoitotyön kirjaaminen on luettavaa ja nykyisin myös rakenteista, se etenee loogisesti vaiheittain hoitotyön päätöksentekoprosessin mukaisesti. Prosessissa hoitotyön diagnoosien kirjaamisella on keskeinen merkitys (Müller-Staub ym. 2006, 2009, Paans ym. 2011). Hyvä hoitotyön kirjaaminen sisältää minimitiedot, jotka ovat yhteydessä kunkin maan normeihin ja standardeihin (Jefferies ym. 2010), mutta myös potilaan kannalta yksilöllisen sisällön (Kärkkäinen ym. 2005, Laitinen ym. 2010). Kuten monissa muissa maissa, myös Suomessa potilaan kirjallinen hoitosuunnitelma on virallinen asiakirja, jonka rakenne ja sisältö ovat normeihin määritellyt. HoiData -hankkeessa on kehitetty suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus FinCC (Finnish Care Classification), joka sisältää Suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTaL), toimintoluokituksen (SHToL) ja tuloksen tilaluokituksen (SHTuL) (HoiData 2009).

Lukuisten tutkimusten mukaan hoitotyön kirjaamisen laatu ei ole hyvä (Häyrinen ym. 2008, Urquhart ym. 2009, Wang ym. 2011). Useimmiten hoitotyön kirjaamisen laatua on mitattu auditoimalla potilaan hoitosuunnitelmia ja hoitotyön merkintöjä jälkikäteen (Saranto & Kinnunen 2009). Hoitotyön kirjaamisen laadun yleisiä arviointimittareita on dokumentoitu Pohjoismaista ja Länsi-Euroopasta, mutta ei Suomesta (Taulukko 32). Näiden yleisellä tasolla olevien mittareiden lisäksi on tietyn osa-alueen kuten perioperatiivisen (Tiusanen ym. 2009, 2010) tai psykiatrisen (Morris ym. 2010) hoitotyön kirjaamiseen tehtyjä mittareita. Nämä mittarit perustuvat yksityiskohtaisiin kriteereihin ja ovat käyttökelpoisia valitulla substantiivisella alueella.

Taulukko 32. Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittareita

Mittari	Mittarikuvaus	Luotettavuuden testaus
NoGa Nordström & Gardulf 1996	- perustuu hoitotyön prosessimalliin painottaen lääkehoitoa - arviointiasteikko: 0-0,5-1 (kyllä-ei) - tulos 0-50 pistettä	Yksimielisyys 96 % (n=10 hs, 2 luokittelijaa)
VIPS -malli Ehnfors & Smedby 1993, Eh- renberg ym. 1996	- perustuu hoitotyön prosessimalliin - tulos 1-5 tasoa: 1 = ongelma TAI suunniteltu toiminto TAI toteutus kirjattu 2 = ongelma JA suunniteltu toiminto TAI toteutus kirjattu 3 = ongelma JA suunniteltu toiminto TAI toteutus kirjattu JA maininta tuloksesta 4 = ongelma, suunniteltu toiminto, toteutus ja tulos kirjattu 5 = kaikki prosessin vaiheet kirjattu	$\kappa=.93$ (Ehnfors & Smedby 1993; n=11 hs, 2 luokittelijaa) osioittain $\kappa=.37-.86$ (Gjevjon & Helleso 2010; n=10 hs, 2 luokittelijaa)
Cat-ch-Ing Björvell ym. 2000	- perustuu VIPS -malliin, johon lisätty rakennekriteereitä - 17 Likert-asteikollista (0-4) kysymystä - asteikko: 0=e/huonosti - 3=täydellisesti/erittäin hyvin - tulos 0-80	Asiantuntijapaneeli CVR 0.20 - 1.0 (n=10) Cat-ch-Ing ja VIPS mittareiden tulosten vertailu $r=.68$ ($p<0.001$, 95 % CI .57-.76) Yksimielisyys 92 - 98 % (n=60 hs, 3 luokittelijaa)
D-Catch instrument Paans ym. 2009, 2010	- perustuu Cat-ch-Ing -mittariin, johon lisätty hoitotyön diagnoosiin liittyviä kriteereitä - 6 kysymystä, joissa määrällisiä ja laadullisia kriteereitä - arviointi Likert-asteikolla: 1=huono/ei kirjattu - 4=erittäin hyvä/täydellinen - tulos 0-40 + jokainen diagnoosi erikseen	Asiantuntijapaneeli delfitekniikka (n=6) Faktorianalyysi (n=245 hs): prosessin eteneminen ja diagnoosin tarkkuus kommunaliteetti 0.224 - 0.874 ominaisarvot 4.5 ja 1.7 selitysosuus yhteensä 63,2 % Cronbachin alfa 0.722 $\kappa=.742-.896$ (95 % CI .664 - .942; n=245 hs, 2 luokittelijaa)
Q-DIO Müller- Staub ym. 2008, 2009	- perustuu hoitotyön prosessiin painottaen yksilöllistä hoitotyön diagnoosia ja sen mukaista etenemistä - 4 osiota: yksilöllinen kirjaaminen, hoitotyön diagnoosi ja tavoite, toiminnot ja yksilöllinen tulos, 29 kriteeriä - arviointi Likert-asteikolla: 0-2 tai 0-4 - tulos 0-94	Asiantuntijapaneelin yksimielisyys 100 % (n=1 hs, 8 luokittelijaa) Sama luokittelija x 2 (n=12 hs) Pearson $r=.98$; $p<0.001$ $\kappa=.95$; $p<0.001$ 2 eri luokittelijaa (n=12 hs) Pearson $r=.99$; $p<0.001$ $\kappa=.95$; $p<0.001$ Cronbachin alfa .83-.99

hs=hoitosuunnitelma

Ruotsissa Nordström ja Gardulf (1996) kehittivät NoGa -mittarin sekä Ehnfors ja Smedby (1993) ja Ehrenberg ym. (1996) VIPS -mallin. VIPS -mallia on sovellettu perusterveydenhuoltoon (Törnvall ym. 2004) ja sydänpotilaille Ruotsissa (Ehrenberg ym. 2004, Bergh ym. 2007) sekä kotisairaanhoidon Norjassa (Gjevjon & Hellesø 2010). Björvell ym. (2000) jatkoivat VIPS -mallin kehittämistä Cat-ch-Ing -mittariksi, jota Darmer ym. (2006) sovelsivat Tanskassa. Nilsson ja Willman (2000) puolestaan vertasivat NoGa ja Cat-ch-Ing -mittareita keskenään ja totesivat Cat-ch-Ing -mittarin reliabiliteetissa olevan enemmän ongelmia, mutta suosittelivat sen käyttöä paremman validiteetin takia. Edelleen Paans kumppaneineen (2009, 2010) jatkoivat Cat-ch-Ing -mittarin kehittämistä D-Catch -mittariksi Hollannissa. Müller-Staub (2008, 2009) monikansallisine tutkijajoukkoineen kehittivät Q-DIO -mittarin Sveitsissä. Nämä dokumentoidut mittarit perustuivat kyseisen maan omiin standardeihin ja hoitotyön prosessimalliin. Näiden mittareiden kriteerit olivat joko laatuero- tai Likert-asteikollisia ja reliabiliteettia oli testattu rinnakkaismittauksen yksimielisyydellä tai Kappakertoimella. Mittarit osoittautuivat näin testattuina reliaabeleiksi tosin osittain pienillä aineistoilla.

Tämä kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitotyön kirjaamisen laadusta testaamalla rakenteisen kirjaamisen pohjalta kehitettyä hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittaria.

Mittarin kehittäminen

Mittarin kehittäminen alkoi kahdessa eri hankkeessa vuosina 2007 - 2009 (Kaila & Kuivalainen 2007, HoiData 2009) asiantuntijatyönä. Mittari rakennettiin kolmesta eri suomalaisesta aineistosta:

- ydintieto-opas 31.1.2007 ja FinCC-luokituskokonaisuus (Opas 2007),
- induktiivinen sisällön analyysi 2008 (n=143 hoitosuunnitelmaa) (Luku 11),
- sähköisen rakenteisen kirjaamisen tilastot maaliskuulta 2008 PKSSK:sta (n=13969 hoitosuunnitelmaa, joissa 28120 SHTaL ja SHToL luokituksella ilmaistua hoidon tarvetta ja hoitotyön toimintoa) (Luku 12).

Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto (Liljamo ym. 2008). Nämä ydintiedot muodostivat mittarissa minimikirjaamisen osion hoitoisuutta lukuun ottamatta. Tavoitteellisen kirjaamisen osion perustana oli hoitotyön päätöksentekoprosessin mukaan etenevä kirjaaminen, jossa korostettiin erityisesti hoidon arvioimista suhteessa hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin ja/tai toteutuneeseen hoitoon (Liljamo ym. 2008). Induktiivisen sisällön analyysin tuloksena löytyi kuusi kategoriaa: tarve,

tavoite, toteutus, tulos, vuorovaikutus ja orientaatio, joista vuorovaikutus ja orientaatio kuvasivat yksilöllistä kirjaamista. Puolestaan sähköisten rakenteellisten tilastojen mukaan fyysis-painotteisia komponentteja ja luokituksia oli käytetty määrällisesti eniten ja potilasohjaukseen liittyviä vähän. Näistä tiedoista rakennettu ensimmäinen mittariversio on julkaistu HoiData -hankkeen loppuraportissa (2009, Liitteet 2 ja 3). Mittari oli laatueroasteikollinen: kyllä (1) – ei (0), jossa kyllä vastaukseksi riitti yksi positiivinen tulos. Tulos laskettiin jakamalla saadun pistemäärän summa arvioitujen hoitosuunnitelmien määrällä. Tulos arvioitiin (0 - 13) ei-hyväksyttävästä tasosta kiitettävälle tasolle hyödyntäen VIPS -mallin tasoja (Taulukko 32). Minimitietojen kirjaaminen oli ei-hyväksyttävän tason ja yksilöllisen tarpeen kirjaaminen kiitettävän tason rajana.

Mittarin kehittäminen jatkui vuosina 2010 - 2012 vaiheessa, jossa oli siirrytty kokonaan sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen. Mittarin yksi epäselvä kriteeri jaettiin kahdeksi eri kriteeriksi sekä tarkennettiin muita kriteereitä hyödyntäen D-Catch ja Q-DIO -mittareiden kriteereitä. Vuoden 2010 tuloksen perusteella lisättiin vielä yksi kriteeri. Vuoden 2011 mittariversio sisälsi 15 kriteeriä, jotka jaettiin kolmeen osa-alueeseen: minimi-, tavoitteellinen ja yksilöllinen kirjaaminen sisältäen kukin viisi kriteeriä (Taulukot 32 ja 33).

Tutkimusaineisto

PKSSK:ssa hoitajista suurin osa oli tottuneita rakenteisen sähköisen kirjaamisen käyttäjiä. Kehittämisen aikana käyttöjärjestelmä vaihtui. Jatkokehittämisvaiheessa kaikki kirjaaminen oli tehty sähköisesti ja rakenteisesti. Otoksista sähköisen rakenteisen kirjaamisen osuus kasvoi 55 %:sta ollen vuosina 2010 - 2011 100 %.

Ensimmäisellä mittariversiolla vuonna 2008 arvioitiin keskussairaalan 16 yksikön ohjauskirjauksia 42 ja seuraavana vuonna 45. Vuoden 2010 mittariversiolla arvioitiin kaikki erikoissairaanhoidon yksiköt (n=39) yhteensä 735 hoitosuunnitelmaa. Vuonna 2011 arvioitiin lisäksi kehitysvammahuollon yksiköt (n=50) yhteensä 809 hoitosuunnitelmaa. Vuosien 2010 ja 2011 auditointiin osallistui yksikön esimies ja auditointimittarin käyttökoulutuksen saanut toinen arvioija. Yksikön otoksena oli tietystä ajankohdasta 20 ensimmäistä hoitosuunnitelmaa, joista arvioitiin hoitotyön yhteenveto ja ennalta sovittu osa päivittäistä kirjaamista. Rinnakkaismitaus tehtiin ensimmäisessä vaiheessa koko aineistosta (kaksi tutkijaa, sama aineisto) ja vuonna 2011 jokaisen yksikön ensimmäisestä auditoinnista, joista seitsemästä tieto puuttui (n=43 hoi-

tosuunnitelmaa). Otos oli viisi prosenttia koko aineistoa. Rinnakkaisluokittelijat edustivat hallintoa, tutkimusta, hankekehittämistä sekä käytännön työtä ja heillä oli käytännön kokemusta eri hoitotyön klinisiltä aloilta. Rinnakkaisluokittelijat olivat 2010 - 2011 eri henkilöitä kuin arvioijat. Vuoden 2011 rinnakkaisluokittelijat olivat käyttäneet mittaria jo aikaisemmin ja saivat lyhyen käyttökoulutuksen.

Mittarin luotettavuuden testaaminen

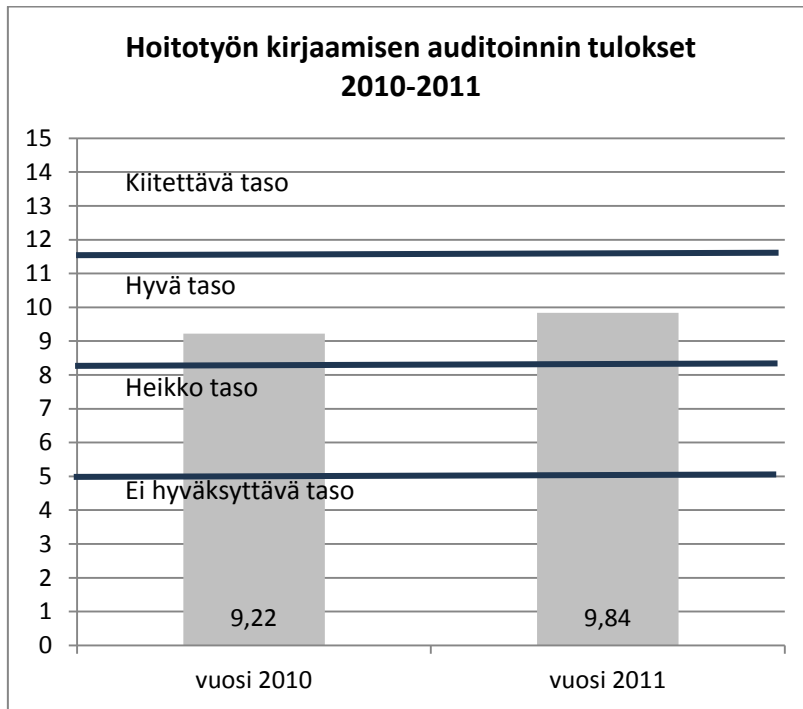
Mittari rakennettiin kolmesta erilaisesta aineistosta ja saatuja kriteereitä verrattiin kansainvälisten mittareiden kriteereihin. Mittaria käytettiin useina vuosina, joiden tulosten perusteella asiantuntijatiimi kehitti mittarin sisältöä (Taulukko 33). Mittarin vastaavuutta testattiin rinnakkaismittauksilla (Burns & Grove 2005). Laatueroasteikollisille muuttujille laskettiin yksimielisyyssprosentti (%) ja Cohenin Kappa-kerroin (κ). Yksimielisyyssprosentti laskettiin jakamalla samaa mieltä olevien arviointien määrä kaikkien osioiden määrällä. Kappakerroin muistuttaa Pearsonin korrelaatiokerrointa ja antaa matalamman tuloksen kuin yksimielisyyssprosentti. Kappakertoimessa havainnoista saatua yksimielisyyttä verrataan odotusarvoihin, osioita toisiinsa ja kokonaistulokseen, jolloin sattumanvaraisuus on paremmin kontrolloitu kuin yksimielisyyssprosentissa. Yksimielisyyden (0 - 100 %) hyvänä tasona pidetään yli 80 % tulosta. Kappakertoimen tulos vaihtelee -1.0 ja 1.0 välillä, jossa 0-tulos kuvaa täydellistä sattumanvaraisuutta. Kappakertoimen tulosta .41 - .60 pidetään kohtuullisena, .61 - .80 hyvänä ja .81 - 1.00 erittäin hyvänä. (Cohen 1960, Fleiss 1971). Luotettavan rinnakkaismittauksen edellytyksenä on vähintään kaksi riippumatonta luokittelijaa ja yli 10 luokiteltavaa yksikköä (Burns & Grove 2005). Rinnakkaismittauksesta laskettiin ensimmäisessä vaiheessa yksimielisyyssprosentti ja toisessa vaiheessa myös Kappakerroin SPSS 20 versiolla. Riippuvuuden tilastollisessa testauksessa käytettiin χ^2 -riippumattomuustestiä. Testin edellytyksenä käytetyissä 2x2 taulukoissa oli, että korkeintaan 20 % odotetuista frekvensseistä sai olla alle viisi. Koska edellytykset eivät olleet voimassa kaikille yksittäisille laatueroasteikollisille kriteereille, laskettiin tiedot osioittain ja koko mittarille (Heikkilä 2010).

Eettisyys

Tutkimuksella oli sairaalan eettisen toimikunnan lausunto ja auditoinnista tehtiin sairaalan ohjeen mukainen prosessikuvaus. Tutkimusaineisto analysoitiin siten, ettei potilaiden tai hoitajien henkilöllisyys tullut ilmi.

Tulokset

Eri mittariversioilla arvioitiin vuosittain hoitotyön kirjaamisen laatua (Kuvio 7 ja Taulukko 33). Vuoden 2008 arviointituloksen mukaan hoitotyön kirjaaminen oli heikolla tasolla ja nousi seuraavana vuonna koulutuksen jälkeen tyydyttävälle tasolle ensimmäisellä mittariversiolla mitattuna ($\chi^2=26,500; df=1; p=0,001$). Vuosien 2010 - 2011 mittauksissa kirjaaminen nousi hyvälle tasolle. Suunniteltujen toimintojen ja tuloksen kirjaaminen parantuivat eniten, myös tarpeen ja tavoitteen kirjaaminen parantuivat. Vähiten parantumista tapahtui yksilöllisessä kirjaamisessa.



Kuvio 7. Hoitotyön kirjaamisen auditoinnin tulokset 2010 ja 2011

Vuoden 2011 tuloksesta 9,84 (vaihtelu 0,95 - 13,83) minimitietojen kirjaaminen toteutui parhaiten ja yksilöllinen kirjaaminen heikoiten (Taulukko 33). Minimitiedoista toteutus oli parhaiten (94 %) ja tulos huonoiten (70 %) kirjattu. Tavoitteellisessa kirjaamisessa puolestaan suunnitellut toiminnot olivat parhaiten kirjattu (87 %) ja niiden tulos oli heikoiten kirjattu (60 %). Yksilöllisen tarpeen kirjaaminen oli edellytys yksilölliselle tavoitteen, toteutuksen ja tuloksen kirjaamiselle. Tarve oli kirjattu yksilöllisesti 63 %:ssa ja tulos 35 %:ssa. Kaikki kriteerit täyttyivät 14 %:ssa kirjauksista.

Taulukko 33. Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin kehittäminen ja uusintamittausten tulokset

Vuosi	Mittariversio	Tulos kirjatun hoitotyön laadun mittauksesta
2008	13 laatueroasteikollista kriteeriä tulos 0 - 13 arviointi: ei hyväksyttävä, heikko, tyydyttävä, hyvä, kiitettävä taso	5,02=heikko taso (n=42 hs) (2 arvioijaa) yksimielisyys 84 % (2 rinnakkaisluokittelijaa)
2009	2008 mittariversio	7,89=tyydyttävä taso (n=45 hs) (2 arvioijaa) yksimielisyys 87 % (2 rinnakkaisluokittelijaa) $\chi^2=26,500; df=1; p=0,001$
2010	14 laatueroasteikollista kriteeriä tulos 0 - 14	8,22=hyvä taso (vaihtelu 0,55 - 13,33); (n=735 hs) (2 arvioijaa)
2011	15 laatueroasteikollista kriteeriä tulos 0 - 15 arviointi: ei hyväksyttävä taso (0,00 - 4,99) heikko taso (5,00 - 8,30) hyvä taso (8,31 - 11,60) kiitettävä taso (11,61 - 15,00)	9,84=hyvä taso (vaihtelu 0,95 - 13,83); (n=809 hs) (3 arvioijaa), josta minimikirjaaminen 4,13 (0,45 - 5,00) tavoitteellinen kirjaaminen 3,59 (0,10 - 5,00) yksilöllinen kirjaaminen 2,11 (0,00 - 4,34) yksimielisyys 85 % $\kappa = .696 (.625-.740; \chi^2=256,861-358,315; df=1; p=0,001)$ (n=43 hs, 4 rinnakkaisluokittelijaa)

Mittarin vastaavuutta testattiin rinnakkaismittauksilla. Vuonna 2008 kahden rinnakkaisluokittelijan yksimielisyys oli 84 % ja seuraavana vuonna 87 % samalla mittariversiolla mitattuna. Vuoden 2011 mittariversion neljän rinnakkaisluokittelijan yksimielisyys oli 85 % (81 - 87) (rinnakkaisluokittelijat olivat eri henkilöitä kuin arvioijat) ja Kappakerroin 696 (.625 - .740) ($\chi^2=256,861-358,315; df=1; p=0,001$) (Liitetaulukko 5), josta

- Minimikirjaamisen osion yksimielisyys 90 % (87 - 93) ja $\kappa .707 (.658 - .772)$
- Tavoitteellinen kirjaamisen osion yksimielisyys 82 % (77 - 87) ja $\kappa .631 (.541 - .712)$
- Yksilöllinen kirjaamisen osion yksimielisyys 84 % (77 - 90) ja $\kappa .537 (.430 - .657)$.

Koko mittarin sekä osioiden yksimielisyysprosentti ja kappakerroin olivat hyvää tasoa ja täytivät χ^2 -riippumattomuustestin edellytykset toisin kuin yksittäiset kriteerit.

Pohdinta

Mittarin luotettavuuden tarkastelu ja edelleen kehittäminen

Mittarin kehittäminen tapahtui suomalaisen luokituskokonaisuuden, tieteellisen ja toimintanäytön perusteella asiantuntijatyönä. Tämä pintavaliditeetti on heikoin validiteetin muoto. Ensimmäinen raportoitu mittariversio on otettu kansallisesti käyttöön, mikä antanee viitteitä mittarin sisältövaliditeetista. Mittarin on koettu olevan helppokäyttöinen, mutta sitä ei tutkittu systemaattisesti. Useina vuosina tehdyt uusintamittaukset tosin eri aineistoilla antavat viitteitä mittarin käsitevaliditeetista ja pysyvyydestä. Mittarin kehittämisen takia myös kriteerit muutuivat, ainoastaan kaksi ensimmäistä mittausta tehtiin täsmälleen samalla mittariversiolla. Mittarin käsitevaliditeettia kehitettiin uusintamittausten tulosten perusteella usean vuoden ajan.

