

OULU 2014  
D 1236

ACTA UNIVERSITATIS OULUENSIS

*Kaija Lipponen*

# POTILASOHJAUKSEN TOIMINTAEDELLYTYKSET

OULUN YLIOPISTON TUTKIJAKOULU;  
OULUN YLIOPISTO,  
LÄÄKETIETEELLINEN TIEDEKUNTA,  
TERVEYSTIETEIDEN LAITOS, HOITOTIEDE;  
MEDICAL RESEARCH CENTER;  
OULUN YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA





ACTA UNIVERSITATIS OULUENSIS  
D Medica 1236

*KAIJA LIPPONEN*

**POTILASOHJAUksen  
TOIMINTAEDELLYTYKSET**

Esitetään Oulun yliopiston terveyden ja biotieteiden  
tohtorikoulutustoimikunnan suostumuksella julkisesti  
tarkastettavaksi tiedekunnan päärakennuksen Leena  
Palotie -salissa 101A (Aapistie 5 A) 21. maaliskuuta 2014  
kello 12

OULUN YLIOPISTO, OULU 2014

Copyright © 2014  
Acta Univ. Oul. D 1236, 2014

Työn ohjaajat  
Professori Helvi Kyngäs  
Dosentti Outi Kanste

Esitarkastajat  
Professori Marja Kaunonen  
Dosentti Päivi Kankkunen

ISBN 978-952-62-0371-3 (Paperback)  
ISBN 978-952-62-0372-0 (PDF)

ISSN 0355-3221 (Printed)  
ISSN 1796-2234 (Online)

Kannen suunnittelu  
Raimo Ahonen

JUVENES PRINT  
TAMPERE 2014

## **Lipponen, Kaija, The operational preconditions of patient education.**

University of Oulu Graduate School; University of Oulu, Faculty of Medicine, Institute of Health Sciences, Nursing Science; Medical Research Center; Oulu University Hospital  
*Acta Univ. Oul. D 1236, 2014*

University of Oulu, P.O. Box 8000, FI-90014 University of Oulu, Finland

### ***Abstract***

The purpose of this study was to describe how patient education is operating in special health care and in primary care and also participants' experiences of development work on patient education. The aim was to produce information on the implementation of patient education and the factors affecting it and the development of patient counseling between special and primary care nursing staff cooperation. The study consisted of three sub studies. The first study described above, what kind of the surgery patient education was as assessed by nursing staff, and what it is explained. In the second study was described, what kind of patient education was in primary care as assessed by nursing staff, and what it is explained. Furthermore in both studies was described by nursing staff what kind of development proposals they put in. The data was collected using a structured questionnaire (© MR / HK, 2003), from surgical nursing staff (n = 203) and nursing staff working in primary health care (n = 377). The data was analyzed using basic and multiple variable statistical methods, as well as open questions, the deductive content analysis. The third study described the experiences of nursing staff of development work on patient education. The data was collected by interviewing nursing staff involved in the development (n = 24) and were analyzed using inductive content analysis. The development work focused on patients' education on patients with coronary artery disease, diabetic foot ulcers, cancer, joint replacement, stroke, and chronic obstructive pulmonary disease, and it was carried out in primary and special health care nursing staff cooperation.

Nursing staff had a good knowledge and skills and attitudes towards patient education were positive and nursing staff was counseling patient-centered and take into account the patient's feelings. Nursing staff should develop patient education methods. Patient education should have more time, equipment, and facilities. Experiences of development work can be described by categories the nature of development work and together we are more effective. The development work is strengthening the know-how, but it requires the participants' motivation and commitment, teamwork skills, openness and mutual respect. Development cooperation increases professional and inter-organizational co-operation, and improves the information flow in the patient care process.

The results can be utilized in nursing, nursing education and patient education development.

*Keywords:* counseling implementation, development, nursing staff, patient education, preconditions of patient counseling, primary health care, special health care



## **Lipponen, Kaija, Potilasohjauksen toimintaedellytykset.**

Oulun yliopiston tutkijakoulu; Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede; Medical Research Center; Oulun yliopistollinen sairaala

*Acta Univ. Oul. D 1236, 2014*

Oulun yliopisto, PL 8000, 90014 Oulun yliopisto

### ***Tiivistelmä***

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilasohjauksen toimintaedellytyksiä kirurgisessa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa sekä hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämisestä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä potilasohjauksen kehittämisestä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstön yhteistyönä. Tutkimus koostui kolmesta osatutkimuksesta. Ensimmäisessä osatutkimuksessa kuvailtiin, millaista oli potilaan ohjaus erikoissairaanhoidossa kirurgisen hoitohenkilöstön arvioimana ja toisessa osatutkimuksessa kuvailtiin millaista potilaan ohjaus oli perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön arvioimana ja mitkä asiat olivat siihen yhteydessä. Lisäksi kuvailtiin millaisia ehdotuksia hoitohenkilöstö esitti potilasohjauksen kehittämiseksi. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella (© MR/HK, 2003) vuonna 2003 kirurgiselta (n = 203) ja vuonna 2006 perusterveydenhuollon (n = 377) hoitohenkilöstöltä ja analysoitiin tilastollisilla perus- ja monimuuttujamenetelmillä sekä avoimien kysymysten osalta deduktiivisella sisällön analyysillä. Kolmannessa osatutkimuksessa kuvailtiin hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämistyöstä. Aineisto kerättiin vuonna 2007 haastatteleamalla kehittämistyöhön osallistunutta hoitohenkilöstöä (n = 24) ja analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Kehittämistyö kohdentui sepelvaltimotautia ja diabeettista jalkahaavaa sairastavien sekä syöpä-, tekonivel-, aivoinfarkti- ja keuhkohtaumatautipotilaiden ohjaukseen ja se toteutettiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön yhteistyönä. Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot olivat pääosin hyvää tasoa ja asenteet potilasohjausta kohtaan olivat myönteiset. Hoitohenkilöstö arvioi toteuttavansa ohjausta potilaslähtöisesti ja tunneulottuvuuden huomioiden. Ohjausmenetelmien monipuolisempaan käyttöön olisi kiinnitettävä enemmän huomiota. Kehittämistarpeita oli myös ohjaukseen käytettävissä olevassa ajassa, välineistössä ja ohjaustiloissa. Kokemukset kehittämistyöstä jakaantuivat pääluokkiin kehittämistyön luonne ja kehittämistyön merkitys. Kehittämistyö vahvistaa ohjausosaamista, mutta vaatii osallistujilta motivaatiota ja sitoutumista, yhteistyökykyä, avoimuutta ja keskinäistä arvostusta. Kehittämissyhteistyö lisää ammattilaisten ja organisaatioiden välistä yhteistyötä sekä parantaa tiedonkulkua potilaan hoitoprosessissa. Tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyössä, hoitotyön opetuksessa ja potilasohjauksen kehittämistoiminnassa.

*Asiasanat:* erikoissairaanhoito, hoitohenkilöstö, kehittäminen, perusterveydenhuolto, potilasohjauksen toimintamahdollisuudet, potilasohjaus





## Kiitokset

Kiinnostukseni potilasohjaukseen syttyi hoitotyössä, kun pohdin millä tiedoilla ja taidoilla potilaat tulivat hoitoon ja millaista ohjausta he saivat hoitonsa aikana selviytyäkseen hoitotapahtuman jälkeen omassa arjessaan. Maisteriopintojen aikana professori Helvi Kynkään ja lehtori Maria Kääriäisen innostamana lähdin tutkimaan asiaa.

Lämmin kiitos kaikille Teille, jotka olette osaltanne vaikuttaneet tämän tutkimuksen toteutumiseen. Väitöskirjani ohjaajille professori, THT Helvi Kynkäälle ja dosentti, TtT Outi Kansteelle haluan esittää erityisen lämpimät kiitokseni. Olette aina jaksaneet tukea, ohjata ja kannustaa minua tutkimusprosessini aikana. Positiivinen asennoitumisenne ja hyvät neuvonne ovat auttaneet minua eteenpäin. Kiitän myös Maria Kääriäistä yhteistyöstä potilasohjauksen tutkimuksen parissa.

Väitöskirjani esitarkastajille professori Marja Kaunoselle ja dosentti, TtT Päivi Kankkuselle esitän lämpimät kiitokseni rakentavista ja arvokkaista kommenteista, joiden avulla minulla on ollut mahdollisuus parantaa käsikirjoitustani. Kiitän myös FM Sirpa Ovaskaista yhteenveto-osan ja FM Aki Myyrää abstraktin kielenhuollosta.

Haluan kiittää myös esimiehiäni Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Annoitte minulle mahdollisuuden työskennellä usean vuoden ajan potilasohjauksen kehittämistehtävissä. Kiitos Mirkulle, Liisalle ja Pirjolle! Esitän lämpimät kiitokset kaikille työtovereilleni ja kanssakulkijoille niin kehittämistehtävissä kuin osastonhoitajana. Kuulumisten vaihto ja kiinnostus tutkimukseni edistymiseen on vienyt sitä aina hivenen eteenpäin. Suuri kiitos kuuluu tutkimukseen osallistuneelle hoitohenkilöstölle. Ilman teidän osallistumistanne tutkimus ei olisi toteutunut.

Olen saanut taloudellista tukea väitöskirjatyöhöni Sairaanhoitajien koulutussäätiöltä, Hoitotieteiden tutkimusseura HTTS ry:ltä, Pohjois-Suomen syöpäyhdistys ry:ltä ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä. Kiitän lämpimästi kaikkia näitä tahoja, jotka ovat mahdollistaneet väitöskirjatyöskentelyn vaatimat poissaolot ansiotyöstäni.

Tutkimus ei olisi toteutunut ilman läheisten tukea, siksi suuri kiitos kuuluu omalle perheelleni. Kiitos, että olette jaksaneet ”tuupata” ja kannustaa minua. Työ ja opiskelu ovat vieneet ajatukseni ajoittain etäälle yhteisestä arjestamme. Kun unessakin olen työstänyt artikkelia ja jotain taulukkoa, niin on ollut tauon paikka. Silloin minulla on ollut mahdollisuus lähteä kanssasi, Kari, metsähommiin tai kalastamaan. Raikkaassa ilmassa ja tuulen tuiverruksessa ahdistus on helpottanut

ja asiat ovat loksahaneet eteenpäin. Opintojeni aikana minusta on tullut myös mummi. Kiitos Emma, että olet tuonut elämäni Nellin ja Nennan sekä atk-tukea antaneen Jarmo-vävy.

Päivärinteellä tammikuussa 2014

*Kaija Lipponen*

## Väitöskirjan osajulkaisut

- I Lipponen K, Kyngäs H & Kääriäinen M (2006) Surgical nurses readiness for patient counselling. *Journal of Orthopaedic Nursing* 10: 221–227.
- II Lipponen K, Kanste O, Kyngäs H & Ukkola L (2008) Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 45: 121–135.
- III Lipponen K, Kanste O & Kyngäs H (2013) The development of patient education: experiences of collaborative work between special and primary care in Finland. *Open Journal of Nursing* 3(1): 101–107.
- IV Lipponen K, Kyngäs H & Kanste O (2013) Together we are more effective: Nursing team members' experiences of development work on patient education. *Journal of Nursing Education and Practice* 3(9): 60–69.



# Sisältö

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Abstract</b>  |           |
| <b>Tiivistelmä</b>   |           |
| <b>Kiitokset</b>   | <b>7</b>  |
| <b>Väitöskirjan osajulkaisut</b>   | <b>9</b>  |
| <b>Sisältö</b>   | <b>11</b> |
| <b>1 Johdanto</b>  | <b>13</b> |
| <b>2 Potilasohjaus ja sen kehittäminen</b>   | <b>17</b> |
| 2.1 Potilasohjaus .....  | 17        |
| 2.2 Potilasohjauksen toimintaedellytykset .....  | 18        |
| 2.2.1 Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet .....  | 19        |
| 2.2.2 Potilasohjauksen toimintamahdollisuudet .....  | 20        |
| 2.2.3 Potilasohjauksen toteuttaminen .....   | 21        |
| 2.3 Potilasohjauksen kehittäminen .....  | 22        |
| 2.3.1 Hoitohenkilöstön osaamisen vahvistaminen .....   | 23        |
| 2.3.2 Potilasohjauksen kehittäminen organisaatioiden välisenä<br>yhteistyönä .....                   | 24        |
| 2.4 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista .....   | 26        |
| <b>3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset</b>  | <b>29</b> |
| <b>4 Tutkimusaineisto ja menetelmät</b>  | <b>31</b> |
| 4.1 Ensimmäinen osatutkimus (Osajulkaisu I) .....  | 31        |
| 4.1.1 Kyselylomake .....   | 31        |
| 4.1.2 Tutkimusjoukko ja aineiston keruu .....  | 32        |
| 4.1.3 Aineiston analyysi .....   | 33        |
| 4.2 Toinen osatutkimus (Osajulkaisu II) .....  | 34        |
| 4.2.1 Kyselylomake .....   | 34        |
| 4.2.2 Tutkimusjoukko ja aineiston keruu .....  | 35        |
| 4.2.3 Aineiston analyysi .....   | 36        |
| 4.3 Kolmas osatutkimus (Osajulkaisu III ja IV) .....   | 38        |
| 4.3.1 Tutkimusjoukko ja aineiston keruu .....  | 38        |
| 4.3.2 Aineiston analyysi .....   | 39        |
| 4.4 Eettiset näkökohdat .....  | 40        |
| <b>5 Tulokset</b>  | <b>43</b> |
| 5.1 Hoitohenkilöstön taustatiedot (Osajulkaisu I ja II) .....  | 43        |
| 5.2 Potilasohjauksen toimintaedellytykset hoitohenkilöstön<br>arvioimana (Osajulkaisu I ja II) ..... | 44        |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| 5.2.1    | Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet .....  | 45        |
| 5.2.2    | Potilasohjauksen toimintamahdollisuudet .....  | 47        |
| 5.2.3    | Potilasohjauksen toteutus .....  | 48        |
| 5.3      | Ohjauksen kehittämistarpeet .....  | 49        |
| 5.4      | Hoitohenkilöstön kokemukset potilasohjauksen kehittämistyöstä<br>(Osajulkaisu III ja IV) ..... | 51        |
| 5.4.1    | Kehittämistyön luonne (Osajulkaisu III) .....  | 52        |
| 5.4.2    | Kehittämistyön merkitys (Osajulkaisu IV) .....   | 54        |
| <b>6</b> | <b>Pohdinta</b> .....  | <b>57</b> |
| 6.1      | Tulosten tarkastelua .....   | 57        |
| 6.2      | Tutkimuksen luotettavuus .....   | 65        |
| 6.2.1    | Määrällisen tutkimuksen luotettavuus .....   | 65        |
| 6.2.2    | Ensimmäinen osatutkimus .....  | 67        |
| 6.2.3    | Toinen osatutkimus .....   | 68        |
| 6.2.4    | Kolmas osatutkimus .....   | 69        |
| 6.3      | Tutkimuksen merkitys .....   | 70        |
| 6.4      | Johtopäätökset ja kehittämishaasteet .....   | 72        |
| 6.5      | Jatkotutkimusaiheet .....  | 73        |
|          | <b>Lähteet</b> .....   | <b>75</b> |
|          | <b>Alkuperäisartikkelit</b> .....  | <b>87</b> |

# 1 Johdanto

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilasohjauksen toimintaedellytyksiä kirurgisessa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa sekä hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittamisestä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa potilasohjauksen toteutumisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä potilasohjauksen kehittamisestä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilöstön yhteistyönä. Tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyössä, hoitotyön opetuksessa ja potilasohjauksen kehittämistoiminnassa.

Ohjaus osana ammatillista toimintaa edellyttää terveydenhuoltohenkilöstöltä ammatillista vastuuta edistää potilaan valintoja ja turvata riittävä ohjauksen saanti. Ohjaaminen hoitotyössä on sidoksissa lakeihin ja ammattikäytänteisiin sekä suositus- ja ohjelmaluonteisiin asiakirjoihin. Potilaalla on lakisääteinen oikeus saada riittävästi hoitoonsa liittyvää tietoa, sillä riittävä tiedonsaanti on edellytys itsemääräämisoikeuden käytölle ja potilaan hoitamiselle yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (Laki 785/1992). Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä (Laki 559/1994) tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon laatua muun muassa varmistamalla, että tässä laissa tarkoitettulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. Myös vuonna 2011 voimaan tullessa Terveydenhuoltolaissa (Laki 1326/2010) korostetaan potilaan roolia oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa. Lain mukaan kunnan on järjestettävä sairaanhoitopalvelut, joihin sisältyy mm. ohjaus, jolla tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa. Juridisen lähtökohdan lisäksi hoitohenkilöstön tulee tunnistaa omat arvolähtökohtansa ja hoitotyön periaatteet sekä tiedostaa eettisfilosofiset lähtökohtansa (mm. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996, ETENE 2001, Lähihoitajan eettiset ohjeet 2009). Hoitohenkilöstöllä on vastuu itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden toteuttamisesta ja potilaan hyvän edistämisestä. Myös tuoreet hoitotyön suositukset korostavat potilasohjauksen ja tehokkaan viestinnän tärkeyttä (Hoitotyön suositus 2011, Hoitotyön suositus 2013).

Tutkimus on ajankohtainen myös kansallisen Hoitotyön toimintaohjelman Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009–2011 perusteella. Toimintaohjelmassa todettiin tarve kehittää näyttöön perustuvaa toimintaa potilasohjauksessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Siinä todettiin myös, että osaamisen kehittäminen on yhteydessä hoitohenkilöstön pysyvyyteen. Hoitohenkilöstön pysyvyyttä edistää työn organisointi ja haasteellisten

tehtävien tarjoaminen sekä säännöllisten, ammattitaitoa ylläpitävien ja työelämää kehittävien koulutusten turvaaminen. (STM 2009.)

Terveydenhuollon toimintana ohjaus on osa potilaan tai asiakkaan asianmukaista ja hyvää hoitoa eikä yksikään palveluprosessi ole tyydyttävä, ellei siihen sisällytetä potilasohjausta (Pekkarinen 2007). Ohjauksella tuetaan potilaan omia voimavaroja, jotta hän selviytyisi hoitoonsa liittyvistä tilanteista ja pystyisi kantamaan enemmän vastuuta omasta toipumisestaan ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin (Kääriäinen ym. 2006, Johansson 2006). Aiemmat tutkimukset ovat kiistatta osoittaneet, että hyvin suunniteltu, toteutettu ja potilaslähtöinen ohjaus vahvistaa potilaan kotona selviytymistä (Smith ym. 2008, Håkanson ym. 2011) ja vähentää uusia sairaalahoitojaksoja (Koelling ym. 2005, Lampela 2009) sekä vahvistaa potilaan tiedollisia valmiuksia (Leino-Kilpi ym. 2005, Johansson ym. 2007, Heikkinen ym. 2008).

Potilasohjauksen toimintaedellytyksiä ja ohjauksen kehittämistarpeita on tutkittu kansallisesti (Kääriäinen & Kyngäs 2010b, Kääriäinen ym. 2011, Kaakinen 2012a, Kähkönen ym. 2012, Kaakinen ym. 2013) ja kansainvälisesti (Lynn ym. 2007, Shah ym. 2011). Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä selvitettiin vuosina 2003–2004 laajalla kyselytutkimuksella hoitohenkilöstön (Ervasti 2004, Lipponen 2004), potilaiden (Kääriäinen ym. 2005) ja omaisten kokemuksia ohjauksesta (Vaarala 2006). Tutkimus oli osa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimus- ja kehittämisyhteistyötä. Ensimmäinen osatutkimus (Osajulkaisu I) liittyy tähän kyselytutkimukseen.

Tutkimuksessa nousi esille useita ohjauksen kehittämiskohteita, joihin pyrittiin löytämään parempia toimintatapoja. Kehittämisteemoina olivat ohjaustapahatuma prosessina, sosiaalinen tuki osana ohjausta, omaisten ohjaus, vuorovaikutus ohjaussuhteessa, demonstrointi, puhelinohjaus, ryhmäohjaus ja kirjallinen ohjaus (Lipponen ym. 2006). Yksi merkittävimmistä esille nousseista kehittämistarpeista oli potilasohjauksen alueellinen organisointi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Tähän haasteeseen pyrittiin vastaamaan vuosina 2006–2008 perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tutkimus- ja kehittämishankkeessa ”Potilasohjauksen organisoinnin kehittäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon alueellisena verkostoyhteistyönä”. Kehittämishankkeelle oli luonteenmukaista erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö, määräraikaisuus, moniammatillinen tiimityöskentely, osaamisen kehittäminen ja potilasohjauksen toimintamallien tuottaminen. Hankkeen tavoitteena oli henkilöstön osaamisen vahvistaminen potilasohjauksessa, potilasohjauksen yhtenäistäminen sekä organisaatorajat ylittävien palveluiden, yhteistyön ja tiedonkulun paranta-



minen (Kanste ym. 2007). Toinen (Osajulkaisu II) ja kolmas osatutkimus (Osajulkaisu III ja IV) liittyvät tähän vaiheeseen. Tämä tutkimus on osa Oulun yliopiston Terveystieteiden laitoksen Potilasohjauksen vaikuttavuus ja hoitoon sitoutuminen -tutkimushanketta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja niihin vaikuttavista tekijöistä sekä potilasohjauksen kehittämistä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilöstön yhteistyönä. Voidaan todeta, että potilasohjausta on tutkittu paljon sekä potilaiden että hoitohenkilöstön näkökulmasta, mutta organisaatioiden välisen kehittämissyhteistyön näkökulmasta tutkimusta on niukasti. Yhteistyö ja sen kehittäminen ovat kuitenkin tärkeitä, koska potilasohjausta toteutetaan koko palveluprosessin ajan. Palveluprosessilla tarkoitetaan johonkin potilasryhmään kohdistuvien palvelujen kokonaisuutta, joka koostuu eri organisaatiotasolla toteutuvista palvelutapahtumista. Kaikkiin palvelutapahtumiin sisältyy potilasohjausta, ja ohjausvastuuta jakamalla organisaatiot pystyvät paremmin selviytymään tehtävistään. (Nordback ym. 2010.)

Tutkimus koostuu kolmesta osatutkimuksesta, ja tiedonhakuja on tehty manuaalisesti ja sähköisesti vuosina 2004–2013. Tiedonhaut kohdentuivat tutkimuksen keskeisempiin käsitteisiin, joita olivat potilasohjaus ja kehittäminen. Hakusanoina käytettiin seuraavia sanoja ja niiden erilaisia yhdistelmiä: potilasohjaus, potilaan ohjaaminen, ohjaaminen, potilasohj\*, patient education, patient counseling, counsel\*, kehittäminen, kehittäm\*, kehittämisty\*, kehityshankk\*, development, development project ja networking sekä vapaata tekstihakua continuity of patient education, patient discharge education, staff development, hoitohenk\*, nursing staff ja health care organizations. Tiedonhaku tehtiin Medic-, Medline- ja Cinahl-tietokantoihin. Haut rajattiin suomen- ja englanninkielisiin julkaisuihin ja viimeisimmät haut rajattiin vuosille 2008–2013. Otsikoiden ja abstraktien perusteella valittiin lähempään tarkasteluun tieteellisiä artikkeleita, väitöskirjoja ja pro gradu -tutkielmia sekä kirjallisuuskatsauksia, alkuperäistutkimuksia ja hoitosuosituksia. Pro gradu -tutkielmia otettiin mukaan niiden saatavuuden ja suomen kielen perusteella. Tarkasteluun ei otettu psykiatriseen hoitotyöhön, äitiyshuoltoon/kätilötyöhön ja lasten hoitotyöhön liittyviä artikkeleita, koska artikkelit haluttiin rajata aikuisia somaattisesti sairaita koskeviin tutkimuksiin. Sähköinen hakumenettely toteutettiin yhdessä kirjaston informaattikon kanssa.

Esimerkkinä hakutuloksista lokakuussa 2013 Medic-tietokanta antoi hakusanoilla potilasohj\* OR kehittäm\* 134 osumaa, joista 85 valittiin lähempään tarkasteluun. Samanaikaisesti Medline-tietokanta antoi hakusanalla patient educ\$ 385 osumaa, joista abstraktin perusteella 79 valittiin lähempään tarkaste-

luun, ja Cinahl-tietokanta antoi hakusanalla patient educ\* 44 185 osumaa. Hakutulosten perusteella potilasohjausta on tutkittu paljon, mutta potilasohjauksen kehittämistä organisaatioiden välisenä yhteistyönä erittäin vähän. Tietokantahakujen lisäksi käytiin läpi hakujen perusteella löydettyjen artikkeleiden lähdeviitteet.

Tutkimus koostuu kolmesta osatutkimuksesta, ja se raportoidaan näiden vaiheiden kautta. Ensimmäisen osatutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla, millaiset toimintaedellytykset kirurgisella hoitohenkilöstöllä on ohjata potilaita ja mitkä tekijät selittävät ohjauksen toimintaedellytyksiä. Toisen osatutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla, millaiset toimintaedellytykset perusterveydenhuollon hoitohenkilöstöllä on ohjata potilaita ja mitkä tekijät selittävät ohjauksen toimintaedellytyksiä.

Ensimmäisen osatutkimuksen aineisto kerättiin vuonna 2003 erikoissairaanhoidon kirurgisen alueen hoitohenkilöstöltä (n = 203). Toisen osatutkimuksen aineisto kerättiin vuonna 2006 kaksivuotiseen tutkimus- ja kehittämishankkeeseen osallistuvien kuntien terveydenhuollon hoitohenkilöstöltä (n = 377). Kumpikin aineisto kerättiin Ohjauksen laatu -kyselylomakkeella (© MR/HK, 2003, henkilökunnan versio).

Kolmannen osatutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla hoitohenkilöstön käsitteitä potilasohjauksen kehittämistyöstä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä. Tässä tutkimuksessa erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa kunnan tai kuntayhtymän järjestämää terveys- ja sairaanhoitopalvelua terveyskeskuksen vuodeosastolla, avohoitoyksikössä tai kotisairaanhoidossa. (Laki 1326/2010.) Aineisto kerättiin vuonna 2007 kehittämistyöhön osallistuneilta (n = 24) puoli-strukturoidulla teemahaastattelulla siten, että haastateltavat edustivat jokaista kehittämistyön kohteena olevaa potilasryhmää, kaikkia mukana olevia ammattiryhmiä ja kaikkia kehittämishankkeessa mukana olevia kuntia ja sekä erikoissairaanhoidoa että perusterveydenhuoltoa.