Kehitetty mittari oli yksinkertainen laatueroasteikollinen ja siksi sen reliabiliteetin testauskin oli rajallista. Samantapaisia luotettavuusongelmia on raportoitu vastaavista mittareissa (Wang ym. 2011). Mittarin reliabiliteettia testattiin uusintamittausten lisäksi rinnakkaismittauksilla. Yksittäisten kriteerien χ^2 -riippumattomuustestausehdot eivät kaikilta osin täyttyneet vaikka p-arvot olivat hyviä. Kriteereiden yhdistely osioihin oli mielekäästä sekä teorian että testitulosten perusteella. Isompi otos ja useampi rinnakkaisluokittelija olisi voinut korjata yksittäisten kriteerien alle viiden suuruisia odotettuja frekvenssejä. Myös perusteellisempi käyttökoulutus olisi voinut lisätä rinnakkaismittauksen luotettavuutta. Jatkossa mittarin luotettavuuden testaamista tarvitaan eri ympäristöissä ja laajemmilla aineistoilla.

Mittarissa 'yksi positiivinen ilmiö riitti kyllä vastaukseen' oli yksiselitteisyyden kannalta hyvä, mutta ei kerro hoitotyön kirjaamisen laadusta riittävästi. Mittarin viimeinen lisätty kriteeri kuvasi muita kriteereitä paremmin hoitotyön kirjaamisen kokonaislaatua. Vaikka se poikkesi muista kriteereistä, ei sen luokittelun yksimielisyys poikennut rinnakkaismittauksessa muista. Kriteerit saattoivat olla näennäisesti helppoja ja yksiselitteisiä, mutta koska ne olivat yleisiä, saattoi osa ilmiöstä jäädä arvioijalta ja rinnakkaisluokittelijalta huomaamatta. Arvioitavan tekstin määrä, eri kirjaajista johtuva laativaihtelu sekä kirjaamisalustan käytettävyyys vaikuttivat arvioijan sekä rinnakkaisluokittelijan tarkkaavaisuuteen ja saattoivat siten heikentää arvioinnin luotettavuutta. Rakenteisen kirjaamisen osuuden lisääntymisen myötä kirjatun hoitotyön luettavuus helpotti arviointia.

Arviointituloksen tarkastelu ja merkitys

Tämän tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia lukuisten aikaisempien tutkimustulosten kanssa hoitotyön kirjaamisen määrästä, sisällöstä ja rakenteesta. Kirjaamisen ongelmia on rutiininomainen, toteava kirjaaminen, joka ei etene tavoitteellisesti prosessin mukaisesti. Kirjaaminen ja siinä käytettyjen komponenttien käyttö painottuivat potilaan fyysisten tarpeiden, lääkehoidon ja teknisen toteutuksen kirjaamiseen (Ehrenbergh ym. 2004, Häyrinen ym. 2008, Jefferies ym. 2010, Wang ym. 2011) sekä potilasohjauksen vähäiseen kirjaamiseen (Friberg ym. 2006, Bergh ym. 2007). Kirjaaminen jää tällöin helposti niukaksi, mikä näkyy minimimitietojen rutiininomaisena kirjaamisena tai jopa puuttuvina tietoina. Hoitotyön toteutus on parhaiten kirjattu prosessin vaihe (Ehnfors & Smedly 1993, Rajalahti & Saranto 2011). Usein hoitajalähtöisen tekemisen kirjaaminen korostuu hoitotyön päätöksentekoprosessin joka vaiheessa (Kärkkäinen ym. 2005). Kirjaaminen voi olla myös väärässä paikassa suhteessa hoitotyön päätöksentekoprosessiin. Tämä puolestaan näkyy tavoitteellisen kirjaamisen puutteina, jolloin potilaslähtöiset tulokset ja vaikutukset eivät tule riittävästi näkyväksi.

Ilman potilaslähtöistä tarvetta ja hoitotyön diagnoosia on vaikea kirjata yksilöllisiä tavoitteita, jota vasten hoitotyön toimintojen (suunniteltujen ja toteutettujen) vaikutuksia arvioidaan (Müller-Staub 2006, Laitinen ym. 2010, Paans ym. 2011). Erityisesti yksilöllisen tarpeen ja tavoitteen kirjaamisessa tarvitaan kehittämistä. Toisaalta kirjaaminen voi olla liiankin tarkkaa ja rönsyilevää, jolloin olennaiset asiat hukkuvat. Tätä varten otettiin käyttöön kriteeri 'olennaiset asiat kirjattu loogisesti'. Saadut kirjatun hoitotyön arviointitulokset voivat kertoa sekä siitä, että itse hoitotyö on epäselvä eikä tule kaikilta osin näkyväksi, mutta myös kirjaamisosaamisen puutteista (De Marinis ym. 2010, Rajalahti & Saranto 2011). Huono kirjaaminen on myös riski potilasturvallisuudelle.

Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittaria voidaan käyttää hoitotyön johtamisen apuvälineenä kirjaamisen määrän ja laadun yleiseksi arvioimiseksi. Monet hoitotyön tunnusluvut perustuvat kirjaamisen kautta saatavaan tietoon. Tällöin kirjaamisen laadulla on merkitystä. Hoitotyön kirjaamisen laadun arvioiminen osoittaa myös hoitotyön johdon kiinnostusta ja näkyvyyttä (Paans ym. 2011). Kirjaamisen arviointiprosessi voi toimia myös koulutuksena ja samalla saadaan tietoa kirjaamisesta ja kehittämistarpeista (Darmer ym. 2006, Häyrinen ym. 2008, Saranto & Kinnunen 2009). Rakenteinen ja hoitotyön päätöksentekoprosessin mukaan etenevä kirjaaminen voi muuttaa myös hoitajien ajattelua ja päätöksentekoa suunnaten sitä

hoitotyön ydinasiantuntijuuteen ja tuloksellisuuteen (Kärkkäinen ym. 2005, Laitinen ym. 2010). Kehitetty mittari ei arvioi, mitä hoitajat tekevät vaan mitä he kirjaavat. Erään tutkimuksen (DeMarinis ym. 2010) mukaan hoitajat kirjaavat 40 % tekemistään toiminnoista. Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointi on vain yksi osa hoitotyön laadun arviointia.

Johtopäätökset

- Kehittämistyön kautta saatiin yleinen kirjatun hoitotyön laadun arviointimittari. Mittarilla saatava tulos hoitotyön kirjaamisen laadusta jää yleiselle tasolle eikä sen avulla voida arvioida tietyn substanttiivisen alueen sisällöllistä kirjaamista.
- Saadut tulokset vahvistavat aikaisempia tutkimustuloksia hoitotyön kirjaamisen määrästä, sisällöstä ja rakenteesta.
- Mittarin etuina on sen helppokäyttöisyys, mutta kuitenkin sen käyttöä varten tarvitaan käyttökoulutusta.
- Mittaria voidaan käyttää apuvälineenä hoitotyön kirjaamisen kehittämisessä.
- Mittarin luotettavuutta pitää edelleen kehittää.

Lähteet

Bergh, AL, Bergh, CH. & Friberg, F. 2007. How do nurses record pedagogical activities? Nurses' documentation in patient records in a cardiac rehabilitation unit for patients who have undergone coronary artery bypass surgery. *Journal of Clinical Nursing* 16, 1898-1907.

Bjorvell ,C., Thorell-Ekstrand, I. & Wredlin, R. 2000. Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care : QHC* 9, 6-13.

Burns, N. & Grove, SK. 2005. *The practice of nursing research : conduct, critique, and utilization*. 5th ed. Edition. Elsevier/Saunders. Philadelphia.

Cohen, J. 1960. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement* 20, 37-46.

Darmer, MR., Ankersen, L., Nielsen, BG., Landberger, G., Lippert, E. & Egerod, I. 2006. Nursing documentation audit--the effect of a VIPS implementation programme in Denmark. *Journal of Clinical Nursing* 15, 525-534.

De Marinis, MG., Piredda, M., Pascarella, MC., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglioni, D., Alvaro, R. & Matarese, M. 2010. 'If it is not recorded, it has not been done!?' consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing* 19, 1544-1552.

- Ehnfors, M. & Smedb, B. 1993. Nursing care as documented in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 7, 209-220.
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M. & Ekman, I. 2004. Older patients with chronic heart failure within Swedish community health care: a record review of nursing assessments and interventions. *Journal of Clinical Nursing* 13, 90-96.
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M. & Thorell-Ekstrand, I. 1996. Nursing documentation in patient records: experience of the use of the VIPS model. *Journal of Advanced Nursing* 24, 853-867.
- Fleiss, J. 1971. Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychological Bulletin* 76, 378-382.
- Friberg, F., Bergh, AL. & Lepp, M. 2006. In search of details of patient teaching in nursing documentation--an analysis of patient records in a medical ward in Sweden. *Journal of Clinical Nursing* 15, 1550-1558.
- Gjevjon, ER. & Helleso, R. 2010. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing* 19, 100-108.
- Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. 7-8. uud. p. Edition. Edita. Helsinki.
- Häyrynen, K., Saranto, K. & Nykänen, P. 2008. Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature. *International Journal of Medical Informatics* 77, 291-304.
- HoiData 2009. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke (HoiData). Loppuraportti: HoiData 2007-2009 (pdf-tiedosto). FinCC-luokituskokonaisuus, 150908. www.vssh.fi/fi/4519/ 28.3.2012.
- Jefferies, D., Johnson, M. & Griffiths, R. 2010. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice* 16, 112-124.
- Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2007. Potilasohjaus vaikuttavammaksi. *Impakti* 6, 21.
- Kärkkäinen, O., Bondas, T. & Eriksson, K. 2005. Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics* 12, 123-132.
- Laitinen, H., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing* 19, 489-497.
- Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. 2008. www.vssh.fi/fi/4519/ 28.3.2012.
- Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, MP., Hyde, A., Matthews A., Morrison, T., Drennan, J. & Byrne, A. 2010. The Irish Nursing Minimum Data Set for mental health--a valid and reliable tool for the collection of standardised nursing data. *Journal of Clinical Nursing* 19, 359-367.

Müller-Staub, M., Lavin, MA., Needham, I. & van Achterberg, T. 2006. Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 56, 514-531.

Müller-Staub, M., Lunney, M., Lavin, MA., Needham, I., Odenbreit, M. & van Achterberg, T. 2008. Testing the Q-DIO as an instrument to measure the documented quality of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications : The Official Journal of NANDA International* 19, 20-27.

Müller-Staub, M., Lunney, M., Odenbreit, M., Needham, I., Lavin, MA. & van Achterberg, T. 2009. Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: the Q-DIO. *Journal of Clinical Nursing* 18, 1027-1037.

Nilsson, UB. & Willman, A. 2000. Evaluation of nursing documentation. A comparative study using the instruments NoGA and Cat-ch-ing after an educational intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 14, 199-206.

Nordström, G. & Gardulf, A. 1996. Nursing documentation in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 10, 27-33.

Opas. Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 2.2 31.1.2007. www.vtt.fi/virtual/hl7/cda/opas-spk-ydintiedot-2007-01-31.pdf/28.3.2012.

Oroviogicoechea, C., Elliott, B. & Watson, R. 2008. Review: evaluating information systems in nursing. *Journal of Clinical Nursing* 17, 567-575.

Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. & Van Der Schans, C. 2009. Development of a measurement instrument for nursing documentation in the patient record. *Studies in Health Technology and Informatics* 146, 297-300.

Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, RM. & van der Schans, CP. 2010. D-Catch instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *Journal of Advanced Nursing* 66, 1388-1400.

Paans, W., Nieweg, RM., Cees, PS. & Sermeus, W. 2011. What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing* 20, 2386-2403.

Rajalahti, E. & Saranto, K. 2011. Tiedonhallinnan osaaminen – haaste hoitotyön koulutukselle ja työelämälle. *Hoitotiede* 23, 243-257.

Saranto, K. & Kinnunen, UM. 2009. Evaluating nursing documentation - research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 65, 464-476.

Tiusanen, T., Junttila, K., Leinonen, T. & Salanterä, S. 2009. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen arviointi. *Hoitotiede* 21, 269-281.

Tiusanen, TS., Junttila, K., Leinonen, T. & Salanterä, S. 2010. The validation of AORN recommended practices in Finnish perioperative nursing documentation. *AORN Journal* 91, 236-247.

Törnvall, E., Wilhelmsson, S. & Wahren, LK. 2004. Electronic nursing documentation in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18, 310-317.

Urquhart, C., Currell, R., Grant, MJ. & Hardiker, NR. 2009. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Online) (1), CD002099.

Wang, N., Hailey, D. & Yu, P. 2011. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 67, 1858-1875.

14 YHTEYDENOTOT: POTILASKYSELYN TULOKSET

Leena Kuivalainen

Tässä osaraportissa kuvataan potilasohjauskyselystä potilaiden yhteydenottotarve -osio. Seuraavissa luvuissa kuvataan potilaiden yhteydenottotarvetta hoitajien näkökulmasta.

Aineisto ja menetelmät

Potilasohjauskyselyssä potilailta (Luku 9 ja Liite 6) kysyttiin dikotominen kysymys ja kaksi avokysymystä:

KYS 50. Onko vielä jokin asia, minkä vasta sairaalasta päästyänne huomasitte ja mikä olisi pitänyt huomioida jo sairaalassa/ poliklinikalla ollessa?

KYS 51. Oletteko joutuneet ottamaan yhteyttä sairaalaan epäselväksi jääneissä asioissa? Kyllä-en

Jos otitte yhteyttä; missä asioissa jouduitte ottamaan yhteyttä ja minne otitte yhteyttä?

Dikotominen vastaus luokiteltiin frekvensseittäin ja prosenteittain ja eroa testattiin khiin neliö-riippumattomuustestillä. Avokysymysten vastaukset kuvattiin aihealueittain.

Tulokset

Vastanneiden potilaiden ilmoittama yhteydenottotarve epäselväksi jääneissä asioissa oli laskenut 71 %.sta 27 %.iin ($\chi^2=52,457$, $df=1$, $p=0,000$) (Taulukko 34).

Taulukko 34. Potilaiden ilmoittama yhteydenottotarve 2008 ja 2009 (fr, %)

Kysymys 51	2008	2009
Oletteko joutuneet ottamaan yhteyttä sairaalaan epäselvissä asioissa?		
kyllä	71 % (133)	27 % (29)
en	29 % (55)	73 % (78)

Avovastauksissa oli 34 merkintää hoitoa tai sairautta koskevista yhteydenotoista. Potilaat vastasivat ottaneensa yhteyttä useimmiten sairaalaan ja muutamissa tapauksissa terveyskeskukseen. Yhteydenoton syitä potilaiden avovastauksissa oli:

- **sairaalan osasto/ poliklinikka tai ensiapu**
 - o komplikaatio, infektio, verenvuoto tai sivuoire
 - o epäselväksi jäänyt lääkitys tai jatkohoito
 - o unohtunut kyyti- tai lääkärintodistus, epikriisi tai laboratoriokokeiden tulokset
- **terveyskeskus**
 - o infektio, ompeleiden poisto, verinäytteet tai komplikaatio

Potilaille epäselväksi jääneistä asioista oli 56 mainintaa. Useimmin oli jäänyt epäselvyyttä sairauteen ja sen hoitoon liittyvissä asioissa (n=16) (Taulukko 35).

Taulukko 35. Epäselväksi jääneet asiat 2008 (fr, %)

Epäselväksi jäänyt asia	Fr	%
Lääkitykseen liittyvä asia	6	11
Sairaus tai sen hoito	16	29
Kuntoutus	5	8
Itsensä hoitaminen	2	3
Emotionaalinen tuki	6	11
Jatkohoito	11	20
Kohtelu epäasiallista	4	7
Kiitos henkilökunnalle hoidosta	6	11
Yhteensä	56	100

Kielteisiä kokemuksia tuotiin esiin 46 vastauksessa vuonna 2008. Valmennusohjelman jälkeisessä mittauksessa 2009 epäselviksi jääneet asiat olivat samoja kuin vuonna 2008, mutta mainintoja oli vähemmän (Taulukko 34). Ohjaus oli ollut riittämätöntä potilaan tarpeisiin nähden. Lisää tietoa olisi kaivattu sairauden hoitoon liittyvissä asioissa, leikkauksesta, leikkauksajankohdasta, ongelmatilanteista sekä komplikaatioiden hoidosta ja ehkäisystä. Etenkin leikkaukspotilaat toivat esiin ohjauksessa puutteita tai ohjauksen antamisen väärän aikaan. Vastauksissa oli myös kotiutukseen liittyviä puutteita, kotihoito-ohjauksen riittämättömyyttä, ohjaustilanteen rauhattomuutta ja huonoa kohtelua. Kotiuttamisajankohtaa arvioitiin liian var-

haiseksi tai kun leikkaus tehtiin päivystysaikana, niin ohjaus oli jäänyt antamatta. Myös kimpapakyydin sopivuutta huonokuntoiselle potilaalle arvioitiin. Lisää ohjausta toivottiin haavanhoidosta, ravitsemuksesta ja ulkoilusta. Myös emotionaalista tukea ja mielialan huomioimista olisi tarvittu enemmän. Yleensäkin kotona selviytyminen oli jäänyt liian vähälle huomiolle ohjauksessa. Kuntoutusohjeita leikkauksen jälkeen kaivattiin ja erityisesti fysioterapeutilta toivottiin tarkempaa ohjausta.

Lisäksi vastauksissa tuotiin esille ohjauksen toteuttamiseen liittyviä asioita kuten liian paljon ohjausta, kaikkea ei ehkä muista kotona tai ”ohjausta oli vaikea ottaa vastaan, kun kaikki uut-ta”. Potilaat olivat saaneet myös ristiriitaista tietoa tai tieto oli annettu liian varhain leikkauksen jälkeen. Annetussa ohjauksessa ja potilaan mahdollisuuksissa toimia ohjeen mukaan oli ristiriitaisuutta esim. leikkaukseen tulo ohjeistus lääkkeistä. Yleensäkin lääkehoitoon liittyvis-sä asioissa olisi toivottu tarkempaa, potilaslähtöisempää ohjausta. Myös tärkeitä asioita oli jäänyt kertomatta tai jatkohoitoon liittyviä ohjeita antamatta tai lupauksia ei ollut pidetty. Myös potilaat itse olivat pohtineet asioita, joita he olivat unohtaneet kysyä tai hoitaja ei ollut huomionnut ohjauksessa. Potilaat ilmoittivat osastolla olleen liian kiireen, että olisivat voineet kysyä lisää sairauteen ja hoitoon liittyvistä asioista. Vastauksissa oli huomioitu myös hoitajien kiire ja stressi ”hoitajia liian vähän, stressi päällä, kiire”.

Saatua kohtelua arvioitiin huonoksi, potilasta ei kuunneltu, oltiin epäystävällisiä ”ensiavussa epäystävällinen hoitaja, toinen ystävällinen”. Yksi potilas oli joutunut ottamaan yhteyttä potilasasiamieheen. Kohtelua arvioitiin myös hyväksi ja inhimilliseksi. Henkilökunnalle annettiin kiitosta toiminnasta ja hyvästä huolenpidosta esimerkiksi ”kiitos hyvästä hoidosta”

Potilaskyselyssä kysyttiin hoitajien tai fysioterapeuttien antamasta ohjauksesta, mutta myös lääkärin antamasta ohjauksesta tuli vastauksia. Yksi potilas toivoi lääkärin kuuntelevan häntä eikä selaavan vain papereita. Potilaat eivät olleet saaneet leikkauksesta tarpeeksi tietoa. Yksi potilaista oli kutsuttu tarpeettomasti lääkärin vastaanotolla. Myös lääkärin epäasialliseen käyt-täytymiseen oli kiinnitetty huomiota. Lääkäri ei ollut lähettänyt pyydettyjä todistuksia ja pa-lautetta terveystieteiden keskukseseen.

Pohdinta ja johtopäätökset

Vuoden 2008 kyselyssä 74 % potilaista oli joutunut ottamaan uudelleen yhteyttä sairaalaan tai terveyskeskukseen ja valmennusohjelman jälkeen 27 %. Vaikka potilaat olivat yleensä tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, tulee tähän asiaan kiinnittää enemmän huomiota. Hyvä potilasohjaus vähentää yhteydenottojen määrää. Hoitajien kannattaa miettiä ohjauksen yksilöllisyyttä ja kotiutustilanteen rauhoittamista ja suunnittelua. Lisäksi osa yhteydenotoista johtui unohtuneista todistuksista, epikriisistä ja tutkimustuloksista. Nämä eivät useinkaan ole hoitajan vastuulla, mutta yhteydenotto tulee hoitajalle. Tässä raportissa kuvattiin potilaiden itsensä ilmoittamia yhteydenottotarpeita ja syitä. Seuraavissa luvuissa esitetään potilaiden ja omaisten yhteydenottoja hoitajien pitämän kahden viikon seurantajakson aikana. Yhteydenoton syyt olivat samansuuntaisia.

- Potilaiden yhteydenottotarvetta pitää vähentää. Potilaat joutuivat ottamaan yhteyttä erilaisissa epäselväksi jääneissä asioissa, jotka usein liittyivät rutiininomaiseen, ei-potilaslähtöiseen ohjaukseen, ohjauksen puutteeseen tai väärin ajoitettuun ohjaukseen. Kotiutustilanne saattaa olla liian kiireinen ja rauhaton, jolloin etenkin iäkkäimmiltä, mutta myös nuorilta potilailta saattaa jäädä kysymättä kotona selviytymisen kannalta tärkeitä asioita.
- Potilaiden proaktiivista ohjausta pitää kehittää. Kotihoidon ohjaus kannattaa aloittaa heti hoitojakson alussa ja myös jaksottaa potilaalle yksilöllisellä tavalla käyttäen vaikuttavia menetelmiä. Kotona selviytymisen ohjaus kuuluu myös yksittäiselle käynnille.

Kirjallisuutta

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

Heikkinen, K., Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisessa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä v. 1990-2003. *Hoitotiede* 18 (3), 120-130.

Heiskanen, S. 2005. MS - potilaiden tarvitsema ja saama emotionaalinen tuki sairastumisen alkuvaiheessa. *Hoitotiede* 17 (2), 59-68.

Kanste, O., Lipponen, K., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2007. Potilasohjauksen kehittäminen alueellisena verkostoyhteistyönä yli organisaatorajojen. *Tutkiva Hoitotyö* 5(3),30-33.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 937. Oulun yliopisto, Oulun yliopistollinen sairaala. Oulu 2007.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Hoitotiede 17(4), 208-216.

Kääriäinen, M., Ukkola, L., Kyngäs, H. & Torppa, K. 2006. Terveystenhoito henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede 18(1), 4-13.

Mäenpää, P. 2007. Potilaslähtöisen ohjausprosessin toteutuminen potilaan arvioimana. Pro gradu tutkielma Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 24(3), 216-231.

Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 24(3), 232-243.

15 SISÄLLÖNANALYYSI POTILAIEN JA OMAISTEN YHTEYDENOTTOJEN SYISTÄ ALKUMITTAUKSESSA

Maarit Laukkanen

Tässä osaraportissa kuvataan hankkeen alkumittauksen yhden osion tuloksia eli seurantalomakkeille aikavälillä 22.1.–4.2.2008 kirjattujen potilaiden ja omaisten yhteydenottojen syitä sisällön analyysimenetelmää apuna käyttäen. Lisäksi kuvataan yhteydenottojen syiden frekvenssit ja prosentit.

Tässä osahankkeessa oli tarkoitus analysoida seurantalomakkeille kirjattuja potilaiden ja omaisten yhteydenottojen syitä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän potilaita ohjaavista yksiköistä ajalta 22.1.–4.2.2008. Tämä mittaus oli suoritettu ennen valmennusohjelmaa alkumittauksena. Palautuneiden ja analyysiin sisäänotettujen seurantalomakkeiden yhteydenoton syyt kirjattiin ylös yksitellen, minkä jälkeen ne yhdistettiin ensin samaa asiaa tarkoittavien kanssa. Sen jälkeen sisällöllisesti samantyyppiset yhteydenotot yhdistettiin omiksi luokikseen ja luokat nimettiin. Yhteydenottojen syistä muodostui seitsemän luokkaa ja lukumääräisesti suurimmalle luokalle neljä alaluokkaa. Lisäksi laskettiin erityyppisten yhteydenottojen frekvenssit ja prosentit, joista osa esitetään taulukkomuodossa.

Potilaiden ja omaisten yhteydenottojen syyt

Seuranta-ajalta (22.1.–4.2.2008) palautui 30 osin tai kokonaan täytettyä seurantalomaketta ja lisäksi viiden sivun vapaamuotoinen seurantalomake. Yhteydenottoja oli kirjattu yhteensä 377 kappaletta. Näistä kolmelle seurantalomakkeelle oli kirjattu todennäköisesti potilaan/omaisen ohjaustilanteet, ei niinkään yhteydenottoa. Nämä seurantalomakkeet hylättiin (42 yhteydenottoa). Jäljelle jääneistä yhteydenotoista hylättiin ne, joissa yhteydenottaja ei ollut potilas tai omainen (yhteensä 45 yhteydenottoa, yhteydenottajana kotisairaanhoitaja, terveyskeskuksen hoitaja, lääkäri, sihteerä, farmaseutti, vakuutusasiamies jne.), ja ne, joiden syy oli omaisen puhelun yhdistämiset potilaalle (n=3). Yhteensä hylättiin 90 kirjattua yhteydenottoa. Tässä yhteenvedossa käsitellään jäljelle jääneitä 287 omaisen tai potilaan yhteydenottoa, joissa osassa oli kaksi tai useampaa syytä. Yksittäisiä syitä yhteydenotoille jäi 318 kappaletta.

Omaisten yhteydenottoja oli 163 kpl (57 %) ja potilaiden 124 kpl (43 %). Omaisiksi luettiin äiti, isä, sijaisäiti, sijaisisä, vanhempi, sijaisvanhempi, mummo, tytär, omainen ja ystävä. Yk-

silöidyistä omaisista äiti mainittiin yli 90 kertaa (55 % yhteyttä ottaneista omaisista). Yhdessä seurantalomakkeessa oli lueteltu useampi yhteydenottaja rivillään niin sanotulla tukkimiehen kirjanpidolla, mikä vaikeutti täsmällistä laskentaa sekä yhteydenottajan yksilöinnin että yhteydenoton syyn välillä. Potilaista käytettiin nimitystä potilas tai asiakas.

Palautetuissa seurantalomakkeissa oli sekä yksityiskohtaisia että yleisiä kuvailuja (potilasasia, lääkeasia, hoito-ohjeet) yhteydenoton syistä. Näistä syy ”potilasasia” luokiteltiin sisällöltään epäselvänä luokkaan *muut yhteydenotot*. Yhteydenottojen syistä muodostettiin sisällönanalyysin avulla seitsemän eri luokkaa, jotka ovat *lääkitykseen liittyvät yhteydenotot* (n=50), *laboratoriotutkimuksiin liittyvät yhteydenotot* (n=13), *lähete-, hakemus- ja lupa-asioihin liittyvät yhteydenotot* (n=23), *ajanvarausta, soittoaikaa ja jatkohoitoa koskevat yhteydenotot* (n=53), *tutkimusta, toimenpidettä, vastaanottokäyntiä tai hoitojaksoa edeltävät yhteydenotot* (n=9), *kotiutumisen jälkeiseen selviytymiseen liittyvät yhteydenotot* (n=160) sekä *muut yhteydenotot* (n=10). Yhteydenottojen syyt taulukoitiin (Taulukko 36).

Taulukko 36. Yhteydenoton syyt luokittain

Yhteydenoton syy	n	%
Lääkitykseen liittyvät yhteydenotot	50	16
Laboratoriotutkimuksiin liittyvät yhteydenotot	13	4
Lähete-, hakemus- ja lupa-asioihin liittyvät yhteydenotot	23	7
Ajanvarausta, soittoaikaa ja jatkohoitoa koskevat yhteydenotot	54	17
Tutkimusta, toimenpidettä, vastaanottokäyntiä tai hoitojaksoa edeltävät yhteydenotot	9	3
Kotiutumisen jälkeiseen selviytymiseen liittyvät yhteydenotot	60	50
Muut yhteydenotot	10	3
Yhteensä	318	100

Lääkitykseen liittyviä yhteydenottoja oli kuudesosa yhteydenotoista (n=50). Lääkeinfoa, neuvontaa tai -ohjausta koskevia mainintoja oli näistä reilu kolmannes eli 21. Seitsemän yhteydenottoa koski reseptin uusimista, kirjoittamista tai epäselvyyttä reseptissä. Yhdeksän kertaa mainittiin syyksi ”lääkeasia”, ja jäljelle jäävissä yhteydenotoissa kaivattiin ohjeita lääkkeen sivu- ja haittavaikutuksista (n=5), lääkkeen aloituksen siirtämisestä, lääkkeen valmistuksen loppumisesta, lääkkeen vaikutuksesta ja tarpeesta tulevaan toimenpiteeseen, lääkkeiden yhteensopivuudesta ja rokotosohjeista.

Laboratoriotutkimuksiin liittyviä yhteydenottoja oli 13 kappaletta (4 %). Useimmiten kysyttiin verikoevastauksia ja/tai niiden tulkintaan kaivattiin apua (n=7). Kaksi kertaa yhteyden-

oton syyksi oli kirjattu ”laboratoriovastaukset” ja ”labra-asia”, lisäksi oli yksittäisiä yhteydenottoja virtsakoe-, eeg- ja Holter-mittauksista sekä verensokeriarvoista.

Lähte-, hakemus- ja lupa-asioihin liittyviä yhteydenottoja kirjattiin 23 kertaa (7 %). Syinä olivat useimmiten lähetetiedustelut (n=8) sekä kyyti- ja matkakorvausasiat (n=7). Lisäksi yhteyttä otettiin ”lausuntoasiassa” (n=3), hoitotukiasiassa (n=2), ”Kela-asiassa”, konsultatiopyyntöasiassa ja hautausluvan saamisessa.

Ajanvarausta, soittoaikaa ja jatkohoittoa koskevista asioista tiedusteltiin joka kuudennessa yhteydenotossa (n=54). Puolet (n=26) näistä yhteydenotoista koski ajan saamista, vaihtamista tai ajan tarkistamista. Soitto/puhelinaika kirjattiin syyksi 17 kertaa, ajan selvittely tai saaminen kaksi kertaa. Jatkohoidosta (fysioterapia, kotiapu, jatkohoitto) tiedusteltiin kahdeksan kertaa. Myös neuvonpyyntö sairaalaan hakeutumiseksi laskettiin tähän luokkaan.

Tutkimusta, toimenpidettä, vastaanottoa tai hoitojaksoa edeltäviä yhteydenottoja kirjattiin yhdeksän kappaletta (3 %). Viisi näistä koski leikkaukseen valmistautumista, kahdessa tarvittiin ohjeistusta osastojaksoa varten ja lopuissa tarvittiin ohjeistusta poliklinikkakäyntiä ja tutkimusta varten.

Kotiutumisen jälkeiseen selviytymiseen liittyvät yhteydenotot käsitti yhteensä 160 kirjattua yhteydenottoa (50 % eli joka toinen yhteydenotto). Tämä luokka on jaoteltu neljään alaluokkaan (Taulukko 37), jotka ovat *itsensä tai omaisen kotona hoitamiseen liittyvät yhteydenotot* (n=71), *kipuun ja tulehdukseen liittyvät yhteydenotot* (n=53), *huoliin, pelkoihin ja tunteisiin liittyvät yhteydenotot* (n=30) sekä *yksilöimätön potilasohjaus tai hoito-ohjeet* (n=6).

Itsensä tai omaisen kotona hoitamiseen liittyviä yhteydenottoja oli 44 prosenttia tämän luokan yhteydenotoista. Eniten (12 %) kaivattiin ohjeista haavan hoidosta, ompeleista ja sidoksista sekä leikkauksen jälkeisistä rajoitteista. Ihottuma, iho-ongelma (myös patti, luomi) tai ihonhoito-ohjaus esiintyi melkein joka kymmenennessä yhteydenotossa (9 %). Ravitsemukseen liittyvää ohjausta annettiin 13 kertaa, yksilöityinä esimerkkinä diabeetikon oksennustaudin ravitsemus, vauvan pulauttelu, syömis- ja juomisvaikeudet. Erilaisista yleisoireista (korkea verenpaine, huimaus, rytmihäiriöt jne.) otettiin yhteyttä seitsemän kertaa. Kohtausoireet olivat kuuden yhteydenoton syynä. Tämän lisäksi otettiin yhteyttä virtsaamis- ja ulosta-

misvaikeuksien (n=4) sekä allergian ja hengenahdistuksen (n=4) vuoksi. Erilaisten apuvälineiden hankinnan, käytön tai hävittämisen ohjeistuksesta kirjattiin neljä yhteydenottoa.

Taulukko 37. Kotiutumisen jälkeiseen selviytymiseen liittyvät yhteydenotot

Yhteydenoton syy		n	%
Itsensä tai omaisen kotona hoitamiseen liittyvät yhteydenotot	Leikkauksen jälkeinen hoito-ohjeen tarve (haavanhoito, ompeleet, vuoto, rajoitukset ym.)	19	12
	Yleisoireet (korkea verenpaine, huimaus, rytmihäiriöt ym.)	7	4
	Ravitsemus	13	8
	Iho-ongelmat	14	9
	Hengenahdistus, allergiaoireet	4	2
	Virtsaamis- ja ulostamisvaikeudet	4	2
	Kohtausoireet	6	4
	Apuvälineet (shuntti, tahdistin, kipupumppu, avanne pussi)	4	2
	Yhteensä	71	44
Kipuun ja tulehdukseen liittyvät yhteydenotot	Kipu	15	9
	Erilaiset infektio-oireet (vatsatauti, flunssa, kuumete, rokko, leikkaushaavan punoitus, kuumotus ja turvotus)	38	24
	Yhteensä	53	33
Huoliin, pelkoihin ja tunteisiin liittyvät yhteydenotot	Huoli voinnista ja oireista	15	9
	Vanhemman uupumus, hoitoonohjaus ja veritaistuen löytämisen ohjaus	5	3
	Koulu- ja uniongelmat	5	3
	Ohjeiden kertaamista muistamattomuuden tai jatkohoitoon luottamattomuuden vuoksi	5	3
	Yhteensä	30	18
Yksilöimätön potilasohjaus tai hoito-ohjeita		6	4
Yhteensä		160	99

Kivun ja tulehduksen vuoksi haluttiin ohjausta joka kolmannessa tämän luokan yhteydenotossa. Lähes joka kymmenes (9 %) kärsi jonkin tyyppisestä kivusta, ja joka neljännessä yhteydenotossa (24 %) kuvattiin infektio-oireita esimerkiksi flunssan, rokon tai vatsataudin vuoksi, kuumeoireiluna tai leikkaushaavaan liittyvinä punoituksena, kuumotuksena tai turvotuksena.

Huoliin, pelkoihin ja tunteisiin liittyviä yhteydenottoja kirjattiin 30 kertaa (18 % eli joka kuudes tässä luokassa). Huolta tunnettiin oireiden jatkumisesta ja omasta tai omaisen voinnista (n=15), lapsen koulu- ja uniongelmistä (n=5), omasta jaksamisesta ja vertaistuen puutteesta (n=5). Muistamattomuus saadusta ohjeistuksesta ja pelko jatkohoitopaikan epäluotettavuudesta oli myös viiden yhteydenoton syynä. **Yksilöimätöntä potilasohjausta tai hoito-ohjeita** annettiin kuudelle yhteydenottajalle.

Muut yhteydenotot (n=10) koostuvat yhteydenotoista, joiden syy oli yksilöimätön tai muuten edellisiin luokituksiin sopimaton. Näistä kuusi kappaletta oli kirjattu ”potilasasiaksi”. Omaisen kuolemaan liittyvistä asioista otettiin yhteyttä kolme kertaa. Kaatuminen mainittiin kertaalleen.

Tulosten tarkastelu

Tulosten hyödynnettävyys potilasohjausta kehitettäessä

Joka kuudennessa yhteydenotossa tiedusteltiin lääkityksestä. Näistä osa (14 %) liittyi reseptin kirjoittamiseen, uusimiseen tai epäselvyyteen, joihin ei voitane ohjauksella vaikuttaa. Sen sijaan valtaosassa yhteydenotoista kaivattiin tietoa ja ohjeistusta lääkkeen käyttöön, sen sivuvaikutuksiin ja yhteensopivuuteen muiden lääkkeiden kanssa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on kuvattu sekä riittävää (esim. Isola ym. 2007) että riittämätöntä (esim. Kääriäinen 2007) tiedonsaantia lääkityksestä. Tämän aineiston perusteella olisi syytä kiinnittää huomiota lääkityksen ohjeistukseen mahdollisuuksien mukaan jo hoitojakson aikana.

Laboratoriotutkimusten tuloksiin sekä lähete-, hakemus- ja lupa-asioihin ei pystyttäne vaikuttamaan ohjauksen avulla. Ajanvaraustoimintaan liittyvä yhteydenottojen määrä (17 % yhteydenotoista) työllistää runsaasti hoitajia. Voidaan ajatella, ettei ajanvaraustoiminta liity potilasohjaukseen mutta toisaalta siinä täyttyvät ohjauksen ominaispiirteet eli ohjattavan ja ohjaajan konteksti, vuorovaikutus, ohjaussuhde sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta (Kääriäinen ym. 2005). Ajanvaraustoimintaan liittyvää yhteydenottojen määrää pyritään vähentämään PKSSK:n toisella, ns. AVANTO-hankkeella. Erityisesti halutaan kehittää aikojen sopivuutta asiakkaille, jolloin ajanvaihtoon (tässä luokassa joka viidennen yhteydenoton syyn) kuluva aikaa saataisiin vähennettyä.

Tutkimusta, toimenpidettä, vastaanottoa tai hoitojaksoa edeltäviä yhteydenottoja oli 3 % yhteydenotoista. Tämä tukee Kääriäisen (2007) väitöskirjatutkimuksen tuloksia, joiden mukaan potilaat saavat yleensä riittävästi tietoa ennen toimenpidettä.

Kotiutumisen jälkeiseen selviytymiseen liittyviä asioita kirjattiin joka toisen yhteydenoton syyksi. Kääriäisen (2007) tutkimuksen mukaan hoidon jälkeisten ongelmien ja toipumisajan pituuden suhteen saatu potilasohjaus oli riittämätöntä. Erityisesti sosiaalisen tuen osa-alueella ohjaus oli puutteellista. Johanssonin ja tutkijakollegoiden (2003) mielestä ohjaus sisältää usein yksityiskohtaista lääketieteellistä tietoa, mutta nimenomaan kotiutumisen jälkeiseen hoitoon ja selviytymiseen liittyvää tietoa ei sisälly ohjaukseen riittävästi. Toisaalta esimerkiksi Kuivalainen (2004) ja Isola (2007) kuvaavat potilaiden saaneen riittävästi tietoa, mikä voi johtua erilaisesta potilasaineistosta. Kaikkiin kotihoidon pulmatilanteisiin on mahdoton varautua ennakolta, mutta tämän aineiston runsas tulehdusoireiden osuus, kivun hallinta, ravitsemus, iho-oireet, haavanhoidon ongelmat sekä yleinen oireista ja voinnista huolestuneisuus nousevat asioiksi, joissa ohjaukseen on syytä panostaa enemmän.

Aineistosta ei käy ilmi, minkälaista ohjausta potilaat ja omaiset saavat sairaalassa ollessaan. Tutkimusten mukaan yleisimmin käytetty ohjausmuoto on suullinen yksilöohjaus, ryhmäohjausta sekä asioiden harjoittelua käytännössä, video- ja tietokoneavusteista käytetään vähemmän. Kirjallinen oheismateriaali auttaa ohjeiden muistamisessa, mikäli se on ymmärrettävää, selkeää ja ajantasaista. (esim. Isola ym. 2007, Kääriäinen 2007). Esimerkiksi haavan hoidon yhteydessä voisi olla apua kuvista, joissa näkyy haavan normaali paranemisprosessi. Toisaalta internetin osuutta potilasohjauksessa ei ole vielä hyödynnetty riittävästi. Hoitohenkilökunta voi ohjata potilaita ja heidän omaisiaan luotettavan tiedon hakuun edellyttäen, että käytössä on tarpeeksi sekä laite- että osaamisresursseja (Välimäki ym. 2007).

Tulosten hyödynnettävyys yhteydenottolomaketta kehitettäessä

Loppumittausta ajatellen yhteydenottojen seurantalomakkeen täytön ohjeistusta on syytä kehittää siten, että lomakkeelle tulisi merkittyä ainoastaan potilaan tai omaisen yhteydenotto, joista jokainen pitäisi olla omalla rivillään. Samoin yhteydenoton syy pitäisi pyrkiä kuvaamaan ytimekkäästi ja informatiivisesti. Pelkkä ”potilasasia”, ”potilasohjaus” tai ”hoito-ohjaus” ei kerro yhteydenoton syytä tai vaikeuttaa tulkintaa kontekstin ulkopuolella. Poti-

lasohjaus on vakiintunut käsitteenä hoitotieteeseen (Kääriäinen & Kyngäs 2005), mutta voi vaatia vielä avaamista ohjeistuksessa (ks. Kääriäinen ym. 2006).

Tulosten hyödynnettävyys johtamisen kannalta

Onnistunut potilasohjaus edellyttää ohjaajalta hyviä valmiuksia, joita ovat muun muassa tieto ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja oppimismenetelmistä (Kääriäinen & Kyngäs 2005). Kääriäisen ym. (2006) mukaan terveydenhuoltohenkilöstö toivoo, että ohjauksessa kehitetään resursseja, ohjauksen organisointia, ohjaustoimintaa sekä ohjaus-käsitettä. Koulutusta ja perehdytystä, ohjauskäytäntöjen yhtenäistämistä ja ohjaukseen osallistuvien ammattiryhmien yhteistyön tiivistämistä kaivattiin myös. Samoin ohjaustoiminnan suunnittelemisen, arvioimisen ja erilaisten ohjausmenetelmien käytön monipuolistaminen katsottiin keinoiksi korostaa ohjauksen asemaa sairaalassa.

Potilaat kaipaavat myös muuta kuin perinteistä suullista yksilöohjausta (Isola ym. 2007; Kuivalainen 2004, Kääriäinen 2007, Välimäki ym. 2007). Luovuuden käyttö ja potilaan yksilöllisyyden huomiointi on tärkeää – kaikille suullinen ohjaus ei ole paras eikä riittävä keino oppia ja muistaa. Ryhmäohjaus vaatii tiloja ja saattaa olla joillekin potilaille epämiellyttävää, mutta toisaalta se säästää aikaa ja voi poikia vertaistukea.

On toki selvää, että ohjausta antavan henkilöstön on helpompi puhua aiheesta, joka on konkreettisesti nähtävillä, kuten tuleva operaatio tai hoitojakson tapahtumat, mutta lienee aihetta hyödyntää ohjauksessa enenevästi tutkimuksia, jotka kuvaavat potilaan sekä fyysistä että psyykkistä selviytymistä kotona hoitojakson jälkeen.

Analyysin virhelähteet

Aineiston sisällön analyysin luotettavuus on yhteydessä aineiston keruun luotettavuuteen. Validiteettia voi heikentää se, ettei tutkimusaineisto anna vastausta tutkimuskysymykseen. (Nieminen 1997.) Tässä aineistossa osa yhteydenotoista oli kirjattu joko epäinformatiivisesti tai ohjeistuksen vastaisesti (esimerkiksi mainintana ”potilasohjauksesta” tai tukkimiehen kirjanpidolla monta yhteydenottoa yhdelle riville). Lähes neljäsosa kirjatuista yhteydenotoista hylättiin, sillä ne joko sisälsivät osastolla/yksikössä annettua (hoitajalähtöistä?) ohjausta tai

yhteydenottaja oli muu kuin potilas tai omainen. Analyysiin sisään otetuista yhteydenottojen syistä osa oli tulkinnanvaraisia (esim. lääkeinfo, leikkauksen jälkeinen ohjaus).

Laadullisen sisällönanalyysin luotettavuutta voivat heikentää myös analysoijan puutteelliset taidot koodauksessa sekä mahdollisuus virhetulkintoihin (Nieminen 1997). Koska kyseessä on valmennusohjelmaan osallistuvia erikoisaloja tuntemattoman analysoijan harjoitustyö, virheet ovat mahdollisia, joskaan eivät tahallisia.

Lähteet

Asterit ohjaushankesuunnitelma 2.10.2007. POTILASOHJAUS VAIKUTTAVAMMAKSI Asterit ohjaushanke PKSSK:ssa 2006–2009. Moniste. PKSSK.

Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 19(2), 51–62.

Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Lehtikunnas, T., Ahonen, P., Elomaa, L. & Salmela, M. 2003. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education and Counselling* 51, 239–245.