Ensimmäisen ja toisen osatutkimuksen empiirisen aineiston analysoinnissa käytettiin tilastollisia perus- ja monimuuttujamenetelmiä ja avointen kysymysten osalta deduktiivista sisällön analyysiä. Kolmannen osatutkimuksen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

## 2 Potilasohjaus ja sen kehittäminen

### 2.1 Potilasohjaus

Terveysalalla eletään murrosvaihetta, sillä monet asiat edellyttävät toiminnan tehostamista. Näitä ovat väestön ikääntyminen, kansansairauksien lisääntyminen, hoitoaikojen lyhentymisen, avohoitopainotteisuuden lisääntyminen, kulujen kasvu ja lääketieteen kehittyminen sekä epäsuhta palvelujen tarjonnan ja tarpeen välillä. Potilasohjaus on keskeinen hoitotyön auttamiskeino, ja sen kehittäminen on tärkeää, koska ohjauksen tarve lisääntyy, potilaat ovat entistä tietoisempia oikeuksistaan ja sairaudestaan sekä sen hoidosta. Hoitoaikojen lyhentyessä ohjauksen tarve lisääntyy ja potilasohjaus on myös toteutettava lyhyemmässä ajassa kuin aiemmin.

Ohjauksen synonyymeina käytetään usein opetusta, tiedon antamista, informointia ja neuvontaa. Käsitteissä on eroja muun muassa keston, osallistujien aktiivisuuden ja tavoitteiden suhteen. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Potilaan ohjaaminen on rakenteeltaan suunnitelmallisempaa kuin muut kohtaamiset. Ohjauksessa potilas on aktiivinen asioiden ratkaisija ja hoitohenkilöstö tukee häntä päätöksenteossa, mutta pidättäytyy esittämästä valmiita ratkaisuja (Kyngäs ym. 2007). Potilasohjauksella pyritään lisäämään potilaan tietoa, ymmärrystä ja itsenäistä, tietoon perustuvaa päätöksen tekoa sekä edistämään kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla (Kyngäs ym. 2007, Anderson & Funnell 2010). Potilasohjauksen tavoitteena on tukea potilaan voimavaraistumista, jolloin hän aktivoituu, hänen motivaationsa lisääntyy sekä hänen kokemansa hallinnan tunne kehittyy ja mahdollisuutensa vaikuttaa omaan hoitoonsa lisääntyy (Kyngäs ym. 2007, Holmström & Röing 2010). Voimavaraistumista tukevan ohjauksen osa-alueet ovat biofysiologinen, toiminnallinen, kokemuksellinen, sosiaalisyhteöllinen, eettinen ja taloudellinen. (Virtanen ym. 2007, Heikkinen ym. 2008, Lönnberg & Koivunen 2011.)

Potilasohjaus edellyttää hoitohenkilöstöltä ammatillista vastuuta ylläpitää ja kehittää ohjausvalmiuksiaan, edistää potilaan terveyteen liittyviä valintoja ja turvata potilaalle riittävä ohjauksen saanti. Potilasohjaus on aina potilaan tarpeista lähtevää sekä sidoksissa hoitohenkilöstön ja potilaan taustatekijöihin, kuten ikään, motivaatioon ja arvoihin. Taustatekijät, jotka voidaan jakaa fyysisiin ja psyykkisiin sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin, luovat perustan vaikuttavan potilasohjauksen onnistumiselle. Potilaan ja hoitohenkilöstön välisessä vuorovai-

kutuksessa on keskeistä tukea potilasta aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen, jotta hän ottaisi vastuuta omasta hoidostaan (Kääriäinen 2007, Anderson & Funnell 2010, Höglund ym. 2010, Routasalo ym. 2010, Leino 2011, Mattila 2011).

Hyvä potilasohjaus lähtee potilaan tiedon tarpeista ja rakentuu potilaan esille ottamiin ja hänelle tärkeisiin asioihin sekä huomioi hänen taustatekijänsä (Johansson ym. 2007, Kääriäinen 2007, Baraz ym. 2010, Barnason ym. 2012). Potilaslähtöinen lähestymistapa lisää potilaan tiedollisia valmiuksia, osallistumismahdollisuuksia omaan hoitoonsa, hoito-ohjeiden noudattamista ja tyytyväisyyttä sekä vähentää oireiden määrää ja terveystalvelujen käyttöä (Koellig ym. 2005, Heikkinen ym. 2008, Naukkarinen 2008, Peikes 2009). Ohjauksen tulisi olla riittävä ja vaikuttavaa (Kääriäinen 2007). Ohjauksella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia potilaiden hoitoon ja sairauteen liittyvän tiedon ymmärtämiseen (Heikkinen ym. 2008, Camerini ym. 2012, Kiviaho-Tiippa 2012), itsehoitoon (Anderson & Funnell 2010, Routasalo ym. 2010, Håkanson ym. 2011) ja arkipäivästä selviytymiseen (Gilmartin & Wright 2007, Heiskanen 2009, Tveiten & Knutsen 2011) sekä hoitoon sitoutumiseen (Österlund Efrainsson ym. 2008, Kyngäs & Hentinen 2009, Lunnela 2011). Ohjauksen tarkoituksena on antaa potilaalle riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä vahvistaa potilaan hallinnan tunnetta. Hallinnan tunne on sairastuneen kokemus siitä, että pärjää sairautensa kanssa ja pystyy vaikuttamaan sairauden oireisiin. (Mäkeläinen 2009.) Mitä pienempi ero potilaan tiedollisilla odotuksilla ja kokemuksilla tiedonsaannista on, sitä parempi mahdollisuus hänellä on kehittää hallinnan tunnettaan (Johansson 2006, Rankinen ym. 2007, Heikkinen ym. 2008). Potilaat, joilla on vahva hallinnan tunne, kokevat myös elämänlaatunsa paremmaksi kuin ne, joilla ei ole tietoa ja taitoa selviytyä sairautensa kanssa (Mäkeläinen 2009, Routasalo ym. 2010).

Tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä potilasohjaus. Potilasohjaus on niin keskeinen hoitotyön osa-alue, että sitä on vaikea erottaa muusta hoidosta, mikä luo haasteita myös sen tutkimukselle.

## **2.2 Potilasohjauksen toimintaedellytykset**

Hyvä potilasohjaus edellyttää asianmukaisia resursseja hoitohenkilöstön, tilojen ja materiaalin suhteen (Isola ym. 2007, Kääriäinen 2007, Kaakinen ym. 2012b). Tässä tutkimuksessa käytetään potilasohjauksen toimintaedellytykset -käsitettä kuvaamaan potilasohjausta toteuttavan hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiuksia, toimintamahdollisuuksia ja ohjauksen toteuttamista. Toimintaedellytysten tulee olla kunnossa, jotta potilasohjaus onnistuu.

## **2.2.1 Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet**

Potilasohjausvalmiuksilla hyvän potilasohjauksen asianmukaisina resursseina tarkoitetaan hoitohenkilöstön tietoja, taitoja, asenteita ja ohjausmenetelmien hallintaa. Ohjauksessa tärkeää on hoitohenkilöstön ammattitaito eli se pätevyys, jolla ohjausta toteutetaan. Hoitohenkilöstön ammatillinen vastuu edellyttää hyviä tieto- ja ohjattavista asioista ja ohjausmenetelmistä sekä hyviä ohjaus- ja vuorovaikutustaitoja. Potilasohjausvalmiuksia on tarpeen kehittää jatkuvasti muun muassa kouluttautumalla ja lukemalla alan tutkimuksia (Johansson ym. 2007, Korhonen ym. 2010, Jones ym. 2011).

Tutkimusten mukaan hoitohenkilöstön tieto-taitotaso on henkilökunnan arvioimana hyvää tai melko hyvää (Kääriäinen 2007, Lipponen ym. 2008a, Kääriäinen & Kyngäs 2010b) ja potilaiden arvioimana hyvää (Kääriäinen ym. 2005, Lahtinen 2008, Eloranta ym. 2009). Hoitohenkilöstön asennoituminen ohjaukseen on pääsääntöisesti myönteistä (Isola ym. 2007, Tähtinen 2007, Kääriäinen & Kyngäs 2010b, Linnajärvi 2010, Virtanen ym. 2010), ja hoitohenkilöstö on motivoitunut ja sitoutunut potilaan ohjaukseen (Absezt ym. 2008). Vuorovaikutustaitoihin on kuitenkin hyvä kiinnittää huomiota sekä tarjota potilaille aktiivisemmin mahdollisuuksia keskusteluun (Hautamäki-Lamminen ym. 2010, Höglund ym. 2010). Asenteellisia ohjausvalmiuksia voidaan kehittää tiedollisia valmiuksia ja vuorovaikutustaitoja parantamalla (Peltoniemi 2007, Linnajärvi 2010, Hoitotyön suositus 2011).

Potilasohjauksen vaikutusten vahvistamiseksi hoitohenkilöstön tulisi hallita monipuolisten ohjausmenetelmien käyttö. Yleisesti käytettyjä ohjausmenetelmiä ovat suullinen, kirjallinen ja yksilöohjaus sekä ryhmäohjaus, demonstraatio ja audiovisuaalinen ohjaus (Kyngäs 2003, Kyngäs ym. 2007). Suullinen ohjaus hallitaan hyvin (Kääriäinen 2007) ja sitä toteutetaan yksilö- ja ryhmäohjauksena. Ryhmäohjaus sopii moniin tilanteisiin ja monille potilasryhmille, on aikaa säästävää ja antaa potilaalle mahdollisuuden vertaistukeen sekä vahvistaa potilaan tunnetta sairauden hallinnasta (Kyngäs ym. 2007, Isola ym. 2007, Absezt ym. 2008, Mäkeläinen 2009, Holma ym. 2010, Håkanson ym. 2011, Tveiten & Knutsen 2011). Kirjallista ohjausta pidetään merkittävänä suullisen ohjauksen tukena edistämään hoidon turvallisuutta ja jatkuvuutta (Johansson ym. 2007, Kyngäs ym. 2007, Salminen-Tuomaala ym. 2010, Mattila 2011). Kirjallisen ohjauksen tarkoituksena on antaa potilaille ohjeita sairauteensa liittyvistä asioista, tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin valmistautumisesta sekä lisätä tietoa saatavilla olevista palveluista, auttaa potilasta sopeutumaan sairauteensa ja suunnittelemaan elämäänsä

sairauden kanssa (Lipponen ym. 2006, Hedman ym. 2008, Salminen-Tuomaala ym. 2010, Karvonen 2012).

Audiovisuaalista ohjausta videoiden, äänikasettien, tietokoneohjelmien ja puhelimen välityksellä käytetään vielä vähän ja sen käyttö hallitaan vain tyydyttävästi (Lipponen 2004, Kääriäinen 2007, Johansson ym. 2010, Kääriäinen & Kyngäs 2010b). Potilaat ovat aktiivisia hakemaan myös itse tietoa esimerkiksi Internetistä. Silti hoitohenkilöstöltä saatu ohjaus on potilaalle ensisijainen tiedonlähde (Räty 2011.) Audiovisuaalisen ohjauksen osuus on kasvussa, ja siitä on osoitettu olevan hyötyä muun muassa tiedon lisäämisessä ja jäsentämisessä, pitkäaikaissairaiden hoidon tukemisessa ja hoidon jatkuvuuden turvaamisessa (Kyngäs ym. 2007, Heikkinen ym. 2008, Heikkinen 2011, Heikkinen ym. 2012, Leahy ym. 2013, Orava ym. 2012a, Orava ym. 2012b, Ryhänen 2012). Audiovisuaalisen ohjauksen kehittäminen on terveystalvvelujärjestelmänkin kannalta tärkeää, sillä esimerkiksi hoitohenkilöstön antama puhelinneuvonta vähentää kuormitusta lääkäreiden vastaanotoilla ja laitoshoidossa (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005). Demonstraatio eli asioiden havainnollistaminen ja harjoittelu on käyttökelpoinen erityisesti silloin, kun potilaan tulee hallita uusia kädentaitoja (Kyngäs ym. 2007, Lahtinen 2008). Sitä käytetään kuitenkin melko vähän (Isola ym. 2007, Kääriäinen & Kyngäs 2010a).

Hoitohenkilöstön osaamisen ja potilashoidon hyvän lopputuloksen kannalta onkin tärkeää, että ylläpidetään korkeaa osaamisen tasoa kaikissa terveydenhuollon yksiköissä ja kiinnitetään huomiota hoitoprosessin sujuvuuteen sekä ohjauksen toimintaedellytyksiin ja toteutukseen.

### **2.2.2 Potilasohjauksen toimintamahdollisuudet**

Potilasohjauksen toimintamahdollisuuksilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa hoitohenkilöstön käytössä olevia olosuhteita, joissa potilasohjausta toteutetaan. Ohjauksen laatuun yhteydessä olevia olosuhdetekijöitä ovat asianmukaiset tilat, ohjaukseen käytetty aika, materiaali ja välineet sekä ohjauksen perustana oleva tutkimustieto, potilasohjaukseen osallistuvan hoitohenkilöstön yhteistyö ja mahdollisuus kehittää potilasohjausta (Kääriäinen 2007). Tutkimusten mukaan ohjaukseen käytetty aika vaihtelee minuuteista tunteihin (Kääriäinen & Kyngäs 2010b, Linnajärvi 2010, Tarkiainen ym. 2012). Riittämätön ohjausajan käyttö aiheuttaa potilaissa tyytymättömyyttä ja huonontaa ohjauksen laatua (Kääriäinen 2007, Isola ym. 2007, Karvonen 2012). Hoitohenkilöstö pitää useimmiten käytettävissä olevaa aikaa, tiloja ja materiaalia puutteellisena (Lipponen 2004, Tähtinen 2007,

Zakrisson & Hägglund 2009). Potilaat ovat niihin tyytyväisiä, sillä he pitävät potilaslähtöistä toimintaa ja hyvää vuorovaikutusta olosuhteita tärkeämpänä (Mäenpää 2007, Alaloukusa-Lahtinen 2008, Kaakinen ym. 2012a).

Hoidon jatkuvuutta edistävät potilaslähtöinen toiminta, hoidon porrastus, esteetön tiedonkulku, hoito-ohjelmat ja hoitosuositukset sekä moniammatillinen yhteistyö ja hoitohenkilöstön koulutus (Matero ym. 2007, Wilson ym. 2007, Österlund Efraimsson ym. 2008, Routasalo ym. 2010, Siekkinen 2010). Ohjausvas-  
tuussa olevilla tulisi olla aikaa ja valmiuksia suoriutua tehtävästä sekä hyväksytyy toimintamalli tai ohjausrunko potilasohjauksen toteuttamiseen kussakin sairaudessa ja hoitoyksikössä (Arranz ym. 2005, Kerosuo 2006, Pekkarinen 2007, Naukkarinen 2008, Zakrisson & Hägglund 2009, Österlund Efraimsson ym. 2009, Silvennoinen-Nuora 2010).

### **2.2.3 Potilasohjauksen toteuttaminen**

Hyvän ohjauksen toteuttamiseen eivät riitä pelkästään asianmukaiset resurssit, vaan ohjauksen toteutuksessa merkityksellistä on myös potilaslähtöisyys ja vuorovaikutteisuus (Kääriäinen 2007).

Potilaslähtöinen ohjaus on suunnitelmallista ja tavoitteellista, ja siinä huomioidaan potilaiden yksilölliset tarpeet ja taustatekijät (McMurray ym. 2007, Kääriäinen 2007, Höglund ym. 2010, Routasalo ym. 2010, Kaakinen ym. 2012b, de Boer ym. 2013, Matsuyama ym. 2013). Potilailta on erilaisia ohjausta koskevia odotuksia muun muassa iän tai sukupuolen mukaan (Isola ym. 2007, Hautamäki-Lamminen ym. 2010, Virtanen ym. 2010, Kaakinen ym. 2012a, Kähkönen ym. 2012). Arjessa pärjäämisessä, kuntoutumisessa ja potilasohjauksen toteutuksessa tärkeänä voimavarana on potilaan itsensä lisäksi huomioitava perhe, vertaisryhmät ja monipuoliset ohjausmenetelmät (Isola ym. 2007, Eloranta ym. 2008, Savikko 2008, Heiskanen 2009, Pohjolainen ym. 2010, Mattila 2011, Kähkönen ym. 2012). Perheenjäseniä ei aina oteta mukaan potilaan hoitoon, vaikka omaiset odottavat tukea, ohjausta ja tiedon saantia sekä mahdollisuutta kahdenkeskiseen keskusteluun hoitohenkilöstön kanssa (Salminen-Tuomaala ym. 2008, Nikki & Paavilainen 2010, Mattila 2011). Vastavuoroisesti sairastuneet odottavat omaisen ohjaamisen lisäävän ymmärrystä sairastuneen tilannetta kohtaan (Hautamäki-Lamminen ym. 2010, Virtanen ym. 2010).

Tunneulottuvuus muodostuu ohjaussuhdetta ylläpitävistä tekijöistä, kuten tunteiden ja ongelmien huomioimisesta sekä palautteen antamisesta. Potilaan ohjauksen tulisi sisältää sosiaalista ja emotionaalista tukea sekä apua tunteiden

käsittelyssä (Kaakinen ym. 2012b). Hyvät vuorovaikutustaidot ovat tärkeitä. Kun ohjattava saa myönteistä palautetta ja hänen ongelmistaan ja tunteistaan ollaan kiinnostuneita, hän kokee arvostusta ja turvallisuutta sekä pystyy hyödyntämään saamaansa ohjausta hoitoaan koskevassa päätöksenteossa. (Jalava ym. 2007, Mäkeläinen 2009, Anderson & Funnell 2010, Holmström & Röing 2010, Bensing ym. 2013.)

Kääriäisen (2007) tutkimuksessa ohjauksen toteutusta on arvioitu potilaslähtöisen toiminnan ja vuorovaikutuksen sekä ohjaustilanteen ilmapiirin osalta. Tässä tutkimuksessa potilasohjauksen toteuttamista arvioitiin potilaslähtöisen ohjaustoiminnan ja potilasohjauksen tunneulottuvuuden osalta.

### **2.3 Potilasohjauksen kehittäminen**

Tässä tutkimuksessa potilasohjauksen kehittäminen ymmärretään palvelujen laadun kehittämisenä. Kehittäminen tarkoittaa paremmaksi muokkaamista ja parantamista (Sivistyssanakirja). Kehittämistyöllä tarkoitetaan systemaattista toimintaa tutkimuksen tuloksena ja/tai käytännön kokemuksen kautta saadun tiedon käyttämiseksi uusien aineiden, tuotteiden, tuotantoprosessien, menetelmien ja järjestelmien aikaansaamiseen tai olemassa olevien olennaiseen parantamiseen (Tilastokeskus 2013). Niiniluodon (1984) mukaan kehittämistyö on toimintaa, jonka päämääränä on tutkimustulosten avulla saavuttaa uusia parannettuja tuotteita, tuotantovälineitä tai -menetelmiä tai palveluja. Kehittämisen ja kehittämistyön välillä on vaikea tehdä selkeää eroa. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan kehittämistä ja kehittämistyötä toistensa synonyymeinä ja toimintana, jolla pyritään parantamaan potilasohjauksen laatua.

Terveydenhuollon asiakkuus merkitsee enenevässä määrin hoitokontakteja sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa, joten ohjauksen tuloksellisuus edellyttää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumatonta yhteistyötä koko palveluprosessin ajan. Lyhentyneet hoitoajat erikoissairaanhoidossa vaikuttavat siten, että suuri osa potilasohjauksesta jää avohoidon vastuulle. Vastaavasti perusterveydenhuollossa laitoshoidon purkaminen asettaa vaateita esimerkiksi kotisairaanhoidossa toteutettavalle potilasohjaukselle (Savikko ym. 2004). Hoitoketjujen arviointi ja tehostaminen sekä potilasohjauksen kehittäminen ja hoitohenkilöstön ohjaustaitojen vahvistaminen ovat tärkeitä terveydenhuollon kehittämiskohteita (Nordback ym. 2010, Pohjolainen ym. 2010, Siekkinen 2010, Hönninen ym. 2011, Jones ym. 2011, Oranta ym. 2011, Kähkönen ym. 2012, Timmermans ym. 2012). Terveydenhuollon kehittäminen on hidasta ja vaa-



tivaa, mutta kehittämistoiminnan silloittaminen aiempiin kehittämistöimiin lisää onnistumisen mahdollisuuksia. Kehittämistöimintaa tarvitaan, vaikka muutokset tulevat ilmi usein vasta vuosien päästä. (Kajamaa 2012.)

### **2.3.1 Hoitohenkilöstön osaamisen vahvistaminen**

Hyvä potilasohjaus edellyttää hoitohenkilöstöltä ammatillista vastuuta ylläpitää ja kehittää ohjausvalmiuksiaan (Kääriäinen 2007). Hoitohenkilöstön osaamisen vahvistamisella parannetaan kliinisen työn laatua yksittäisen työntekijän ja työyhteisön kehittyessä kyvykkäämmäksi ja vahvemmaksi työn tekemisessä (Arnezt & Hasson 2007, Ahgren & Axelsson 2007, O'Neil ym. 2008). Osaamisen vahvistamisessa ei ole kyse ainoastaan hoitohenkilöstön kouluttamisesta, vaan myös siitä, että sille tarjotaan erilaisia oppimis- ja kehittymismahdollisuuksia (Henderson & Winch 2008, Vuorinen 2008).

Hoitohenkilöstön osaamista voidaan vahvistaa erilaisilla joustavilla ja monisisältöisillä kehittämisinterventioilla. Terveystieteiden kehittämisinterventioina käytetään usein kertaluontoista ja määräaikaista projektityöskentelyä, jonka avulla pyritään luomaan uusia ja aiempaa parempia toimintatapoja ja jonka ennustetaan vain kasvavan yhtenä työn osana (Smith ym. 2008, Suhonen & Paasivaara 2010). Kehittämisinterventio tarjoaa erilaisia oppimis- ja kehittymismahdollisuuksia (Hallin & Danielson 2008, Henderson & Winch 2008). Kehittämisen tulisi olla osa jokaisen hoitotyöntekijän perustyötä eikä sitä saisi irrottaa pelkästään erillisiksi projekteiksi, sillä kehittämisinterventiolla ei ole muutosvoimaa, ellei sillä ole yhteyttä perustyöhön tai siihen ei aidosti sitouduta (Hallin & Danielson 2007, Wilcock ym. 2009, Hönninen ym. 2011). Osaava hoitohenkilöstö jaksaa tehdä hoitotyötä ja osaamisen myötä työmotivaatio lisääntyy. Osaamista vahvistaa ja rikastaa myös ammattilaisten keskinäinen yhteistyö- ja vertaisverkosto, joka voi sisältää toimivien käytäntöjen vertailun ohella koulutusta ja työnohjausta (THL 2010).

Osallistavalla ja yhteistoiminnallisella kehittämisinterventiolla on myönteisiä vaikutuksia työhyvinvointiin ja työn mielekkyyteen sekä hoidon laatuun (Laine ym. 2006, Hallin & Danielson 2008, Kanste ym. 2008, Kanste 2011, Kivimäki 2011). Työyhteisöissä tehtävän kehittämisinterventio ja työkyvyn ylläpitämisen keskeiset elementit ovat työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet omaan työhön, vastuun saaminen ja uuden oppiminen. Kehittämisinterventio ja siinä tapahtuva oman työn arviointi tarjoavat hoitohenkilöstölle ammattitaidon kehittämisen mahdollisuuksia ja oman työn merkityksellisyyden pohdintaa. (Salonen ym. 2007, Suominen ym. 2007, Laaksonen 2008, STM 2009.) Henkilöstön työtyytyväisyys, ammatillinen kasvu

ja asiantuntijuuden kehittyminen ovat koko organisaation sekä siellä toimivien työntekijöiden ja palveluja käyttävien etu (Hallin & Danielson 2008, Henderson & Winch 2008, Hasson & Arnetz 2008, Pryor & Buzio 2010). Työssä oppiminen on monimuotoista. Siinä yksilölliset ja yhteisölliset oppimisprosessit ovat yhteen kietoutuneina. (Järvensivu ym. 2009.)

Tässä tutkimuksessa kehittämistyö tiimeissä tai työryhmissä nähdään toimintana, jolla vahvistetaan hoitohenkilöstön osaamista (Cunningham & Kelly 2008, Johnson ym. 2011). Sosiaali- ja terveystieteiden työntekijät ovat valmiita käyttämään aikaansa kehittämistyöhön ja ponnistelemaan tavoitteiden suuntaisesti, kun se riittävän hyvin mahdollistetaan (Järvensivu 2006, Hallin & Danielson 2007, Sulavuori 2007). On kuitenkin tärkeää, että alkuinnostuksen jälkeen ja ongelmien kasaantuessa jaksetaan jatkaa sekä siedetään sitä, että tuloksia syntyy hitaasti. Esimiesten ja kehittämistyön vetäjien tehtävänä on auttaa kehittämistyön käynnistämässä sekä tukea, ohjata, kannustaa ja innostaa henkilöstöä yhteistyöhön, oppimaan ja kehittymään. (Sulavuori 2007, Suhonen & Paasivaara 2010.)

### **2.3.2 Potilasohjauksen kehittäminen organisaatioiden välisenä yhteistyönä**

Terveystieteiden verkostomaisessa toimintaympäristössä erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon ei voi täysin yksin vastata potilaiden hoidosta tai ohjauksesta eikä ratkaista ongelmia. Organisaatiot ovat riippuvaisia toisistaan, ja ohjauksen toimivuus ja tuloksellisuus edellyttävät erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon saumatonta yhteistyötä koko palveluprosessin ajan. (Anttila 2012.) Yhteisen asiakkaan hoidon ja ohjauksen jatkuvuus on turvattava kehittämällä yhteistyössä myös potilasohjauksen osana kaikkien pitkäaikaissairaiden potilasryhmien hoitoa ja seuranta (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, Kerosuo 2006, Pekkarinen 2007, Naukkarinen 2008, Silvennoinen-Nuora 2010).

Potilasohjauksen kehittämisessä organisaatioiden välisenä yhteistyönä on kysymys vähittäisestä uudistamisesta ja muokkaamisesta, joka tapahtuu luonnollisessa ympäristössä, ja siinä korostuvat vertaiskehittäminen ja kollektiivinen asiantuntijuus. Tämän tutkimuksen kehittämisenäkökulma on toimijalähtöinen, ja kehittäminen tapahtuu tiimeissä (Toikko & Rantanen 2009). Kehittämissä tässä tutkimuksessa mukaillee hoitotyön benchmarking-toimintaa, jossa on keskeistä oppijan asenteen omaksuminen. Benchmarking-toiminnassa on keskeistä vertaiselta oppiminen sekä parhaiden käytänteiden soveltaminen omaan organisaatioon ja potilaiden hoitokäytänteiden kehittäminen. Se mahdollistaa toimintayksiköiden

välisen poikkileikkausvertailun, yhden toimintayksikön toiminnan pitkittäisvertailun ja toiminnan kehittämisen muilta oppimalla. Vertailu lisää läpinäkyvyyttä, yhtenäistää hoitokäytäntöjä ja mahdollistaa hyvien käytäntöjen levittämisen. (Perrälä ym. 2007.)