Kuivalainen, L. 2004. Eturauhassyöpää sairastavien miesten terveyteen liittyvä elämänlaatu vuoden seuranta-aikana. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 115. Kuopion yliopisto, Kuopio. Väitöstutkimus.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 937. Oulun yliopisto, Oulun yliopistollinen sairaala. Oulu 2007.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17(5), 250–258.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystenhoito henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18(1), 4–13.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. teoksessa: Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Juva, 215–221.

Virtanen, H., Johansson, K., Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Rankinen, S. & Salanterä, S. 2007. Kirurgisen potilaan oppimistarpeet – Katsaus oppimistarpeita arvioiviin mittareihin. *Hoitotiede* 19(1), 33–48.

Välimäki, M., Suhonen, R, Koivunen, M., Alanen, S. & Nenonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hyödyntää informaatioteknologiaa potilasopetuksessa. *Hoitotiede* 19(3), 115–127.

16 HOITOHENKILÖSTÖN TYÖAJAN KÄYTTÖ POTILASOHJAUKSEEN JA YHTEYDENOTTOIHIN ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Sari Salminen

Ammattiin valmistava koulutus ei anna riittävää valmiutta potilasohjaukseen. Erityisesti potilasohjaukseen suunniteltu valmennus näyttäisi hyödyntävän myönteisesti käytännön hoitotyöntekijää (Stickley 2002). Potilasohjauksessa on hoitohenkilöstöllä merkittävä rooli siinä, että ohjaus olisi sekä tehokasta että vaikuttavaa. Potilasohjaukseen suunnitellun valmennusohjelman on todettu edistävän muun muassa potilasohjauksen taitoja sekä vähentävän ohjaukseen tarvittavaa aikaa. (Boswell King ym. 2007.) On niukasti näyttöön perustuvaa, ymmärrettävää ja kokonaisvaltaista ohjausohjelmaa, joka olisi potilassuuntautunut ja mukautuva terveydenhuollon vaatimuksiin. Potilasohjauksen tulee lähteä potilaan tarpeista ja yksilöllisestä oppimiskyvystä ja sen tulee olla terveyttä edistävää (Toman ym. 2001).

Osana Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä (PKSSK) -hanketta arvioitiin potilasohjausvalmennusohjelman yhteyttä potilasohjauskertoihin, hoitajien potilasohjaukseen käyttämään työaikaan sekä potilaiden/omaisten yhteydenottojen määrään ja hoitajien yhteydenottojen selvittämiseen kuluvaan työaikaan. Pro gradu -tutkielmassa haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin

1. Kuinka usein annetaan potilasohjausta ja kuinka paljon on potilaiden/omaisten yhteydenottoja?
2. Kuinka paljon hoitajat käyttävät työaikaan potilasohjaukseen ja potilaiden/omaisten yhteydenottoihin?
3. Onko potilasohjausvalmennusohjelmalla yhteyttä potilasohjauskertoihin, yhteydenottojen määrään, ohjaukseen käytettävään työaikaan tai yhteydenottojen selvittämiseen käytettävään työaikaan?

Aineisto ja menetelmät

Aineiston muodostivat potilasohjausvalmennusohjelmaan osallistuneiden yksiköiden (n=16) hoitohenkilöstön ohjauskirjaamistilastot. Aineistonkeruut tehtiin kahden viikon ajalta sekä ennen että jälkeen potilasohjausvalmennusohjelman erillisille seurantalomakkeille. Aineisto luokiteltiin hoitotyön rakenteisen kirjaamisen komponenttien mukaisesti potilasohjauksen aiheiden ja yhteydenottojen syiden osalta. Ennen potilasohjausvalmennusohjelmaa vuoden

2008 seuranta-aikana viittä ohjauskertaa kohti oli noin kolme yhteydenottoa ja valmennusohjelman jälkeen vuonna 2009 viittä ohjauskertaa kohti oli noin kaksi yhteydenottoa. Aineiston perusteella yhteydenotot olivat vähentyneet tilastollisesti merkitsevästi suhteessa potilasohjauskertoihin valmennusohjelman jälkeen. Vuosien välillä potilaille annettu ohjaus oli lisääntynyt ja vastaavasti omaisille annettu ohjaus vähentynyt. Omaisten yhteydenottoja oli määrällisesti paljon sekä ennen että jälkeen valmennusohjelman. Sekä potilasohjaukseen että yhteydenottoihin käytetty työaika kahden viikon seuranta-aikana oli vähentynyt. Tulosten mukaan hoitajat käyttivät eniten työaika potilasohjauksessa ja yhteydenotoissa sekä ennen potilasohjausvalmennusohjelmaa että sen jälkeen jatkohoittoon, terveystalvelujen käyttöön ja lääkehoitoon liittyviin ohjauksen aiheisiin. Potilasohjauskertojen ohjauksen aiheet ja niihin käytetyn työajan määrä vaihteli osittain vuosien välisessä seurannassa.

Aineisto kerättiin potilasohjausvalmennusohjelmaan osallistuneista yksiköistä. Tässä artikkelissa käytetään hoitaja tai hoitohenkilöstö -nimikettä kuvaamaan osallistuneen hoitohenkilöstön eri ammattinimikkeitä. Yksiköissä hoitajat kirjassivat kahden viikon ajalta potilasohjauksen seurantalomakkeelle ohjauksen aiheen, kenelle ohjausta oli annettu, ohjauksen ajankohdan, ohjaukseen käytetyn ajan (minuutteina) ja ohjauksen antamisen paikan. Lisäksi hoitohenkilöstö kirjasi potilaiden/omaisten yhteydenottojen seurantalomakkeelle kahden viikon ajalta yhteydenoton päivämäärän, yhteydenottajan (potilas vai omainen), ohjaukseen käytetyn ajan (minuutteina) sekä yhteydenoton syyn. Toisella mittauksella, keväällä 2009, yhteydenoton syy pyydettiin kirjaamaan seurantalomakkeelle suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL 2.0.1), hoitotyön rakenteisen kirjaamisen ohjauksen aiheiden pääkomponentin mukaisesti.

Tutkimuksessa analysoitiin neljä erillistä aineistoa (Taulukko 38). Kaksi aineistoa hoitajien antaman potilasohjauksen seurantalomakkeilla (ennen ja jälkeen valmennusohjelman) sekä kaksi aineistoa potilaiden/omaisten yhteydenottojen seurantalomakkeilla (ennen ja jälkeen valmennusohjelman). Vuonna 2008 hoitajien antaman potilasohjauksen seurantalomakkeita oli 70 kappaletta. Jokaisesta osallistuvasta yksiköstä hoitohenkilöstö oli kirjannut ylös antamansa potilasohjauksen kahden viikon ajalta. Potilasohjauslomakkeille oli kertynyt yhteensä 533 ohjauskertaa. Näistä ohjauskerroista jätettiin huomioimatta 12 ohjauskertaa. Hylkäyksen syynä oli muulle kuin potilaalle annettu ohjaus, epäselvä käsiala tai epäselvä merkintä. Vuonna 2009 yksiköiden kahden viikon potilasohjauksen seuranta-ajasta kertyi lomakkeita 46 kpl. Lomakkeille oli kirjattu yhteensä 465 ohjauskertaa. Näistä potilasohjauskerroista jätettiin

huomioimatta 6 ohjauskertaa. Hylkäyksen syynä oli muu kuin potilaalle tai omaiselle annettu ohjaus, epäselvä merkintä tai ohjauksen aiheeksi oli kirjattu pelkkä potilasohjaus, jota ei voitu luokitella.

Taulukko 38. Tutkimusaineisto taulukoituna

	Potilasohjaus		Yhteydenotot		Yhteensä
	2008	2009	2008	2009	
Seuranta-lomakkeita (A4) kahden viikon ajalta (n)	70	46	28 + 5 sivun vapaamuo- toinen lomake	21	165 + 5 sivun vapaamuo- toinen lomake
Merkintöjä yhteensä (n)	533	465	339	206	1543
Hylätyt merkinnät (n)	12 (2 %)	6 (1 %)	43 (13 %)	16 (8 %)	77 (5 %)

Potilaiden yhteydenottojen seurantalomakkeita vuonna 2008 oli 28 kappaletta sekä lisäksi viiden sivun vapaamuotoinen seurantalomake. Jokainen yksikkö oli seurannut yhteydenottoja kahden viikon ajalta. Yhteensä lomakkeille oli kertynyt 339 yhteydenottoa. Näistä yhteydenottoista hylättiin muun kuin omaisen tai potilaan ottamat yhteydenotot, joissa yhteydenottajana oli ollut muun muassa terveydenhoitaja, kotisairaanhoidaja, sairaanhoitaja, sihteeri, lääkäri, vakuutusyhtiön edustaja tai farmaseutti. Lisäksi hylättiin potilasohjausta koskemattomat yhteydenotot sekä merkinnät, joissa yhteydenoton aiheeksi oli kirjattu potilasohjaus, jota ei voitu luokitella mihinkään komponenttiin. Hylättyjä yhteydenottoja oli 43 kappaletta. Vuonna 2009 yksiköiden kahden viikon potilaiden yhteydenottojen seurannasta kertyi seurantalomakkeita 21 kappaletta. Lomakkeille oli kertynyt yhteensä 206 yhteydenottoa. Näistä yhteydenottoista hylättiin muun kuin potilaiden ja omaisten ottamat yhteydenotot sekä potilaan ohjausta koskemattomat yhteydenotot. Hylättyjä yhteydenottoja oli 16 kappaletta.

Aineisto luokiteltiin hoitotyön rakenteisen kirjaamisen komponenttien mukaisesti potilasohjauksen aiheiden ja yhteydenottojen syiden osalta. Aineisto analysoitiin SPSS 14.0 for Windows -ohjelmalla. Aineistoa kuvailtiin frekvenssi- ja prosenttijakaumilla. Lisäksi aineistosta kuvattiin potilasohjaukseen ja yhteydenottoihin hoitajilta kuluva työaika sekä keskimääräinen työaika yhtä potilasohjausta ja yhteydenottoa kohti. Vuoden 2008 ja 2009 kahden viikon seurantajaksojen välistä muutosta tarkasteltiin indeksiluvun avulla. Sekä ennen potilasohjausvalmennusohjelmaa että sen jälkeen verrattiin potilasohjaukseen kuluvan työajan ja yhteyden-

ottoihin kuluvaan työajan suhdetta. Lisäksi tarkasteltiin ennen ja jälkeen potilasohjausvalmennusohjelman välisiä suhteita. Tilastollisina menetelminä käytettiin ristiintaulukointia ja khiin neliötestiä tarkasteltaessa potilasohjauksen ja yhteydenottojen välistä suhdetta kahden viikon ajalta ennen ja jälkeen potilasvalmennusohjelman. Lisäksi tilastollisena menetelmänä käytettiin parametritonta kahden riippumattoman otoksen Mann Whitney U -testiä verrattaessa ohjauksen aiheita ennen ja jälkeen potilasohjausvalmennusohjelman ohjaukseen käytetyn työajan mukaan.

Tulokset

Potilasohjauskertojen ja yhteydenottojen lukumäärä

Taulukossa 39 on kuvattu potilaiden ja omaisten ohjauskertojen sekä yhteydenottojen lukumäärä. Ennen potilasohjausvalmennusohjelmaa vuonna 2008 kahden viikon seuranta-aikana potilasohjauskertoja oli kertynyt yhteensä 521 kappaletta. Näistä ohjauskerroista potilaille annettua ohjausta oli 83 % ja omaisille annettua ohjausta 17 %. Potilasohjausvalmennusohjelman jälkeen vuonna 2009 kahden viikon seuranta-aikana potilasohjauskertoja oli 459 kappaletta, joista potilaalle annettua ohjausta oli 93 % ja omaiselle annettua ohjausta 7 %. Omaiselle annettuun ohjaukseen luettiin myös ohjauskerrat, joissa oli annettu ohjausta sekä potilaalle että omaiselle yhdessä. Ennen potilasohjausvalmennusohjelmaa vuonna 2008 kahden viikon seuranta-aikana potilaan tai omaisen ottamia yhteydenottoja oli 296 kappaletta. Yhteydenotoista potilaiden yhteydenottoja oli 44 % ja omaisten yhteydenottoja 56 %. Potilaiden ja omaisen yhteydenottoja potilasohjausvalmennusohjelman jälkeen vuonna 2009 kahden viikon seuranta-ajalta oli yhteensä 190 kappaletta, joista potilaiden yhteydenottoja oli 63 % ja omaisten yhteydenottoja 37 %.

Taulukko 39. Potilasohjauskerrat sekä yhteydenottojen lukumäärät

	2008		2009		Yhteensä	
	n	potilas/omainen	n	potilas/omainen	n	potilas/omainen
Potilasohjauskerrat	521	433/88	459	427/32	980	860/120
Yhteydenotot	296	131/165	190	120/70	486	251/235
Yhteensä	817	564/253	649	547/102	1466	1111/355

Vuoden 2008 ja 2009 välistä muutosta tarkasteltiin indeksiluvun avulla. Potilasohjauskerrat vähenivät 12 % vuodesta 2008. Yhteydenotot vähenivät 36 % vuodesta 2008 (Taulukko 40).

Taulukko 40. Vuosien 2008 ja 2009 välistä muutosta osoittava indeksiluku

	Ohjauskerrat (n)		Indeksi 2009 (2008=100)
	2008	2009	
Potilasohjaus	521	459	88
Yhteydenotto	296	190	64

Aineisto luokiteltiin hoitotyön rakenteisen kirjaamisen komponenttien mukaisesti. Ennen potilasohjausvalmennusohjelmaa vuonna 2008 potilaiden ja omaisten ohjauskertojen aiheina olivat lukumääräisesti kolmena suurimpana jatkohoito (n=176, 34 %), terveystalvelujen käyttö (n=109, 21 %) ja lääkehoito (n=66, 13 %). Yhtään ohjauskertaa ei annettu selviytymisestä, kanssakäymisestä eikä psyykkisistä toiminnoista. Potilasohjausvalmennusohjelman jälkeen vuonna 2009 potilaiden ja omaisten ohjauskertojen aiheina lukumääräisesti kolme suurinta olivat jatkohoito (n=139, 30 %), terveystalvelujen käyttö (n=73, 16 %) sekä lääkehoito (n=71, 16 %). Yhtään ohjauskertaa ei ollut kanssakäymisestä, turvallisuudesta tai elämäntaaresta. Yhteydenotoista ennen valmennusohjelmaa vuonna 2008 kolme suurinta ryhmää olivat lukumääräisesti jatkohoito (n=77, 26 %), terveystalvelujen käyttö (n=57, 19 %) ja lääkehoito (n=50, 17 %). Yhteydenottoja ei ollut ollenkaan koskien nestetasapainoa, terveystkäyttäytymistä, kanssakäymistä, psyykkistä tasapainoa tai elämäntaarta. Potilasohjausvalmennusohjelman jälkeen vuonna 2009 yhteydenottojen kolme suurinta ryhmää olivat jatkohoito (n=74, 39 %), terveystalvelujen käyttö (n=42, 22 %) ja lääkehoito (n=35, 18 %). Yhtään yhteydenottoa ei ollut aktiviteetista, terveystkäyttäytymisestä, ravitsemuksesta, hengityksestä, kanssakäymisestä tai elämäntaaresta (Taulukko 41).

Taulukko 41. Potilaiden/omaisten ohjaukset ja yhteydenottojen lukumäärä (n) eriteltyinä hoitotyön rakenteisen kirjaamisen komponentteihin

Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen komponentit	Potilasohjaukset		Yhteydenotot					
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Jatkohoito	176	(34)	139	(30)	77	(26)	74	(39)
Terveyspalvelujen käyttö	109	(21)	73	(16)	57	(19)	42	(22)
Lääkehoito	66	(13)	71	(16)	50	(17)	35	(18)
Kudoseheys	45	(9)	43	(9)	32	(11)	12	(6)
Erittäminen	26	(5)	31	(7)	23	(8)	5	(3)
Aineenvaihdunta	19	(4)	6	(1)	6	(2)	3	(2)
Ravitsemus	17	(3)	6	(1)	6	(2)	0	(0)
Aktiviteetti	14	(3)	32	(7)	2	(<1)	0	(0)
Aistitoiminta	12	(2)	5	(1)	9	(3)	6	(3)
Päivittäiset toiminnot	11	(2)	4	(1)	8	(3)	1	(<1)
Hengitys	8	(2)	2	(<1)	4	(1)	0	(0)
Terveyskäyttäytyminen	7	(1)	14	(3)	0	(0)	0	(0)
Nestetasapaino	4	(1)	1	(<1)	0	(0)	1	(<1)
Turvallisuus	3	(1)	0	(0)	11	(4)	2	(1)
Elämänkaari	3	(1)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Verenkierto	1	(<1)	12	(3)	4	(1)	5	(3)
Selviytyminen	0	(0)	12	(3)	7	(2)	1	(<1)
Psyykkinen tasapaino	0	(0)	8	(2)	0	(0)	3	(2)
Kanssakäyminen	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Yhteensä	521	(100)	459	(100)	296	(100)	190	(100)
								1466

Potilaiden ja omaisten ohjaukseen ja yhteydenottoihin käytetty työaika

Potilaiden ja omaisten ohjaukseen ja yhteydenottoihin käytetty työaika on kuvattu ja lisäksi tarkasteltu aikaindeksin avulla Taulukossa 42. Potilasohjaukseen käytetty työaika vähentyi 35 % vuodesta 2008 ja yhteydenottoihin käytetty työaika vähentyi 27 % vuodesta 2008.

Taulukko 42. Potilaiden ja omaisten ohjaukseen ja yhteydenottoihin käytetty työaika

	2008	2009	Yhteensä	Indeksi 2009 (2008=100)
Potilasohjaukseen käytetty työaika	10858,5 min	7074 min	17932,5 min	65
Yhteydenottoihin käytetty työaika	2120 min	1540,5 min	3660,5 min	73
Yhteensä	12978,5 min	8614,5 min	21593 min	

Vuonna 2008 ennen potilasohjausvalmennusohjelmaa kahden viikon seuranta-aikana potilaiden ja omaisten ohjaukseen hoitajat käyttivät eniten työaikaan jatkohoidon ohjaukseen (4046 minuuttia). Terveyspalvelujen käytön ohjaukseen kului 2739 minuuttia ja lääkehoidon ohjaukseen 1012 minuuttia. Kahden viikon aikana ohjattiin yli kahdeksan tuntia erittämiseen liittyviä asioita (779 minuuttia) sekä kudoseheyteen liittyviä asioita (751 minuuttia). Myös vuonna 2009 valmennusohjelman jälkeen potilaiden ja omaisten ohjauksessa käytettiin eniten aikaa jatkohoidon ohjaukseen (2644 minuuttia). Seuraavaksi eniten työaikaan käytettiin lääkehoidon ohjaukseen (898 minuuttia) ja terveyspalvelujen käytön ohjaukseen (767 minuuttia). Yli kahdeksan tuntia ohjausta annettiin myös aktiviteettiin liittyvistä asioista (605 minuuttia), erittämiseen liittyvistä asioista (572 minuuttia) sekä kudoseheyteen liittyvistä asioista (529 minuuttia) (Taulukko 43).

Taulukko 43. Potilaiden ja omaisten ohjaukseen ja yhteydenottoihin käytetty työaika (min) eriteltynä hoitotyön rakenteisen kirjaamisen komponentteihin

Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen komponentit	Potilasohjaukseen käytetty työaika		Yhteydenottoihin käytetty työaika		
	2008 min (%)	2009 min (%)	2008 min (%)	2009 min (%)	
Jatkohoito	4046 (37)	2644 (37)	617,5 (29)	474,5 (31)	
Terveyspalvelujen käyttö	2739 (25)	767 (11)	309 (15)	387 (25)	
Lääkehoito	1012 (9)	898 (13)	264,5 (12)	317 (21)	
Erittäminen	779 (7)	572 (8)	171,5 (8)	85 (6)	
Kudoseheys	751 (7)	529 (7)	224,5 (11)	90 (6)	
Hengitys	340 (3)	17 (<1)	31,5 (1)	0 (0)	
Aineenvaihdunta	320 (3)	80 (1)	65 (3)	25 (2)	
Aktiviteetti	239 (2)	605 (9)	35 (2)	0 (0)	
Ravitseminen	195 (2)	60 (<1)	80 (4)	0 (0)	
Päivittäiset toiminnot	161 (1)	75 (1)	70,5 (3)	15 (<1)	
Aistitoiminta	135 (1)	50 (<1)	44 (2)	30 (2)	
Terveyskäyttäytyminen	35,5 (<1)	122 (2)	0 (0)	0 (0)	
Turvallisuus	35 (<1)	0 (0)	109 (5)	8 (<1)	
Elämänkaari	30 (<1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Verenkierto	25 (<1)	290 (4)	17 (<1)	34 (2)	
Nestetasapaino	16 (<1)	5 (<1)	0 (0)	10 (<1)	
Selviytyminen	0 (0)	205 (3)	81 (4)	5 (<1)	
Psyykinen tasapaino	0 (0)	155 (2)	0 (0)	60 (4)	
Kanssakäyminen	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Yhteensä	10858,5	7074	2120	1540,5	21593min

Potilaiden ja omaisten yhteydenottoihin hoitajat käyttivät työaikaan ennen valmennusohjelmaa eniten jatkohoitoon liittyviin asioihin (617,5 minuuttia). Terveyspalvelujen käyttöä koskeviin yhteydenottoihin käytettiin työaikaan 309 minuuttia, lääkehoitoa koskeviin asioihin 264,5 mi-

nuuttia sekä kudoseheyteen liittyvien yhteydenottojen hoitoon käytettiin 224,5 minuuttia. Muiden yhteydenottojen selvittämiseen meni kahden viikon aikana alle kolme tuntia. Potilasohjausvalmennusohjelman jälkeen vuonna 2009 jatkohoidon asioiden selvittämiseen liittyviin yhteydenottoihin käytettiin työaika 474,5 minuuttia, terveystalvelujen käyttöä koskeviin yhteydenottoihin 387 minuuttia ja lääkehoitoa koskeviin yhteydenottoihin 317 minuuttia. Muihin yhteydenottoihin käytettiin työaika alle kaksi tuntia kahden viikon aikana.