Tässä tutkimuksessa potilaan hoitoketjun eri vaiheissa työskentelevistä ja hyvän käytännön kokemuksen saaneista ammattihenkilöistä kootut tiimit olivat hyvä lähtökohta yhteistyölle, kuten myös Miers & Pollard (2009) ovat todenneet. Tiimityöllä tarkoitetaan työskentelyä pysyvässä ryhmässä tai tiimissä, jolla on yhteinen tehtävä ja jolla on mahdollisuus suunnitella itse työtään. Ryhmä määritellään usein kahden tai useamman ihmisen muodostamaksi jatkuvasti keskenään vuorovaikutuksessa olevaksi yhteisöksi tai joukoksi, jolla on yhteiset tavoitteet. Työelämässä ryhmiä ja tiimejä voidaan perustaa hoitamaan jatkuvaa tehtävää tai toisaalta vain jotain rajattua tehtävää varten. (Tilastokeskus 2013.) Tiimin jäsenillä on toisiaan täydentäviä taitoja, ja he ovat sitoutuneet yhteiseen päämäärään, yhteisiin tavoitteisiin, yhteiseen toimintamalliin ja pitävät itseään yhteisvastuussa suorituksistaan (Janhonen 2010). Onnistuneessa tiimityössä yhteinen vastuunkanto ja avoin vuorovaikutus, yksilöllinen osaaminen ja kasvu sekä yhteiset arvot ja päämäärät tuottavat tiimin tulokset (Helakorpi 2005). Terveystieteiden tutkimuksessa tiimien käyttö palvelujen tuottamisessa on yleistä ja välttämätöntä (Thylefors ym. 2005, Baker ym. 2006, Kvarnström & Cedersund 2006, Miers & Pollard 2009), sillä laadukas toiminta edellyttää monenlaisten taitojen, kokemuksen ja osaamisen samanaikaista yhdistämistä. Tehokas tiimityö parantaa potilashoidon laatua ja edistää työntekijöiden työtyytyväisyyttä antamalla mahdollisuuden oman työn ja työympäristön kehittämiseen (Atwal & Caldwell 2005, Morrow ym. 2005, Kalisch ym. 2009).

Kehittämistyön haasteellisuutta lisää ihmisten välinen vuorovaikutus, toiminta organisaatioiden verkostossa, tiedon tuottaminen ja uusien yhteistyösuhteiden rakentaminen sekä muutoksen hakeminen ja ohjaaminen, liikkuminen tuntemattomalla alueella, epävarmuuden kohtaaminen ja yllättävien haasteiden käsitteleminen sekä hapuilu tai epäonnistuminen (Ratcheva 2009). Tutkimusten mukaan yhteinen tavoite, sisäinen vuorovaikutus, yhteishenki ja jaettu asiantuntijuus ovat tiimityöskentelyn onnistumisen kannalta keskeisiä elementtejä (Thylefors ym. 2005, Baker ym. 2006). Tiimimäisen kehittämistyön toimivuutta arvioitaessa kiinnitetään huomiota myös tiimin rakenteeseen ja tiiminjäsenten rooleihin, yhteistyötä edistävään toimintakulttuuriin, luottamukseen ja tiimin ilmapiiriin sekä palautekäytäntöihin ja ristiriitojen käsittelytapoihin. Tiimityössä on keskeistä tiedon ja kokemusten jakaminen, moniammatillinen oppiminen ja henkilösuhteet

sekä vastuu, sitoutuminen ja vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaidot sekä toiminnalliset taidot (McLellan ym. 2005, Kvarnström & Cedersund 2006, Kilpiö ym. 2007, Thomas & Hynes 2007, Ratcheva 2009, Janhonen 2010, Timmermans ym. 2012.)

Kehittämissyhteistyötä organisaatioiden välisenä yhteistyönä sivuavat myös käsitteet ”communities of practice” eli käytännön yhteisö ja ”network” eli verkosto (Wenger 2002, Kerosuo & Engeström 2003). Käytännön yhteisöillä tarkoitetaan koko palvelujärjestelmän läpi meneviä yhteistyösuhteita, jolloin mukana olevilla henkilöillä on yhteinen työhön liittyvä kiinnostuksen kohde ja halu työskennellä yhdessä sekä luottamus toisiinsa. Osaamisyhteisöissä toimiminen on työn mielekkyyden kannalta tärkeää ja tarjoaa ryhmän jäsenille mahdollisuuden oman asiantuntijuuden käyttöön ja sen jakamiseen. (Wenger 2002.) Pitkällä aikavälillä myönteiset vaikutukset kohdistuvat henkilökohtaisten ja verkostoyhteistyötaitojen kehittämiseen sekä ammatillisen identiteetin kasvuun. Organisaatiotasolla osaamisyhteisöt vahvistavat yhteistyötä, ongelmien ratkaisukykyä ja uusien innovaatioiden löytämistä. Yhteistyöverkostoissa opitaan ja kehitetään sekä käytetään, tuotetaan, vaihdetaan ja tulkitaan tietoa (Wenger 2002, Kerosuo & Engeström 2003, Liukkonen ym. 2004, Perry 2009).

Kehittämisestä on tullut kiinteä osa organisaatioiden toimintaa ja kehittämissyö toteutetaan usein hanke- tai projektityönä. Kun kehittämishankkeiden onnistuneisuutta on tutkittu, on havaittu, että tärkein syy onnistuneisuuteen on, kuinka itse kehittämistoiminta tai interventio on toteutettu. Kehittämissyön ongelmat ovat usein liittyneet johtamiseen, vuorovaikutukseen ja viestintään. (Seppänen-Järvelä 2004.) Johdon sitoutuminen sekä toisaalta rooli motivoijana ja sitouttajana ovat välttämättömiä kehittämisen mahdollistajia (Lammintakanen ym. 2008, Munroe ym. 2008). Hyvin toteutetussa kehittämistyössä kaikki ymmärtävät, mistä on kyse, ja hyväksyvät käytetyt työtavat. Kun kehittämistoiminta rakentuu aiempia kehittämistoimia täydentämään, niin kehittämistyön vaikuttavuus kasvaa. Työyhteisölähtöinen kehittäminen onnistuu paremmin, kun työyhteisöillä on samansuuntaiset päämäärät sekä aktiivinen ja osaava kehittämisote. (Vataja 2012.)

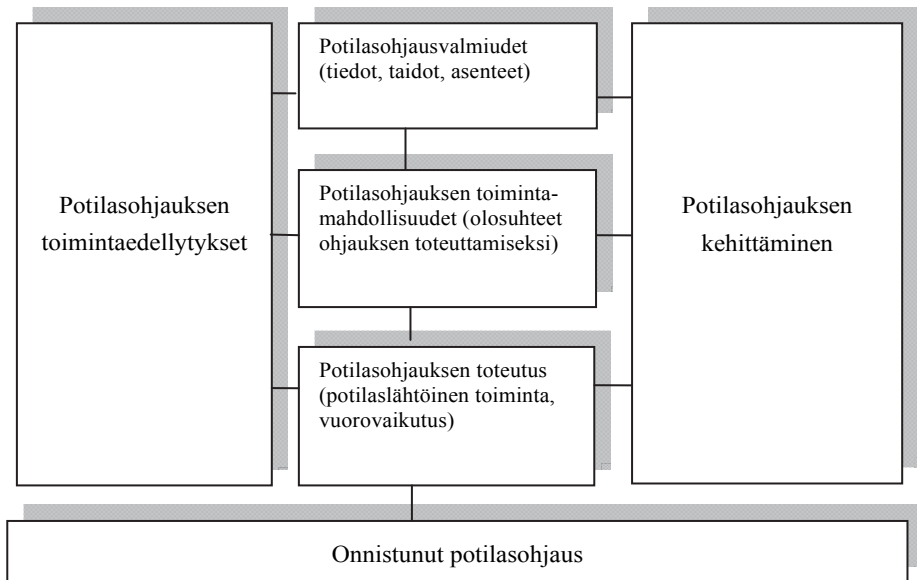
## **2.4 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista**

Potilasohjauksen lähikäsitteitä ovat tiedon antaminen, neuvonta, opetus ja informointi. Tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä potilasohjaus, joka on yksi keskeisimpiä hoitotyön auttamiskeinoja. Sitä on tutkittu paljon hoitotieteessä sekä potilaiden että hoitohenkilöstön näkökulmasta. Potilasohjauksen toimintaedelly-

tyksillä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa hoitohenkilöstön ohjausvalmiuksia ja toimintamahdollisuuksia eli olosuhteita potilasohjauksen toteuttamiseksi sekä ohjauksen toteutusta. Perinteinen ohjauskäsitys on perustunut ohjaajan asiantuntijuuteen ja potilas on ollut passiivinen vastaanottaja, jonka tiedon tarpeita ei ole huomioitu. Nykykäsityksen mukaan potilas ja hoitotyöntekijä ovat tasa-arvoisia ohjaustilanteissa ja potilasohjauksen tulisi olla vuorovaikutteista. (Kyngäs ym. 2007, Kääriäinen ym. 2011.)

Potilasohjauksen toimintaedellytyksiä on tutkittu sekä potilaiden että hoitohenkilöstön näkökulmista. Tutkimusten mukaan hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet ovat hyvää tasoa. Kuitenkin asennoitumisessa ohjaukseen ja vuorovai-  
kutustaidoissa sekä ohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa potilaslähtöisesti on kehitettävää (Kääriäinen & Kyngäs 2010a, Kääriäinen & Kyngäs 2010b, Absezt ym. 2008, Hautamäki-Lamminen ym. 2010, Höglund ym. 2010, Linnajärvi 2010, Virtanen ym. 2010, Kaakinen 2012a). Ohjauksessa tulisi käyttää monipuolisia menetelmiä (Isola ym. 2007, Holma ym. 2011, Kaakinen 2012b, Leahy ym. 2012, Orava ym. 2012a, Ryhänen 2012). Hoitohenkilöstön käytössä olevilla olosuhteilla (tilat, aika, materiaali, välineet) potilasohjauksen toteuttamiseksi on yhteyttä ohjauksen laatuun. Tutkimustuloksissa on jonkin verran ristiriitaisuutta, sillä hoitohenkilöstö arvioi ne puutteellisiksi, mutta potilaat ovat niihin melko tyytyväisiä (Tähtinen 2007, Zakrisson & Hägglund 2009, Kääriäinen & Kyngäs 2010b, Kaakinen ym. 2012a).

Potilasohjauksen kehittämistä voidaan tarkastella hoitohenkilöstön osaamisen vahvistamisen ja potilasohjauksen yhteistoiminnallisen kehittämisen näkökulmista. Kun kehittämistyö sidotaan osaksi yksittäisen työntekijän työtä, tapahtuu sekä yksilöllistä että organisatorista oppimista (Ahgren & Axelsson 2007, Hallin & Danielson 2008, Pryor & Buzio 2010, Vataja 2012). Kehittäminen voi tapahtua ryhmissä, jolloin siihen liittyy monenlaisia haasteita (Henderson & Winch 2008, Miers & Pollard 2009, Toikko & Rantanen 2009). Toimijoilta vaaditaan toinen toisiaan täydentäviä tietoja ja taitoja, hyviä yhteistyötaitoja, vastuun ottamista, aktiivisuutta, sitoutumista ja ymmärrystä yhteisestä päämäärästä (Thomas & Hynes 2007, Hallin & Danielson 2008, Ratcheva 2009, Wilcock ym. 2009, Hönninen ym. 2011). Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista on esitetty kuviossa 1.



**Kuvio 1. Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista.**

### 3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilasohjauksen toimintaedellytyksiä erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa sekä hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämisestä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja niihin vaikuttavista tekijöistä sekä potilasohjauksen kehittämisestä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstön yhteistyönä. Tutkimus koostuu kolmesta osatutkimuksesta. (Kuvio 1)

I osatutkimuksen tarkoituksena on kuvailla ja selittää potilasohjauksen toimintaedellytyksiä erikoissairaanhoidossa kirurgisen alueen hoitohenkilöstön arvioimana (Osajulkaisu I). Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaiset toimintaedellytykset kirurgisella hoitohenkilöstöllä on ohjata potilaita?
2. Mitkä tekijät ovat yhteydessä potilasohjauksen toimintaedellytyksiin kirurgisessa erikoissairaanhoidossa?

II osatutkimuksen tarkoituksena on kuvailla ja selittää potilasohjauksen toimintaedellytyksiä perusterveydenhuollossa hoitohenkilöstön arvioimana (Osajulkaisu II). Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaiset toimintaedellytykset perusterveydenhuollon hoitohenkilöstöllä on ohjata potilaita?
2. Mitkä tekijät ovat yhteydessä potilasohjauksen toimintaedellytyksiin perusterveydenhuollossa?

III osatutkimuksen tarkoituksena on kuvailla hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämistyöstä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä (Osajulkaisut III ja IV). Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia kokemuksia hoitohenkilöstöllä on osallistumisesta potilasohjauksen kehittämistyöhön?
2. Millaisia kokemuksia osallistujilla on kehittämistyön merkityksestä, hyödyllisyydestä ja vaikutuksista sekä yhteistyön toimivuudesta?

|                                   | <b>Ensimmäinen osatutkimus</b>   | <b>Toinen osatutkimus</b>   | <b>Kolmas osatutkimus</b>  |
|-----------------------------------|--|---|--|
| <b>Tutkimuksen tarkoitus</b>      | Kuvailla ja selittää potilasohjauksen toimintaedellytyksiä erikoissairaanhoidossa hoitohenkilöstön arvioimana. | Kuvailla ja selittää potilasohjauksen toimintaedellytyksiä perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön arvioimana. | Kuvailla hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämistyöstä.                            |
| <b>Tutkimuksen lähestymistapa</b> | Kyselytutkimus poikittaistutkimusasetelmassa   | Kyselytutkimus poikittaistutkimusasetelmassa  | Laadullinen haastattelututkimus  |
| <b>Aineiston keruu</b>            | Potilasohjauksen laatu -kyselylomake   | Potilasohjauksen laatu -kyselylomake  | Puolistrukturoitu teemahaastattelu   |
| <b>Aineisto</b>                   | Kirurginen hoitohenkilöstö n = 203   | Perusterveydenhuollon hoitohenkilöstö n = 377   | Kehittämistyöhön osallistunut erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitohenkilöstö n = 24 |
| <b>Analyysimenetelmät</b>         | Tilastolliset perusmenetelmät, deduktiivinen sisällönanalyysi  | Tilastolliset perus- ja monimuuttujamenetelmät, deduktiivinen sisällönanalyysi                                | Induktiivinen sisällönanalyysi   |
| <b>Aineiston keruun ajankohta</b> | 2003   | 2006  | 2007   |
| <b>Osajulkaisu</b>                | I  | II  | III ja IV  |



Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja niihin vaikuttavista tekijöistä sekä potilasohjauksen kehittämisestä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilöstön yhteistyönä. Tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyössä, hoitotyön opetuksessa ja potilasohjauksen kehittämistoiminnassa.

**Kuvio 2. Tutkimuksen eteneminen.**



## 4 Tutkimusaineisto ja menetelmät

### 4.1 Ensimmäinen osatutkimus (Osajulkaisu I)

#### 4.1.1 Kyselylomake

Ensimmäisen osatutkimuksen aineisto kerättiin terveydenhuoltohenkilöstölle laaditulla kyselylomakkeella (© MR/HK, 2003). Kyselylomakkeen kehittämisen perustana oli laaja kirjallisuus- ja käsiteanalyysi potilaiden, omaisten ja terveydenhuoltohenkilöstön käsityksistä ohjauksesta. Kyselylomakkeen sisällön luotettavuus (sisältö-, näennäis- ja rakennevaliditeetti) varmistettiin asiantuntija-arvioinneilla. Sen sisältöä arvioivat suullisesti hoitotyön (n = 2) ja hoitotieteen (n = 3) asiantuntijat sekä kirjallisilla lomakkeilla sairaanhoitajataustaiset hoitotieteen opiskelijat (n = 21). Asiantuntijoiden arviointien perusteella kyselylomakkeesta poistettiin ja siihen lisättiin väittämiä sekä muotoiltiin väittämien ymmärrettävyyttä. Lisäksi kyselylomaketta esiteltiin tilastollisesti yhden sairaalan terveydenhuoltohenkilöstöllä (n = 109). Esitestaukseen valittiin systemaattisella otannalla työvuorossa olevista henkilöistä 150, joille osastonhoitajat jakoivat kyselylomakkeet. Kyselylomakkeen rakennevaliditeetti varmistettiin eksploraatiivisella faktorianalyysillä ja mittarin sisäinen johdonmukaisuus Cronbachin alfa-kertoimella ( $\alpha > 0.60$ ). (Kääriäinen ym. 2006, Kääriäinen 2007, Kääriäinen & Kyngäs 2010b.)

Tässä tutkimuksessa käytetyssä Potilasohjauksen laatu -kyselylomakkeessa hoitohenkilöstölle oli 85 väittämää sekä kaksi avointa kysymystä potilasohjauksen kehittämisestä. Taustatietoja kartoitettiin seitsemällä monivalintakysymyksellä. Potilasohjausvalmiuksia mitattiin 48 väittämällä ja ohjausmenetelmien hallintaa kahdeksalla väittämällä. Ohjauksen ajankohtaa mitattiin yhdellä väittämällä ja ohjaustilanteiden toteutumista 13 väittämällä sekä ohjauksen puitteita kahdeksalla väittämällä.

Kyselylomake sisälsi arviot ohjauksen toimintaedellytyksistä ja ohjauksen toteutuksesta. Ohjauksen toimintaedellytykset sisälsivät arviot hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiuksista, ohjausmenetelmien hallinnasta ja potilasohjauksen toimintamahdollisuuksista. Tietoja ja taitoja arvioitiin Likertin 5-portaisella asteikolla kiitettävä (5) – huono (1). Asenteita arvioitiin Likertin 4-portaisella asteikolla täysin samaa mieltä (4) – täysin eri mieltä (1) ja ohjausmenetelmien hallintaa arvioitiin Likertin 5-portaisella asteikolla kiitettävä (5) – huono (1) – en

käytä menetelmää (0). Ohjauksen toimintamahdollisuuksia ja ohjauksen toteutusta arvioitiin Likertin 4-portaisella asteikolla täysin samaa mieltä (4) – täysin eri mieltä (1). (Taulukko 1) Taustatietona kysyttiin myös ohjauksen ajankohtaa, johon vastaajat saattoivat valita yhdestä viiteen vaihtoehtoa.

Lisäksi hoitohenkilöstöä pyydettiin kertomaan, millaisia kehittämistarpeita heidän työyksiköissään on ohjauksen toteuttamisen suhteen. Potilasohjauksen kehittämistarpeita selvitettiin kahdella avoimella kysymyksellä: Millaisia kehittämistarpeita Teillä/työyksiköissänne on ohjauksen toteuttamiseksi? Antaisitteko ainakin yhden neuvon työyksikkönne ohjauksen kehittämiseksi? Kyselylomakkeeseen oli jätetty kysymysten jälkeen vastaustilaa.

#### **4.1.2 Tutkimusjoukko ja aineiston keruu**

Ensimmäisen vaiheen aineisto kerättiin sopivuuteen perustuvalla kokonaisotannalla Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisen vastualueen hoitohenkilöstöltä kyselylomakkeen (© MR/HK, 2003) avulla. Tutkimukseen osallistui tutkimusajanjaksolla vakinaisessa tai pitkässä määräaikaisessa työsuhteessa ollut hoito- ja lääkärihenkilökunta (n = 303). Kyselylomakkeet jaettiin kohderyhmälle työyksiköiden osastonhoitajien välityksellä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista eikä tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys paljastunut. Vastaajilla oli mahdollisuus täyttää kyselylomake työajallaan tai halutessaan kotona. Kyselylomakkeet palautettiin suljetussa kuoressa työyksiköissä tiettyyn paikkaan, josta osastonhoitaja lähetti ne tutkijalle. Vastaajilla oli mahdollisuus myös palauttaa kyselylomake postitse. Kyselyn vastausprosentti oli 67 (n = 203).

Vastaajista sairaanhoitajia oli 79 % (n = 159), lääkäreitä 10 % (n = 20), perushoitajia 7 % (n = 14) ja osastonhoitajia tai apulaisosastonhoitajia 3 % (n = 8). Vastaajina oli lisäksi yksi asiantuntijasairanhoitaja ja yksi osastosihteeri. Asiantuntijasairanhoitajan sekä osaston- ja apulaisosastonhoitajien vastaukset käsiteltiin sairaanhoitajien ryhmässä ja osastosihteerin perushoitajien ryhmässä. Tutkimukseen osallistuneista 8 % (n = 18) työskenteli kirurgian, neurokirurgian tai urologian poliklinikoilla ja 92 % (n = 183) kirurgisilla vuodeosastoilla. Kaksi vastaajaa ei ilmoittanut työyksikköään. Vastaajien keski-ikä oli 40 vuotta (vaihteluväli 23–63 vuotta, Moodi = 42). Työkokemusta vastaajilla oli keskimäärin 15 vuotta (vaihteluväli 6 kk–36 vuotta, Moodi = 15). Ohjaukseen käytettiin aikaa työvuoron aikana keskimäärin alle kolme tuntia (vaihteluväli 12 minuuttia–8 tuntia, Moodi = 60 minuuttia). Vastaajien taustatiedot on kuvattu taulukossa 2 sekä osajulkaisussa I (taulukko 1).

### **4.1.3 Aineiston analyysi**

Aineisto tallennettiin ja käsiteltiin SPSS-tilasto-ohjelman (versiot 11.5–21.0) avulla. Tilastollisesti kuvailevina menetelminä käytettiin prosenttijakaumia, frekvenssejä, keskiarvoja ja ristiintaulukointia sekä keskihajontaa, varianssia ja 95 prosentin luottamusväliä. Ryhmien erilaisuutta testattiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA). Kahden muuttujan välistä yhteyttä tutkittiin käyttämällä Pearsonin korrelaatiokerrointa ja  $\chi^2$ -testiä.

Aineistoa tarkasteltiin sekä yksittäisten väittämien että summamuuttujien avulla. Muuttujat käännettiin ennen analyysiä samansuuntaisiksi ja kielteisesti ilmaistujen väittämien asteikot käännettiin myönteisiksi. Summamuuttujia muodostettiin järjestysasteikollisista muuttujista pääkomponenttianalyysin (Principal Component Analysis) pohjalta. Hoitohenkilöstön tiedollisia valmiuksia ryhmiteltiin yhdistämällä väittämiä ja muodostettiin summamuuttujat: tieto sairaudesta, tieto hoidon jälkeisestä voinnista ja tieto kuntoutumisesta. Taidollisista potilasohjausvalmiuksista muodostettiin summamuuttujat: potilaan hyvinvoinnin edistämisen ja hoitoon valmistamisen taito. Asenteellisista valmiuksista muodostettiin yksi summamuuttuja (myönteinen asennoituminen).

Ohjausmenetelmien hallinnasta muodostettiin summamuuttujat: suullinen ja audiovisuaalinen ohjaus. Kirjallinen ohjaus analysoitiin väittämänä. Ennen summamuuttujien muodostamista suljettiin analyysin ulkopuolelle vastausvaihtoehto ”en käytä menetelmää”, jotta saatiin selville todellinen ohjausmenetelmän käytön hallinta.

Ohjauksen toimintamahdollisuudet analysoitiin osiotasolla. Ohjauksen toteutusta tarkasteltiin muodostamalla summamuuttujat potilaslähtöinen ohjaustoiminta ja tunneulottuvuus ohjaustoiminnassa. Kahden avoimen kysymyksen vastaukset ohjauksen kehittämistarpeista ( $n = 94$ ) aukikirjoitettiin sanasta sanaan ja analysoitiin deduktiivisella sisällön analyysillä. Analyysirunkona käytettiin Kääriäisen ym. (2006) tutkimuksen jäsenystä ohjauksen kehittämistarpeista (ohjauksen ulkoiset sekä potilaslähtöiseen ja tavoitteelliseen toimintaan liittyvät tekijät).

## 4.2 Toinen osatutkimus (Osajulkaisu II)

**Taulukko 1. Kyselylomakkeen väittämät.**

| Muuttuja                               | Ensimmäinen osatutkimus<br>(kirurginen<br>erikoissairaanhoido) | Likertin<br>asteikko         | Toinen osatutkimus<br>(perusterveydenhuolto) |
|--|--|------------------------------|--|
|  | n  |                              | n  |
| Taustatiedot                           | 7  |                              | 7  |
| Sukupuoli                              |  |                              |  |
| Ikä                                    |  |                              |  |
| Tehtävänimike                          |  |                              |  |
| Työkokemus                             |  |                              |  |
| Työyksikkö                             |  |                              |  |
| Potilasohjaukseen käytetty aika        |  |                              |  |
| Ohjauksessa käytetyn tiedon<br>perusta |  |                              |  |
| Ohjausvalmiudet                        |  |                              |  |
| Tiedot                                 | 17   | 1–5                          | 12   |
| Taidot                                 | 18   | 1–5                          | 11   |
| Asenteet                               | 13   | 1–4                          | 13   |
| Ohjausmenetelmien hallinta             | 9  | 0–4                          | 9  |
|  |  | (0 = en käytä<br>menetelmää) |  |
| Ohjaustapahtuma                        | 13   | 1–4                          | 9  |
| Ohjauksen puitteet                     | 8  | 1–4                          | 8  |
| Yhteensä                               | 85   |                              | 69   |

### 4.2.1 Kyselylomake

Tutkimuksen toisessa vaiheessa potilasohjauksen toimintaedellytyksiä ja toteutusta arvioitiin potilasohjauksen laatua selvittävällä hoitohenkilöstömittarilla (© MR/HK 2003, Kääriäinen ym. 2006). Potilasohjauksen laadun osa-alueet on kyselylomakkeessa jaettu ohjauksen toimintaedellytyksiin ja toteutukseen sekä sellaisiin taustamuuttujiin, joilla aikaisempien tutkimusten mukaan oli ollut yhteyttä ohjaukseen ja sen laatuun (Kääriäinen 2007).