Vuonna 2008 ennen potilasohjausvalmennusohjelmaa potilaiden ja omaisten ohjaukseen käytetyn työajan keskiarvo yhtä ohjauskertaa kohden oli 21 minuuttia ja vuonna 2009 valmennusohjelman jälkeen yhden ohjauskerran työajan keskiarvo oli 15,5 minuuttia. Yhteydenottoihin käytetyn työajan keskiarvo vuonna 2008 oli 7 minuuttia ja vuonna 2009 yhteen yhteydenottoon käytetyn työajan keskiarvo oli 8 minuuttia. Yhteen potilasohjaukseen kulunut työaika vähentyi 26 % vuodesta 2008 ja yhteen yhteydenottoon käytetty työaika lisääntyi 14 % vuodesta 2008 (Taulukko 44). Lisäksi Taulukossa 45 kuvataan potilaiden ohjaukseen ja yhteydenottoihin käytetyn työajan keskiarvo yhtä ohjauskertaa/yhteydenottoa kohti eriteltyinä hoitotyön rakenteisen kirjaamisen komponentteihin.

Taulukko 44. Potilasohjaukseen ja yhteydenottoihin käytetyn työajan keskiarvo

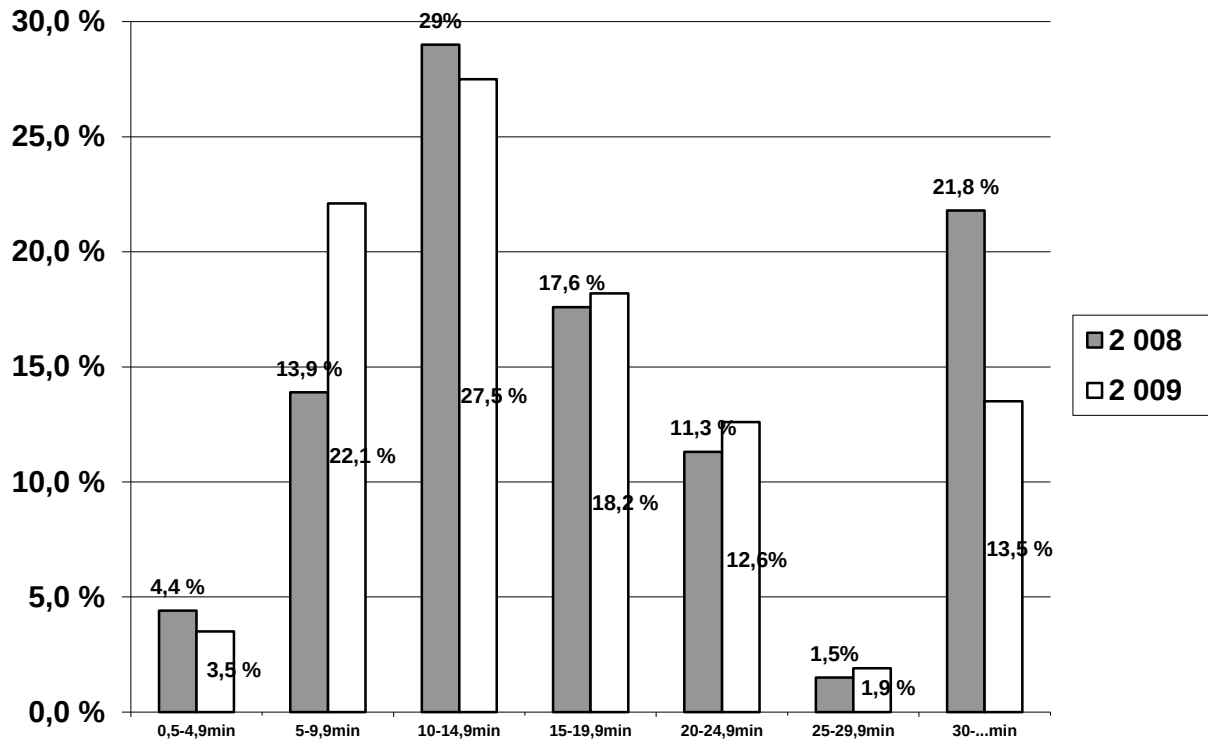
	2008 min (ka)	2009 min (ka)	Indeksi 2008=100
Potilasohjaukseen käytetyn työajan ka.	21	15,5	74
Yhteydenottoihin käytetyn työajan ka.	7	8	114

Vuonna 2008 ennen potilasohjausvalmennusohjelmaa potilaiden ja omaisten ohjauskerroista suuri osa (78 %) oli alle puolen tunnin kestoisia ohjauksia. Noin viidennes (18 %) ohjauskerroista kesti alle 10 minuuttia ja kolmannes (29 %) ohjauskerroista kesti 10 – 14,9 minuuttia. Ohjauskerroista 31 % sijoittui aikavälille 15 – 29,9 minuuttia. Yli puolen tunnin ohjauskertoja aina yli kahden tunnin ohjauskertoihin saakka oli noin 22 % kaikista ohjauskerroista. Lyhyin ohjaus kesti minuutin ja pisin ohjaus kesti 155 minuuttia. Myös valmennusohjelman jälkeen vuonna 2009 suuri osa (87 %) potilaiden ja omaisten ohjauskerroista oli alle puolen tunnin ohjauksia. Alle 10 minuutin ohjauskertoja oli noin neljännes (26 %) ja noin kolmannes (28 %) oli kestoltaan 10 – 14,9 minuuttia. Hieman yli 30 % ohjauskerroista sijoittui aikavälille 15 – 29,9 minuuttia. Ohjauskerroista 14 % kesti yli puolituntia. Lyhyin ohjaus oli kestoltaan puoli minuuttia ja pisin ohjaus 210 minuuttia. (Kuvio 8.)

Taulukko 45. Potilaiden ja omaisten ohjaukseen ja yhteydenottoihin käytetyn työajan keskiarvo (min) yhtä ohjauk kertaa/yhteydenottoa kohti

Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen komponentit	Potilasohjaukseen käytetyn työajan ka		Yhteydenottoihin työajan ka	
	2008 min	2009 min	2008 min	2009 min
Hengitys	42,5	8,5	8	0
Erittäminen	30	18,5	7,5	17
Verenkierto	25	24	4	7
Terveyspalvelujen käyttö	25	10,5	5,5	9
Jatkohoito	23	19	8	6,5
Aktiviteetti	17	19	17,5	0
Aineenvaihdunta	17	13	11	8
Kudoseheys	16,5	12	7	7,5
Lääkehoito	15	12,5	5	9
Päivittäiset toiminnot	14,5	19	9	15
Ravitsemus	11,5	10	13	0
Turvallisuus	11,5	0	10	4
Aistitoiminta	11	10	5	5
Elämänkaari	10	0	0	0
Terveyskäyttäytyminen	5	8,5	0	0
Nestetasapaino	4	5	0	10
Psyykkinen tasapaino	0	19	0	20
Selviytyminen	0	17	11,5	5
Kanssakäyminen	0	0	0	0

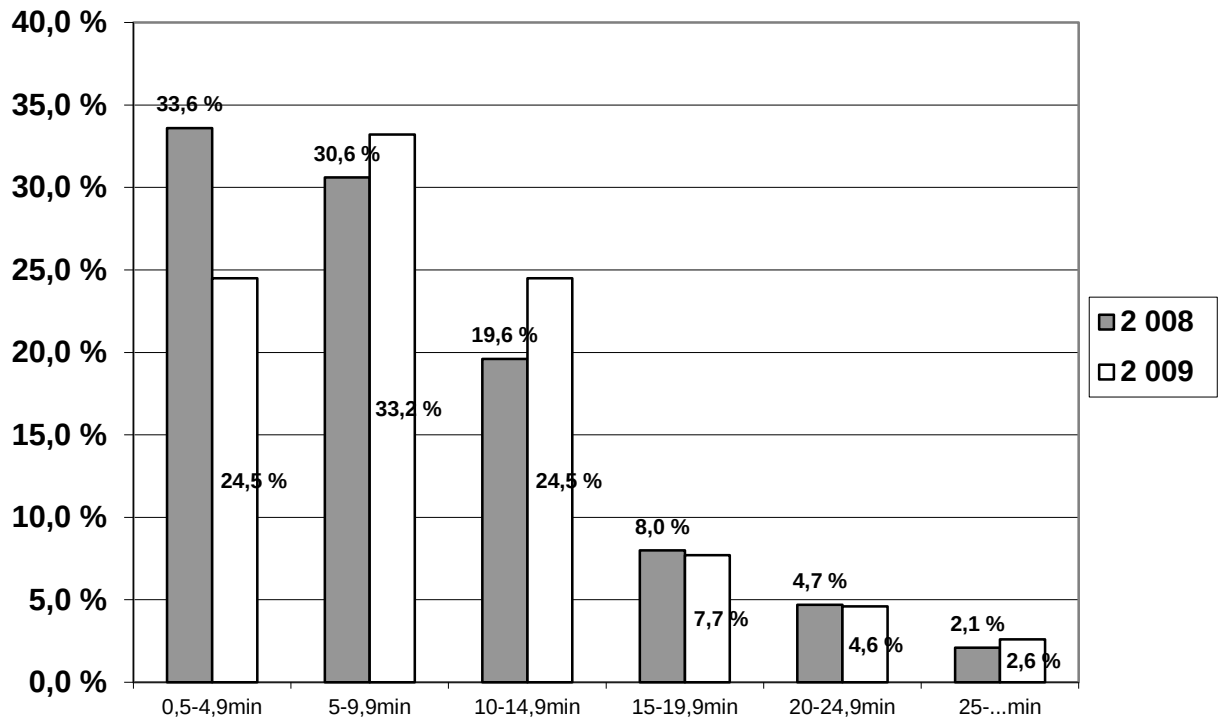
Luokiteltu ohjaukseen käytetty työaika



Kuvio 8. Luokiteltu potilaiden ja omaisten ohjaukseen käytetty työaika

Vuonna 2008 ennen potilasohjausvalmennusohjelmaa 84 % potilaiden ja omaisten yhteydenotoista kesti alle viisitoista minuuttia. Noin kolmannes (34 %) yhteydenotoista hoidettiin alle viidessä minuutissa ja 5 – 9,9 minuutin kestoisia yhteydenottoja oli toinen kolmannes (31 %). Viidennes yhteydenotoista (20 %) kesti 10 – 14,9 minuuttia. Noin 15 % yhteydenotoista kesti yli viisitoista minuuttia. Kestoltaan lyhyin yhteydenottoon käytetty työaika vei vain puoli minuuttia ja pisin 30 minuuttia. Valmennusohjelman jälkeen vuonna 2009 suuri osa (83 %) kesti alle viisitoista minuuttia. Kestoltaan alle viiden minuutin sekä 10 – 14,9 minuutin yhteydenottoja oli molempia noin neljännes (25 %) ja kolmannes (33 %) yhteydenotoista kesti 5–9,9 minuuttia. Yli viisitoista minuuttia kestäneitä yhteydenottoja oli 16 %. Vuonna 2009 kestoltaan lyhyin yhteydenoton selvittely kesti minuutin ja pisin 60 minuuttia (Kuvio 9).

Luokiteltu yhteydenottoihin käytetty työaika



Kuvio 9. Luokiteltu potilaiden ja omaisten yhteydenottoihin käytetty työaika

Potilasohjauksen ja yhteydenottojen välinen vertailu kahden viikon ajalta ennen ja jälkeen potilasohjausvalmennusohjelman

Sekä potilasohjauksessa että yhteydenotoissa esiintyi eroa ennen ja jälkeen potilasohjausvalmennusohjelman sekä lukumääräisesti että prosentuaalisesti. Vuoden 2008 ohjauskerroista potilasohjauskertoja oli yli 60 % ja yhteydenottoihin käytettyä ohjausta hieman yli kolmannes (36 %). Vastaavasti vuonna 2009 potilasohjauskertoja oli yli 71 % ja yhteydenottoihin käytettiin noin kolmannes (29 %) kaikista ohjauskerroista. Vuosien välistä eroa tukee myös Pearsonin Chi-Squaren suuri arvo 7.893 ja p-arvo 0.005 (p-arvo<0.01). (Taulukko 46). Lisäksi ohjauksen aiheita vertailtiin ennen ja jälkeen potilasohjausvalmennusohjelman ohjaukseen käytetyn työajan mukaan. Ohjaukseen käytetyn työajan keskimääräisten arvojen ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä (p<0.05) ainoastaan aktiviteetissa, terveystalvelujen käytössä sekä aineenvaihdunnassa.

Taulukko 46. Potilasohjauksen ja yhteydenottojen välinen vertailu ennen ja jälkeen potilasohjausvalmennusohjelman

	2008		2009		Yhteensä		Pearson Chi-Square p-arvo
	n	%	n	%	n	%	
Potilasohjaus	521	64	459	71	980	67	7.893 .005
Yhteydenotto	296	36	190	29	486	33	
Yhteensä	817	100	649	100	1466	100	

Tulosten tarkastelu ja arviointi

Ennen potilasohjausvalmennusohjelmaa vuonna 2008 kahden viikon seuranta-aikana viittä ohjauskertaa kohti oli noin kolme yhteydenottoa ja valmennusohjelman jälkeen vuonna 2009 viittä ohjauskertaa kohti oli noin kaksi yhteydenottoa. Vuoden 2008 ja vuoden 2009 kahden viikon seuranta-aikojen välillä potilasohjaus vähentyi noin 12 % ja yhteydenotot vähentyivät noin 36 %. Määrälliset ja prosentuaaliset erot potilasohjauskertojen ja yhteydenottomäärien välillä olivat suuret verrattaessa vuosien välistä eroa (Taulukko 47). Pelkästään tämän tutkimuksen perusteella ei voida kuitenkaan todeta, vaikuttiko potilasohjauksen ja yhteydenottojen vähenemiseen potilasohjausvalmennusohjelman tuoma muutos vai muut sattumanvaraiset henkilöstöstä tai ympäristöstä johtuvat asiat.

Taulukko 47. Yhteenveto potilasohjauskerroista, yhteydenotoista sekä näihin käytetystä työajasta

	2008	2009
Potilasohjauskerrat (n)	521	459
Potilasohjaukseen käytetty työaika (min)	10858,5	7074
Potilasohjauskerran ka (min)	21	15,5
Yhteydenotot (n)	296	190
Yhteydenottoihin käytetty työaika (min)	2120	1540,5
Yhteydenoton ka (min)	7	8

Verrattaessa potilasohjauskertojen ja yhteydenottojen määriä kahden viikon ajalta ennen ja jälkeen potilasohjausvalmennusohjelman esiintyi molemmissa hieman eroa sekä lukumääräisesti että prosentuaalisesti. Aineiston perusteella potilasohjauksen ja yhteydenottojen eroa vuosien välillä tukee myös khii toiseen -testi, jonka mukaan potilasohjauskertojen ja yhteydenottojen välillä on tilastollisesti merkitsevä ero. Yhteydenotot vähentyivät tilastollisesti merkitsevästi suhteessa potilasohjauskertoihin potilasohjausvalmennusohjelman jälkeen. Poti-

lasohjausvalmennus on mahdollisesti lisännyt ja syventänyt hoitohenkilöstön ohjausosaamista, lisäten potilasohjauksen laadukkuutta ja vaikuttavuutta. Tarvitaan kuitenkin lisää tutkimusta oletuksen vahvistamiseksi.

Vuosien välillä potilaille annettu ohjaus oli lisääntynyt 10 % ja vastaavasti omaisille annettu ohjaus vähentynyt 10 %. Vuoden 2008 yhteydenotoista yli puolet (56 %) olivat omaisten yhteydenottoja, kun vuonna 2009 niitä oli enää reilu kolmannes (37 %). Tätä ei pystytä selittämään omaisille annettavan ohjauksen lisääntymisellä, koska omaisille annettava ohjaus oli päinvastaisesti vähentynyt vuoden 2008 seuranta-ajasta verrattuna vuoteen 2009. Omaisten yhteydenottoja on kuitenkin määrällisesti paljon molempina seuranta-aikoina. Samansuuntaiseen tulokseen on tullut Adam, Ferrara, Aguilar Tabora, Nashatizadeh, Negoita & Jankovic (2009) tutkiessaan lääkäreiden puhelinneuvontaa, jossa potilaiden yhteydenottoja oli noin puolet ja omaisten yhteydenottoja noin 40 %. Kääriäinen (2007), Isola, Backman, Saarnio, Kääriäinen & Kyngäs (2007) ja Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa (2005) ovat myös tutkimuksissaan todenneet, että ohjaus vaikuttaa vähiten omaisten tiedonsaantiin.

Tässä tutkimuksessa vuodesta 2008 vuoteen 2009 potilasohjaukseen käytetty työaika kahden viikon seuranta-aikana oli vähentynyt 35 % ja yhteydenottoihin käytetty työaika oli vähentynyt 27 %. Lukumääräisesti ja prosentuaalisesti sekä potilasohjaukseen että yhteydenottoihin käytetty työaika oli vähentynyt huomattavasti. Tutkimuksen tulosten mukaan sekä ennen potilasohjausvalmennusohjelmaa että sen jälkeen hoitajat käyttivät eniten työaikaan jatkohoitoon, terveyspalvelujen käyttöön ja lääkehoitoon liittyvien asioiden ohjaukseen. Kuitenkin hoitajat joutuivat käyttämään eniten työaikaan myös yhteydenotoissa samojen aiheiden selvittelyyn. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on raportoitu, että potilaat saavat riittämättömästi tietoa ja ohjausta jatkohoidosta (Suhonen ym. 2005, Johansson ym. 2003). Samat ohjauksen aiheet sekä potilasohjauskerroissa että yhteydenotoissa osoittavat, että hoitajien antama tieto ei välity potilaille riittävästi. Suhonen kollegoineen (2005) onkin todennut, että potilaiden tiedolliset tarpeet ja heidän henkilökunnalta saamansa ohjaus eivät välttämättä kohtaa toisiaan.

Pohdinta ja johtopäätökset

Tutkimuksen avulla on saatu lisätietoa potilasohjausvalmennusohjelman positiivisista vaikutuksista potilasohjauskertoihin ja yhteydenottojen määrään sekä potilasohjaukseen ja yhteydenottoihin käytettyyn työaikaan. Potilasohjauksessa tulisi kiinnittää huomiota erityisesti jat-

kohoidon, terveystalvelujen käytön ja lääkehoidon ohjaukseen. Omaiset on otettava tiiviimin mukaan ohjausprosessiin. Potilasohjausvalmennusohjelman edelleen kehittäminen sekä sisällön jakaminen laajemmalle kohdejoukolle edistää hoitohenkilöstön ammatillista osaamista sekä potilaiden ja omaisten tyytyväisyyttä. Hoitotyön johtajilla on mahdollisuus vaikuttaa potilasohjausvalmennuksen jatkumiseen ja sen kehittämiseen. Arvioitaessa syvällisemmin potilasohjausvalmennusohjelman yhteyttä potilasohjauskertoihin ja yhteydenottoihin sekä näihin käytettyyn työaikaan, tulee tarkastella näiden yhteyttä samanlaisin menetelmin uusissa potilasohjausvalmennukseen osallistuvissa yksiköissä. Jatkossa tuloksia voidaan verrata tämän tutkimuksen tuloksiin.

Ohjausosaaminen on yksi hoitohenkilöstön ammattitaidon osa-alueista ja sen vahvistamista tulee tukea ja kehittää. Potilasohjausvalmennusohjelma monimuotoisuudessaan on yksi hyväksi todettu menetelmä tukea ohjausosaamista. Potilasohjausvalmennusohjelman yhteyttä potilasohjauskertoihin, hoitajien potilasohjaukseen käyttämään työaikaan sekä potilaiden/omaisten yhteydenottojen määrään ja hoitajien yhteydenottojen selvittämiseen kuluvaan työaikaan ei voida tämän tutkimuksen perusteella todeta, mutta aikaisempiin tutkimustuloksiin viitaten, (mm. Lamiani & Furey 2009, Finke ym. 2008, Boswell King ym. 2007, Arranz ym. 2005, Caris-Verhallen ym. 2000) erilaiset valmennusohjelmat parantavat ohjauksen laatua ja lisäävät syvällisempää kommunikointia hoitajan ja potilaan välillä. Laadukas ohjaus ei ole ainoastaan tiedon jakamista ja antamista. Laadukkaalla ohjaamisella syvennetään vuorovaikutusta potilaan ja hoitohenkilöstön kanssa, motivoidaan potilasta muutokseen ja voimaannutetaan omahoitoisuuteen. Laadukasta ohjausta ei voida mitata ainoastaan potilasohjauskertojen ja yhteydenottojen määrällä sekä niiden lisääntymisellä tai vähenemisellä, vaan siihen tarvitaan lisäksi laadullista tutkimusta tuloksien syventämiseksi ja ymmärtämiseksi.

Lähteet

- Adam, OR., Ferrara, JM., Aguilar Tabora, LG., Nashatizadeh, MM., Negoita, M. & Jankovic, J. 2009. Education research: Patient telephone calls in a movement disorders center. *Neurology* 73, 50-52.
- Arranz, P., Ulla, SM., Ramos, JL., Rincón, C. & López-Fando, C. 2005. Evaluation of a counseling training program for nursing staff. *Patient Education and Counseling* 56, 233-239.
- Boswell King, E., Pratt Gregory, R., Schlundt, DG., Garton, R., Fielder, MT., Snow DC. & Pichert, J. W. 2007. The effect of problem solving training on the counselling skills of telephonic nurse care managers. *Journal for Nurses in Staff Development* 23(5), 229-237.

- Caris-Verhallen, W., Kerkstra, A., Bensing, J. M. & Grypdonck, M. 2000. Effects of video interaction analysis training on nurse-patient communication in the care of the elderly. *Patient Education and Counseling* 39, 91-103.
- Finke, EH., Light, J. & Kitko, L. 2008. A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of Clinical Nursing* 17, 2102-2115.
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 19(2), 51-62.
- Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Lehtikunnas, T., Ahonen, P., Elomaa, L. & Salmela, M. 2003. Need for change in patient education: a Finnish survey from patient's perspective. *Patient Education and Counseling* 51, 239-245.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* 3(1), 10-15.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 937. Oulun yliopisto. Oulun yliopistollinen sairaala.
- Lamiani, G. & Furey, A. 2009. Teaching nurses how to teach: an evaluation of workshop on patient education. *Patient Education and Counseling* 75, 270-273.
- Salminen, S. 2010. Hoitohenkilöstön työajan käyttö potilasohjaukseen ja yhteydenottoihin erikoissairaanhoidossa. Pro gradu –tutkielma, Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Stickley, T. 2002. Counselling and mental health nursing: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 301-308.
- Suhonen, R., Nenonen, H., Laukka, A. & Välimäki, M. 2005. Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing* 14, 1167-1176.
- Toman, C., Harrison, MB. & Logan, J. 2001. Clinical practice guidelines: necessary but not sufficient for evidence-based patient education and counseling. *Patient Education and Counseling* 42, 279-287.