Kyselylomaketta testattiin ensimmäisen osatutkimuksen aineistolla ja siitä jätettiin pois väittämiä, jotka latautuivat faktoreille huonosti tai ne jätettiin kokonaan faktorianalyysin ulkopuolelle matalan korrelaation tai alhaisen kommunaliteetin eli yhteisvaihtelun vuoksi (Metsämuuronen 2005, Kääriäinen 2007, Kääriäinen & Kyngäs 2010b). Näin toisessa osatutkimuksessa käytetyn kyselylomak-

keen väittämien määrä laski 85:stä 69 väittämään. (Taulukko 1) Kyselylomake sisälsi arviot ohjauksen toimintaedellytyksistä ja ohjaustilanteiden toteutumisesta. Ohjauksen toimintaedellytykset sisälsivät arviot hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiuksista, ohjausmenetelmien hallinnasta ja potilasohjauksen toimintamahdollisuuksista (puitteet). Tietoja ja taitoja arvioitiin Likertin 5-portaisella asteikolla kiitettävä (5) – huono (1). Asennoitumista ohjaukseen arvioitiin Likertin 4-portaisella asteikolla täysin samaa mieltä (4) – täysin eri mieltä (1). Ohjausmenetelmien hallintaa arvioitiin Likertin 5-portaisella asteikolla kiitettävä (4) – huono (1) – en käytä menetelmää (0). Ohjauksen toimintamahdollisuuksia ja ohjaustilanteiden toteutumista arvioitiin Likertin 4-portaisella asteikolla täysin samaa mieltä (4) – täysin eri mieltä (1). Taustatietona kysyttiin myös ohjauksen ajankohtaa, johon vastaajat saattoivat valita yhdestä viiteen vaihtoehtoa. Ensimmäisen osatutkimuksen tapaan potilasohjauksen kehittämishaasteita selvitettiin kahdella avoimella kysymyksellä. (Taulukko 1)

#### **4.2.2 Tutkimusjoukko ja aineiston keruu**

Tutkimusaineisto kerättiin loppuvuodesta 2006 kyselylomakkeella Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella 14 kunnan sekä Kajaanin kaupungin perusterveydenhuollon henkilöstöltä (n = 703). Otoskoko suhteutettiin ”Potilasohjauksen organisoinnin kehittäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon alueellisena verkostoyhteistyönä” -hankkeeseen osallistuvien kuntien hoitohenkilöstön kokonaismäärään (suhteellinen kiintiöinti) (Nummenmaa 2009, Heikkilä 2010). Vastaajat työskentelivät fysioterapeutteina, kuntohoitajina, lähihoitajina, lääkäreinä, osaston- tai apulaisosastonhoitajina, perushoitajina, sairaanhoitajina, terveydenhoitajina, terveyskeskusavustajina ja toimintaterapeutteina. Tässä tutkimuksessa fysio- ja toimintaterapeuteista sekä kuntohoitajista käytetään yhteistä nimitystä terapeutit ja perus- ja lähihoitajista sekä terveyskeskusavustajista nimitystä perushoitajat. Pääosa kyselylomakkeista lähetettiin postitse hoitotyön esimiehille, jotka jakoivat lomakkeet tutkittaville. Neljässä terveyskeskuksessa järjestettiin esimiehille tiedotustilaisuus, jonka yhteydessä kyselylomakkeet jätettiin jaettavaksi. Vastaajien taustatiedot on kuvattu taulukossa 2 sekä osajulkaisussa II (taulukko 2).

**Taulukko 2. Ensimmäisen ja toisen osatutkimuksen tutkimusjoukon kuvaus.**

| Taustamuuttuja                    | Ensimmäinen osatutkimus<br>(kirurginen erikoissairaanhoido) |    | Toinen osatutkimus<br>(perusterveydenhuolto) |    |
|-----------------------------------|---|----|--|----|
|                                   | n   | %  | n  | %  |
| Vastaajien määrä                  | 203   |    | 377  |    |
| Sukupuoli                         |   |    |  |    |
| nainen                            | 177   | 87 | 357  | 95 |
| mies                              | 26  | 13 | 19   | 5  |
| Ikä vuosina                       |   |    |  |    |
| < 30                              | 40  | 20 | 53   | 14 |
| 31–40                             | 59  | 29 | 103  | 27 |
| 41–50                             | 73  | 36 | 130  | 35 |
| > 50                              | 30  | 15 | 89   | 24 |
| Työssäoloaika vuosina             |   |    |  |    |
| < 5                               | 46  | 21 | 51   | 13 |
| 6–15                              | 65  | 34 | 130  | 35 |
| 16–25                             | 54  | 28 | 100  | 27 |
| > 25                              | 34  | 17 | 93   | 25 |
| Tehtävänimike                     |   |    |  |    |
| sairaanhoidaja                    | 168   | 83 | 232  | 61 |
| perushoitaja                      | 15  | 7  | 112  | 30 |
| terapeutit                        |   |    | 22   | 6  |
| lääkäri                           | 20  | 10 | 11   | 3  |
| Ohjaukseen käytetty aika / tuntia |   |    |  |    |
| < 2 tuntia                        | 76  | 50 | 122  | 40 |
| 2–4                               | 52  | 34 | 98   | 32 |
| > 4                               | 25  | 16 | 85   | 28 |

### 4.2.3 Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisilla analyysimenetelmillä SPSS<sup>®</sup> for Windows -ohjelmalla (versiot 14.0–21.0). Potilasohjauksen toimintaedellytyksiä ja toteutusta kuvaavien muuttujien informaatio tiivistettiin faktoreihin sekä vapaata että pakotettua (Varimax) pääkomponenttianalyysiä käyttäen. Pääkomponenttianalyysi tuotti mittarin muuttujista yhdestä kolmeen pääkomponenttia, jotka selittivät 9–44 prosenttia mallien vaihtelusta. Pääkomponentit nimettiin tilastollisin ja sisällöllisin perustein. Kokonaisselitysosuudet vaihtelivat 37–66 prosentin välillä. (Osajulkaisu II, Taulukko 1)

Pääkomponenttianalyysin perusteella muodostettiin summamuuttujia. Ennen summamuuttujien muodostamista arvioitiin niiden sisäinen johdonmukaisuus Cronbachin alfa-arvojen (vaihtelu aineistossa 0,71–0,88) avulla. Hyväksyttävänä rajana voidaan pitää alphan arvoa 0,70 (Metsämuuronen 2005, Nummenmaa 2009). Hoitohenkilöstön tiedollisista ohjausvalmiuksista muodostettiin summamuuttujat: tieto sairauksista, tieto hoidon jälkeisestä voinnista ja tieto kuntoutumisesta. Taidollisista ohjausvalmiuksista muodostettiin summamuuttujat: potilaan hyvinvoinnin edistämisen ja hoitoon valmistamisen taito. Asenteellisista valmiuksista muodostettiin yksi summamuuttuja (myönteinen asennoituminen). Ohjausmenetelmien hallinnasta muodostettiin kaksi summamuuttujaa: suullinen ja audiovisuaalinen ohjaus. Kirjallinen ohjaus analysoitiin väittämänä. Ennen summamuuttujien muodostamista suljettiin analyysin ulkopuolelle vastausvaihtoehto ”en käytä menetelmää”, jotta saatiin selville todellinen ohjausmenetelmän käytön hallinta. Ohjauksen toimintamahdollisuudet analysoitiin osiotasolla. Ohjauksen toteutusta tarkasteltiin muodostamalla summamuuttujat potilaslähtöinen ohjaustoiminta ja tunneolttuvuus ohjaustoiminnassa. (Osajulkaisu II)

Hoitohenkilöstön taustatietoja ja summamuuttujia luokiteltiin. Luokittelurajojen perusteena käytettiin histogrammikuviota ja frekvenssitaulukkoa, joista tarkasteltiin muuttujien jakaumia ja havaintojen jakautumista eri luokkiin. Tilastollisina analyysimenetelminä käytettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia sekä sijaintia ja hajontaa kuvaavia tunnuslukuja. Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokertoimen ( $r$ ) avulla. Ryhmien välisiä eroja vertailtaessa käytettiin t-testiä, yksisuuntaista varianssianalyysiä (ANOVA, parivertailussa Scheffen testi) tai Kruskalin-Wallis testin testiä. (Metsämuuronen 2005.) Tuloksissa on raportoitu tilastollisesti merkitsevät tulokset p-arvolla  $< 0,05$ . (Osajulkaisu II)

Kahden avoimen kysymyksen vastaukset ohjauksen kehittämistarpeista ( $n = 306$ ) aukikirjoitettiin sanasta sanaan ja analysoitiin deduktiivisella sisällön analyysillä käyttämällä analyysirunkona Kääriäisen (2007) tutkimuksen tulosta ohjauksen kehittämistarpeista (ohjauksen ulkoiset sekä potilaslähtöiseen ja tavoitteelliseen toimintaan liittyvät tekijät).

### **4.3 Kolmas osatutkimus (Osajulkaisu III ja IV)**

#### **4.3.1 Tutkimusjoukko ja aineiston keruu**

Kolmas osatutkimus kohdentui kehittämistyöhön, jossa kehitettiin sepelvaltimotautia ja diabeettista jalkahaavaa sairastavien sekä syöpä-, tekonivel-, aivoinfarkti- ja keuhkohtaumapotilaiden ohjausta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön yhteistyönä. Potilasryhmät valittiin hoitotyön asiantuntijaryhmässä, jossa oli edustus sekä erikoissairaanhoidosta että perusterveydenhuollon yksiköistä. Valintaan vaikuttivat osallistuvien terveydenhuollon yksiköiden tarpeet. Nämä potilasryhmät käyttävät paljon sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon palveluja. Hankkeen tarkoituksena oli mallintaa potilasohjausta nykytilan analyysin kautta ja tuottaa potilasohjauksen alueelliset toimintamallit sairaanhoitopiiriin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköihin. Kehittämistyö toteutettiin potilasryhmien pohjalta muodostetuissa moniammatillisissa tiimeissä, joissa oli 5–17 jäsentä. (Kanste ym. 2007.)

Kolmannen osatutkimuksen aineisto kerättiin haastatteleamalla kehittämistyöhön osallistuneita. Haastateltaviksi valittiin avaintiedonantajia, jotka osallistuivat aktiivisesti potilasohjauksen kehittämistyöhön ja tiesivät siten tutkittavasta ilmiöstä paljon. Lisäksi mukaan otettiin edustajia jokaisesta tiimistä ja ammattiryhmästä sekä kaikista kehittämishankkeeseen osallistuvista 14 kunnasta. Sen lisäksi valittiin haastateltaviksi sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa työskenteleviä. Harkinnanvaraisesti valittuihin avaintiedonantajiin (n = 28) otettiin yhteyttä sähköpostitse ja tarjottiin mahdollisuutta osallistua tutkimukseen. Viestissä kerrottiin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta sekä haastateltavien valintakriteereistä. Viesti sisälsi myös tutkijoiden yhteystiedot, ja siinä kerrottiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta. Ne, jotka halusivat osallistua tutkimukseen, ottivat yhteyttä tutkijoihin joko sähköpostitse tai puhelimitse.

Haastateltaviksi lupautui 24 kehittämistyöhön osallistunutta. Heistä sairaanhoitajia oli 20, fysioterapeutteja kaksi, perushoitajia yksi ja terveydenhoitajia yksi. He edustivat kaikkia tiimejä ja kaikkia kuntia, jotka olivat kehittämishankkeessa mukana. Kaikki haastateltavat olivat osallistuneet aktiivisesti kehittämistyöhön joko tiimin vetäjinä (n = 6) tai jäsenenä (n = 18), ja he työskentelivät joko perusterveydenhuollon (n = 15) tai erikoissairaanhoidon yksiköissä (n = 9). Haastateltavat olivat iältään 24–53-vuotiaita, ja kaikki olivat naisia.



Haastattelujen toteuttamiseen osallistui tutkijan lisäksi toinen kehittämiss-hankkeen tutkija, ja haastattelut tehtiin osallistujien työpaikoilla heille sopivina ajankohtina. Haastattelut aloitettiin keväällä 2007, kun kehittämistyötä tiimeissä oli tehty yhdeksän kuukauden ajan. Ajankohdan valinta perustui siihen, että hoi-tohenkilöstölle oli tuolloin kertynyt jo lähes vuoden mittainen kokemus kehittä-mistyöstä. Haastatteluissa käytettiin teemahaastattelua. Valittujen teemojen avulla haluttiin saada selville, millaiseksi hoitohenkilöstö kokee kehittämistyöhön osal-listumisen. Teemoina olivat kehittämistyön merkitys, hyödyllisyys ja vaikutukset sekä kokemus kehittämistyöhön osallistumisesta ja kehittämistyön luonne. Kaik-kien haastateltavien kanssa keskusteltiin samoista asioista vapaamuotoisesti. Haastattelut kestivät noin tunnin, ja ne nauhoitettiin.

Haastattelun alussa osallistujille kerrottiin haastattelujen nauhoittamisesta ja siitä, että ainoastaan haastattelun suorittaneet tutkijat käsittelevät nauhoituksia. Haastateltaville annettiin paperi, jossa oli kerrottu haastattelun aihealueet. Heille kerrottiin myös, että kaikkien haastateltavien kanssa keskustellaan samoista asi-oista, joihin ei ole oikeita eikä vääriä vastauksia ja että se, miten haastateltava asian näkee, on tärkeää. Lisäksi kerrottiin, että heidän henkilöisyytensä ei tule tutkimuksen raportoinnissa esille. Haastattelun lopussa haastateltavilta vielä ky-syttiin, onko heillä jotain lisättävää tai poistettavaa.

#### **4.3.2 Aineiston analyysi**

Analyysi aloitettiin litteroimalla nauhoitetut haastattelut sanasta sanaan tekstiksi, jota kertyi 368 sivua 1,5:n rivivälillä. Auki kirjoitettu tekstiaineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Analyysin tavoitteena oli tiivistää osallistujien kokemuksia potilasohjauksen kehittämistyöstä. Aluksi aineistoon tutustuttiin lu-kemalla se useaan kertaan läpi ja kysymällä siltä tutkimustehtävän mukaisia ky-symyksiä. Tutkimustehtävät ohjasivat analyysiyksikön valintaa. Analyysiyksikök-si valittiin yhden tai muutaman lauseen muodostama ajatuskokonaisuus. Aineis-tosta etsittiin esimerkiksi kaikki ilmaisut, jotka viittasivat kehittämistyöhön läh-temiseen. Analyysiprosessi eteni alkuperäisilmauksien pelkistämisenä ja niiden ryhmittelynä. Sitten ryhmitellyistä pelkistyksistä muodostettiin samankaltaisuu-den perusteella alaluokkia, jotka puolestaan yhdistettiin yläluokiksi, ja niille an-nettiin sisältöä kuvaava nimi. Analyysin viimeisenä vaiheena oli aineiston abstra-hointi, jossa luotiin teoreettisia käsitteitä yläluokkia yhdistävistä tekijöistä. (Elo & Kyngäs 2008, Polit & Beck 2011.) (Taulukko 3) Esimerkkejä aineiston ana-lysoinnista on esitetty osajulkaisuissa III ja IV.

#### 4.4 Eettiset näkökohdat

Ensimmäinen osatutkimus liittyi Potilasohjauksen kehittäminen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä -hankkeeseen, ja sillä oli sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäriin lupa. Toinen ja kolmas osatutkimus liittyivät ”Potilasohjauksen organisoimisen kehittäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon alueellisenä verkostoyhteistyönä” -kehittämis- ja tutkimushankkeeseen, ja tutkimuksen toteuttamiselle oli hallintoylihoitajan ja johtavien hoitajien lupa. Mukana olleet terveydenhuollon yksiköt sitoutuivat kehittämishankkeeseen kirjallisilla sopimuksilla. Tutkimuksen luonteen takia eettisen toimikunnan lausuntoa ei haettu, koska se ei ollut lääketieteellistä tutkimusta, jossa puututaan ihmisen koskemattomuuteen ja jonka tarkoituksena on lisätä tietoa sairauksien syistä, oireista, diagnostiikasta, hoidosta, ehkäisystä tai tautien olemuksesta yleensä. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan ohjeistuksen mukaan tutkimus oli yksinkertainen haastattelu- tai kyselytutkimus, joille lausuntoa ei tarvitse hakea. Varsinaisen luvan tutkimuksen tekemiseen antaa aina laitoksen/tulosityksikön/vastuualueen johtaja/esimies. (PPSHP 2009.)

Hoitotyön esimiehet jakoivat hoitohenkilöstölle ensimmäisen ja toisen osatutkimuksen kyselylomakkeet. Erikoissairaanhoidossa ja neljässä terveyskeskuksessa järjestettiin esimiehille tiedotustilaisuus, jonka yhteydessä kyselylomakkeet jätettiin esimiesten jaettavaksi. Kyselylomakkeen saateosassa kuvattiin tutkimuksen tarkoitus, merkitys ja toteutus pääpiirteissään sekä informoitiin, että vastaukset eivät tule työyksikön tietoon. Saateosassa kerrottiin myös, että vastaaminen on vapaaehtoista eikä kenenkään henkilöllisyys paljastu. Tutkijan yhteystiedot ilmoitettiin saateosassa, jotta vastaajat voisivat kysyä lisätietoja tutkimuksesta. Kyseeseen vastaaminen katsottiin tietoiseksi suostumukseksi, ja vastaajat palauttivat kyselylomakkeet suljetussa kuoressa tutkijalle. Lupa Ohjauksen laatu kyselylomakkeen käyttämiseen tässä tutkimuksessa saatiin kyselylomakkeen kehittäjältä, ja hänen kanssaan tehdyn sopimuksen mukaisesti kyselylomaketta ei julkaista väitöskirjan liitteenä.

Kolmannessa osatutkimuksessa haastattelun nauhoittamiseen saatiin lupa kaikilta haastateltavilta. Tutkija otti yhteyttä harkinnanvaraisesti valittuihin haastateltaviin sähköpostitse. Viestissä kerrottiin tutkimuksesta ja mahdollisuudesta osallistua haastatteluun. Yksi haastateltavaksi valittu ei ottanut yhteyttä, mikä tulkittiin kieltäytymiseksi eikä häntä tavoiteltu toistamiseen. Haastatteluun suostuneet ottivat yhteyttä tutkijaan, ja haastatteluajankohta sovittiin sähköpostitse tai

puhelinkeskustelussa. Joissakin tapauksissa tutkija ehdotti osallistujille vaihtoehtoisia ajankohtia, joista he valitsivat itselleen sopivimman.

Haastattelun alussa haastateltaville kerrottiin nauhoituksesta, litteroinnista ja nauhoitusten hävittämisestä. Lisäksi haastateltaville kerrottiin, että nauhoituksia käsittelevät vain haastatteluja tekevät tutkijat. Haastateltavat saivat myös paperin, johon oli kirjattu teemahaastattelun aihealueet pääpiirteissään. Haastattelun lopussa osallistujalle annettiin mahdollisuus perua tai poistaa nauhoituksesta kertomiin asioita. Yksikään osallistuja ei tätä mahdollisuutta käyttänyt. Haastattelut litteroi tekstinkäsittelijä, joka ei ollut mitenkään sidoksissa tutkittaviin ja oli tietoinen vaitiolovelvollisuudestaan. Tutkimusraportti laadittiin niin, että haastateltavaa ei voi tunnistaa. Suoria lainauksia esitetään siten, että osallistujien anonymiteetti säilyy.

Koko tutkimusaineisto käsiteltiin luottamuksellisesti ja kaikki tutkimustulokset raportoidaan rehellisesti ja hyvää eettistä tapaa noudattaen. Tutkimusaineistojen säilytyksessä ja hävittämisessä noudatettiin Oulun yliopiston ohjeita.

Kyselylomakkeet säilytettiin lukitussa tilassa siihen saakka, kunnes ne tallentamisen ja tarkistamisen jälkeen hävitettiin tietosuojajätteenä silputtamalla. Tallennetut tiedot säilytettiin tutkijan henkilökohtaisella tietokoneella, jonka käyttö on rajattu salasanalla. Myös haastattelututkimuksen aineisto tallennettiin tutkijan henkilökohtaisiin tiedostoihin ja aukikirjoittamisen jälkeen haastattelunauhoitteet hävitettiin. Tutkijalla on aineistostaan lisäksi varmuuskopiot henkilökohtaisella muistitikulla ja digitaalisessa Dropbox-kansiossa.



## 5 Tulokset

### 5.1 Hoitohenkilöstön taustatiedot (Osajulkaisu I ja II)

Kirurgisen erikoissairaanhoidon vastaajista 87 % (n = 203) oli naisia (n = 177) ja kirurgisilla vuodeosastoilla työskenteleviä sairaanhoitajia (n = 168). Vastaajien keski-ikä oli 40,2 vuotta (s = 9,4). Työkokemus vaihteli puolesta vuodesta 36,5 vuoteen (ka = 15,1, s = 9,3). (Osajulkaisu I, taulukko 1)

Perusterveydenhuollon vastaajien (n = 377) keski-ikä oli 42,5 (s = 9,8) vuotta. Yli puolet vastaajista työskenteli sairaanhoitajana tai terveydenhoitajana. Vastaajista 68 % työskenteli terveyskeskusten vuodeosastoilla, viidesosa erilaisissa avohoitoyksiköissä ja noin joka kymmenes kotisairaanhoidossa. Työkokemusta heillä oli keskimäärin 17 vuotta (s = 9,8), ja se vaihteli viidestä kuukaudesta 41 vuoteen. Iän ja työkokemuksen välillä oli positiivinen lineaarinen korrelaatio, iän noustessa myös työkokemus kasvoi (r = 0,84, p < 0,001). (Osajulkaisu II, taulukko 2)

Sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa potilaiden ohjaukseen käytettiin aikaa työvuoron aikana noin kolme tuntia (s = 1 h 40 min). Erikoissairaanhoidossa poliklinikalla työskentelevistä 77 % ja vuodeosastolla työskentelevistä 48 % käytti ohjaukseen enintään kaksi tuntia työvuoronsa aikana. Ohjauksessa käytetty tieto perustui työkokemukseen (49 %), työyksikön ohjauskäytäntöihin (29 %) ja pohjakoulutukseen (19 %). Vähiten tärkeitä tiedonlähteitä olivat tieteelliset tutkimustulokset (0,5 %), ammattilehdet (1 %) ja täydennyskoulutus (1,5 %). (Osajulkaisu I ja II)

Perusterveydenhuollossa ohjaukseen käytetty aika vaihteli yksiköiden välillä tilastollisesti merkitsevästi (r = 0,19, p = 0,001). Avohoitoyksiköissä ohjaukseen käytettiin enemmän aikaa kuin vuodeosastoilla ja vähiten kotisairaanhoidossa. Ohjauksessa käytetty tieto perustui pääasiassa työkokemukseen ja pohjakoulutukseen. Enintään viisi vuotta työssä olleet pitivät tärkeimpänä pohjakoulutusta (F = 9,38, p < 0,001), ja vakiintuneen työuran vaiheessa (15–25 vuotta työssä olleet) pitivät tärkeimpänä täydennyskoulutusta (F = 10,11, p < 0,001). Avohoitoyksiköissä työskentelevien ohjauksessa käyttämät tiedot perustuivat muita ryhmiä enemmän täydennyskoulutukseen (F = 14,48, p < 0,001). (Osajulkaisu II)

## 5.2 Potilasohjauksen toimintaedellytykset hoitohenkilöstön arvioimana (Osajulkaisu I ja II)

Potilasohjauksen toimintaedellytykset koostuvat hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiuksista, potilasohjauksen toimintamahdollisuuksista ja potilasohjauksen toteutuksesta (Taulukko 3).

**Taulukko 3. Potilasohjauksen toimintaedellytykset erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön aineistoissa.**

| Summamuuttuja/muuttuja                         | Kirurginen erikoissairaanhoito |              | Perusterveydenhuolto |              | Väittämien lukumäärä |
|--|--------------------------------|--------------|----------------------|--------------|----------------------|
|  | ka                             | vaihteluväli | ka                   | vaihteluväli |                      |
| <b>Potilasohjausvalmiudet</b>                  |                                |              |                      |              |                      |
| Tieto sairauksista                             | 4,2                            | 2–5          | 3,8                  | 2–5          | 5                    |
| Tieto hoidon jälkeisestä voinnista             | 3,9                            | 1–5          | 3,3                  | 1–5          | 3                    |
| Tieto kuntoutumisesta                          | 3,5                            | 1–5          | 3,3                  | 2–5          | 4                    |
| Hoitoon valmistamisen taito                    | 4,0                            | 2–5          | 3,8                  | 2–5          | 3                    |
| Potilaan hyvinvoinnin edistämisen taidot       | 3,6                            | 1–5          | 3,6                  | 2–5          | 8                    |
| Myönteinen asennoituminen ohjaukseen           | 3,8                            | 2–4          | 3,7                  | 2–4          | 6                    |
| Suullisen ohjauksen hallinta                   | 2,6                            | 1–4          | 2,9                  | 1–4          | 4                    |
| Kirjallisen ohjauksen hallinta                 | 3,1                            | 1–4          | 2,8                  | 1–4          | 1                    |
| Audiovisuaalisen ohjauksen hallinta            | 1,9                            | 1–4          | 2,0                  | 1–4          | 3                    |
| <b>Potilasohjauksen toimintamahdollisuudet</b> |                                |              |                      |              |                      |
| Käytettävissä oleva aika                       | 2,0                            | 1–3          | 2,4                  | 1–4          | 1                    |
| Käytettävissä oleva ohjausmateriaali           | 3,1                            | 1–4          | 2,8                  | 1–4          | 1                    |
| Käytettävissä oleva välineistö                 | 2,1                            | 1–4          | 2,3                  | 1–4          | 1                    |
| Koulutus välineistön käytöstä                  | 2,3                            | 1–4          | 2,4                  | 1–4          | 1                    |
| Asianmukaiset tilat                            | 2,3                            | 1–4          | 2,5                  | 1–4          | 1                    |
| Käytettävissä oleva tutkimustieto              | 2,7                            | 1–4          | 2,5                  | 1–4          | 1                    |
| Henkilökunnan toimiva yhteistyö                | 3,1                            | 1–4          | 3,0                  | 1–4          | 1                    |
| Kehittämismahdollisuudet                       | 3,0                            | 1–4          | 3,0                  | 1–4          | 1                    |

| Summamuuttuja/muuttuja    | Kirurginen erikois-<br>sairaanhoito |              | Perusterveydenhuolto |              | Väittämien<br>lukumäärä |
|---------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------|--------------|-------------------------|
|                           | ka                                  | vaihteluväli | ka                   | vaihteluväli |                         |
| Potilasohjauksen toteutus |                                     |              |                      |              |                         |
| Potilaslähtöisyys         | 3,1                                 | 2–4          | 3,2                  | 1–4          | 6                       |
| Tunneulottuvuus           | 3,6                                 | 2–4          | 3,7                  | 1–4          | 3                       |
| ohjaustoiminnassa         |                                     |              |                      |              |                         |

## 5.2.1 Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet

### *Tiedolliset valmiudet*

Tiedollisista valmiuksista muodostettiin summamuuttujat tieto sairauksista, tieto hoidon jälkeisestä voinnista ja tieto kuntoutumisesta (Taulukko 3). Erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstöllä oli hyvät (49 %) tai kiitettävät (51 %) tiedot potilaiden sairauksista. Ammattiryhmällä, iällä tai sukupuolella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä tietoon sairauksista. Enintään viisi vuotta työskennelleiden tiedot olivat huonommat sairauksien oireista ( $F = 7,17$ ,  $p < 0,001$ ) ja sairauksien aiheuttamista rajoituksista ( $F = 7,13$ ,  $p < 0,001$ ) kuin pitempään työssä olleilla. (Osajulkaisu I)

Perusterveydenhuollossa työskentelevällä hoitohenkilöstöllä oli hyvät tiedot (73 %) sairauksista. Parhaiten tiedettiin sairauksista ja niiden oireista sekä sairauksien aiheuttamista rajoituksista. Sairaanhoitajilla (KW,  $p < 0,001$ ) oli paremmat tiedot sairauksista kuin perushoitajilla tai terapeuteilla. (Osajulkaisu II, Taulukko 3) Erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstöllä oli hyvät (66 %) tiedot hoidon jälkeisestä voinnista. Perusterveydenhuollossa työskentelevän hoitohenkilöstön tiedot hoidon jälkeisestä voinnista olivat hyvät (42 %) tai huonot (58 %) (Osajulkaisu II, Taulukko 3).