HOITAJIEN ANTAMAN OHJAUKSEN ARVIOINTILOMAKE

Potilasohjaustilanne 1=neuromodulaattorin käytön ohjaus ☐ 2=kotihoidon ohjaus ☐

Arviointi asteikolla 1-5 (jossa 1= täysin eri mieltä ja 5= täysin samaa mieltä)		1	2	3	4	5
1	Hoitaja selvitti potilaan aikaisemmat tiedot ohjattavasta asiasta					
2	Hoitajan antaman ohjauksen tavoite tuli selkeästi esille					
3	Hoitaja ohjasi suunnitelmallisesti					
4	Hoitajalla oli tietoa ohjattavasta asiasta					
5	Hoitaja valitsi ohjaukseen sopivan menetelmän					
6	Hoitaja sovelsi ohjauksen potilaan elämäntilanteeseen					
7	Potilas sai ohjauksesta tarvitsemansa tiedon					
8	Potilas sai ohjauksesta tarvitsemansa tuen					
9	Hoitajan antama ohjaus mahdollisti potilaan pärjäämisen kotona					
10	Hoitaja antoi potilaalle tarkoituksenmukaista palautetta					
11	Hoitaja löysi ohjaustilanteessa potilaan kannalta keskeiset asiat					
12	Hoitaja esitti selventäviä kysymyksiä potilaalle					
13	Hoitaja kuunteli potilasta					
14	Hoitaja rohkaisi potilasta kysymään					
15	Hoitaja rohkaisi potilasta ilmaisemaan tunteensa					
16	Hoitaja varmisti, että potilas ymmärsi ohjauksen					
17	Hoitaja ohjasi ymmärrettävästi					
18	Hoitaja perusteli antamansa ohjeet					
19	Hoitaja kunnioitti potilasta ohjauksessa					
20	Hoitaja oli potilasta kannustava					
21	Hoitaja ohjasi rauhallisesti					
22	Hoitaja oli ystävällinen					
23	Hoitaja meni liikaa potilaan tuntemuksiin mukaan					
24	Hoitaja oli ”kaikki tietävä”					
25	Hoitaja vähätteli potilasta					
26	Hoitaja oli epävarma					

HOITAJIEN OHJAUSOSAAMISEN ITSEARVIOINTILOMAKE

ammattinimike:

- ☐ sairaanhoitaja tai fysioterapeutti
☐ lähihoitaja, perushoitaja, lastenhoitaja, mielenterveyshoitaja

työssäoloaika:

- ☐ alle 1 vuosi
☐ 1-5 vuotta
☐ yli 5 vuotta – alle 10 vuotta
☐ yli 10 vuotta

Arviointi asteikolla 1-5 1= aloittelija, olen perehtymässä ja tarvitsen ohjausta 2= harjoittelija, tunnen perusteet ja osaan rutiinohjauksen tavanomaisissa tilanteissa 3= suorittaja, osaan ohjauksen, pystyn ohjaamaan myös ei-tavanomaisissa tilanteissa 4= pätevä, osaan ohjata itsenäisesti, joustavasti ja potilaslähtöisesti/yksilöllisesti yllätyksellisissäkin tilanteissa 5= mestari, pystyn myös kehittämään potilasohjausta, etsimään ajantasaista tietoa ja opastamaan muita		1	2	3	4	5
1	Tieto ohjattavasta asiasta sisällöstä					
2	Tieto ohjauksen edellyttämästä vuorovaikutuksesta					
3	Tieto tiedonhaun menetelmistä					
4	Tieto ohjauksen prosessista					
5	Tieto ohjauksen kirjaamisesta					
6	Tieto erilaisista ohjausmenetelmistä (yksilö-, ryhmäohjaus, puhe- linohjaus, audiovisuaalinen, videot, tietoverkot, kirjalliset ohjeet, demonstraatiot					
7	Taito tunnistaa potilaan yksilölliset ohjaustarpeet					
8	Taito ohjata tavoitteellisesti					
9	Taito ohjata niin, että potilas pärjää saadun ohjauksen turvin					
10	Taito valita ohjaukseen sopiva yksilöllinen menetelmä					
11	Taito soveltaa/käyttää tietoa ohjaustilanteeseen yksilöllisesti					
12	Taito käyttää vuorovaikutustekniikkaa ohjaustilanteessa yksilöllisesti					
13	Taito perustella antamani ohjeet (ääneen ajatteleva)					
14	Taito soveltaa ohjaus potilaan elämäntilanteeseen sopivaksi					

käännä

Arviointi asteikolla 1-5 1= aloittelija, olen perehtymässä ja tarvitsen ohjausta 2= harjoittelija, tunnen perusteet ja osaan rutiiniohjauksen tavanomaisissa tilanteissa 3= suorittaja, osaan ohjauksen, pystyn ohjaamaan myös eivertavanomaisissa tilanteissa 4= pätevä, osaan ohjata itsenäisesti, joustavasti ja potilaslähtöisesti/yksilöllisesti yllätyksellisissäkin tilanteissa 5= mestari, pystyn myös kehittämään potilasohjausta, etsimään ajantasaista tietoa ja opastamaan muita		1	2	3	4	5
15	Taito kannustaa ja rohkaista potilasta					
16	Taito aidosti kuunnella potilasta					
17	Taito ohjata rauhallisesti					
18	Taito huomioida ohjauksessa potilaan omaiset (perhe)					
19	Taito huomioida ohjauksessa potilaan ympäristö (koti, työ jne.)					
20	Taito ohjata erilaisia ihmisiä					
21	Taito ohjata potilasta ammatillisesti, vaikka potilaalla on erilainen näkemys asiasta					
22	Taito ohjata, kun tilanteessa on useampi kuin yksi henkilö (esim. perhe mukana)					
23	Taito ohjata ryhmätilanteissa (esim. samaa sairautta sairastavien vertaisryhmä, perhevalmennusryhmä)					
24	Taito seurata puheen sisällön rakentumista					
25	Taito eritellä kuultua					
26	Taito tiivistää kuultua					
27	Taito erottaa keskeiset asiat					
28	Taito erottaa puhujan käyttämiä perustelemisen keinoja					
29	Taito arvioida sanoman luotettavuutta					
30	Taito tehdä kuullusta päätelmiä					
31	Taito antaa puhujalle tarkoituksenmukaista palautetta					

PKSSK OHJAUSOSAAMISEN ITSE/VERTAISARVIOINTILOMAKE**Arvioitava:****Arvioija(t):****pvm:**

YLEINEN ARVIOINTIOSA:		1	2	3	4	5
A OHJAUSOSAAMINEN	ARVIOITU OHJAUSOSAAMISTASO 1= aloittelija, perehtyjä, tarvitsee vielä ohjausta potilasohjaukseen 2= harjoittelija, tuntee perusteet ja osaa rutiiniohjauksen tavanomaisissa tilanteissa 3= suorittaja, osaa ohjauksen, pystyy ohjaamaan myös ei-tavanomaisissa tilanteissa 4= pätevä, osaa ohjata itsenäisesti, joustavasti ja yksilöllisesti yllätyksellisissäkin tilanteissa 5= mestari, edellisten lisäksi hyödyntää ajantasaista tietoa, kehittää potilasohjausta ja ohjaa muita					
	Arviointi asteikolla 1-5, jossa 1= huonoin ja 5= paras	1	2	3	4	5
	Tieto ohjauksen prosessista					
	Ajantasainen tieto ohjattavista asioista					
	Taito etsiä ajantasaista tietoa ohjattavista asioista					
	Tieto erilaisista ohjausmenetelmistä					
	Tieto ohjauksen edellyttämästä vuorovaikutuksesta (puheen rakenteesta, motivoinnista)					
	Tieto ohjauksen kirjaamisesta					
OHJAUSTILANTEEN ITSEARVIOINTI/VERTAISHAVAINNOINTIOSA:		1	2	3	4	5
B OHJAUSPROSESSI	Taito ajoittaa ja jaksottaa ohjaus potilaan elämäntilanteeseen sopivaksi					
	Taito perustella ohjaus (ääneen ajatteleva) soveltaen ajantasaista tietoa ohjattavasta asiasta					
	Taito tunnistaa/määrittää potilaan yksilölliset ohjaustarpeet - ohjattavan aikaisemmat tiedot ja taidot ohjattavasta asiasta - käytettävissä olevat voimavarat ja ohjattavan oppimistyyli - muutosvaiheen tunnistaminen					
	Taito valita ohjaukseen sopiva yksilöllinen ja vaikuttava menetelmä					
	Taito antaa ohjattavalle yksilöllistä palautetta					
	Taito ohjata tavoitteellisesti ja tuloksellisesti - ohjattava voimaantuu, tietää, osaa, jaksaa ja pärjää saadun ohjauksen turvin - ohjauksen jatkuvuuden varmistaminen					
	Taito kirjata tavoitteellisesti olennaiset asiat					
	Taito huomioida ohjattavan perhe, läheiset ja ympäristö (koti, työ)					
	Taito ohjata tuloksellisesti, vaikka ohjattavalla on erilainen näkemys asiasta - taito välttää ohjattavan mukaan meneminen (ammattillisuuden säilyttäminen) - taito olla päättämättä ohjattavan puolesta ja ottaa ohjattavalle kuuluva vastuu					
C VUOROVAIKUTUS	Taito aidosti kuunnella - taito kerätä tietoa ja tehdä tarkentavia kysymyksiä - taito olla sivuuttamatta ohjattavan tuomia asioita					
	Taito kannustaa ja rohkaista ohjattavaa ottamaan vastuu omasta terveydestään ja ilmaisemaan tunteensa (ohjattavan mukaan ottaminen)					
	Taito ohjata erilaisia ihmisiä ja ryhmiä					
	Taito eritellä kuultua ja erottaa keskeiset asiat					
	Taito koota yhteen ja tiivistää kuultua					
	Taito tehdä kuullusta päätelmiä					
	Taito arvioida kuullun sanoman luotettavuutta					
	Taito varmistaa, että ohjattava ymmärtää ohjauksen					



POTILASOHJAUS VAIKUTTAVAMMAKSI, Asterit ohjaushanke PKSSK

Arvoisa Vastaaja

Kehitämme hoitotyötä voidaksemme paremmin vastata hoidon tarpeisiin. Hoitajien työssä potilasohjaus ja neuvonta ovat keskeisiä asioita, joilla pyritään parantamaan potilaiden pärjäämistä kotona. Tällä kyselyllä haluamme selvittää, millaista ohjausta ja neuvontaa saatte sairaalassa eriasteisilta hoitajilta ja haluamme selvittää, missä määrin olemme tähän tavoitteeseemme päässeet.

Tämä kysely koskee viimeisintä hoitajaksoa sairaalassamme. Toivomme Teidän vastaavan seuraaviin kysymyksiin ja palauttavan lomakkeen täytettynä oheisessa kirjekuoressa postitse viimeistään viikon kuluttua (postimaksu on maksettu).

Kysely on vapaaehtoinen ja vastaukset käsitellään nimettöminä eikä henkilöllisyytenne tule esille missään vaiheessa. Toivomme Teidän vastaavan tähän kyselyyn, sillä antamanne tiedot ovat meille tärkeitä hoitotyön kehittämiseksi.

Kiitämme jo etukäteen vaivannäöstänne

**Arja Kaila
TtT, Ylihoitaja
Pohjois-Karjalan
sairaanhoito- ja sosiaali-
palvelujen ky.
050-3412235**

**Leena Kuivalainen
TtT, Projektisuunnittelija
Pohjois-Karjalan
sairaanhoito- ja sosiaali-
palvelujen ky.
050-4353874**

**POTILASOHJAUS VAIKUTTAVAMMAKSI, Asterit ohjaushanke PKSSK****POTILAAN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA**

Kehitämme hoitotyötä voidaksemme paremmin vastata hoidon tarpeisiin. Hoitajien ja fysioterapeuttien työssä potilasohjaus ja neuvonta ovat keskeisiä asioita. Potilasohjauksella pyritään parantamaan potilaiden pärjäämistä kotona. Tällä kyselyllä haluamme selvittää, millaista ohjausta ja neuvontaa saatte sairaalassa hoitajilta ja fysioterapeuteilta sekä missä määrin olemme tähän tavoitteeseemme päässeet.

Tämä kysely koskee viimeisintä hoitojaksoa sairaalassamme. Kyselylomake postitetaan noin kahden viikon kuluttua sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Toivomme Teidän vastaavan seuraaviin kysymyksiin ja palauttavan lomakkeen täytettynä oheisessa kirjekuoressa postitse viimeistään viikon kuluttua kirjeen saatuanne. Kyselylomakkeen palautus tapahtuu valmiiksi maksetussa kirjeessä.

Kysely on vapaaehtoinen ja vastaukset käsitellään nimettöminä eikä henkilöllisyytenne tule esille missään vaiheessa. Toivomme Teidän vastaavan tähän kyselyyn, sillä antamanne tiedot ovat meille tärkeitä hoitotyön kehittämiseksi.

Olen saanut suullisen ja kirjallisen tiedotteen ohjaukseen liittyvästä tutkimukseen osallistumisesta.

Annan suostumukseni tutkimukseen osallistumisesta ja osoitetietojeni käytöstä lomakkeen postitusta varten. Suostumuslomakkeita täytetään kaksi samanlaista kappaletta. Toinen suostumuslomakkeesta jää minulle itselleni ja toinen tutkimusta varten.

Nimi

Osoite

Pvm:

Osasto/pkl:

Luvan kysyjä:

Arja Kaila
TtT, Ylihoitaja
Pohjois-Karjalan
sairaanhoito- ja sosiaali-
palvelujen ky.
050-3412235

Leena Kuivalainen
TtT, Projektisuunnittelija
Pohjois-Karjalan
sairaanhoito- ja sosiaali-
palvelujen ky.
050-4353874

KYSELYLOMAKE POTILAILLE HOITAJIEN TAI FYSIOTERAPEUTTIEN ANTAMASTA OHJAUKSESTA JA NEUVONNASTA

1. SUKUPUOLENNE Nainen _____ 2. Mies _____

2. IKÄNNE _____ vuotta

3. SIVIILISÄÄTYNNE

1. Naimaton
2. Naimisissa / avoliitossa
3. Eronnut
4. Leski

4. AMMATILLINEN KOULUTUKSENNE

1. Ei ammatillista koulutusta
2. Kouluasteen ammatillinen koulutus
3. Opistoasteinen / ammattikorkeakoulututkinto
4. Akateeminen tutkinto
5. Muu, mikä _____

5. OLETTEKO TÄLLÄ HETKELLÄ

1. Työelämässä
2. Työtön
3. Opiskelija
4. Eläkkeellä
5. Muu, mikä _____

6. MISSÄ OLITTE HOIDOSSA?

osastolla _____ poliklinikalla _____

7. JOS OLITTE HOIDOSSA VUODEOSASTOLLA , KUINKA KAUAN OLITTE HOIDOSSA? _____ VRK

8. MILLAISEKSI AJATTELETTE VAIVANNE, JONKA TAKIA OLITTE HOIDOSSA SAIRAALASSA OSASTOLLA / POLIKLINIKALLA?

1. Äkillinen sairaus, joka oli hoidettavissa (esim. lääkkeellä tai leikkauksella)
2. Äkillinen vakava sairaus tai tapaturma, josta jää pysyvä haitta
3. Pitkäaikainen toistuvasti uusiutuva vaiva, joka on hoidettavissa
4. Pitkäaikainen hoidosta huolimatta ajan myötä paheneva vaiva
5. Syöpä tai muu vakava sairaus

9. MIKSI OLITTE HOIDOSSA SAIRAALASSA?

1. Kutsuttuna leikkauksessa
2. Päivystyspotilaana leikkauksessa
3. Päivystyspotilaan hoidossa
4. Kutsuttuna hoidossa / tutkimuksissa
5. Muusta syystä, mistä? _____

10. MILLAISEKSI ARVIOITTE TERVEYDENTILANNE?

10.1 Ennen hoitoa

1. Erittäin huono
2. Huono
3. Melko huono

4. Kohtalainen
5. Melko hyvä
6. Hyvä
7. Erittäin hyvä

10.2 Hoidon jälkeen

1. Erittäin huono
2. Huono
3. Melko huono
4. Kohtalainen
5. Melko hyvä
6. Hyvä
7. Erittäin hyvä

**11. MISTÄ / KENELTÄ SAITTE TIETOA SAIRAUDESTANNE JA HOIDOSTANNE?
(voitte valita useita vaihtoehtoja)**

1. lääkäriltä
2. hoitajilta / fysioterapeutilta
3. sairaalasta saamistanne esitteistä
4. potilastovereilta
5. tv/ radiosta
6. sanoma-/aikakauslehdistä
7. internetistä
8. sukulaisilta/ ystäviltä

12. SUUNNITELTIINKO HOITOANNE YHDESSÄ TEIDÄN KANSSANNE?

1. Kyllä
2. Ei
3. En halunnut osallistua

ALLA ON ESITETTY KYSYMYKSIÄ KOSKIEN HOITAJILTA SAAMAANNE OHJAUSTA .Ympyröikää jokaisesta kysymyksestä mielestänne parhaiten kuvaava numero.

**13. Miten arvioitte hoitajilta tai fysioterapeuteilta saamaanne tietoa hoitoanne koskevis-
sa asioissa?**

1	2	3	4	5	6	7
Epäselvää						Ymmärrettävää

**14. Oliko teillä mahdollisuutta keskustella hoitajien tai fysioterapeuttien kanssa epäsel-
viksi jääneistä asioista?**

1	2	3	4	5	6	7
Ei lainkaan						Erittäin paljon

15. Kuuntelivatko hoitajat tai fysioterapeutit huolianne?

1	2	3	4	5	6	7
Ei ollenkaan						Erittäin paljon

16. Millaiseksi arvioitte yhteistyön hoitajien tai fysioterapeuttien kanssa?

1	2	3	4	5	6	7
Erittäin huonoksi						Erittäin hyväksi

**17. Miten hoitajat tai fysioterapeutit ottivat huomioon mielipiteenne hoitoanne koskevis-
sa asioissa?**

1	2	3	4	5	6	7
Ei lainkaan						Erittäin hyvin

18. Millaiseksi arvioitte hoitajilta/ fysioterapeuteilta saamanne tiedon riittävyyden?

1	2	3	4	5	6	7
Riittämättömäksi						Riittäväksi

19. Millaiseksi arvioitte hoitajilta tai fysioterapeuteilta saamanne kirjalliset ohjeet?

1	2	3	4	5	6	7
Riittämättömät						Riittävät

20. Millaiseksi arvioitte saamaanne ohjausta?

1	2	3	4	5	6	7
Erittäin huono						Erittäin hyvä

**ALLA ON ESITETTY VÄITTÄMIÄ KOSKIEN TILANNETTA HOIDOSSA OLL-
LESSANNE.** (tässä kysymyksessä molemmista ammattiryhmistä käytetään nimitystä hoi-
taja)

Ympyröikää jokaisesta kysymyksestä mielestänne parhaiten kuvaava numero.
5= täysin samaa mieltä, 1= täysin eri mieltä ja 0= ei koske minua

21. Minulla oli mahdollisuus keskustella hoitajien kanssa hoitooni liittyvistä tarpeistani.	5	4	3	2	1	0
22. Sain hoitajilta ohjausta, miten voin omalla toiminnallani edistää toipumistani.	5	4	3	2	1	0
23. Hoitajilla oli aikaa kuunnella minua	5	4	3	2	1	0
24. Sain hoitajilta sairaalassa ollessani ohjausta ja neuvoja hoitoani koskevissa asioissa.	5	4	3	2	1	0
25. Hoitajat kysyivät minulta jokapäiväisiä tottumuksiani ja toiveitani.	5	4	3	2	1	0
26. Hoitajat huomioivat sairauteni ja hoitoni vaikutuksen mielialaani.	5	4	3	2	1	0
27. Hoitajat keskustelivat kanssani sairauteeni liittyvistä tuntemuksista.	5	4	3	2	1	0
28. Sain hoitajilta tietoa tutkimuksista ja hoidosta ymmärrettävästi.	5	4	3	2	1	0
29. Sain hoitajilta vastaukset kysymyksiini, jotka askarruttivat mieltäni.	5	4	3	2	1	0
30. Hoitajilla oli riittävästi aikaa perehtyä asioihini.	5	4	3	2	1	0
31. Hoitajilla oli riittävästi aikaa keskustella kanssani.	5	4	3	2	1	0
32. Sain kaikilta hoitooni osallistuvilta yhdenmukaista tietoa.	5	4	3	2	1	0
33. Sain hoitajilta riittävästi tietoa sairaudestani, lääkityksestä ym.	5	4	3	2	1	0

Ympyröikää jokaisesta kysymyksestä mielestänne parhaiten kuvaava numero.
 (tässä kysymyksessä molemmista ammattiryhmistä käytetään nimitystä hoitaja)
5= täysin samaa mieltä, 1= täysin eri mieltä ja 0= ei koske minua

34. Omaisillani oli mahdollisuus halutessani saada hoitajilta tietoa tilanteestani.	5	4	3	2	1	0
35. Hoitajat huomioivat esittämäni mielipiteet hoidossani.	5	4	3	2	1	0
36. Hoitajat suunnittelivat kanssani kotiutumiseeni ja jatkohoitooni liittyviä asioita.	5	4	3	2	1	0
37. Tiesin, miten jatkohoitoni oli järjestetty.	5	4	3	2	1	0
38. Sain hoitajilta selkeät kotihoito-ohjeet.	5	4	3	2	1	0
39. Hoitajat kertoivat minulle, mihin voin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa.	5	4	3	2	1	0
40. Hoitajat kysyivät palautetta hoidostani.	5	4	3	2	1	0

41. SAITTEKO HOITAJILTA RIITTÄVÄSTI TIETOA TERVEYDENTILANNE / SAIRAUTENNE VAIKUTUKSESTA ARKIELÄMÄÄNNE:

	Riittävästi En	Melko riittävästi lunnut	Melko riittämät- tömästi	Riittä- mättö- mästi	ha-
1. arkielämään	4	3	2	1	0
2. työhön	4	3	2	1	0
3. harrastuksiin	4	3	2	1	0
4. mielialaan	4	3	2	1	0
5. ravitsemukseen	4	3	2	1	0
6. liikkumiseen	4	3	2	1	0
7. kipuihin ja kipujen hoitoon	4	3	2	1	0
8. johonkin muuhun asiaan, mihin?	4	3	2	1	0
	4	3	2	1	0

MITEN SELVIYDYITTE KOTONA HOITAJILTA TAI FYSIOTERAPEUTEILTA SAAMANNE OHJAUKSEN JA NEUVOJEN TURVIN KOTONA. Ympyröikää jokaisesta kysymyksestä mielestänne parhaiten kuvaava numero.