Tieto kuntoutumisesta (keskiarvo 3,5) oli erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstöllä hyvää (88 %). Enintään viisi vuotta työskennelleiden tiedot sosiaalietuuksista olivat huonommat kuin kaikilla muilla ( $F = 6,09$ ,  $p = 0,001$ ). (Osajulkaisu I) Perusterveydenhuollossa työskentelevästä hoitohenkilöstöstä vajaa puolet (43 %) arvioi tietonsa kuntoutumisesta huonoiksi ja 57 % hyväiksi. (Osajulkaisu II)

## *Ohjaustaidot*

Potilasohjauksen osaamisesta muodostettiin summamuuttujat potilaan hyvinvoinnin edistämisen taidot ja hoitoon valmistamisen taito (Taulukko 3).

Erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstöllä oli hyvät potilaan hyvinvoinnin edistämisen taidot (keskiarvo 3,57, mediaani 3,62). Vastaajat arvioivat parhaimmiksi taitonsa ohjata potilasta jatkohoitoon (keskiarvo 3,88) sekä taitonsa potilaan ohjaamisessa itsehoitoon (keskiarvo 3,81). Myös perusterveydenhuollossa työskentelevän hoitohenkilöstön potilaan hyvinvoinnin edistämisen taidot (keskiarvo 3,57, mediaani 3,50) olivat hyvät (59 %). Potilaan hyvinvoinnin edistämisen taidot korreloivat ohjaukseen käytettyyn aikaan. Enintään tunnin ohjaukseen käytävillä taidot olivat huonoimmat ( $F = 11,84$ ,  $p < 0,001$ ). Parhaiten osattiin ohjata potilasta itsehoitoon ja huonoiten vertaistuen käyttöön. Terapeuteilla oli parhaimmat jatkohoitoon ohjaamisen taidot (KW,  $p = 0,009$ ). (Osajulkaisu I ja II)

Hoitoon valmistamisen taito oli erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstöllä hyvää. Perusterveydenhuollossa työskentelevien hoitoon valmistamisen taito (keskiarvo 3,85, mediaani 4,00) oli pääosalla hyvä. Sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon hoitohenkilöstö osasi parhaiten ohjata potilasta tulevaan hoitotoimenpiteeseen. (Osajulkaisu I ja II)

## *Asenteelliset valmiudet*

Asenteellisista ohjausvalmiuksista muodostettiin summamuuttuja myönteinen asenne ohjaukseen (Taulukko 3) ja summamuuttujan ulkopuolelle jääneitä muuttujia tarkasteltiin väittämittäin.

Erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstöstä kaikilla oli myönteinen asenne ohjaukseen (keskiarvo 3,79, mediaani 3,8). Työssä oloajan pituuden ja ohjausasenteiden välisessä vertailussa todettiin sukupuolen ja ammatin suhteen tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta. Naiset ( $F = 11,12$ ,  $p < 0,001$ ) ja sairaanhoitajat ( $r = 0,20$ ,  $p = 0,003$ ) sitoutuivat potilaan ohjaukseen parhaiten. Miesten mielestä ohjaaminen vie aikaa muiden potilaiden hoidosta ( $F = 3,01$ ,  $p = 0,032$ ). Naisten mielestä ohjaus syventää hoitosuhdetta ( $F = 6,71$ ,  $p < 0,001$ ), ja naisilla on parempi motivaatio ohjata ( $F = 6,80$ ,  $p < 0,001$ ). (Osajulkaisu I)

Myös perusterveydenhuollon hoitohenkilöstöstä lähes kaikilla oli myönteinen asenne ohjaukseen (keskiarvo 3,68, mediaani 3,83). Vastaajat olivat motivoituneita ja sitoutuneita ohjaukseen, asennoituvat siihen myönteisesti sekä arvioivat potilaiden hyötyvän ohjauksesta ja ohjauksen syventävän hoitosuhdetta. Perushoi-



tajien ( $r = 0,032$ ,  $p = 0,006$ ) ja terveyskeskuksen vuodeosastolla työskentelevien ( $r = -0,144$ ,  $p < 0,001$ ) mielestä ohjaus vei aikaa muiden potilaiden hoidosta. Perushoitajat asennoituivat kielteisemmin omaisten ohjaamiseen kuin muut työntekijäryhmät ( $F = 3,67$ ,  $p = 0,006$ ) ja pitivät ohjausta potilaan yksityisyyteen tunkeutumisena ( $F = 4,52$ ,  $p = 0,001$ ). (Osajulkaisu II)

### *Ohjausmenetelmien hallinta*

Yksilö-, ryhmä- ja suullisesta ohjauksesta sekä demonstraatiosta muodostettiin summamuuttuja suullinen ohjaus. Video- ja äänikasettien käytöstä sekä tietokoneavusteisesta ohjauksesta muodostettiin summamuuttuja audiovisuaalinen ohjaus. Kirjallinen ohjaus analysoitiin väittämätasolla (Taulukko 3).

Erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstöstä 95 % hallitsi suullisen ohjauksen hyvin ja 5 % välttävästi. Vastaajista 85 % hallitsi hyvin myös kirjallisen ohjauksen. Naiset ( $F = 5,40$ ,  $p < 0,001$ ) ja sairaanhoitajat ( $F = 4,60$ ,  $p = 0,004$ ) hallitsivat sen parhaiten. Vain neljäsosa vastaajista käytti audiovisuaalista ohjausta, ja menetelmän hallinta oli välttävää (keskiarvo 1,9). Sairaanhoitajat käyttivät menetelmää eniten ( $r = -0,048$ ,  $p < 0,001$ ). (Osajulkaisu I)

Perusterveydenhuollon hoitohenkilöstöstä reilu 80 % piti suullisen ohjauksen taitoaan hyvänä. Kirjallisten ohjeiden käyttö oli toiseksi parhaiten hallittu ohjausmenetelmä (keskiarvo 2,80). Menetelmää käyttävistä kaksi kolmasosaa (69 %) hallitsi käytön hyvin. Audiovisuaalista ohjausta käytti 31 % perusterveydenhuollon hoitohenkilöstöstä, ja heistä viidesosa (19 %) hallitsi menetelmän käytön hyvin. (Osajulkaisu II, Taulukko 3)

### **5.2.2 Potilasohjauksen toimintamahdollisuudet**

Potilasohjauksen toimintamahdollisuudet koostuvat käytettävissä olevasta ajasta, ohjausmateriaalista, välineistöstä ja tutkimustiedosta sekä asianmukaisista tiloista, henkilöstön välisestä yhteistyöstä ja ohjauksen kehittämismahdollisuuksista (Taulukko 3).

Erikoissairaanhoidon hoitohenkilökunnasta 88 % piti ohjaukseen osallistuvan henkilökunnan yhteistyötä toimivana ja 87 %:lla oli ajanmukaista ohjausmateriaalia käytössään. Potilasohjauksen kehittämismahdollisuuksia oli 78 %:lla ja tutkimustietoa käytettävissä 60 %:lla vastaajista. Vastaajista 40 % arvioi ohjaustilat ja ohjauksessa käytettävän välineistön koulutuksen riittäväksi. Ohjaukseen käytettävissä olevaa aikaa piti 74 % riittämättömänä, eikä 63 %:lla ollut ohjauksessa tar-

vittavaa välineistöä. Naiset ( $t = -3,04$ ,  $p = 0,003$ ) ja sairaanhoitajat ( $t = -2,77$ ,  $p = 0,006$ ) arvioivat ohjausmateriaalin riittäväksi. (Osajulkaisu I)

Perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön mielestä heillä oli mahdollisuus kehittää potilasohjausta, henkilökunnan yhteistyö oli toimivaa ja heillä oli käytettävissä ajantasaista ohjausmateriaalia (Taulukko 3). Puolet vastaajista piti ohjauksen toteuttamiseen käytettävissä olevaa aikaa riittämättömänä. Terapeuteilla ( $F = 8,5$ ,  $p < 0,001$ ) ja avohoitoyksiköissä työskentelevillä ( $F = 12,66$ ,  $p < 0,001$ ) oli enemmän aikaa ohjaukseen. Asianmukaiset ohjaustilat puuttuivat puolelta vastaajista, ja terveyskeskusten väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä ( $F = 6,74$ ,  $p < 0,001$ ). Ajantasaista ohjausmateriaalia oli käytettävissä kahdella kolmasosalla (70 %) vastaajista. Ohjausmateriaalin saatavuudessa oli eroja terveyskeskusten välillä ( $p < 0,001$ ). Ohjausmateriaalia oli käytettävissä hyvin niillä, jotka työskentelevät avohoitoyksiköissä ( $F = 14,75$ ,  $p < 0,001$ ). (Osajulkaisu II)

Tarvittavaa välineistöä ohjauksen tueksi sekä koulutusta välineistön käyttöön oli yli puolella vastaajista. Terapeuteilla oli paremmin koulutusta välineistön käyttöön ( $F = 5,3$ ,  $p < 0,001$ ) kuin muilla työntekijäryhmillä. Myös avohoitoyksiköissä työskentelevillä ( $F = 5,8$ ,  $p = 0,003$ ) oli paremmin välineistöä kuin muissa yksiköissä työskentelevillä. Tutkimustietoa ohjauksen perustaksi oli puolella vastaajista. Erityisesti avohoitoyksiköissä työskentelevillä ( $F = 16,29$ ,  $p < 0,001$ ) oli käytettävissä hyvin tutkimustietoa. Potilasohjaukseen osallistuvan henkilöstön yhteistyö koettiin valtaosin toimivaksi (79 %). Yhteistyö sujuu avohoitoyksiköissä paremmin kuin vuodeosastoilla ja kotihoidossa ( $F = 7,73$ ,  $p = 0,001$ ). Vastaajista lähes 75 % koki, että potilasohjauksen kehittäminen on mahdollista. Terveyskeskusten välillä kehittämismahdollisuuksissa oli eroja ( $F = 3,92$ ,  $p < 0,001$ ). (Osajulkaisu II)

### **5.2.3 Potilasohjauksen toteutus**

Potilasohjauksen toteutuksesta muodostettiin summamuuttujat tunneulottuvuus ohjaustoiminnassa ja potilaslähtöinen ohjaus (Taulukko 3).

Erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstöstä kaikki huomioivat potilasohjauksen tunneulottuvuuden ( $ka = 3,6$ ) ja toteuttivat ohjausta potilaslähtöisesti ( $ka = 3,16$ ). Väittämittäin tarkasteltuna ohjausasenteilla oli yhteyttä ohjaustilanteen toteutumiseen. Jos hoitotyöntekijä sitoutui potilaan ohjaukseen ja piti sitä arvokkaana osana työtään, hän antoi potilaalle mahdollisuuden keskustella ongelmistaan ( $p < 0,001$ ) ja sovelsi ohjauksen potilaan elämäntilanteeseen ( $p = 0,002$ ). (Osajulkaisu I)

Lähes jokainen perusterveydenhuollon hoitohenkilöstöstä toteutti ohjausta potilaslähtöisesti (keskiarvo 3,22, mediaani 3,27) ja huomioi tunneulottuvuuden ohjaustoiminnassaan (keskiarvo 3,70, mediaani 4,00). Yli 51-vuotiaat ohjasivat potilaslähtöisemmin kuin enintään 30-vuotiaat ( $F = 9,1, p < 0,001$ ) ja yli 25 vuotta työssä olleet potilaslähtöisemmin kuin enintään viisi vuotta työssä olleet ( $F = 2,94, p = 0,013$ ). (Osajulkaisu II)

### 5.3 Ohjauksen kehittämistarpeet

Potilasohjauksen laatu -kyselylomakkeen avointen kysymysten tuloksia kirurgisen erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön esittämistä potilasohjauksen kehittämistarpeista ei ole raportoitu osajulkaisuissa I ja II. Tulokset raportoidaan siten tässä yhteenvedossa.

Hoitohenkilöstö toivoi, että ohjaukseen olisi enemmän aikaa. Se toteutuisi, mikäli henkilökuntaa olisi enemmän ja hoitohenkilöstön määrä olisi suhteessa potilaiden määrään ja hoitoisuuteen. Hoitohenkilöstö piti ohjauksessa käytettäviä tiloja puutteellisina.

*Rauhallisemmat tilat ohjausta varten. Henkilökuntaa lisää, jotta aikaa potilaan ja omaisten ohjaukseen olisi enemmän.* (sairaanhoitaja, esh)

*Riittävä resurssointi, pitää olla ohjaajia!* (lääkäri, pth)

Hoitohenkilöstö kaipasi enemmän ohjausta tukevaa materiaalia, kuten potilasohjeita ja ohjausvideoita sekä erilaisia demonstraatiovälineitä. Potilasohjeita pitäisi laatia lisää, päivittää ja täydentää entisiä ja niitä pitäisi olla sekä henkilökunnan että potilaiden saatavilla. Jotta voisi ohjata hyvin potilaita, hoitohenkilöstö tarvitsee koulutusta sairauksista, niiden oireista, hoidosta ja ohjausmenetelmistä sekä koulutusta siitä, mitä on hyvä ohjaus. Myös uusien työntekijöiden perehdyttämiseen täytyisi kiinnittää huomiota.

*Saisi olla enemmän ns. näyttömateriaalia, muitakin kuin rtg-kuvia. Potilaan ja omaisen olisi näin helpompi ymmärtää ja jatkokysymykset syntyisivät helpommin.* (sairaanhoitaja, esh)

*Mielestäni koulutusta ohjauksesta tarvitaan. Monilla on pitkä aika koulutuksesta ja ohjausta ei ole mielletty osana potilaan hoitoa, kuntoutusta.* (sairaanhoitaja, pth)

Hoitohenkilöstön mielestä ohjauksen ajoittamisessa tulisi huomioida potilaan kunto ja kyky ottaa vastaan ohjausta. Ohjausta tulisi antaa potilaille koko hoitoprosessin ajan. Ohjaus tulisi nähdä hoidon ja hoitotapahtumien yhteydessä tapahtuvaksi luontevaksi asiaksi eikä psyykkistä ohjausta saisi unohtaa. Ohjauksen tulisi olla sisällöllisesti yhteneväistä ja perustua tutkittuun tietoon. Ohjaukseen toivottiin selkeää ohjausrunkoa.

*Tietoiskut koordinoidusti ja hallitusti, oikeassa ajankohdassa (esim. kotiutus-hetkellä) ja etenkin jälkitilanteessa (1–3 kk myöhemmin).* (lääkäri, esh)

*Sydänleikkauspotilaan kotiutustilanteeseen koottu liikaa asiaa. Jotkut asiat voisi siirtää ensimmäiseen kontrolliin.* (sairaanhoitaja, esh)

*Pitäisi luoda yhteneväinen potilasohjausrunko, jonka mukaan ohjaus toteutetaan: esimerkiksi diabetespotilaan pistosopetus.* (sairaanhoitaja, pth)

Hoitohenkilöstön mielestä yhteistyötä ja vuorovaikutusta ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä pitäisi olla enemmän.

*Yhteiset palaverit, jossa käsiteltäisiin asiakkaan tarpeet ja hoidot yhteistuumin.* (perushoitaja, pth)

*Yhdessä voisimme analysoida, miten ohjaamme potilasta ja loisimme yhteneväisen käytännön.* (sairaanhoitaja, esh)

Tavoitteellisen ohjaustoiminnan suhteen hoitohenkilöstö nosti kehittämistarpeiksi muun muassa ohjauksen kirjaamisen suunnitelmallisuuden ja selkeyden sekä ohjauksen arvioinnin kehittämisen. Ohjauksen ajoittamista ja kirjaamista tulisi kehittää sekä käyttää siinä hyväksi sähköistä hoitokertomusta.

*Hoitajat, lääkärit, jumpparit kuuntelisivat potilasta, että oikea ohjaustarve tulee havaittua. Kiire voi joskus peittää tarpeen. Pitää puhua aina sillä lailla, että potilaat ymmärtävät. Ei latinaa tai sairaalaslantia, pitää aina varmistaa, onko tullut ymmärretyksi. Jos annetaan kirjallisia ohjeita, pitää ne käydä läpi potilaan kanssa yhdessä. Että tietää, onko ohjeet ymmärretty. Ne pitää antaa hyvissä ajoin ennen kotiin lähtöä. Ohjaustilanne pitäisi saada rauhoitettua hetkeksi vaikka kiire painaakin.* (sairaanhoitaja, esh)

*Ohjaustilanteen arvioinnin kirjaaminen on puutteellista, kirjataan että ohjausta on annettu mutta ei sitä, minkälainen tilanne oli, ymmärsikö pot. asian jne...* (sairaanhoitaja, pth)

Hoitohenkilöstö kaipasi ohjausmenetelmien laajentamista ryhmäohjauksen ja puhelinneuvonnan suuntaan. Myös audiovisuaalisten välineiden hyödyntäminen ohjauksessa nähtiin tärkeänä. Hoitohenkilöstön mielestä tulisi ohjata potilaita enemmän vertaistukeen.

*Potilaiden ryhmäohjausta voisi harkita, toimiiko se meidän osastolla.*(sairaanhoitaja, esh)

*Jossain sairauksissa pienryhmäterapiat voisi olla hyödyllisiä, vertaistukea potilaille ja samojen harjoitteiden käyminen muutaman potilaan kanssa yhtä aikaa säästäisi aikaa terapeutilta.* (fysioterapeutti, pth)

Hoitohenkilöstö koki potilasohjauksen suunnitelmallisen kehittämisen tärkeäksi. Työyksikkökohtaisia potilasohjauksen vastuuhenkilöitä tarvitaan ja asiakaspalautetta tulisi kerätä ja käyttää potilasohjauksen kehittämisessä.

#### **5.4 Hoitohenkilöstön kokemukset potilasohjauksen kehittämistyöstä (Osajulkaisu III ja IV)**

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyöhankkeessa kehitettiin potilasohjauksen toimintamalleja kuuden potilasryhmän ohjaukseen. Toimintamallit olivat suunnitelmallisia kokonaisuuksia, joissa ohjausta mallinnettiin moniammatillisena yhteistyönä yli organisaatiorajojen. Toimintamallit auttavat hoitohenkilöstöä hahmottamaan ohjausprosessin kokonaisuudessaan ja parantavat ohjaajan tiedollisia valmiuksia potilaan hoitopolun kaikissa vaiheissa. (Lipponen ym. 2008b.)

Aineistosta löytyi kaksi pääluokkaa kuvaamaan kokemuksia potilasohjauksen kehittämistyöstä: kehittämistyön luonne ja kehittämistyön merkitys. Kehittämistyön luonnetta kuvaavia yläluokkia oli neljä: kiinnittyminen kehittämistyöhön, osallistumisen ihannuus, onnistumista tukevat tekijät ja kehittämistyön haasteet. Kehittämistyön merkitys -pääluokka koostui yläluokista oppiminen ohjaajana, kollektiivinen osaaminen ja tietämisen vaihtokauppa. Osajulkaisussa IV se on nimetty pääluokaksi *Yhdessä olemme enemmän (Together we are more effective)*. Yläluokat sisälsivät yhteensä 26 alaluokkaa. Haastatteluaineiston sisällön analyysi on kuvattu taulukossa 4.

**Taulukko 4. Haastatteluaineiston sisällön analyysi.**

| Alaluokka  | Yläluokka                       | Pääluokka               |
|--|---------------------------------|-------------------------|
| Yksilöllinen valinta   | Kiinnittyminen kehittämistyöhön | Kehittämistyön luonne   |
| Esimiehen antama tehtävä   |                                 |                         |
| Työyhteisön päätös   |                                 |                         |
| Kokemus kouluarvosanoilla 4–10                                     | Osallistumisen ihanaus          |                         |
| Hienoa   |                                 |                         |
| Motivaatio   | Onnistumista tukevat tekijät    |                         |
| Sitoutuminen   |                                 |                         |
| Ohjaus ja sopimukset   |                                 |                         |
| Työyhteisön tietoisuus   |                                 |                         |
| Monialainen lähestymistapa   | Kehittämistyön haasteet         |                         |
| Tiimityö   |                                 |                         |
| Kehittämistyön tulokset  |                                 |                         |
| Resurssit  |                                 |                         |
| Tietojen ja taitojen kehittyminen                                  | Oppiminen ohjaajana             | Kehittämistyön merkitys |
| Asenteiden muuttuminen   |                                 |                         |
| Yksilöllisen osaamisen hyödyntäminen                               |                                 |                         |
| Potilasohjauskäsitteen kirkastuminen                               |                                 |                         |
| Kokonaiskuvan laajentuminen  |                                 |                         |
| Kehittäminen projektissa   | Kollektiivinen osaaminen        |                         |
| Tasavertaisuus   |                                 |                         |
| Moniammatillinen osaaminen   |                                 |                         |
| Aikataulut   |                                 |                         |
| Tiimityön edut   |                                 |                         |
| Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköiden yhteistyö | Tiedon jakaminen                |                         |
| Ammatillinen yhteistyö   |                                 |                         |

### **5.4.1 Kehittämistyön luonne (Osajulkaisu III)**

#### *Kiinnittyminen kehittämistyöhön*

Yksilöllisen valinnan taustalla oli kiinnostuneisuus kehittämistyöhön ja aihepiiriin, työntekijän henkilökohtaiset ominaisuudet tai erityisosaaminen. Kiinnostuneisuus oli osoitettu kehityskeskustelussa tai aiemmissa kehittämistehtävissä. Kehittämistyöhön osallistuminen koettiin myös tehtäväksi, jonka esimies antoi. Valinta osallistujaksi tapahtui myös tiedotuksen ja keskustelun jälkeen yhteisellä päätöksellä osastokokouksissa tai vastaavissa.

*Mä oon tosi innostunu potilasohjauksesta ja mä olin siinä edellisessäki hankkeessa mukana. Niin kyllä kai se sitte siitä, kait se muutenki tiesi et tämä on sydäntä lähellä. (sairaanhoitaja, esh)*

### **Osallistumisen ihanuus**

Kouluarvosanoilla arvioituna kokemukset olivat hyvät tai kiitettävät (8–9). Osallistumisessa oli huonoja ja hyviä puolia sekä seikkoja, joihin ei voinut vaikuttaa. Erityisesti kehittämistyön alkuvaiheeseen liittyi kielteisiä tuntemuksia. Silloin kehittämistyö nähtiin työllistävänä ja voimia vievänä. Myös odotukset koettiin alussa liian suuriksi, ja haastateltavat kokivat olleensa ”aivan pihalla”. Kehittämistyö vastasi odotuksia, kokemus oli positiivinen ja osallistumisesta hyötyi ja oppi paljon. Jokainen haastateltava oli valmis osallistumaan kehittämistyöhön uudelleen. Uudelleen osallistumisen reunaehdoiksi hoitohenkilöstö asetti kuitenkin muun muassa sen, että aiheen tulisi olla sopiva omaan työhön tai itselle.

*Ku ottaa huomioon sen alun tietysti se alku kuuluu asiaan ja ihmiset niinkö ymmärtää mistä on kyse ne tietää aikataulun joku tommonen 8 1/2 mä antasin heti ilman niinku mittään... (sairaanhoitaja, esh)*

### **Onnistumista tukevat tekijät**

Kehittämistyö vaati tietoista sitoutumista ja motivaatiota niin työntekijältä kuin työnantajalta. Hyvin sitoutunutta työntekijää pidettiin koko organisaatiota hyödyttävänä. Työnantajan sitoutumista pidettiin lähinnä muodollisena silloin, kun siihen ei liittynyt panostusta kehittämistyön resursseihin. Kehittämistyön tekemistä tukivat ohjaus ja sopimukset aikatauluista, kokoontumiskerroista, tavoitteista ja niiden konkretisoinnista sekä palaute ja ohjaus työn etenemisestä. Osallistujien oman työpanoksen ja asiantuntijuuden arvostus ja työyhteisön tietoisuus hankkeesta tukivat kehittämistyötä.

*Pitkät päivät on uuvuttanu joskus kyllä. Positiivinen mieli, että ollaan saatu jo tähän vaiheeseen tää työ. Ollaan saatu siitä tunnustustakin ja viititään esitellä sitte. (perushoitaja, pth)*

## *Kehittämistyön haasteet*

Kehittämistyön onnistumisen haasteet liittyivät tiimityöskentelyyn, kehittämistyön tuloksiin ja resursseihin. Tärkeimpänä resurssina pidettiin aikaa. Sitä ei aina selkeästi osoitettu, vaan hoitotyöntekijältä täytyi olla rohkeutta ja taitoa ottaa aikaa kehittämistyölle. Monitoimijaista ja moniammatillista työskentelytapaa pidettiin hyvänä. Koska kyseessä oli kuitenkin joukko toisilleen tuntemattomia ihmisiä, niin yhteisen ymmärryksen saavuttamiseen meni aikaa. Kuitenkin monipuolinen osallistujien joukko laajensi kaikkien näkökulmaa. Tiimimäinen työskentelyote mahdollisti eri paikoista saatujen kehittämisideoiden käyttöönoton välittömästi. Tiimeissä tarvittiin tiiminvetäjä, jolla oli langat käsissä. Ryhmän tiiviys ja vapaaehtoisuus sekä osallistujien sopeutumiskyky uusissa tilanteissa, projektityökokemus ja hyvä pohjatieto kehitettävästä asiasta tukevat kehittämistyötä. Kehittämistyön sujumista tukevat potilashoidon kannalta tärkeä aihe ja vapaus kehittää työtä. Kehittämistyöhön liittyi myös epävarmuutta. Epäiltiin, saadaanko kehittämistyössä tuloksia aikaan ja siirtyvätkö tulokset käytännön elämään. Toisaalta kehittämistyön tulosten näkeminen tuki työskentelyä.