42. Miten hoitajilta tai fysioterapeuteilta saamanne ohjeet ovat auttaneet teitä hoitamaan itseänne?

1	2	3	4	5	6	7
Huonosti						Erinomaisesti

43. Miten varmaksi tunnette itsenne hoitoanne koskevissa asioissa?

1	2	3	4	5	6	7
Epävarmaksi						Erittäin varmaksi

44. Millaiselta arkielämäenne on tuntunut sairaalasta kotiutumisen tai poliklinikalla käynnin jälkeen?

1	2	3	4	5	6	7
Oudolta						Tutulta

45. Oletteko kiinnostunut hoitamaan itseänne hoitajilta tai fysioterapeuteilta saamienne ohjeiden mukaan?

1	2	3	4	5	6	7
En ollenkaan						Erittäin paljon

46. Millaiseksi tunnette vointinne sairaalasta kotiutumisen tai poliklinikalla käynnin jälkeen?

1	2	3	4	5	6	7
Uupuneeksi						Voin erinomaisesti

47. Millaiseksi arvioitte tietonne sairaudestanne ja sen hoidostanne?

1	2	3	4	5	6	7
Riittämätön						Riittävä

48. MILLAISTA OHJAUSTA SAITTE HOITAJILTA KOTIUTUESSANNE SAIRAALASTA TAI POLIKLINIKALTA

	Kyllä	Ei	En halunnut
1. Suullisesti käytiin läpi kotihoitoon liittyviä asioita	2	1	0
2. Sain suullista ohjausta ja sen tueksi kirjallisen ohjelehtisen	2	1	0
3. Harjoiteltiin hoitotoimenpiteitä (esim. sitominen, pistos-opetus)	2	1	0
4. Ohjauksessa käytettiin apuna videota tai muuta havaintomateriaalia	2	1	0
5. Sain pelkästään kirjallisen ohjeen	2	1	0
6. En saanut mitään neuvoja hoitajilta	2	1	0

49. MINKÄ KOULUARVOSANAN ANTAISITTE HOITAJILTA TAI FYSIOTERAPEUTEILTA SAAMASTANNE OHJAUKSESTA (asteikolla 4-10)

1. Ohjaustarpeen huomioimisesta _____
2. Ohjauksen riittävydestä _____
3. Ohjauksen ymmärrettävyydestä _____
4. Ohjauksen hyödyllisyydestä _____
5. Ohjauksessa käytetyn
havaintomateriaalin hyödyllisyydestä _____
6. Kirjallisten esitteiden hyödyllisyydestä _____

50. ONKO VIELÄ JOKIN ASIA, MINKÄ VASTA SAIRAALASTA PÄÄSTYÄNNE HUOMASITTE JA MIKÄ OLISI PITÄNYT HUOMIOIDA JO SAIRAALASSA / POLIKLINIKALLA OLLESSANNE?

51. OLETTEKO JOUTUNUT OTTAMAAN YHTEYTTÄ SAIRAALAAN EPÄSELVÄKSI JÄÄNEISSÄ ASIOISSA? kyllä _____ en _____

Jos otitte yhteyttä; missä asioissa jouduitte ottamaan yhteyttä ja minne otitte yhteyttä?

**KIITOS VASTAUKSESTANNE
TOIVOMME TEILLE HYVÄÄ VOINTIA**

© Arja Kaila, Leena Kuivalainen, 2007



Pohjois-Karjalan sairaanhoito-
ja sosiaalipalvelujen
kuntayhtymä

Potilasohjauskysely syksy 2011

Haluamme kehittää hoitajien antamaa potilasohjausta ja sitä varten kysymme Teiltä seuraavia asioita. Te tai lapsenne olette olleet hoidossa osastollamme tai tutkimuksissa poliklinikallamme Pohjois-Karjalan keskussairaalassa. Kysymme seuraavia asioista Teidän tai lapsenne viimeisestä hoitojaksosta/ käynnistä. Kyselyssä on valmiita valintakysymyksiä ja muutama kysymys, johon voitte vastata vapaasti kirjoittaen. Kyselyyn vastaamiseen menee noin 5-10 minuuttia. Kyselyyn vastataan nimettömästi ja sähköpostiosoitteenne jää vain kyselyn lähettäjän tietoon eikä sitä käytetä muussa yhteydessä.

Sukupuolenne?

☐ Nainen ☐ Mies

Ikänne?

- ☐ alle 13 vuotta
☐ 13-20 vuotta
☐ 21-30 vuotta
☐ 31-40 vuotta
☐ 41-50 vuotta
☐ 51-60 vuotta
☐ 61-70 vuotta
☐ 71-80 vuotta
☐ yli 80 vuotta

Tämä kysely on tarkoitettu sekä hoidossa ja tutkimuksissa olleille potilaille että hoidossa ja tutkimuksissa olleiden lasten vanhemmille/ holhoojille.

Hoidossa ja tutkimuksissa? *

☐ olin itse ☐ oli lapseni

Seuraava -->

Lapsenne ikä?

valitse ▼

<-- Edellinen

Seuraava -->

LIITE 7 (2/5)

Missä Te tai lapsenne olitte hoidossa? *

valitse ▼

Muu paikka, mikä?

Hoitonne tai lapsenne hoidon syy? *

- ☐ Kutsuttuna leikkauksessa
☐ Päivystyspotilaana leikkauksessa
☐ Päivystyspotilaana hoidossa
☐ Kutsuttuna hoidossa / tutkimuksissa
☐ Muu hoidon syy

Muu hoidon syy, mikä?

Millaiseksi arvioitte oman tai lapsenne terveydentilan? *

	1 erittäin huono	2. Huono	3. Melko huono	4. Kohtalainen	5. Melko hyvä	6. Hyvä	7. Erittäin hyvä
Ennen hoitoa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hoidon jälkeen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

<-- Edellinen

Seuraava -->

LIITE 7 (3/5)

Millaiseksi arvioitte hoitajalta saamanne ohjauksen? *

Vastausvaihtoehtoja on seitsemän välillä 1-7, jossa **1=erittäin vähän** ja **7=erittäin paljon**. Valitkaa sopivin vaihtoehto!

	1	2	3	4	5	6	7
Hoitaja tarjosi mahdollisuuden keskustella minulle epäselvistä asioista	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hoitaja kuunteli minua	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hoitaja kysyi minun käsitystäni itseni tai lapseni terveyteen liittyvistä asioista	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hoitaja otti minun käsitykseni huomioon ohjauksessaan	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hoitaja oivalsi minulle tärkeät asiat ohjauksessaan	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hoitaja osasi huomioida minun ja perheeni elämäntilanteen ohjauksessaan	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hoitaja rohkaisi minua osallistumaan omaan tai lapseni terveyteen liittyviin asioihin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hoitaja perusteli antamaansa tietoa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hoitaja antoi minulle palautetta omaan tai lapseni terveyteen liittyvissä asioissa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hoitajan antama tieto oli minulle ymmärrettävää	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Miten hoitajan antamaa ohjausta olisi voinut parantaa mielestänne?

Miten selviydyitte kotona hoitajilta saamanne ohjauksen turvin? *

Vastausvaihtoehtoja on seitsemän välillä 1-7, jossa **1=erittäin vähän** ja **7=erittäin paljon**. Valitkaa sopivin vaihtoehto!

	1	2	3	4	5	6	7
Hoitajilta saamani ohjaus auttoi minua hoitamaan itseäni tai lastani kotona	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hoitajilta saamani ohjaus lisäsi varmuuttani itseni tai lapseni hoidossa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hoitajilta saamani ohjaus auttoi minua jaksamaan	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Olen kiinnostunut hoitamaan itseäni tai lastani hoitajilta saamani ohjauksen mukaisesti	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pystyin tekemään terveysvalintoja ja ratkaisuja hoitajilta saamani ohjauksen turvin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Miten hoitaja olisi voinut paremmin ohjata Teitä selviytymään kotona?

<-- Edellinen

Seuraava -->

LIITE 7 (4/5)

Minkä kouluarvosanan annatte hoitajilta saamastanne ohjauksesta kotona selviytymiseksi? *

Valitse ▼

Jäikö teille epäselviä asioita, jotka huomasitte vasta sairaalasta päästyänne ja jotka olisi pitänyt huomioida jo sairaalassa / poliklinikalla ollessanne? *

☐ ei ☐ kyllä

<-- Edellinen

Seuraava -->

Minkälaiset asiat jäivät huomioimatta sairaalassa / poliklinikalla ollessanne?

<-- Edellinen

Seuraava -->

Jouduitteko ottamaan yhteyttä epäselväksi jääneissä asioissa? *

☐ En ☒ Kyllä

<-- Edellinen

Seuraava -->

Missä asioissa jouduitte ottamaan yhteyttä?

Valitse 

Muu syy yhteydenottoon, mikä?

Mihin otitte yhteyttä?

Valitse 

Muu yhteydenottoaikka, mikä?

 Edellinen

Seuraava 



Pohjois-Karjalan sairaanhoito-
ja sosiaalipalvelujen
kuntayhtymä

Potilasohjauskysely syksy 2011

Mitä muuta haluaisitte sanoa?

 Edellinen

Lähetä

Kiitos vastauksestanne! Toivotamme Teille hyvää vointia!

100% valmiina



HOITOTYÖN KIRJAAMISEN ARVIOINTIOHJE

- arviointikohde= yhden potilaan hoitotyön suunnitelma (päättynyt hoitajakso/yhteenveto tai pkl-käynti)

Minimilaatutaso: osiot 1-5 Tavoitteellinen kirjaaminen: osiot 6-10 Yksilöllinen kirjaaminen: osiot 11-15	Kyllä=1 Ei=0	Kyllä-vastaukseen tarvitaan vapaata tekstiä, pelkkä komponentti ja alaluokka ei riitä, mutta yksikin kriteerinmukainen hoitotyön maininta riittää osioissa 1-14
1 Tarve: onko hoitotyön tarve kirjattu sille varattuun kohtaan?	Kyllä Ei	Hoitotyön tarve on kirjattu sille varattuun kohtaan Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tarve (esim. on lääketieteellinen ongelma, dg, toimenpide, tulosyys kuten astman seuranta tai suunniteltu toiminto esim. tarvitsee silmällä pitoa vrt. karkailee)
2 Tavoite: onko hoitotyön tavoite kirjattu sille varattuun kohtaan?	Kyllä Ei	Hoitotyön tavoite on kirjattu sille varattuun kohtaan Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tavoite (esim. leikkaus onnistuu) tai on suunniteltu toiminto (esim. mobilisointi onnistuu, huomioidaan asentohoito, seurataan haavavuotoa, motivointi, saa tietoa leikkauksesta, sairaudesta vrt. potilas oppii, osaa, ymmärtää...)
3 Toteutus: onko hoitotyön toteutus (hoitotyön toiminnot) kirjattu sille varattuun kohtaan?	Kyllä Ei	Hoitotyön toteutus (hoitotyön toiminnot) on kirjattu sille varattuun kohtaan tai päiväseurantaan Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön toteutusta (esim. on arviointia)
4 Tuloksen arviointi: onko hoitotyön tulos/ arviointi kirjattu sille varattuun kohtaan?	Kyllä Ei	Hoitotyön tulos on kirjattu sille varattuun kohtaan: päivittäinen arviointi tai hoidon tulokset Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tulos (esim. on toteutusta kuten ohjaus suoritettu, jatkohoito järjestetty tai on tarpeen määrittelyä)
5 Yhteenveto: onko hoitotyön yhteenveto kirjattu hoitajaksoista, pitkäaikaipotilaasta > 3 kk tai sarjakäynnistä? Yksittäinen pkl-käynti arvioidaan kyllä=1	Kyllä Ei	Hoitotyön yhteenveto on tehty TAI on yksittäinen pkl-käynti, josta ei tarvitsekaan tehdä yhteenvetoa Ei ole tehty päättäneestä hoitajaksoista, pitkäaikaipotilaasta (3 kk välein) tai sarjahoitokäynnistä
6 Onko valitut auttamismenetelmät (suunnitellut toiminnot) kirjattu jo suunnitteluvaiheessa?	Kyllä Ei	Suunnitellut toiminnot on kirjattu sille varattuun kohtaan TAI lyhyeltä pkl-käynniltä riittää pelkkä komponentti ja alaluokka ilman vapaata tekstiä Ei ole kirjattu tai eivät ole hoitotyön toimintoja
7 Onko suunnitteluvaiheessa valitun auttamismenetelmän tulos kirjattu?	Kyllä Ei	On kirjattu vähintään yhden suunnitellun toiminnon/ auttamismenetelmän vaikutus sille varatussa kohdassa: päivittäinen arviointi tai hoidon tulokset (esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30, päänsärky helpottui, keskusteltu ravitsemuksesta, yrittää kokeilla "lautasmallia", epäileväinen vielä onnistuuko) On kirjattu suunniteltu toiminto/ auttamismenetelmä ja sen toteutus, mutta ei mainintaa arviointikohdassa sen tuloksesta (esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30 tai keskusteltu ravitsemuksesta)
8 Onko kirjatun tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys?	Kyllä Ei	Kirjatun tarpeen ja tavoitteen välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti TAI asiayhteys) Ei ole yhtään
9 Onko kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys?	Kyllä Ei	Kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti TAI asiayhteys) Ei ole yhtään
10 Onko kirjatun tavoitteen ja tuloksen/ arvioinnin välillä yhteys?	Kyllä Ei	Kirjatun tavoitteen ja arvioinnin välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti TAI asiayhteys) Ei ole yhtään

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN ARVIOINTIOHJE

- arviointikohde= yhden potilaan hoitotyön suunnitelma (päättynyt hoitajakso/yhteenveto tai pkl-käynti)

Minimilaatutaso: osiot 1-5 Tavoitteellinen kirjaaminen: osiot 6-10 Yksilöllinen kirjaaminen: osiot 11-15	Kyllä=1 Ei=0	Kyllä-vastaukseen tarvitaan vapaata tekstiä, pelkkä komponentti ja alaluokka ei riitä, mutta yksikin kriteerinmukainen hoitotyön maininta riittää osioissa 1-14
11 Onko hoitotyön tarve kirjattu yksilöllisesti?	Kyllä	Tarve on ilmaistu potilaan kannalta muutoksena, riskinä, häiriönä, vaikeutena, heikentymisenä, heikkoutena, ongelmana, vähentymisenä, vähäisyytenä, vajeena, huolena, tuttuutena, haluna, toiveena, kiinnostuksena, innostuksena, valmiutena (esim. muutokseen tai suhteessa ikään) sisältäen vapaata tekstiä (esim. kiinnostunut tietämään, missä mennään tai onko kunnossa, reipas, itsenäinen, yksin asuva, väliaikainen, vähäinen, ajoittainen, toistuva, jatkuva vaiva) TAI vähintään 4 eri tarpeen yksilöllinen yhdistelmä niukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä
	Ei	Tarve on ilmaistu pelkkänä komponenttina ja alaluokkana tai niukalla rutiininomaisella vapaalla tekstillä (esim. potilaan tiedon tarve kontrolliajasta)
12 Onko hoitotyön tavoite kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tarpeeseen?	Kyllä	Tavoite on yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen ja se on ilmaistu potilaan konkreettisena tekemisenä (esim. potilas tekee, tuntee, osaa, hallitsee, ymmärtää, tietää, pärjää, tilanne pysyy ennallaan) sisältäen vapaata tekstiä (esim. selviytyy ensin autetuna ruokailusta ja viikon kuluttua itsenäisesti) TAI vähintään 4 eri tavoitteen yksilöllinen yhdistelmä niukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä
	Ei	Tavoite ei ole yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen tai se on ilmaistu pelkkänä komponenttina ja alaluokkana tai niukalla rutiininomaisella vapaalla yleisluonteisella tekstillä (esim. vointi säilyy hyvänä, motivoituu omahoitoon)
13 Onko hoitotyön toteutus kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen?	Kyllä	Toteutus on yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen, tavoitteeseen ja tavoitteen saavuttamiseksi suunniteltujen toimintojen toteuttamiseen esim. avustaminen, auttaminen, seuranta, tarkkailu, ohjaaminen, tukeminen, rohkaiseminen juuri tällä potilaalla (esim. vähäinen, toistuva, jatkuva avustaminen; helppo, melko tai erittäin vaativa ohjaus; väliaikainen, hetkittäinen, toistuva, yhtäjaksoinen seuranta)
	Ei	Potilaan yksilöllistä tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole kirjattu tai hoitajan toiminta on kirjattu rutiininomaisena tekemisen luettelemisena (esim. annettu ohjelehtinen, keskustelu ravitsemuksesta, muistutettu, kehoitettu potilasta tekemään) tai on kuvattu potilaan toiminta irrallisena toteamukseksi (esim. nukkunut, syönyt iltapalan, vieraita käymässä, potilas kertonut pahasta olostaan, ilman tarkempaa yksilöllistä sisältöä tai yhteyttä tarpeeseen ja tavoitteeseen)
14 Onko tulos/ arviointi kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen?	Kyllä	Tulos on vertailua potilaan yksilöllisen tavoitteen saavuttamisesta ollen arvioiva
	Ei	Potilaan yksilöllistä tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole kirjattu tai tulos on irrallista toteavaa kuvausta hoitajan tekemisestä/ toteutuksesta
15 Kun kaikki edelliset osiot 1-14 ovat kyllä → Onko olennaiset yksilölliset asiat kirjattu myös loogisesti?	Kyllä	Osiot 1-14 ovat kyllä ja sen lisäksi on kirjattu hoitotyön kannalta olennaiset yksilölliset asiat myös loogisesti >1 yhteinen tekijä (sama komponentti JA asiayhteys) TAI yksittäiseltä lyhyeltä pkl-käynniltä riittää 1 yhteinen tekijä
	Ei	Osiot 1-14 eivät kaikki ole kyllä TAI osiot 1-14 ovat kyllä, mutta kirjaaminen on rönkyilevää ja/ tai joiltain osin niukkaa, jolloin on vaikea löytää olennaisia asioita



POTILASOHJAUS VAIKUTTAVAMMAKSI, Asterit ohjaushanke PKSSK

HOITAJIEN/FYSIOTERAPEUTTIEN ANTAMAN OHJAUKSEN SEURANTALOMAKE

Ohjauksen aihe	<u>Kenelle annettu ohjausta (potilas, omainen)</u>	Ohjauksen ajankohta (esim. kotiinlähtö, pv.),	ohjaukseen käytetty aika (min.) / potilas	<u>Ohjauksen antamisen paikka ja pv.</u> (esim. potilashuone)
1				



POTILASOHJAUS VAIKUTTAVAMMAKSI, Asterit ohjaushanke PKSSK:ssa

Potilaiden yhteydenottojen seurantalomake

[illegible]

Miten pitää ohjata –lista

- Asiakaslähtöisesti ja yksilöllisesti erilaiset oppijat huomioon
- Moniammatillisesti
- Perustelemalla
- Alkurupattelulla alkuun, motivoimalla, kannustamalla, antamalla palautetta, kertaamalla, tekemällä yhteenvetoja
- Tutustumalla potilaan taustoihin ja ohjauksen tarpeeseen, ei ohjata olettamuksien mukaan
- Vastavuoroisesti, aktiivisesti kuuntelemalla, että saisi potilaan kyselemään, aktiiviseksi, ”vaivihkaa” motivoiden
- Yhdessä tekemällä
- Osaamisen varmistamalla
- Ymmärtämisen varmistamalla
- Jaksottamalla ja tavoitteellisesti
 - ☐ Sopivina annoksina
 - ☐ Pikkuhiljaa
 - ☐ Järkevästi ensin perusasiat sitten hienosäätö
 - ☐ Jatkuvuus (tavoitteellinen kirjaaminen)
 - ☐ Potilaalle tieto, mihin ottaa yhteyttä, turvallisuuden tunne
- Ajantasaista ja yhdenmukaista tietoa, tiedon tulvan rajoittaminen, tieto itsessään ei ole tavoite vaan voimaantuminen
- Monipuolinen oheismateriaali avuksi esim. lyhyt, napakka kirjallinen ohjausmateriaali, videot
- Rauhallinen ympäristö ja aikaa ohjaukselle, ohjattavan viireystilan huomioiminen
- Tavoitteellisesti kirjaamalla

Miten ei saa ohjata –lista

- Ei hoitajälhtöisesti, ei ohjauslistojen, hoitajan oman arvion ja olettamuksen mukaan, määräämällä, asettautumalla potilaan yläpuolelle
- Ei kaikille samalla tavalla, rutiininomaisesti
- Ei saisi olla kiire, myös jos potilaalla kiire
- Ei saisi antaa neuvoja, jos potilas ei pyydä
 - ☐ Älä neuvo ennen kuin asiakas on ilmaissut tarvitsevänsä/haluavansa tietoa/neuvoa
- Ei arvostelemalla, moralisoimalla
- Ei välinpitämättömästi, ohjattavalle ei anneta mahdollisuutta kysyä tai ohitetaan ohjattavan kysymykset
- Ei antamalla vain kirjallista materiaalia
- Ei rauhattomassa paikassa, jossa muita läsnä
- Ei saisi käyttää sellaista kieltä, jota ohjattava ei ymmärrä

POTILASOHJAUKSEN PERIAATTEET (Maarit Nyström OPE2AC 24.1.2009)

- onnistuneen potilasohjauksen tavoitteena on *yksilöllinen ja potilaan tarpeista lähtevä ohjaaminen*, jolla voidaan vähentää mm. puheluiden määrää ja turhia hoitokäyntejä
- tehokas ja laadukas potilasohjaus on *välttämätöntä kotiutumisen onnistumiselle ja siellä pärjäämiselle*, koska hoitoajat ovat lyhentyneet ja ohjaus on tehtävä nopeammassa aikataulussa
- asianmukainen, *potilaslähtöinen kirjaaminen* sähköiseen potilaskertomukseen

1. Ohjaustarpeen arviointi

- * potilaan aikaisempien tietojen selvittäminen ohjattavasta asiasta
- * ohjaustarpeen määrän ja laadun selvittäminen

2. Ohjauksen tavoitteellisuus

- * mihin ohjauksella tähdätään/ohjauksen tavoite
- * asiasisällön priorisointi yksilöllisesti – tarv. omaiset huomioiden
- * ohjausajankohta; miten annan potilaalle aikaani
- * potilaan vastuu valinnoista; perustuu siihen, että aikuisella potilaalla on oikeus päättää, haluaako ohjausta ja mitä tiedolla tekee

3. Ohjausvalmiudet

- * hoitajan tieto ohjattavasta asiasta (tutkittu tieto, vankka kokemus, päivitetty tieto)
- * asenne ohjaukseen/arvot ja periaatteet ohjaajana
- * vuorovaikutus-/ohjaustaidot
 - taito rakentaa ja ylläpitää potilaan luottamus sekä taito luoda vuorovaikutussuhde
 - taito käyttää eri ohjausmenetelmiä ja tiedostaa omat rajat ohjaajana
- * potilaan huomiointi ohjauksessa (potilaan konteksti; psyykkinen, fyysinen, sosiaalinen, ympäristö)

4. Hoitajan antama ohjaus

- * ohjauksen sisällön tärkeys ja määrä sekä ymmärrettävyys ja selkeys
- * avoimet ja selventävät kysymykset
- * potilaan motivointi osallistumaan keskusteluun
 - jos potilas ei ole aktiivinen, on hoitajan otettava vastuu ja käytävä läpi välttämättömät asiat, jotta potilas voi vastata omasta hoidostaan
- * materiaali

5. Arvio ohjauksen onnistumisesta

- * saiko potilas tarvittavan tiedon selviytyäkseen kotona
- * ymmärtämisen varmistaminen tärkeää!!