*Meidän tiimissä on ymmärretty tämä tiimityöskentely tavallaan, että jaetaan sitä vastuuta. Mutta selkeesti tiiminvetäjällä on langat käsissä, se on vahvuus minun mielestä. Kyllä me ollaan mielestäni saatu aikaseksikin ihan konkreettista. (sairaanhoitaja, pth)*

### **5.4.2 Kehittämistyön merkitys (Osajulkaisu IV)**

#### *Oppiminen ohjaajana*

Oppimista ohjaajana kuvattiin tietojen ja taitojen kehittymisenä, suhtautumisena ohjaukseen ja käyttäytymisenä ohjaajana sekä ohjauksikäsitteen avautumisena ja kokonaiskuvan laajentumisena. Kehittämistyö nähtiin opetustilanteena, johon mahdollisimman monen toivottiin osallistuvan työuransa aikana. Kehittämistyö antoi tilaisuuden arvioida omaa osaamistaan sekä syventää ja päivittää sitä. Kehittämistyön aikana ammattitaito karttui ja saatu tieto vahvisti osaamista. Osallistujat saivat ajantasaista tietoa sairauksista ja niiden hoidosta sekä motivaatiota tiedon hankintaan. Hankkeen järjestämiä koulutuksia pidettiin hyödyllisinä sekä aihealueiltaan merkittävänä ja avartavina. Suhtautuminen ohjaukseen muuttui kehittämistyön aikana entistä myönteisemmäksi. Osallistujat arvostivat omaa osaamistaan ja



pitivät tärkeänä siirtää sitä kehittämistyössä ja uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Ohjauskäsite avautui kehittämistyön aikana uudella tavalla. Ohjaus nähtiin dynaamisena prosessina suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Kyky arvioida muun muassa ohjauksen lähtökohtia ja omia ohjaustapoja kehittyi. Kokonaiskuva potilaan hoitoprosessista laajeni, ja hoitohenkilöstö näki oman työn osuutensa siinä.

*Mä oon niinku sitä ahaa elämästä tavallaan löytäny sieltä, että se ohjaus on niinkö kuitenkin semmosta semmosta tuota kokoaikasta ja jatkuvaa. (sairaanhoitaja, pth)*

### *Kollektiivinen osaaminen*

Kollektiivista osaamista kuvattiin kehittymisenä projekti- ja tiimityössä. Projektiluonteinen kehittämistyö ja yhteisvastuullinen tiimityö olivat opettavainen ja myönteinen kokemus, joka antoi eväitä työn kehittämiseen ja projektityöhön jatkossakin. Tiimityön käynnistymiseen tulisi varata tarpeeksi aikaa. Projektityöhön liittyvästä koulutuksesta olisi myös hyötyä, sillä tieto ja kokemus nopeuttavat kehittämistyön käynnistymistä. Hoitajaverkoston ja yhdysenkilöiden hyödyntäminen sekä työnantajan ja hoitotyön johtajien sitoutuminen kehittämistyöhön, resursointi ja palkitseminen nähtiin tärkeänä.

*Projektityöstä oon saanu kyllä omasta mielestäni nyt kyllä aika hyvää kokemusta. (sairaanhoitaja, esh)*

### *Tiedon jakaminen*

Tiedon jakamiseen liittyivät kehittämistyön vaikutukset ammatilliseen ja organisaatioiden väliseen yhteistyöhön. Yhteistyön merkitys kirkastui kehittämistyön aikana. Kehittämistyö antoi valmiuksia arvioida moniammatillista ja yksikköjen välistä yhteistyötä työpaikoilla. Kaikkea ei tarvitse tehdä yksin ja ohjaustilanteissa voi hyödyntää toisten ammattiryhmien tietotaitoa. Kehittämistyössä syntyneet ihmissuhteet sekä toisen työn arvostus ja sisällön tunteminen antoivat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyökumppanuudelle kasvot. Potilasohjauksen toimintamalleista haluttiin väline, jolla voidaan kehittää toimintaa ja josta potilaat hyötyvät.

*Valmius toimia eri ihmisten kans, jotka tulee erilaisista työpaikoista. Meillä kaikilla ehkä on semmonen lähtöasetelma, että ollaan niinku tässä vähä eri puljua tai eri taloa ...niinku et on erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto ... Mä uskon, että se on niinku parantunu ja laajentunu semmonen näkemys. (sairaanhoitaja, esh)*

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla potilasohjauksen toimintaedellytyksiä hoitohenkilöstön arvioimana kirurgisessa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa sekä hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämisestä. Potilasohjauksen toimintaedellytyksiä tarkasteltiin aiemman tutkimuksen mukaisesti hoitohenkilöstön tiedollisina, taidollisina ja asenteellisina ohjausvalmiuksina sekä potilasohjauksen toimintamahdollisuuksina ja toteuttamisena.

#### *Hoitohenkilöstön ohjausvalmiudet*

Hyvä potilasohjaus edellyttää asianmukaisia toimintaedellytyksiä, jotka koostuvat hoitohenkilöstön ohjausvalmiuksista, potilasohjauksen toimintamahdollisuuksista ja ohjauksen toteutuksesta. Hoitohenkilöstön tiedot, taidot ja asenteet vaikuttavat tuotettujen palveluiden laatuun (Kääriäinen & Kyngäs 2010a, Linnajärvi 2010, Virtanen ym. 2010). Hyvää laatua korostaa myös Potilaslaki (785/1992), joka velvoittaa kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa.

Tämän tutkimuksen mukaan sekä kirurgisen erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön tiedot ohjattavista asioista olivat hyvää keskitasoa. Erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstöllä oli kiitettävät tai hyvät tiedot kirurgisten potilaiden sairauksista ja niiden oireista sekä hoitotoimenpiteistä, tutkimuksista ja tutkimuksen tuloksista. Tulosta voidaan pitää potilasohjauksen kannalta hyvänä, sillä monissa tutkimuksissa on todettu, että näistä asioista potilaat myös haluavat tietoa (Isola ym. 2007, Heikkinen ym. 2008, Heiskanen 2009, Matsuyama ym. 2013). Silti kirurgisen hoitohenkilöstön tiedoissa hoitoon liittyvistä riskeistä, hoitovaihtoehdoista, lääkehoidosta ja toipumisesta oli jonkin verran puutteita. Perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön tieto sairaudesta oli kirurgista erikoissairaanhoitoa huonompaa. Tämä voi selittyä sillä, että kirurginen hoitohenkilöstö pystyy syventämään tietopohjaansa niiden suppean erikoisalan potilasryhmien kohdalla, joita he hoitavat. Perusterveydenhuollon yksiköissä sen sijaan on hallittava laajempia kokonaisuuksia ja osattava hoitaa erilaisia potilasryhmiä. Kuitenkin on huomattava, että tutkimusten mukaan potilaiden näistä asioista saama tieto vahvistaa heidän itsehoitotaitojaan, sopeutumistaan ja selviyty-

miskykyjään (Gilmartin & Wright 2007, Heiskanen 2009, Anderson & Funnell 2010, Routasalo ym. 2010, Håkanson ym. 2011, Lunnela 2011, Tveiten & Knutson 2011, Hoitotyön suositus 2013).

Perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön tiedot hoidon jälkeisestä voinnista olivat huonommat kuin kirurgisen erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstöllä. Tulos poikkeaa Kääriäisen (2007) tutkimustuloksesta, jonka mukaan myös erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstöllä on huonot tiedot hoidon jälkeisestä voinnista. Ammatillista osaamista tulisi tältä osin vahvistaa, sillä potilaiden saama asiallinen tieto toipumisajan pituudesta, hoidon jälkeisestä voinnista ja mahdollisista ongelmista auttaa heitä ottamaan enemmän vastuuta omasta hoidostaan ja selviytymään kotihoidossa (Matero ym. 2007, Pekkarinen 2007, Matsuyama ym. 2013). Kotisairaanhoidossa työskentelevillä tiedot hoidon jälkeisestä voinnista olivat muita paremmat. Tulos on myönteinen, sillä lyhyiden laitoshoidojaksojen vuoksi kotiutuksen jälkeen saatu ohjaus ja hoito ovat tärkeä tuki itsenäiseen arjessa selviytymiseen (Matero ym. 2007, Pekkarinen 2007, Kähkönen ym. 2012). Tulos on myönteinen lisäksi omaisten kannalta, joiden ohjaamistarpeita kotisairaanhoidossa työskentelevät myös kohtaavat (Salminen-Tuomaala ym. 2008, Nikki & Paavilainen 2010). Tieto kuntoutumisesta oli hyvää sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa.

Tässä tutkimuksessa hoitohenkilöstön taidot ylläpitää ohjausprosessia hoitoon valmistamisen ja potilaan hyvinvoinnin edistämisen näkökulmista olivat kohtalaisen hyvät. Myös muissa tutkimuksissa hoitohenkilöstön ohjaustaidot on todettu hyväksi (Kääriäinen 2007, Eloranta ym. 2009). Tämän tutkimuksen mukaan kuitenkin potilaan hyvinvoinnin edistämisen taidot, kuten taito ohjata potilasta vertaistuen käyttöön, kaipaavat kohennusta, jotta potilaat pärjäisivät arjessaan ja saavuttaisivat korkean itsehoidon asteen mahdollisimman nopeasti. Tätä tulosta tukevat myös aikaisemmat tutkimukset (Heiskanen 2009, Mäkeläinen 2009, Routasalo ym. 2010, Kähkönen ym. 2012), joissa potilaiden sosiaalista tukea ja itsehoitotaitojen tukemista on pidetty tärkeänä niin yksilön kuin terveydenhuollon näkökulmista. Osaamista tarvitaan erityisesti potilaan lähellä, ja ohjaustaitojen ylläpito on tärkeää, jotta potilaat saisivat kaikissa hoitokontakteissaan laadukasta ohjausta. Se on myös taloudellisesti merkittävää, sillä hyvä ohjausosaaminen säästää kuluja kaikilla tasoilla potilaan hoitoprosessissa. Hoitohenkilöstön ammatitaidon ylläpitäminen edellyttää jatkuvaa tietojen päivittämistä, ja ohjaustaitoja voidaan vahvistaa henkilökunnan koulutuksilla, toimivalla yhteistyöllä, hoito-ohjeilla ja hoitosuosituksilla (Matero ym. 2007, Zakrisson & Hägglund 2010, Jones ym. 2011).

Tässä tutkimuksessa hoitohenkilöstö arvioi asennoitumisensa ohjaukseen myönteiseksi, mikä ilmentää kykyä hyvään asiakaspalveluun. Kuitenkin myönteisen asennoitumisen ja yksittäisten väittämien suhteen oli ristiriitaa. Vastaajien mielestä ohjaus vie aikaa muiden potilaiden hoidosta, on työajan hukkaamista ja jopa turhauttavaa. Vastaavaan tulokseen päätyi myös Tähtinen (2007). Asennoitumisessa oli eroja työtehtävän, sukupuolen ja työkokemuksen suhteen. Tulos oli huolestuttava, koska potilas tai omainen ei siten tule kohdatuksi tasalaatuisesti kaikkien ohjausta toteuttavien terveydenhuollon ammattilaisten taholta. Toisaalta tulos on samansuuntainen Kääriäisen ym. (2005) ja Kääriäisen (2007) tutkimustuloksen kanssa, jonka mukaan potilaiden mielestä hoitohenkilöstön ohjausasenteissa on korjaamisen varaa, vaikka hoitohenkilöstö arvioikin asennoitumisensa olevan myönteistä. Hoitohenkilöstön hyvien vuorovaikutus- ja ihmissuhdetaitojen ja positiivisen asenteen tiedetään vaikuttavan hoitotyöntekijän suorituskykyyn (Hoitotyön suositus 2011). Ohjausasenteisiin voidaan vaikuttaa avoimella keskustelulla hoitotyön perustehtävästä sekä koulutuksella ja vuorovaikutustaitoja parantamalla (Peltoniemi 2007).

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella ohjausmenetelmissä pääpaino oli suullisessa ja kirjallisessa ohjauksessa, joita käyttivät lähes kaikki vastaajat, ja ne hallittiin hyvin. Perusterveydenhuollon hoitohenkilöstö hallitsi paremmin suullisen ohjauksen ja kirurgisen erikoissairaanhoidon henkilöstö kirjallisen ohjauksen. Hyvä kirjallisen ohjauksen hallinta on positiivinen tulos, sillä potilaat tarvitsevat suullisen ohjauksen tueksi ymmärrettäviä kirjallisia ohjeita, jotta voivat tutustua niihin jo ennen hoitoon saapumistaan tai kotiuduttuaan palauttaa mieleensä tärkeitä asioita ja käsitellä ohjeita läheistensä kanssa (Johansson ym. 2007, Eloranta ym. 2010, Johansson ym. 2010, Salminen-Tuomaala ym. 2010, Karvonen 2012). Sitä vastoin audiovisuaalinen ohjaus hallittiin pääosin välttävästi ja sitä käytettiin huomattavasti vähemmän. Perusterveydenhuollon hoitohenkilöstö hallitsi audiovisuaalisen ohjauksen hiukan paremmin kuin kirurgisen erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstö. On mahdollista, että aineiston keruun ajankohdat vaikuttavat hiukan tulokseen. Vuonna 2003 hoitohenkilöstöllä ei ollut juurikaan sosiaalisen median käyttömahdollisuuksia potilasohjauksessa, mutta vuonna 2006 tilanne saattoi olla jo kohentunut. Tämän tutkimuksen tulos ohjausmenetelmien hallinnasta ja niiden yksipuolisesta käytöstä tukee Isolan ym. (2007), Kääriäisen (2007), Salminen-Tuomaalan ym. (2010), Hyttisen ym. (2011) ja Kaakisen ym. (2012b) tulosta, joiden mukaan ohjausmenetelmissä on kehitettävää. Ohjausmenetelmien vaikuttavuuden tutkimus on melko niukkaa, mutta tuoreempien tutkimusten mukaan audiovisuaalisen ohjauksen on osoitettu olevan hyödyllinen potilaan ohjauk-

nessa (Heikkinen 2011, Orava ym. 2012a, Orava ym. 2012b, Tarkiainen ym. 2012). Menetelmien monipuolinen käyttö on potilaan etu, sillä potilaat käsittelevät ja omaksuvat saamaansa ohjausta eri tavoin. Ohjausmenetelmien käyttö tulee kuitenkin arvioida potilaslähtöisesti. (Kyngäs ym. 2007, Isola ym. 2007, Kääriäinen & Kyngäs 2010, Kaakinen ym. 2012b, Kähkönen ym. 2012.)

### *Potilasohjauksen toimintamahdollisuudet*

Tämän tutkimuksen mukaan potilasohjauksen toimintamahdollisuudet hoitohenkilöstön välisen yhteistyön ja ohjauksen kehittämismahdollisuuksien sekä käytävissä olevan ohjausmateriaalin ja tutkimustiedon näkökulmista olivat hyvät. Ohjaustoimintaa heikensivät ohjaustilojen, ohjausvälineistön ja ohjausajan puuttuminen. Noin puolet hoitohenkilöstöstä arvioi ohjaustilat ja ohjauksessa tarvittavan välineistön puutteelliseksi, eikä heillä ei ollut riittävästi aikaa potilasohjaukseen. Perusterveydenhuollossa hoitohenkilöstöllä oli kuitenkin käytettävissään paremmin aikaa potilasohjaukseen kuin kirurgisessa erikoissairaanhoidossa. Tulokseen voi vaikuttaa se, että perusterveydenhuollon aineistossa vastaajissa oli terapeutteja, jotka arvioivat käytettävissään olevan ohjausajan riittäväksi. Ohjausmateriaalia oli sitä vastoin paremmin kirurgisen erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuollon hoitohenkilöstöllä. Saattaa olla, että erikoissairaanhoidossa oli aineiston keruun ajankohtana paremmat resurssit hankkia ja tuottaa ohjausmateriaalia kuin perusterveydenhuollossa.

Yhteistyö ja kehittämismahdollisuudet ennustavat osaltaan hyvää potilasohjauksen laatua (Pekkarinen 2007, Lipponen ym. 2008a). Myös Partasen ym. (2005) selvityksen mukaan yhteistyö koetaan hoitoalan työpaikoilla toimivaksi ja työkokemuksella on yhteyttä siihen (Anttila 2006). Aikaisempien tutkimusten mukaan potilaat ovat ohjaustiloihin sekä ohjaukseen käytettyyn aikaan ja välineistöön jokseenkin tyytyväisiä (Kääriäinen ym. 2005, Kääriäinen 2007, Alaloukusa-Lahtinen 2008, Kaakinen ym. 2012a). On kuitenkin tärkeää pitää yllä hyviä olosuhteita potilasohjauksen toteuttamiseksi (Partanen ym. 2005, Pekkarinen 2007). On hyvä myös huomioida, että ohjaustilanteen kiireisyys ja hoitohenkilöstön työn paljous vaikuttavat sekä potilaan että hoitajien kokemuksiin (Isola ym. 2007, Eloranta ym. 2008, Karvonen 2012).

Vastaajien taustatietojen perusteella potilasohjauksessa käytetty tieto perustui pääasiassa työkokemukseen ja pohjakoulutukseen sekä työyksikön ohjauskäytäntöihin. Pitempään työssä olleiden ja avohoitoyksiköissä työskentelevien potilasohjauksessa käyttämät tiedot perustuivat vahvimmin täydennyskoulutukseen. Vähi-

ten tärkeinä tiedonlähteinä hoitohenkilöstö piti tieteellisiä tutkimustuloksia ja ammattilehtiä. (Osajulkaisu I ja II) Potilasohjauksen tulisi kuitenkin perustua mahdollisimman luotettavaan ja yleisesti hyväksytyyn tietoon, ja jokaisen hoitotyöntekijän on kyettävä perustelevaan toimintaansa. Siten käytetyn tiedon näytön aste ei ollut korkea (Elomaa & Mikkola 2010).

### *Potilasohjauksen toteutus*

Tämän tutkimuksen mukaan potilasohjausta toteutettiin potilaslähtöisesti ja ohjauksessa huomioitiin potilaan tunteet ja ongelmat sekä annettiin potilaalle myönteistä palautetta ohjauksen aikana. Tulos on samansuuntainen aiemman tutkimuksen kanssa (Kääriäinen 2007, Suhonen ym. 2013). Kaakinen ym. (2012a) on tosin raportoinut päinvastaisia tuloksia, joiden mukaan potilaslähtöinen ohjaus ja ohjauksen potilaslähtöinen suunnittelu toteutuivat huonosti. Kaakisen (2013) tutkimuksen mukaan pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjaus sairaalassa oli autoritaarista ja perustui hoitohenkilöstön näkemyksiin ohjauksen sisällöistä ja toteutuksesta. Tämän tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstön ikä, työkokemus ja ohjausasetteet olivat yhteydessä potilaslähtöisyyden toteutumiseen ja ohjaustilanteissa huomioitiin hyvin potilaan elämäntilanne. Potilasryhmästä riippumatta potilaat hyötyvät ohjauksesta, joka rakentuu heidän esittämiinsä tiedontarpeisiin ja aikaisempiin tietoihin ohjattavasta asiasta (Johansson ym. 2007, Höglund ym. 2010, de Boer ym. 2013) Aiemman tutkimuksen mukaan potilaan tunteiden, ongelmien ja elämäntilanteen huomioiminen on hoidon laadun ja hyvän ohjauksen kannalta merkittävää (Jalava 2007, Kääriäinen 2007, McMurray ym. 2007, Mäkeläinen 2009, Bensing ym. 2013).

### *Potilasohjauksen kehittämistarpeet*

Tämän tutkimuksen tulokset vahvistivat Kääriäisen (2007) tutkimustulosta potilasohjauksen kehittämistarpeista sekä kirurgisen erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön arvioimana. Tulosten mukaan potilasohjauksen toimintaedellytykset eli hoitohenkilöstön ohjausvalmiudet, aika-, tila- ja henkilöstöressurssit sekä ohjausmateriaali, potilaslähtöinen toiminta, koulutus ja perehdytys sekä yhteistyö ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä vaativat kehittämistä. Näihin haasteisiin vastattiin osittain erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyöhankkeessa potilasohjauksen kehittämiseksi (Kanste ym. 2007).

## *Hoitohenkilöstön kokemukset potilasohjauksen kehittämistyöstä*

Tässä tutkimuksessa kehittämistyö tapahtui organisaatorajat ylittävissä itseohjautuvissa tiimeissä. Organisaatioiden välinen yhteistyö ja tiedonkulku sekä tiimityö oppimisprosessina rakensivat yksilön ja yhteisön sosiaalista pääomaa, kuten myös Wenger (2002) ja Coleman (2009) ovat todenneet. Potilaan hoitoketjun eri vaiheissa työskentelevistä ja hyvän käytännön kokemuksen saaneista henkilöistä kootut tiimit olivat hyvä lähtökohta kehittämistyölle. Hoitotyössä hankitun asiantuntijuuden hyödyntäminen hoitotyön kehittämisessä on myös muissa tutkimuksissa todettu tärkeäksi (Wilson ym. 2007, Hallin & Danielson 2008, Henderson & Winch 2008, Miers & Pollard 2009). Samansuuntaisia tuloksia ovat esittäneet myös muut tukijat (Sulavuori 2007, Henderson & Winch 2008, Smith ym. 2008, Kivimäki 2011).

Kehittämistyöhön osallistuneilla oli erilaista osaamista, ja he jakoivat tehtäviä ja vastuuta. Myös Wenger (2002) pitää sitä kehittämissyhteistyön kulmakivenä. Erityisesti tiiminvetäjät nähtiin tärkeinä. Tiiminvetäjien tehtävänä oli koordinoida kehittämistyötä tiimeissä ja tehdä yhteenvetoa tiimin ajatuksista. Tiimitoiminnan onnistuminen ei ollut kuitenkaan yksinomaan tiiminvetäjien vastuulla, vaan kaikkien sitoutumista ja aktiivista osallistumista sekä keskinäistä luottamusta pidettiin merkittävänä. Samansuuntaisia yhteyksiä projektityön onnistumiseen ovat todenneet myös Thylefors ym. (2005) sekä Suhonen ja Paasivaara (2010).

Tulosten mukaan tiimeissä käytettiin, tuotettiin ja vaihdettiin potilasohjaukseen ja hoitotyöhön liittyvää tietoa. Tiedon käsittelyn lisäksi keskeistä oli moniammatillinen oppiminen. Myös henkilösuhteiden toimivuus, vastuullisuus ja sitoutuminen sekä vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaidot olivat kehittämistyön onnistumisen kannalta keskeisiä. Tulokset ovat samansuuntaisia aiemman tutkimuksen kanssa (Kerosuo & Engeström 2003, Gustafsson & Fagerberg 2004, Kvarnström & Cedersund 2006, Thomas & Hynes 2007, Janhonen 2010). Tulosten mukaan tiimeissä oli tilaa oppimiselle, ja niissä opittiin vertaiselta sekä jaettiin omaa osaamista yhteiseen käyttöön. Tulos on samansuuntainen Perryn (2009) ja Miersin & Pollardin (2009) tutkimusten kanssa, joiden mukaan vertaiskehittäminen, tukeminen ja opettaminen ovat hoitajan vastuullisimpia tehtäviä.

Tässä tutkimuksessa kiinnittymisellä kehittämistyöhön oli suora yhteys esimiestoimintaan. Haastateltavat olivat ilmaisseet halunsa vahvistaa ammatillista osaamistaan ja toimia kehittämistehtävissä muun muassa kehityskeskustelussa



esimiehen kanssa, ja heidät valittiin yksilöllisten vahvuuksiensa perusteella potilasohjaukseen kohdistuvaan kehittämistyöhön. Esimiesten luottamus hoitotyöntekijöiden kykyihin oli heidän kohdallaan kannustava, palkitseva ja innostava johtamisen keino, kuten myös Fusilero ym. (2008) ja Laaksonen (2008) ovat todenneet. Esimiestoiminnassa on tavanomaista antaa osaavalle ja innostuneelle hoitotyöntekijälle erityistehtäviä. Koko työyhteisön osaamisen vahvistamisen kannalta siinä on kuitenkin riskinä, että haastavien tehtävien jakaminen pelkästään osaavimmille jättää huomiotta juuri ne työntekijät, joiden osaamista tulisi kehittää.

Tulosten mukaan kehittämistyöhön osallistuneet olisivat kaivanneet enemmän tukea esimiehiltä ja he kokivat, että palautteen saaminen oli satunnaista. Tulos on merkittävä, sillä aiempien tutkimusten mukaan kehittämistyön tulokset jäävät irralliseksi, elleivät ne saa johdon ja esimiesten täyttä tukea (Kanste ym. 2007, Sulavuori 2007, Rauma ym. 2007, Henderson & Winch 2008, O'Neil ym. 2008). Aiempien tutkimusten mukaan myös palautteen antaminen, kiitos ja tunnustus sekä myönteinen huomio ja yhdessä pohtiminen ovat tärkeitä motivaation ja sitoutumisen ylläpitämisessä (Kalisch ym. 2009, Palliadelis ym. 2007, Kanste 2011).

Tulosten mukaan osallistuminen kehittämistyöhön tuki ammatillista kehittymistä ja kasvatti ammattitaitoa, koska se tarjosi hoitohenkilöstölle myönteisen haasteen kehittymiseen sekä mahdollisuuden omien taitojen ja hoitoprosessin kehittämiseen sekä kollektiiviseen oppimiseen verkostoyhteistyössä. Myös aiemmissa tutkimuksissa on osoitettu, että ammatillisen kehittymisen edellytyksiin kuuluu vastuullinen esimiestyö, jossa työntekijälle tarjotaan kehittymismahdollisuuksia, vastuuta ja monipuolista ja kannustavaa työtä (Arnetz & Hasson 2007, Ahgren & Axelsson 2007, Hallin & Danielson 2008, Laaksonen 2008, Lammin-takanen ym. 2008, O'Neil ym. 2008, Vuorinen 2008).

Osallistuminen kehittämistyöhön koettiin positiivisena, mutta osallistuminen vaati myös epävarmuuden sietämistä. Verkostoyhteistyö tiimeissä sekä tiedon ja kokemusten vaihtaminen ja uuden tiedon tuottaminen koettiin mielekkäänä kehittämistapana, kuten myös Eraut (2004) ja Sulavuori (2007) ovat todenneet. Sekä tämän että aiemman tutkimuksen mukaan kehittämistyön onnistumisen kokemukseen vaikutti sekä työntekijän että työnantajan sitoutuminen (Thomas & Hynes 2007, Janhonen 2012).

Kehittämistyö potilasohjauksen kontekstissa nähtiin osana perustyötä, mutta kehittämistyö ei ollut koko työyhteisön asia vaan jäi pitkälti yksittäisen työntekijän tehtäväksi. Kuitenkin terveyspalvelujen laatu tuotetaan yhdessä, ja kehittämistoiminta edellyttää riittävien tukirakenteiden olemassaoloa (Järvensivu 2006,

Kerosuo 2006, Pekkarinen 2007, Naukkarinen 2008). Aiempien tutkimusten mukaan kehittämistyö ei onnistu, elleivät kaikki työyhteisön jäsenet ota siitä vastuuta ja innostu kehittämisestä tai jos kehittämistyön tavoitteet jäävät irralliseksi perustyöstä (Björk ym. 2007, Hallin & Danielson 2007, Sulavuori 2007, Rauma ym. 2007, O'Neil ym. 2008, Wilcock ym. 2009, Hönninen ym. 2011). Laajempi keskustelu kehittämistyöstä työpaikoilla ja kehittämistyöhön osallistuneiden tukeminen muun henkilöstön ja esimiesten taholta vaikuttaisivat todennäköisesti myönteisesti myös kehittämistyön tulosten (potilasohjauksen toimintamallien) käyttöön ottoon. Myös kehittämistyön onnistumisen juhlistaminen olisi tärkeää, sillä palaute ja hyvien suoritusten huomiointi lisää työn merkitystä ja nostaa hetkeksi arjen yläpuolelle (Järvensivu 2006, Kalisch ym. 2009, Sulavuori 2007).

Vaikka kehittämistyöhön osallistuneet ottivat moniin asioihin voimakkaastiakin kantaa, he arvioivat kokonaisuuden hyväksi tai kiitettäväksi. Perustyöhön kytkeytynyt toiminnan tavoite tuki kehittämistyön onnistumista. Potilasohjauksen parantaminen koettiin mielekkääksi ja hyödylliseksi kehittämiskohteeksi. Epävarmuutta aiheutti kuitenkin kehittämistyön tavoitteiden laajuus. Aiemman tutkimuksen mukaan tavoitteet tulee konkretisoida selkeästi, sillä se auttaa ja motivoi kehittämistyössä (Hallin & Danielson 2007, Rauma ym. 2007, Sulavuori 2007). Ennen kehittämistyön aloittamista olisi myös tärkeää yhteisesti keskustella käytettävissä olevista resursseista (Rauma ym. 2007). Aiemman tutkimuksen mukaan kehittämistyön onnistumismahdollisuudet ovat hyvät, kun työ kytkeytyy organisaatioiden toimintaan ja toimintakulttuuriin sekä henkilöstön asiantuntijuuden käyttöön (Ahgren & Axelsson 2007, Hasson & Arnetz 2008).

Osallistuminen kehittämistyöhön lisäsi potilasohjausosaamista. Tulos on myönteinen ja saa tukea aiemmista tutkimuksista, sillä hoitohenkilöstön osaamisen vahvistamisella parannetaan hoidon laatua (Ahgren & Axelsson 2007, O'Neil ym. 2008). Ammatillinen kehittyminen nähtiin myös organisaation etuna, ja hoitohenkilöstö toivoi, että mahdollisimman moni voisi osallistua kehittämistyöhön työuransa aikana. Oman työn arvioiminen kehittämistyöhön osallistumalla tarjosi työntekijälle mahdollisuuden työssä oppimiseen ja ammatilliseen kehittymiseen. Myös aiempien tutkimusten mukaan kehittämistyössä onnistuminen on voimaannuttava ja palkitseva kokemus (Suominen ym. 2007, Smith ym. 2007, Suhonen & Paasivaara 2010). Työssä oppiminen sekä osaamisen ylläpito ja kehittäminen ovat välttämättömiä hoitohenkilöstön ja potilaiden kannalta myös potilasohjauksen kontekstissa (Arranz ym. 2005, Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, Kääriäinen 2007, Österlund Efraimsson ym. 2008, Jones ym. 2011, Kähkönen 2012). Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu ja

asiantuntijuuden kehittyminen ovat organisaation sekä siellä toimivien työntekijöiden ja palveluja käyttävien etu (Gustafsson & Fagerberg 2004, Hallin & Danielson 2007, Henderson & Winch 2007).

Kehittämistyö vahvisti hoitohenkilöstön osaamista ja edisti työtyytyväisyyttä oman työn kehittämisen kautta. Saman ovat kehittämistyöstä todenneet myös Wenger (2002), Atwal ja Caldwell (2005), McLellan ym. (2005), Kalisch ym. (2007), Cunningham ja Kelly (2008) sekä Kanste ym. (2010). Tulosta voidaan pitää myönteisenä, sillä aiemman tutkimuksen mukaan osaamisen vahvistumisella on positiivinen yhteys hoitohenkilöstön voimaantumiseen ja hoidon laatuun (Salonen ym. 2007, Suominen ym. 2007, Hasson & Arnetz 2008, O'Neil ym. 2008).

Yksittäisen hoitotyöntekijän asiantuntijuuden kasvun lisäksi kehittämissyhteistyössä korostui kollektiivinen asiantuntijuus. Monitoimijainen kumppanuus tarjosi mahdollisuuden keskinäiseen oppimiseen eli oppimiseen yhtä aikaa sekä oman organisaation sisällä että niiden välisellä toiminta-alueella. Kehittämistyöhön osallistuneet kokivat ammatillista vastuuta ohjaustaitojensa kehittämisestä ja pitivät tärkeänä kehittämistyön tulosten implementointia hoitotyön käytäntöihin sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön vahvistamista. Heille oli tärkeää luottamus ja usko siihen, että aktiivinen ja sitkeä työ tuottaa hyvän tuloksen. Myös aiemmissa tutkimuksissa näitä asioita on pidetty laadukkaan potilasohjauksen kehittämisen edellytyksinä (Arranz ym. 2005, Morrow ym. 2005, Kääriäinen 2007, Österlund Efraimsson ym. 2008).

## **6.2 Tutkimuksen luotettavuus**

### **6.2.1 Määrällisen tutkimuksen luotettavuus**

Tässä tutkimuksessa käytettiin potilasohjauksen kehittämishanketta varten laadittua kyselylomaketta (© MR/HK 2003). Kyselylomaketta on arvioitu sisältö- ja rakennevaliditeetin sekä sisäisen johdonmukaisuuden osalta. Alkuperäisen kyselylomakkeen sisältövaliditeettia arvioitiin sen kehittämisen eri vaiheissa hoitotyön ja hoitotieteen asiantuntijoiden paneeleissa. Asiantuntijoiden yksimielisyyskertoimet olivat korkeat. Lisäksi eksploratiivinen faktorianalyysi osoitti kyselylomakkeen rakennevaliditeetin hyväksi. (Kääriäinen ym. 2006.) Kyselylomakkeen alkuperäistä ja sen eri kohderyhmille muokattuja versioita on käytetty useissa tutkimuksissa (Kääriäinen ym. 2006, Kääriäinen 2007, Tähtinen 2007, Kääriäinen

& Kyngäs 2010b, Linnajärvi 2010, Tarkiainen ym. 2012) ja sitä voidaan pitää soveltuvana suomalaiseseen terveydenhuoltoon.

Tässä tutkimuksessa käytettiin sekä alkuperäistä (Osajulkaisu I) että kyselylomakkeen kehittäjän kanssa yhteistyössä muokattua versiota (Osajulkaisu II). Cronbach alfa -arvoja käytetään mittaamaan kyselylomakkeen sisäistä johdonmukaisuutta eli reliabiliteettia. Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeiden sisäinen johdonmukaisuus laskettiin kyselylomakkeen eri osioista muodostetuista summamuuttujista. Muodostettujen summamuuttujien Cronbach alfa -arvot vaihtelivat ensimmäisessä 0,62–0,88 ja toisessa osatutkimuksessa 0,62–0,87 välillä, joten ne olivat hyviä osoittaen hyvää sisäistä johdonmukaisuutta ja siten luotettavuutta. Mitä suurempi alfan arvo on, sitä yhtenäisempi mittarin voidaan katsoa olevan. Eri lähteissä esitetään vaihtelevia arvioita Cronbach alfa -arvojen hyvydestä. Tässä tutkimuksessa käytettyjen mittareiden sisäistä johdonmukaisuutta voidaan pitää hyväksyttävänä, sillä yleisesti yli 0,60 olevat arvot kertovat hyvästä reliabilisuudesta. (Metsämuuronen 2005, Vehkalahti 2008, Polit & Beck 2011.)

Kyselylomakkeiden rakennevaliditeettia testattiin faktorianalyyssillä, jonka avulla pyrittiin redusioimaan osioittain kyselylomakkeen väittämien sisältämää tietoa muodostamalla uusia pääkomponentteja (faktoreita). Faktorianalyyssissä käytettiin sekä vapaata että Varimax-rotatioita. Faktorianalyysin perusteella muodostettiin summamuuttujia, jotka nimettiin sisällöllisin tai tilastollisin (ominaisarvo  $> 1$ ) perustein. Summamuuttujan osioiden tulee mitata samaa asiaa ja siten korreloida positiivisesti keskenään. Tässä aineistossa osiosummakorrelaatiot vaihtelivat 0,43–0,82 välillä ja kommunaliteetit eli ne, kuinka suuri osuus havaittujen muuttujien vaihtelusta voitiin selittää faktoreiden avulla, olivat yli 0,30, joten mittaria voidaan pitää myös rakenteeltaan validina (Metsämuuronen 2005, Heikkilä 2010). Laskettaessa latausten muuttujien summa havaittujen muuttujien yli saadaan faktorin ominaisarvo (eigenvalue), jolla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin faktorit pystyvät selittämään havaittujen muuttujien hajontaa. Mitä suurempi faktorin ominaisarvo on, sitä paremmin se selittää muuttujien hajontaa. (Metsämuuronen 2005.) Tässä aineistossa ominaisarvot vaihtelivat 1,05–5,14 välillä. Taulukossa 5 esitetään pääkomponentit, kommunaliteetit, ominaisarvot, lataukset ja Cronbach alfa -arvot.

**Taulukko 5. Pääkomponentit, kommunaliteetit, ominaisarvot ja Cronbachin alfat.**

| Pääkomponentti                              | Kommunaliteetit |           | Ominaisarvo |      | Lataukset |             | Cronbachin alfa |      |
|---|-----------------|-----------|-------------|------|-----------|-------------|-----------------|------|
|   | kir esh         | pth       | kir esh     | pth  | kir esh   | pth         | kir esh         | pth  |
| Potilasohjausvalmiudet                      |                 |           |             |      |           |             |                 |      |
| Tieto sairaudesta                           | 0,57–0,63       | 0,56–0,66 | 2,34        | 5,14 | 0,76–0,80 | 0,65–0,79   | 0,84            | 0,84 |
| Tieto hoidon jälkeisestä<br>voinnista       | 0,72–0,85       | 0,71–0,82 | 2,46        | 1,68 | 0,85–0,92 | 0,79–0,87   | 0,87            | 0,87 |
| Tieto kuntoutumisesta                       | 0,72–0,85       | 0,51–0,67 | 3,20        | 1,05 | 0,69–0,80 | 0,53–0,77   | 0,72            | 0,71 |
| Hoitoon valmistamisen<br>taito              | 0,57–0,84       | 0,54–0,85 | 1,16        | 4,74 | 0,55–0,90 | 0,62–0,91   | 0,62            | 0,81 |
| Potilaan hyvinvoinnin<br>edistämisen taidot | 0,36–0,65       | 0,35–0,66 | 5,44        | 1,49 | 0,51–0,78 | 0,51 – 0,80 | 0,88            | 0,84 |
| Myönteinen<br>asenoituminen                 | 0,45–0,62       | 0,54–0,73 | 2,79        | 3,08 | 0,67–0,79 | 0,74–0,85   | 0,80            | 0,84 |
| ohjaukseen                                  |                 |           |             |      |           |             |                 |      |
| Suullisen ohjauksen<br>hallinta             | 0,58–0,81       | 0,44–0,74 | 3,56        | 2,79 | 0,70–0,78 | 0,58–0,86   | 0,79            | 0,62 |
| Audiovisuaalisen<br>ohjauksen hallinta      | 0,45–0,84       | 0,50–0,79 | 1,36        | 1,66 | 0,63–0,69 | 0,70–0,88   | 0,81            | 0,79 |
| Potilasohjauksen toteutus                   |                 |           |             |      |           |             |                 |      |
| Potilaslähtöisyys                           | 0,34–0,57       | 0,43–0,52 | 2,80        | 2,83 | 0,59–0,75 | 0,66–0,72   | 0,76            | 0,77 |
| Tunneulottuvuus<br>ohjaustoiminnassa        | 0,34–0,75       | 0,56–0,78 | 1,80        | 2,03 | 0,58–0,86 | 0,75–0,82   | 0,62            | 0,75 |

## 6.2.2 Ensimmäinen osatutkimus

Ensimmäisessä osatutkimuksessa kirurgisen erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstölle (n = 303) suunnatun kyselyn vastausprosentti oli 67. Validiteetin uhkana voidaan tässä tutkimuksessa pitää tutkittavien valikoitumista, sillä tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, ja voidaan olettaa, että vain potilasohjauksesta kiinnostuneet vastasivat kyselyyn. Vastausprosentti oli kuitenkin niin korkea, että valikoitumisen vaikutusta voitaneen pitää vähäisenä. Tutkimuksen luotettavuutta saattoi heikentää haluttomuus täyttää aikaa vievä kyselylomake kiireisessä työssä sekä epäily vastausten menemisestä esimiehen tietoon, vaikka vastaajia informoitiin kyselyn saateosassa, että vastaukset eivät tule työyksikön käyttöön. Kyselylomaketta käytettäessä tutkimusaineiston keräämisessä on huomioitava myös vastaajien mahdollisuus arvioida toimintaansa sosiaalisesti toivotulla tavalla eli tietämänsä ihannetilän mukaisesti (Burns & Grove 2005, Suhonen ym. 2013).

Tätä ei voi täysin välttää, vaikka kyselylomakkeen saateosassa vastaajan huomio kiinnitettiin asiaan seuraavasti: ”Toivomme, että vastaatte kyselyyn juuri niin kuin Te itse potilasohjauksessa toimitte, ettekä niin kuin toivoisitte ohjauksessa toimivanne”.

Tutkimusjoukkona oli yhden sairaalan kirurgisen vastuualueen hoitohenkilöstö. Tämän vuoksi tuloksia ei voi yleistää koko laajaan erikoissairaanhoidon. Tutkimusjoukko oli varsinkin ammatin ja työpaikan suhteen hyvin heterogeeninen. Tutkimukseen osallistuneista valtaosa työskenteli vuodeosastoilla, ja suurin osa heistä oli naispuolisia sairaanhoitajia. Aineisto vastasi ikä- ja ammattirakenteen suhteen terveydenhuollon toimintayksiköitten todellisuutta. Terveydenhuollon organisaatioissa työskentelee sairaanhoitajia enemmän kuin perushoitajia tai lääkäreitä. Terveydenhuollossa työskentelevien ikä on keskimäärin 44,3 vuotta. (THL 2010, TTK 2011.) Tutkimustulosten vertailu ammatin tai työyksikön mukaan ei vastannut kvantitatiiviselle tutkimukselle asetettuja ryhmäkohtaisia kokoja, ja siltä osin tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia ei voi yleistää.

### **6.2.3 Toinen osatutkimus**

Toisen osatutkimuksen lomakekysely suunnattiin ”Potilasohjauksen organisoinnin kehittäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon alueellisena yhteistyönä” -hankkeeseen osallistuneiden kuntien terveydenhuollon hoitohenkilöstölle (n = 703), joka työskenteli terveyskeskuksen vuodeosastolla, avoterveydenhuollon vastaanotolla ja kotisairaanhoidossa. Kyselyyn vastasi 379 henkilöä, ja vastausaktiivisuus oli 54 %. Kaksi lomaketta poistettiin lopullisesta tutkimusaineistosta puuttuvien tietojen vuoksi (osuus yli 20 % vastauksista). Tutkimuksen kato oli siten 46 %. Siihen, miksi lähes puolet jätti vastaamatta, on saattanut vaikuttaa kyselylomakkeen pituus, kiire työtehtävissä ja suoran kontaktin puuttuminen tutkijaan. Katoanalyysi olisi lisännyt tutkimuksen luotettavuutta, mutta sitä ei tehty (Burns & Grove 2005). Hoitotyön esimiehet jakoivat kyselylomakkeista pääosan hoitohenkilöstölle. Neljässä terveyskeskuksessa järjestettiin esimiehille tiedotustilaisuus, jonka yhteydessä kyselylomakkeet jätettiin esimiesten jaettavaksi. Näissä yksiköissä hoitohenkilöstö vastasi kyselyyn jonkin verran aktiivisemmin. Varovaisesti voi arvioida, että henkilökohtainen kontakti hoitotyön esimiehiin ja kyselylomakkeiden jakajiin saattoi vaikuttaa palautusaktiivisuuteen.

Kyselylomakkeen saatekirjeessä kuvattiin tutkimuksen tarkoitus, merkitys ja toteutus pääpiirteissään ja kyselyyn vastattiin vapaaehtoisesti ja nimettömänä. Sairaanhoitajien määrä oli suurempi kuin perushoitajien ja lääkäreiden, joten

ryhmien välisiin eroihin tulee suhtautua varauksellisesti. Vuodeosastoilla ja avohoitoyksiköissä työskentelevien määrä oli myös hyvin heterogeeninen. Toisaalta se vastaa terveydenhuollon toimintayksiköiden todellisuutta, ja sen vuoksi näitä ryhmiä vertailtiin keskenään. Aineisto kerättiin itsearviointiin perustuvalla kyselylomakkeella (© MR/HK, 2003), joten tulokset perustuvat hoitohenkilöstön subjektiivisiin arviointeihin potilasohjauksesta. Tämä saattaa aiheuttaa sosiaalisesti toivottavia vastauksia, jolloin henkilö pyrkii vastaamaan siten kuin olettaa häneltä odotettavan (Metsämuuronen 2005, Polit & Beck 2011). Aineisto käsiteltiin luottamuksellisesti eikä tulosten raportoinnissa pyritty irrottamaan työyksiköitä toisistaan, koska tutkimuksen tarkoituksena ei ollut vertailla potilasohjauksen toimintaedellytyksiä eri yksiköiden välillä.

#### **6.2.4 Kolmas osatutkimus**

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteereistä keskeisiä ovat uskottavuus ja todeksi vahvistettavuus. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, miten hyvin tutkimustulokset vastaavat tutkimuskohteena ollutta todellisuutta (Polit & Beck 2011). Vapaaehtoisuuteen perustuva tiedonantajien valinta lisäsi tämän tutkimuksen uskottavuutta. Kehittämistyöhön osallistuvat olivat hyviä tiedonantajia, koska heillä oli tutkimuksen kannalta olennaista kokemusta ja tietoa kehittämistyöstä ja he pystyivät ilmaisemaan sen. Haastattelut suoritettiin tiedonantajien valitsemassa paikassa ja haastattelutilanteet pyrittiin luomaan kiireettömiksi. Haastattelujen ilmapiiri oli avoin ja kerronta vapautunutta. Tutkija toimi tutkimushankkeen projektityöntekijänä. Haastateltavat ja tutkija olivat tavanneet aikaisemmin kehittämistyön aikana, joten tuttuuden kautta oli rakentunut luottamuksellinen yhteistyösuhde. Tällaisiin tutkimushaastatteluihin liittyy kuitenkin riski, että tietoinen tai tiedostamaton miellyttämisen halu vaikuttaa haastateltavien lausuntoihin (Polit & Beck 2011). Edellä mainitun kaltaista tutkijan vaikutusta tutkimukseen ei tässä tutkimuksessa esiintynyt, sillä haastateltavat esittivät myös voimakasta kritiikkiä kehittämistyön organisointia ja menetelmiä kohtaan. Toisaalta tutkijan ennakkokäsitykset tutkittavasta ilmiöstä voivat heikentää luotettavuutta (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksessa ne pyrittiin tiedostamaan, jotta ne eivät vaikuttaisi aineiston analyysiin.

Todeksi vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että tulokset perustuvat aineistoon eivätkä ainoastaan tutkijan käsityksiin. Vahvistettavuutta tukee myös tutkijan tulokintojen saama tuki aikaisemmasta tutkimuksesta. (Polit & Beck 2011.) Vahvistettavuuteen pyrittiin kuvaamalla tutkimuskohdetta kattavasti, jotta lukijan tai toisen

tutkijan on mahdollista seurata tutkimusprosessin kulkua. Aineiston keruu, analyysi ja raportointi kytkeytyvät toisiinsa ja ovat yhtä tärkeitä. Tutkija pyrkii raportoinnissa osoittamaan yhteyden tuloksen, tulkinnan ja aineiston välillä. (Kylmä & Juvakka 2007, Elo & Kyngäs 2008, Polit & Beck 2011.) Laaja haastatteluaineisto oli kahden tutkijan keräämä, mutta aineiston sisällön analyysin suoritti vain toinen tutkijoista. Tutkimustuloksia olisi vahvistanut, jos analyysiprosessiin olisivat osallistuneet molemmat tutkijat (Elo & Kyngäs 2008). Laadullisen tutkimuksen subjektiivisuus rajoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä toisiin olosuhteisiin (Polit & Beck 2011). Siten tämän tutkimuksen tulokset ovat rajallisesti yleistettävissä vain potilasohjauksen kehittämishankkeen kontekstiin. Tutkimusraportissa käytetään suoria lainauksia, joiden tarkoituksena on tukea tutkijan tulkintaa. Aineistosta tehtyjä tulkintoja voidaan mahdollisesti soveltaa samantyyppisissä konteksteissa tai samanlaista ilmiötä tutkittaessa.

### **6.3 Tutkimuksen merkitys**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilasohjauksen toimintaedellytyksiä erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa sekä hoitohenkilöstön kokemuksiä potilasohjauksen kehittämisestä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää hoitotyössä ja potilasohjauksen kehittämässä. Tutkimuksella saatiin kattavaa tietoa yhden yliopistollisen sairaalan kirurgisen sekä tietyn alueen perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön käsityksistä potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja potilasohjauksen kehittämistarpeista. Lisäksi tutkimus tuotti tietoa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön potilasohjauksen kehittämissyhteistyöstä.

Tutkimuksessa tarkasteltiin potilasohjausta ja sen kehittämistä hoitohenkilöstön arvioimana. Palveluprosessin kannalta potilasohjausta toteuttavan hoitohenkilöstön ohjausvalmiudet, ohjauksen toteuttamiseen liittyvät olosuhteet ja ohjauksen toteuttaminen muodostavat toimintaedellytykset hyvälle ohjaukselle. Koska hoitoajat ovat lyhentyneet erityisesti erikoissairaanhoidossa, niin hoidon jatkuvuuteen myös potilaan ohjauksen osalta on kiinnitettävä huomiota ohjauksen painopisteen siirtyessä yhä enemmän perusterveydenhuoltoon. Tässä tutkimuksessa kuvattiin potilasohjauksen prosessia ja sen kehittämistä juuri tästä näkökulmasta. Suomalaisia hoitotieteellisiä tutkimuksia potilasohjauksen kehittämisestä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön kehittämissyhteistyönä ei ole tehty aikaisemmin. Tutkimus tuottaa siten uutta hoitotieteellistä tietoa. Tieto



on merkittävää terveydenhuollon näkökulmasta, koska hoitoaikojen lyhentyessä potilasohjausta tulee kehittää monipuolisin menetelmin.

Potilasohjauksen toimintaedellytyksistä saatua tietoa voidaan hyödyntää hoitohenkilöstön koulutuksessa, perehdyttämisessä ja arvokeskustelussa suuntaamalla niitä heikommin hallituille alueille. Tutkimuksen keskeinen merkitys hoitotyölle on siinä, että se nosti esille ne potilasohjauksen osa-alueet, jotka alentavat potilasohjauksen laatua. Lisäksi löydettiin tekijöitä, jotka ovat yhteydessä potilasohjauksen laadukkaaseen toteuttamiseen. Mielenkiintoista on, että hoitohenkilöstö ei pitänyt tieteellistä tutkimustietoa erityisen merkittävänä tiedon lähteenä potilasohjauksessaan, vaan potilasohjauksessa käytetty tieto perustui työkokemukseen tai pohjakoulutukseen. Tiedetään kuitenkin, että hoitohenkilöstö osallistuu aktiivisesti täydennyskoulutuksiin, ja tämän tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstö haluaisi vielä enemmän koulutusta. Voidaan olettaa, että oikein suunnatulla koulutuksella lisätään hoitohenkilöstön ammattitaitoa ja tietopohjaa. Hoitohenkilöstöä tulisi kuitenkin enemmän rohkaista analysoimaan ja yhdistämään koulutuksessa saatua tietoa hoitotyön toimintaan. Koulutuksen lisäksi näyttöön perustuvaa hoitotyötä saataisiin implementoitua hoitotyön toimintaan säännöllisillä ja suunnitelmallisilla hoitajameetingeillä. Useissa sairaaloissa toimiikin jo aktiivisesti hoitotyön tutkimusneuvostot ja tutkimusklubit, joiden tavoitteena on jakaa tutkittua tietoa.

Tämän tutkimuksen aineistot on kerätty useita vuosia sitten. Tuloksiin se vaikuttaa siten, että esimerkiksi vuonna 2003 hoitohenkilöstöllä ei ollut juurikaan sosiaalisen median käyttömahdollisuuksia potilasohjauksessa. Muutenkin tämän tutkimuksen tulokset antavat kuvan vain silloisesta tilanteesta, eivätkä tulokset todennäköisesti olisi samanlaisia tänä päivänä, sillä hoitohenkilöstön potilasohjauksen toimintamahdollisuudet ovat nykyään erilaiset.

Kehittämistyö on osa hoitohenkilöstön perustyötä, ja työyhteisöistä löytyy aina kehittämisestä kiinnostuneita. On kuitenkin tärkeää, että kehittämistyö mielletään koko työyhteisön asiaksi ja kehittämistyössä mukana oleva työntekijä saa tukea kollegoilta ja esimiehiltä. Kehittämistyöhön osallistuminen tarjoaa ammatillisen kehittymisen mahdollisuuksia, sillä oman työn arvioiminen ja kehittäminen vahvistaa hoitohenkilöstön ammatillista osaamista. Kehittämistyö organisaatioiden välisenä yhteistyönä on erityisen tärkeää, koska potilas saa hoitoa ja ohjausta palveluprosessinsa aikana sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Kehittämistyö ei aina tarvitse tuekseen projektiorganisaatiota, vaan työyhteisöissä voidaan tehdä kehittämistyötä pikkuprojekteina tai työpajatyöskentelyn avulla. Tärkeää kuitenkin on, että kehittämistyö on suunnitelmallista ja tavoitteellista ja että kehittämistyön tuloksista tiedotetaan. Lisäksi koko työyhteisön ja

yhteistyökumppaneiden tulisi tietää, mitä aiotaan kehittää. Tämän tutkimuksen tuloksia voi soveltuvin osin hyödyntää terveydenhuollon kehittämistyön suunnittelussa ja toteutuksessa.