*** Potilaan osallistumista tukevat kysymykset** (saadaan erilaista tietoa)

- tarkistuskysymykset (tosiasiat, asian ymmärtäminen)
- vaihtoehtokysymykset (potilas tai hoitaja tarjoaa epäsuorasti vastausvaihtoehtoa)
- epäsuorat kysymykset (potilaan asiantuntemuksen kutsuminen esiin, kokemukset)
- tuntemuskysymykset (tuntemukset)

= > Jos halutaan, että potilas puhuu vuorovaikutustilanteessa, sitä enemmän pitää keskittyä *potilaan kuuntelemiseen*, auttaa vastavuoroisuudessa. Mitä enemmän vuorovaikutustilanne on vastavuoroinen, sitä paremmin toteutuu potilaslähtöisyys:

- * saadaan tietoa potilaasta ja hänen tilanteestaan
- * potilaan osallistuminen omia asioita koskevaan päätöksentekoon lisääntyy
- * potilas tulee kuulluksi, ymmärretyksi, autetuksi

MITEN SINÄ TOIMIT OHJAAJANA JA MIHIN TOIMINTASI PERUSTUU?

Taulukko 1. Vuorovaikutuksellisuus ohjaamisessa

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ammattilohjaus21	21,92	22,155	,639	,449	,924
puheenrakent24	22,50	20,523	,786	,678	,913
kuullunerittely25	22,16	20,796	,790	,765	,913
kuulluntivist26	22,10	20,617	,821	,770	,910
keskeisetasiat27	21,80	21,128	,774	,616	,914
erotperusteluissa28	22,28	21,422	,726	,562	,918
arvioluotettavuust29	22,06	21,649	,728	,584	,918
päätelmät30	21,88	21,664	,716	,552	,919

Taulukko 2. Ohjausmenetelmän osaaminen

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
vuorovaikutus2	25,37	27,444	,654	,456	,891
tietomenetelmistä3	25,48	28,352	,552	,329	,898
tietokirjaamine5	25,72	26,793	,619	,443	,894
ohjausmenet6	26,08	26,843	,592	,394	,896
tietoprosessista4	25,93	25,861	,762	,594	,883
tavoitteellisuus8	25,65	26,263	,740	,606	,885
perheohjaus22	25,67	25,686	,755	,618	,883
ryhmäohjaus23	26,37	24,772	,698	,522	,889

Taulukko 3. Ohjaustaidot

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
tietoaas1	24,07	19,412	,675	,497	,907
ohjaustarpeet7	24,01	19,358	,720	,548	,903
taitoohjata9	23,81	19,972	,687	,501	,905
menetelvalinta10	24,22	19,258	,711	,568	,903
sovellus11	23,93	19,019	,784	,625	,897
perustelu13	23,83	19,495	,726	,549	,902
soveltilanne14	23,93	19,136	,764	,608	,899
palaute31	24,22	19,441	,682	,475	,906

Taulukko 4. Yksilöllinen ohjaaminen

	ka	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
kuuntelu16	21,67	12,336	,718	,559	,860
kannustus15	21,69	13,215	,657	,448	,869
rauhallisuus17	21,76	12,788	,594	,464	,875
omaiset18	21,93	11,897	,736	,602	,857
ohjausympäristö19	22,11	12,315	,699	,555	,862
vurovaiketekn12	21,98	12,401	,651	,516	,868
erilasietihmiset20	21,97	12,409	,650	,512	,869

Ohjausosaamisen itsearviointitulokset 2008 - 2009 (%)

LIITETAULUKKO 2

Ohjausosaaminen	aloittelija		harjoittelija		suorittaja		pätevä		mestari	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Tieto ohjattavasta asiasta	2	4	14	10	34	34	47	46	3	6
Vuorovaikutustaidot			8		29	25	55	60	9	15
Tieto ohjausmenetelmistä			8	4	37	50	49	35	6	11
Ohjausprosessin hallinta	3		20	17	48	52	26	25	3	6
Ohjauksen kirjaaminen	2		15	8	42	42	33	44	7	6
Ohjaustarpeen määrittely	1		11	8	40	25	42	64	6	4
Tavoitteellisen ohjaamisen osaaminen	2		11	8	38	35	45	50	3	8
Ohjaustaitojen hallinta	1		6	7	31	23	56	60	6	10
Taito valita sopiva ohjausmenetelmä	3		16	4	44	11	35	46	2	39
Taito soveltaa ohjausmenetelmiä	1		10	10	33	27	50	59	6	4
Vuorovaikutustekniikan hallinta	2	4	6	2	35	36	50	50	7	8
Taito perustella asioita			9	9	30	31	53	54	8	6
Osata soveltaa erilaisissa tilanteissa	1		8	7	38	31	45	56	8	6
Taito kannustaa			2	4	25	23	62	58	11	15
Taito kuunnella	1		4		19	23	61	58	15	19
Taito ohjata rauhallisesti	1		4		27	21	54	65	14	14
Taito ohjata omaisia			10	4	32	33	47	59	11	4
Taito valita sopiva ohjausympäristö	1		10	10	40	46	45	40	4	4
Taito ohjata erilaisia ihmisiä	2		7	8	32	35	53	46	6	11
Taito ohjata ammatillisesti	1	6	13	4	44	48	38	38	4	4
Taito ohjata perhettä	4	4	11	6	37	40	44	48	4	2
Taito ohjata ryhmiä	17	17	29	33	31	36	21	14	2	
Puheen rakenteen ymmärtäminen	9	8	24	16	52	53	13	24	2	
Taito eritellä kuultua	6		11	10	54	52	27	35	2	3
Taito tiivistää kuulemaansa	4		13	11	51	33	29	54	2	2
Taito löytää keskeiset asiat	3		8	11	37	25	48	58	4	6
Taito erottaa perustelut	6	6	18	13	53	50	23	29	1	2
Taito arvioida puheen luotettavuutta	2	2	14	10	49	38	34	50	1	
Taito tehdä päätelmiä	3		7	12	45	40	41	46	3	2
Taito antaa palautetta	3	4	14	12	42	38	40	44	1	2

2008 n=123

2009 n=52

Ohjausosaaminen	alle1 vuosi	1-5 vuotta	yli5-alle10 vuotta	yli 10 vuotta	p
Tieto ohjattavasta asiasta n=123	15.44	46.24	59.67	75.13	$\chi^2=34.339$, df=3, p=0.000
Vuorovaikutustaidot n=123	36.83	49.06	58.26	71.64	$\chi^2=15.788$, df=3, p=0.001
Ohjausprosessin hallinta n=122	40.72	50.26	61.67	68.64	$\chi^2=9.554$, df=3, p=0.023
Ohjauksen kirjaaminen	26.61	56.30	67.89	66.93	$\chi^2=12.903$, df=3, p=0.005
Ohjaustarpeen määrittely n=122	30.83	47.32	69.67	68.31	$\chi^2=16.844$, df=3, p=0.000
Tavoitteellisen ohjaamisen osaaminen n=123	32.17	56.10	60.52	68.82	$\chi^2=11.493$, df=3, p=0.002
Ohjaustaitojen hallinta n=123	23.44	56.00	64.26	68.74	$\chi^2=17.248$, df=3, p=0.001
Taito valita sopiva ohjausmenetelmä n=122	33.39	52.42	65.83	67.74	$\chi^2=10.928$, df=3, p=0.012
Taito soveltaa ohjausmenetelmiä n=123	27.22	62.04	67.13	64.94	$\chi^2=11.381$, df=3, p=0.010
Vuorovaikutustekniikan hallinta n=123	31.56	54.84	67.07	67.10	$\chi^2=11.245$, df=3, p=0.010
Taito perustella asioita n=122	32.94	49.86	64.07	69.02	$\chi^2=14.084$, df=3, p=0.003
Osata soveltaa erilaisissa tilanteissa n=123	21.72	53.68	65.41	69.45	$\chi^2=18.676$, df=3, p=0.000
Taito kannustaa n=123	28.06	61.92	56.80	68.47	$\chi^2=14.493$, df=3, p=0.002
Taito ohjata omaisia n=123	31.83	51.82	58.35	71.24	$\chi^2=15.325$, df=3, p=0.002
Taito valita sopiva ohjausympäristö n=123	30.22	61.40	57.52	68.12	$\chi^2=11.187$, df=3, p=0.011
Taito ohjata erilaisia ihmisiä n=123	36.61	52.12	65.76	67.89	$\chi^2=10.421$, df=3, p=0.015
Taito ohjata ammatillisesti n=123	28.94	47.24	59.61	72.93	$\chi^2=21.381$, df=3, p=0.000
Taito ohjata perhettä n=123	31.94	52.78	63.35	69.12	$\chi^2=12.456$, df=3, p=0.006
Taito ohjata ryhmiä n=121	26.78	48.38	67.76	68.31	$\chi^2=16.596$, df=3, p=0.001
Puheen rakenteen ymmärtäminen n=121	24.44	52.63	58.37	70.52	$\chi^2=18.567$, df=3, p=0.000
Taito eritellä kuultua n=123	28.78	53.56	59.72	70.52	$\chi^2=15.901$, df=3, p=0.001
Taito tiivistää kuulemaansa n=123	28.72	50.60	64.63	69.94	$\chi^2=16.457$, df=3, p=0.001
Taito löytää keskeiset asiat n=122	25.78	55.60	60.46	69.01	$\chi^2=15.289$, df=3, p=0.002
Taito arvioida puheen luotettavuutta n=123	36.83	49.52	59.33	68.62	$\chi^2=14.224$, df=3, p=0.003
Taito tehdä päätelmiä n=122	31.17	55.34	59.93	68.62	$\chi^2=11.992$, df=3, p=0.007
Taito antaa palautetta n=123	23.33	53.58	67.50	68.62	$\chi^2=17.183$, df=3, p=0.001

Kruskal-Wallis testi

LIITETAULUKKO 4

Faktorianalyysi potilaiden saamasta ohjauksesta potilaiden arvioimana

Taulukko 1 Summamuuttuja ”tieto sairaudesta ja hoidosta”, n=171, ka, korrelaatio summaan ja alfa

	Keskiarvo	Keskivaihtelu	Korrelaatio summaan	Cronbachin alfa, jos osio poistetaan
Hoitajilla oli riittävästi aikaa perehtyä asioihini	3,9	1,1	0,8	,93
Hoitajilla oli riittävästi aikaa keskustella kanssani	3,9	1,1	0,8	,93
Sain kaikilta hoitooni osallistuvilta yhdenmukaista tietoa	4,2	1,1	0,7	,93
Sain riittävästi hoitajilta tietoa sairaudestani	4,2	1,2	0,8	,93
Sain hoitajilta vastaukset kysymyksiini	4,2	1,1	0,7	,94
Minulla oli mahdollisuus keskustella hoitoani koskevista tarpeistani	4,4	1,0	0,7	,94
Hoitajilla oli aikaa kuunnella minua	4,1	1,0	0,8	,93
Sain hoitajilta ohjausta hoitoani koskevissa asioissa	4,3	1,0	0,8	,93
Sain hoitajilta ohjausta, miten voin edistää toipumistani	4,3	1,1	0,7	,93
Sain tietoa tutkimuksista ja hoidosta ymmärrettävästi	4,2	1,1	0,8	,93

Muuttujat saivat arvoja 1-5, mitä korkeampi arvo, sitä paremmin toteutui.

Taulukko 2 Summamuuttujan ”yksilöllinen ohjaus” n= 172,ka, SD, korrelaatio summaan, alfa

	Keskiarvo	Keskivaihtelu	Korrelaatio summaan	Alfa, jos osio poistetaan
Hoitajat kyselivät tottumuksiani ja toiveitani	3,7	3,2	0,8	,72
Hoitajat huomioivat sairauteni vaikutuksen mielialaani	3,6	1,5	0,7	,74
Hoitajat keskustelivat kanssani sairauteeni liittyvistä tuntemuksista	3,6	1,5	0,7	,76
Hoitajat huomioivat esittämäni mielipiteet hoidossani	3,8	1,6	0,5	,87

Muuttujat saivat arvoja 1-5, mitä korkeampi arvo, sitä paremmin toteutui.

Taulukko 3 Summamuuttuja ”Jatkohoito” n=176, ka, korrelaatio summaan, alfa

	Keskiarvo	Keskivaihtelu	Korrelaatio summaan	Alfa, jos osio poistetaan
Omaisillani oli mahdollisuus halutessani saada hoitajilta tietoa tilanteestani	3,6	1,9	0,4	,74
Hoitajat suunnittelivat kanssani kotiutumiseeni ja jatkohoitooni liittyviä asioista	4,2	1,3	0,6	,56
Tiesin, miten jatkohoitooni oli järjestetty	4,3	1,2	0,6	,59
Hoitajat kertoivat mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa	4,4	1,1	0,5	,70
Hoitajat kertoivat, mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa	4,4	1,1	0,4	,64

Muuttujat saivat arvoja 1-5, mitä korkeampi arvo, sitä paremmin toteutui.

LIITETAULUKKO 5

Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin (2008 versio 31.3.2012) rinnakkaismittauksen tulokset

Mittarin kriteerit		Yksimielisyys- prosentti ka (vaihteluväli)	Kappa (χ^2 , df=1, p)	
			alin	ylin
Osio: Minimikirjaaminen (n=215)		90 % (87 - 93)	.658($\chi^2=93,141^{***}$)	.772($\chi^2=128,146^{***}$)
1	Tarve kirjattu (n=43)	88 % (84 - 91)	.592($\chi^2=16,449^{***}$)	.779($\chi^2=26,267^{***}$)
2	Tavoite kirjattu (n=43)	91 % (86 - 98)	.643($\chi^2=20,359^{***}$)	.927($\chi^2=37,130^{***}$)
3	Hoitotyön toiminnot kirjattu (n=43)	86 % (79 - 93)	.089($\chi^2=0,462$)	.758($\chi^2=24,866^{***}$)
4	Hoitotyön tulos/ arviointi kirjattu (n=43)	84 % (72 - 95)	.437($\chi^2=9,546^{**}$)	.885($\chi^2=34,111^{***}$)
5	Yhteenveto kirjattu (n=43)	100 %	1.000($\chi^2=43,00^{***}$)	
Osio: Tavoitteellinen kirjaaminen (n=215)		82 % (77 - 87)	.541($\chi^2=63,699^{***}$)	.712($\chi^2=132,146^{***}$)
6	Hoitotyön suunnitellut toiminnot kirjattu (n=43)	85 % (72 - 95)	.300($\chi^2=3,939^*$)	.606($\chi^2=18,671^{***}$)
7	Hoitotyön suunniteltujen toimintojen vaikutus kirjattu (n=43)	78 % (67 - 91)	.393($\chi^2=9,111^{**}$)	.809($\chi^2=28,423^{***}$)
8	Hoitotyön tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys (n=43)	89 % (86 - 93)	.702($\chi^2=21,406^{***}$)	.849($\chi^2=31,057^{***}$)
9	Hoitotyön tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys (n=43)	73 % (63 - 81)	.306($\chi^2=5,536^{**}$)	.594($\chi^2=15,841^{***}$)
10	Hoitotyön tavoitteen ja tuloksen välillä yhteys (n=43)	85 % (79 - 91)	.581($\chi^2=14,532^{***}$)	.814($\chi^2=28,481^{***}$)
Osio: Yksilöllinen kirjaaminen (n=215)		84 % (77 - 90)	.430($\chi^2=47,807^{***}$)	.657($\chi^2=93,881^{***}$)
11	Hoitotyön tarve kirjattu yksilöllisesti (n=43)	81 % (70 - 91)	.384($\chi^2=6,344$)	.815($\chi^2=29,553^{***}$)
12	Hoitotyön tavoite kirjattu yksilöllisesti johdettuna potilaan yksilöllisestä tarpeesta (n=43)	81 % (74 - 86)	.440($\chi^2=8,481^{**}$)	.609($\chi^2=15,953^{***}$)
13	Hoitotyön toteutus kirjattu yksilöllisesti potilaan yksilöllisen tavoitteen mukaisesti (n=43)	80 % (70 - 91)	.133($\chi^2=0,767$)	.449($\chi^2=8,658^{**}$)
14	Hoitotyön tulos kirjattu yksilöllisesti potilaan yksilöllisen tavoitteen mukaisesti (n=43)	82 % (72 - 91)	.173($\chi^2=1,288$)	.449($\chi^2=8,658^{**}$)
15	Olenneiset yksilölliset asiat kirjattu loogisesti (n=43)	95 % (86 - 100)	.194($\chi^2=2,270$)	1.000($\chi^2=43,000^{***}$)
Koko mittari (n=645)		85 % (81 - 87)	.625($\chi^2=256,861^{***}$)	.740($\chi^2=358,315^{***}$)

* p ≤ 0,05, ** p ≤ 0,01, *** p ≤ 0,001
tiedot korostettuna, kun χ^2 -testin edellytykset täyttyivät

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja
ISSN 1796-2714

- 2007: 1 Eija Martikainen, Antti Turunen & Outi Äijälä
Puhelinneuvontadokumentaation vaatimustenmukaisuus ja puhelinneuvonnan vaikuttavuus: Case Pohjois-Karjalan Ensineuvo
ISBN: 978-952-9793-38-9 (nid.) ISBN: 978-952-9793-39-6 (Pdf)
- 2007: 2 Arja Ryhänen
Yksilövastuisten hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä: seurantatutkimus
ISBN: 978-952-9793-40-2 (nid.) ISBN: 978-952-9793-41-9 (pdf)
- 2007: 3 Kirsti Sainola-Rodriguez, Nina Kekkonen ja Timo Pöppönen
Masentuneen potilaan näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät: tutkimus ja kehittämistyö masentunutta auttavista hoitotyön menetelmistä
ISBN 978-952-9793-42-6 (nid.) ISBN 978-952-9793-43-3 (pdf)
- 2007: 4 Sirkka Liisa Tuovinen
Mielenterveystyön polkuja Pohjois-Karjalassa: Paiholan, Kuurnan ja Koppolan sairaaloiden sekä mielisairaanhuoltopiirin vaiheita
ISBN 978-952-9793-44-0
- 2008: 5 Eija Martikainen
Erikoissairaanhoidon ajanvarausten hallinta ja anto, Avanto – hanke 1.3. – 31.12.2007: loppuraportti
ISBN: 978-952-9793-45-7 (nid.) ISBN: 978-952-9793-46-4 (pdf)
- 2008: 6 Maarit Hamunen
Työnohjauksen kehittämisselvitys
ISBN: 978-952-9793-47-1 (nid.) ISBN: 978-952-9793-48-8 (pdf)
- 2008: 7 Antti Turunen
Terveystenhuollon Pohjois-Karjalan malli: terveydenhuollon Pohjois-Karjalan mallin II vaihe -hanke 1.4.2006–31.1.2008: loppuraportti
ISBN: 978-952-9793-49-5 (nid.) ISBN: 978-952-9793-50-1 (pdf)
- 2009: 8 Pirjo Kontio
Rajat_on -projekti: perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä syventävä hanke: loppuraportti 1.1.2007–31.12.2008
ISBN: 978-952-9793-51-8 (nid.) ISBN: 978-952-9793-52-5 (pdf)
- 2010: 9 PKSSK STRATEGIA 2010–2013 →2020
ISBN: 978-952-9793-53-2 (nid.) ISBN: 978-952-9793-54-9 (pdf)
- 2010: 10 Simo Hämäläinen (toim.)
Keskitystä ja kehittämistä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän toimintastrategia vuosille 2010 - 2013
ISBN: 978-952-9793-55-6 (nid.) ISBN: 978-952-9793-56-3 (pdf)
- 2010: 11 Terveystenhuollon palvelujen alueellinen järjestämissuunnitelma vuosille 2010 – 2013
ISBN: 978-952-9793-57-0 (nid.) ISBN: 978-952-9793-58-7 (pdf)
- 2010: 12 Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä: vuosikertomus 2009
ISBN: 978-952-9793-59-4 (nid.) ISBN: 978-952-9793-60-0 (pdf)

- 2011: 13 Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä: vuosikertomus 2010
ISBN: 978-952-9793-61-7 (nid.) ISBN: 978-952-9793-62-4 (pdf)
- 2011: 14 Kuiri, Senja [et al.][työryhmä]
Myö ja työ 2011 - 2014: Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän työhyvinvointisopimus
ISBN: 978-952-9793-63-1 (nid.) ISBN: 978-952-9793-64-8 (pdf)
- 2012: 15 Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä: vuosikertomus 2011
ISBN: 978-952-9793-65-5 (nid.) ISBN: 978-952-9793-66-2 (pdf)
- 2013: 16 Sari Salminen, Minna Ruoranen
Terveystyö ja rautaisia ammattilaisia - lääkäreiden ja hoitajien osaamisen vahvistaminen ja työn kehittäminen: RAMPE-hankkeen (1.4.2010 - 31.10.2012) Pohjois-Karjalan osahankkeen loppuraportti.
ISBN: 978-952-9793-67-9 (nid.) ISBN: 978-952-9793-68-6 (pdf)
- 2013: 17 Pirkko Pussinen
50 vuotta tieteellisen kirjaston toimintaa Pohjois-Karjalan keskussairaalassa.
ISBN: 978-952-9793-69-3 (nid.) ISBN: 978-952-9793-70-9 (pdf.)
- 2013: 18 Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä: Vuosikertomus 2012
ISBN: 978-952-9793-71-6 (nid.) ISBN: 978-952-9793-72-3 (pdf)
- 2014: 19 Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä: Vuosikertomus 2013
ISBN: 978-952-9793-73-0 (nid.) ISBN: 978-952-9793-74-7 (pdf)
- 2014: 20 Arja Kaila (toim.)
Potilasohjaus vaikuttavamaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008 - 2013
ISBN: 978-952-9793-75-4 (nid.) ISBN 978-952-9793-76-1 (pdf)