#### **6.4 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet**

1. Potilasohjauksen toimintaedellytyksistä hoitohenkilöstön tiedot ja taidot olivat pääosin hyvää tasoa ja asenteet potilasohjausta kohtaan olivat myönteiset. Kirurgisen hoitohenkilöstön tulisi kuitenkin vahvistaa tietojaan potilaiden toipumisajasta, hoitovaihtoehdoista, kuntoutusvaihtoehdoista ja sosiaali-terveysaluetuoksista. Kirurgisen hoitohenkilöstön pitäisi myös enemmän ohjata potilasta käyttämään vertaistukea sekä huomioida omaisten ohjaaminen. Perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön tulisi vahvistaa tietojaan hoidon jälkeisestä voinnista.
2. Erityisesti nuoret ja työuran alkuvaiheessa olevat työntekijät tarvitsevat tiedollista tukea, perehdyttämistä ja erikoisalakohtaista koulutusta sekä kannustusta, jotta heille rakentuisi vahva ammatti-identiteetti.
3. Käytetyt ohjausmenetelmät hoitohenkilöstö hallitsi hyvin, mutta ohjausmenetelmien monipuolisempaan käyttöön ja potilaan ohjaustarpeisiin perustuvan menetelmän valintaan olisi kiinnitettävä enemmän huomiota. Osaamisen vahvistaminen kannattaa, sillä ohjausmenetelmien hyvä hallinta vaikuttaa myönteisesti ohjauksen toteutukseen. Uudempien ohjaustapojen, esimerkiksi audiovisuaalisen ohjauksen, käytöstä tarvitaan lisää koulutusta.
4. Potilasohjauksen toimintamahdollisuuksiin olisi kiinnitettävä huomiota. Työympäristöä, työmenetelmiä ja perehdytystä olisi kehitettävä niin, että hoitohenkilöstöllä on potilasohjauksessa tarvittavia tiloja, välineistöä ja aikaa.
5. Potilasohjauksen kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön yhteistyönä tuottaa myönteisiä tuloksia sekä yksilöiden että organisaatioiden kannalta. Kehittämisyhteistyö lisää organisaatioiden välistä yhteistyötä ja parantaa tiedonkulkua potilaan hoitoprosessissa.
6. Osallistuminen kehittämistyöhön vaatii motivaatiota ja sitoutumista, yhteistyökykyä, avoimuutta, keskinäistä arvostusta ja vastavuoroisuutta. Kehittämistyön suunnitteluun ja osallistujien rekrytoimiseen on tärkeää paneutua perusteellisesti, jotta kehittämistyö käynnistyy hyvin ja sujuu ongelmitta. Kehittämistyön tukirakenteilla, etenkin johtamisella ja esimiestoiminnalla, on merkittävä osuus kehittämistyön onnistumisessa.

7. Kehittämistyössä toimiminen tarjoaa ammatillisen kehittymisen mahdollisuuksia sekä parantaa yksilöllistä ja kollektiivista osaamista sekä vahvistaa hoitotyön asiantuntijuutta. Kehittämismenetelmänä itseohjautuva tiimityö on haastavaa, mutta mahdollistaa kaikkien osallistujien tietotaidon hyödyntämisen ja innovatiivisen toiminnan.
8. Hyvin suunniteltua ja toteutettua verkostokehittämistä voi suositella käytettäväksi hoitotyön käytäntöjen kehittämiseen.

## **6.5 Jatkotutkimusaiheet**

1. Potilasohjauksen toimintaedellytyksiin liittyvää tutkimusta tulee jatkaa. Koska hoitohenkilöstön arvioinnit omista asenteellisista ohjausvalmiuksista olivat ristiriitaisia potilaiden arviointeihin verrattuna, tutkimusta voisi tehdä myös havainnoimalla ohjaustilanteiden toteutumista.
2. Lyhentyneet hoitoajat edellyttävät monimuotoisia ohjausmenetelmiä. Terveystieteiden yksiköissä tulisi järjestää täydennyskoulutusta ohjausmenetelmistä ja tehdä tutkimusta koulutusinterventioita vaikutuksista.
3. Nopeatempoisissa hoitoprosesseissa potilasohjauksen toteutuksen laatu korostuu. Potilaslähtöistä ja vuorovaikutuksellista ohjausta tulisi ylläpitää ja kehittää hoitohenkilöstöön kohdistuvien koulutus- ja käytännönläheisten harjoitusinterventioiden avulla, joihin liitetään seuranta tutkimusta sekä potilaiden että hoitohenkilöstön näkökulmista.
4. Potilasohjauksen kehittämistyöhön osallistuminen hoitohenkilöstöön kohdistuvana interventiona on vielä uutta ja vaatii lisää tutkimusta myös määrällisillä menetelmillä.



## Lähteet

- Absetz P, Sachiyo Y, Hankonen N & Valve R (2008) Ryhmäohjaajan roolin ja käsitysten yhteys ohjattavien onnistumiseen elämänmuutoksessa. *Hoitotiede* 20(5): 248–257.
- Ahgren B & Axelsson R (2007) Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden. *International Journal of Health Planning and Management* (22): 145–157.
- Alaloukusa-Lahtinen J (2008) Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana. Pro gradu –tutkielma. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos.
- Anderson R & Funnell M (2010) Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling* 79: 277–282.
- Anttila M (2012) Kehittämispääoman synty ja rakentuminen strategisessa palvelujen laadun kehittämistyössä. Case-tutkimus tamperelaisten hyvinvointipalvelujärjestöjen verkostomaisesta laadunkehittämistyöstä. *Acta Universitatis Tampereensis* 1182.
- Anttila A (2006) Sairaanhoidajan osaaminen terveyskeskuksen vuodeosastolla. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Arnez JE & Hasson H (2007) Evaluation of an educational “toolbox” for improving nursing staff competence and psychosocial work environment in elderly care: Results of a prospective, non-randomized controlled intervention. *International Journal of Nursing Studies* 44: 723–735.
- Arranz P, Ulla S, Ramos J, del Rincon C & Lopez-Fando T (2005) Evaluation of a counseling training program for nursing staff. *Patient Education and Counseling* 56: 233–239.
- Atwal A & Caldwell K (2005) Do all health and social care professionals interact equally: a study of interactions in multidisciplinary teams in the United Kingdom. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19: 268–273.
- Baker D, Day R & Salas E (2006) Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health services Research* 41(4): 1576–1598.
- Baraz S, Parvardeh S, Mohammadi E & Broumand B (2010) Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having haemodialysis. *Journal of Advanced Nursing* 66(1): 60–68.
- Barnason S, Zimmerman L & Yuong L (2012) An integrative review of interventions promoting self-care of patients with heart failure. *Journal of Clinical Nursing* 21(3–4): 448–475.
- Bensing J, Rimondini M & Visser A (2013) What patients want. *Patient Education and Counseling* 90: 287–290.
- Björk I, Hansen B, Samdal G, Torstad S & Hamilton G (2007) Evaluation of clinical ladder participation in Norway. *Journal of Nursing Scholarship* 39(1): 88–94.
- Burns N & Grove S (2005) *The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Elsevier/Saunders.
- Camerini L, Schulz P & Nakamoto K (2012) Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients’ self-management and health outcomes: A cross-sectional evaluation. *Patient Education and Counseling* 89: 337–344.

- Coleman J (2009) Social capital in the creation of human capital. *The American Journal of Sociology* 94: 95–120. Saatavilla: <http://www.jstor.org/stable/2780243>, luettu 14.11.2012.
- Cunningham D & Kelly D (2008) Community nursing managers' perceptions and experiences of protected learning time: a qualitative study. *Quality in Primary Care* 16(9): 39–47.
- de Boer D, Delnoij D & Rademakers J (2013) The importance of patient-centered care for various patient groups. *Patient Education and Counseling* 90: 405–410.
- Elo S & Kyngäs H. (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1): 107–115.
- Elomaa L & Mikkola H (2010) Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 12. Saatavilla: <http://julkaisumyynti.turkuamk.fi/PublishedService?pageID=9&itemcode=9789522160652>, luettu 7.10.2013.
- Eloranta S, Katajisto J & Leino-Kilpi H (2008) Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. *Hoitotiede* 20(3): 115–125.
- Eloranta S, Katajisto J, Savunen T & Leino-Kilpi H (2009) Polikliinisen hoidon laatu kirurgisen potilaan arvioimana. *Tutkiva Hoitotyö* 7(4): 12–19.
- Eraut M (2004) Informal learning in the workplace. *Studies in Continuing Education* 26(2): 247–273.
- Ervasti T (2004) Perioperatiivisten sairaanhoitajien valmiudet ohjata potilaita. Pro gradu – tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- ETENE (2001)  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf), luettu 21.10.2013.
- Fusilero J, Lini L, Prohaska P, Szweida C, Carney K & Mion L (2008) The career Advancement for Registered Nurse Excellence Program. *Journal of Nursing Administration* 38(12): 526–531.
- Gilmartin J & Wright K (2007) The nurse's role in day surgery: a literature review. *International Nursing Review* 54(2): 183–190.
- Gustafsson C & Fagerberg I (2004) Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing* 13: 271–280.
- Hallin K & Danielson E (2008) Registered nurses' perceptions of their work and professional development. *Journal of Advanced Nursing* 61(1): 62–70.
- Hasson H & Arnetz J (2008) The impact of an educational intervention for elderly care nurses on care recipients' and family relatives' ratings of quality of care: A prospective, controlled intervention study. *International Journal of Nursing Studies* 45: 166–179.
- Hautamäki-Lamminen K, Åstedt-Kurki P, Lehto J & Kellokumpu-Lehtinen P (2010) Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta? *Hoitotiede* 22(4): 282–290.
- Hedman J, Tamminen K & Puhakka A (2008) Onko luulo suomalaisten astman hyvästä hoitotasapainosta tiedon väärä? *Suomen Lääkärilehti* 63(34): 2691–2696.

- Heikkilä T (2010) Tilastollinen tutkimus. Helsinki, Edita Prima Oy.
- Heikkinen K, Leino-Kilpi H, Nummela T, Kaljonen A & Salanterä S (2008) A comparison of two educational interventions for the cognitive empowerment of ambulatory surgery patients. *Patient Education and Counseling* 73: 272–279.
- Heikkinen K (2011) Tiedollista voimavaraistumista tukeva internet-perustainen ohjaus päiväkirurgisille ortopedisille potilaille. *Annale Universitatis Turkuensis D* 973.
- Heikkinen K, Leino-Kilpi H, Vahlberg T & Salanterä S (2012) Ambulatory orthopaedic surgery patients' symptoms with two different patient education methods. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 16: 13–20.
- Heiskanen S (2009) MS-tautiin vastasairastuneiden terveyteen liittyvä elämänlaatu. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 175.
- Henderson A & Winch S (2008) Staff development in the Australian context: Engaging with clinical contexts for successful knowledge transfer and utilization. *Nurse Education in Practice* 8: 165–169.
- Hoitotyön suositus (2011) Sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjaus. Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2008 (viitattu 14.4.2013). Saatavilla: [www.hotus.fi](http://www.hotus.fi).
- Hoitotyön suositus (2013) Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisien kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2008 (viitattu 14.4.2013). Saatavilla: [www.hotus.fi](http://www.hotus.fi).
- Holmström I & Röing M (2010) The relation between patient-centeredness and patient empower: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling* 79: 167–172.
- Holma S, Koivula M & Joronen K (2010) Kipupotilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta. *Hoitotiede* 22(4): 291–301.
- Hukkanen E & Vallimies-Patomäki M (2005) Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. *Selvitys Kansallisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen työnjakopiloteista*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 21.
- Hyttinen H & Kanerva A-M (2011) Iäkkään lonkkamurtumapotilaan ohjaus: systematisoitu kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva Hoitotyö* 9(2): 12–20.
- Håkanson C, Sahlberg-Blom E, Ternstedt MB & Nyhlin H (2011) Learning to live with irritable bowel syndrome. The influence of a group-based patient education programme on peoples' ability to manage illness in everyday life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25: 491–498.
- Höglund A, Winblad U, Arnetz B & Arnetz J (2010) Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24: 482–489.
- Hönninen H, Kuorelahti R, Holmstedt A, Heiskanen M, Hinkkanen S-M, Kultti V, Uusi-paasto K & Virtanen A-M (2011) Fast track –hoitomallin kehittäminen Keski-Suomen keskussairaalassa vatsakirurgisella osastolla 22. Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin julkaisusarjan julkaisu 124/2011.
- Isola A, Backman K, Saarnio R, Kääriäinen M & Kyngäs H (2007) Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 19(2): 51–62.

- Janhonen M (2010) Tiedon jakaminen tiimityössä. Työ ja ihminen Tutkimusraportti 39 Työterveyslaitos Helsinki. 978-952-261-013-3 (PDF)
- Jalava J, Roine S, Hassinen R & Pensola T (2007) Hyvistä käytännöistä lupaaviin tuloksiin. Selvitys 55–69 –vuotiaiden toiminta- ja työkyvyn edistämiseen keskittyneistä hankkeista ja hyvistä käytännöistä. Kuntoutussäätiön työselosteita 34/2007. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Johansson K (2006) Empowering orthopaedic patients through education. *Annales Universitatis Turkuensis Medica* 728.
- Johansson K, Salanterä S & Katajisto J (2007) Empowering orthopaedic patients through preadmission education: Results from a clinical study. *Patient Education and Counseling* 66: 84–91.
- Johansson K, Katajisto J & Salanterä S (2010) Pre-admission education in surgical rheumatology nursing: towards greater patient empowerment. *Journal of Clinical Nursing* 19: 2980–2988.
- Johnson A, Hong H, Groth M & Parker SK (2011) Learning and development: promoting nurses' performance and work attitudes. *Journal of Advanced Nursing* 67: 609–620. Saatavilla: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05487.x>, luettu 7.4.2012.
- Jones J, Papadakos J, Bennet C, Blacker S, Catton P, Harth T, Hatton-Bauer J, McGrath K, Schwartz F, Turnbull G, Walton T & Jusko-Friedman A (2011) Maximizing your patient education skills (MPES): A multi-site evaluation of an innovative patient education skills training course for oncology health care professionals. *Patient Education and Counseling* 84: 176–184.
- Järvensivu A (2006) Oppiminen työnä ja työpaikkapelinä. *Acta Universitatis Tampereensis* 1199.
- Järvensivu A, Valkama P & Koski P (2009) Työssä oppimisen käytännöt ja työn mielekyys. Tapaustutkimuksia moraalisen sopimuksen viitekehyksessä. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Työ ja yrittäjyys 2/2009.
- Kaakinen P, Kääriäinen M & Kyngäs H (2012a) The chronically ill patients' quality of counselling in the hospital. *Journal of Nursing Education and Practice* 2(4): 114–123.
- Kaakinen P, Patala-Pudas L, Kyngäs H & Kääriäinen M (2012b) Counseling chronically ill adults in the healthcare setting: An integrative literature review. *Journal of Nursing Education and Practice* 2(3): 185–202.
- Kaakinen P (2013) Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 1214.
- Kajamaa A (2011) Unraveling the helix of change: An activity-theoretical study of health care change efforts and their consequences. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-6990-1> Helsingin yliopisto, käyttäytymistieteellinen tiedekunta, käyttäytymistieteiden laitos. Väitöskirja (artikkeli)
- Kalisch B, Weaver S & Salas E (2009) What does nursing teamwork look like? A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality* 24(4): 298–307.
- Kanste O, Lipponen K, Kyngäs H & Ukkola L (2007) Potilasohjauksen kehittäminen alueellisena verkostoyhteistyönä yli organisaatorajojen. *Tutkiva Hoitotyö* 5(3): 30–33.



- Kanste O, Lipponen K, Kyngäs H & Ukkola L (2008). Terveydenhuoltohenkilöstön työhyvinvointi kunnallisissa perusterveydenhuollossa. *Hoitotiede* 20(5): 278–288.
- Kanste O, Lipponen K, Kääriäinen M & Kyngäs H (2010) Effects of network development on attitudes towards work and well-being at work among health care staff in northern Finland. *International Journal of Circumpolar Health* 69(4): 394–403.
- Kanste O (2011) Johtajuuden yhteys hoitohenkilöstön työasenteisiin ja työhyvinvointiin. *Tutkiva Hoitotyö* 9(2): 30–36.
- Karvonen K (2012) Eteisvärinäpotilaiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta päivystyspoliklinikalla sähköisen rytminsiirron yhteydessä. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö.
- Kerosuo H & Engeström Y (2003) Boundary crossing and learning in creation of new work practice. *Journal of Workplace Learning* 15(7–8): 345–351.
- Kerosuo H (2006) *Boundaries in Action : An Activity-theoretical Study of Development, Learning, and Change in Health Care Organization for Patients with Multiple and Chronic Illnesses*. University of Helsinki, Department of Education.
- Kilpiö A, Haho P & Vänttinen M (2007) Verkoston ja jaetun asiantuntijuuden tukeminen prosessisimuloinnin avulla. Teoksessa Haho P, Vänttinen M & Kilpiö A. (toim.): *Kimpassa tuloksiin: KIMPPA-tutkimushankkeen loppuraportti*. Helsinki University of Technology SimLab Publications Report Series: 18, Espoo: Helsinki University of Technology, SimLab: 20–27.
- Kiviaho-Tiippa A (2012) Diabeetikon jalkaongelmien ennaltaehkäisy Itä-Suomessa. Jalkojen kunto, omahoitokäytänteet, ohjaus ja seuranta diabeetikoiden arvioimana. Itä-Suomen yliopisto. *Dissertations in Health Sciences* 95.
- Kivimäki R (2011) Työhyvinvointi on tehtävä. Terveydenhuoltoalan työpaikat työhyvinvointia kehittämässä. Tampereen yliopisto. Työelämän tutkimuskeskus. Työraportteja 87/2011.
- Koelling T, Johnson M, Cody R & Aaronson K (2005) Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation* 111 (179): 179–185.
- Korhonen A, Korhonen T & Holopainen A (2010) Asiantuntijuus ja näyttöön perustuva toiminta. *Tutkiva Hoitotyö* 8(3): 38–42.
- Kvarnström S & Cedersund E (2006) Discursive patterns in multiprofessional healthcare teams. *Nursing and Health care Management and Policy* 53(2): 244–252.
- Kylmä J & Juvakka T (2007) *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Kyngäs H (2003) Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. *Journal of Clinical Nursing* 12(5): 744–751.
- Kyngäs H, Kääriäinen M, Poskiparta M, Johansson K, Hirvonen E & Renfors T (2007) *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki, WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kyngäs H & Hentinen M (2008) *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. WSOY. Porvoo.
- Kähkönen O, Kankkunen P & Saaranen T (2012) Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. *Hoitotiede* 24(3): 201–215.
- Kääriäinen M, Kyngäs H, Ukkola L & Torppa K (2005) Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* 3 (1): 10–15.

- Kääriäinen M, Kyngäs H, Ukkola L & Torppa K (2006) Terveystenhoitohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18(1): 4–13.
- Kääriäinen M (2007) Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 889.
- Kääriäinen M & Kyngäs H (2010a) Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. *Hoitotiede* 17(4): 208–216.
- Kääriäinen M & Kyngäs H (2010b) The quality of patient education evaluated by the health personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24: 548–556.
- Kääriäinen M, Kukkurainen M-L, Kyngäs H & Karppinen L (2011) Improving the quality of rheumatoid arthritis patients' education using written information. *Musculoskeletal Care* 9(1): 19–24.
- Laaksonen A (2008) Osastonhoitaja sairaanhoitajan kliinisen osaamisen tukijana ja edistäjänä. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Lahtinen M (2008) Uniapneapotilaan kokemukset saamastaan Cpap-hoidon ohjauksesta ja hoidon sujuvuudesta. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Laine M, Wickström G, Pentti J ym. (2006) Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla 2005. Työterveyslaitos. Tampere.
- Laki (785/1992) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>, luettu 21.10.2013.
- Laki (1326/2010) Terveystenhoitolaki. 30.12.2010/1326. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>, luettu 21.10.2013.
- Laki (559/1994) Laki terveystenhoillon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>, luettu 21.10.2013.
- Lammintakanen J, Kivinen T & Kinnunen J (2008) Human resource development in nursing: views of nurse managers and nursing staff. *Journal of Nursing Management* 16: 556–564.
- Lampela P (2009) Keuhkohtaumataudin sairaalahoito perusterveystenhoilossa ja erikoissairaanhoidossa. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 1025.
- Leahy M, Krishnasamy M, Herschtal A, Bressel M. ym. (2013) Satisfaction with nurse-led telephone follow up for low to intermediate risk prostate cancer patients treated with radical radiotherapy. A comparative study. *European Journal of Oncology Nursing* 17(2): 162–169.
- Leino K (2011) Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä – Substantiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana. *Acta Universitatis Tampereensis* 1652.
- Leino-Kilpi H, Johansson K, Heikkinen K, Kaljonen A, Virtanen H & Salanterä S (2005) Patient education and health-related quality of life: surgical hospital patients as a case in point. *Journal of Nursing Care Quality* 20: 307–316.
- Linnajärvi U (2010) Perusterveystenhoillon hoitohenkilökunnan yleiset potilasohjausvalmiudet sekä tiedolliset valmiudet sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Lipponen K (2004) Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet. Pro gradu –tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveysthallinnon laitos.

- Lipponen K, Kyngäs H & Kääriäinen M (toim) (2006) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu.
- Lipponen K, Kanste O, Kyngäs H & Ukkola L (2008a) Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 45: 121–135.
- Lipponen K, Ukkola L, Kanste O & Kyngäs H (toim) (2008b) Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu.
- Liukkonen V, Virtanen P, Kivimäki M, Pentti J & Vahtera J (2004) Social capital in working life and the health of employees. *Social Science & Medicine* 59: 2447–2458.
- Lunnela J (2011) Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 1096.
- Lynn MR, McMillen BJ & Sidani S (2007) Understanding and measuring patients' assessment of the quality of nursing care. *Nursing Research* 56: 159–166.
- Lähihoitajan eettiset ohjeet (2009) Suomen lähi- ja perushoitajaliitto. Saatavilla: [http://www.superliitto.fi/datafiles/userfiles/File/esitteet/Laahihoitajan\\_eettiset\\_ohjeet\\_nettiin.pdf](http://www.superliitto.fi/datafiles/userfiles/File/esitteet/Laahihoitajan_eettiset_ohjeet_nettiin.pdf), luettu 13.6.2013
- Lönnberg P & Koivunen M (2011) Tahdistinpotilaan tiedontarve Satakunnan keskussairaalan Sydänyksikön poliklinikalla. Saatavilla: <http://www.vete.fi/julkaisut.html>, luettu 2.12.2011.
- Matero H, Pietilä A-M & Kankkunen P (2007) Iho- ja nivelpsoriaasista sairastavan hoidon jatkuvuus – systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva Hoitotyö* 5: 25–31.
- Matsuyama R, Kuhn L, Molisani A & Wilson-Genderson M (2013) Cancer patients' information needs the first nine months after diagnosis. *Patient Education and Counseling* 90: 96–102.
- Mattila E (2011) Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. *Acta Universitatis Tampereensis* 1107.
- McLellan H, Bateman H & Bailey P (2005) The place of 360 degree appraisal within a team approach to professional development. *Journal of Interprofessional Care* 19(2): 137–148.
- McMurray A, Johnson P, Wallis M, Patterson E & Griffiths S (2007) General surgical patients' perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home. *Journal of Clinical Nursing* 16: 1602–1609.
- Metsämuuronen J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Miers M & Pollard K (2009) The role of nurses in interprofessional health and social care teams. *Nursing Management* 15(9): 30–35.
- Morrow G, Malin N & Jennings T (2005) Interprofessional teamworking for child and family referral in a Sure Start local programme. *Journal of interprofessional Care* 19(2): 93–101.

- Munroe D, Duffy P & Fisher C (2008) Nurse knowledge, skills, and attitudes related to evidence-based practice: Before and after organizational supports. *Medsurg Nursing* 17(1): 55–60.
- Mäenpää P (2007) Potilaslähtöisen ohjausprosessin toteutuminen potilaan arvioimana. Pro gradu –tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus.
- Mäkeläinen P (2009) Nivelreumaa sairastavan potilaan ohjaus ja potilaan hallinnan tunne. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 167.
- Naukkarinen EL (2008) Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 157.
- Niiniluoto I (1984) Johdatus tieteenfilosofiaan – Käsitteen- ja teorian muodostus. Helsinki, Otava.
- Nikki L & Paavilainen E (2010) Läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede* 22(4): 312–323.
- Nordback I, Salo M, Holmberg-Marttila D, Päivä H, Liimatainen T ym. (2010) Kehittämistyössä tarvitaan täsmällisiä termejä. *Suomen Lääkärilehti* 65(17): 1549–1551.
- Nummenmaa L (2009) Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät. 1. p., uud. laitos. Helsinki: Tammi.
- O’Neil E, Hirschhorn C, Morjikian R, West T & Cherner D (2008) Developing Nursing leaders. An overview of trends and programs. *Journal of Nursing Administration* 38(4): 178–183.
- Oranta O, Luutonen S, Salokangas R, Vahlberg T & Leino-Kilpi H (2011) The effects of interpersonal counselling on health-related quality of life after myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing* 20(23–24): 3373–3382.
- Orava M, Kyngäs H & Kääriäinen M (2012a) Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede* 24(3): 216–231.
- Orava M, Kyngäs H & Kääriäinen M (2012b) Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede* 24(3): 232–243.
- Palliadelis P, Cruickshank M & Sheridan A (2007) Caring for each other: how do nurse managers manage their role? *Journal on Nursing Management* 15: 830–837.
- Partanen P, Heikkinen T & Vehviläinen-Julkunen K (2005) Sairaanhoidajien työolobarometri 2004. Suomen Sairaanhoidajaliiton jäsenkysely, raportti.
- Peikes D, Chen A, Schore J & Brown R (2009) Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among Medicare beneficiaries: 15 randomized trials. *The Journal of the American Medical Association* 301(6): 603–618.
- Pekkarinen T (2007) Toimiiko potilasohjaus? *Suomen Lääkärilehti* 62(11): 1103.
- Peltoniemi A (2007) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen valmiudet ohjata hemofiliaa sairastavia ja heidän perheitään. *Acta Universitatis Ouluensis Medica* D 912.
- Perälä M-L, Junttila K & Toljamo M (2007) Benchmarking-järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön. Työpapereita / Stakes 19/2007 Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuskeskus.

- Perry B (2009) Role modeling excellence in clinical nursing practice. *Journal of Nurse Education in Practice* 9: 36–44.
- Pohjolainen T, Orenius T, Hurri H & Haanpää M (2010) Kipukuntoutuksen varhentaminen parantaa tuloksia. *Suomen Lääkärilehti* 65(17): 1535–1543.
- Polit D & Beck C (2011) *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th Edition, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA.
- PPSHP (2009) Tutkimuslupakäytännöt ja eettisen toimikunnan lausunnon tarve. *Hallintokeskuksen tiedote* 13/2009.
- Pryor J & Buzio A (2010) Enhancing inpatient rehabilitation through the engagement of patients and nurses. *Journal of Advanced Nursing* 66(5): 978–987.
- Rankinen S, Salanterä S, Heikkinen K, Johansson K, Kaljonen A, Virtanen H & Leino-Kilpi H (2007) Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care* 19(2): 113–119.
- Ratcheva V (2009) Integrating diverse knowledge through boundary spanning processes – The case of multidisciplinary project teams. *International Journal of Project Management* 27: 206–215.
- Rauma M, Raappana A, Melkas H & Toikkanen T (2007) Kokemuksia vanhustyön työyhteisöjen kehittämisestä – työparitoiminta ja tutkimuksellisuus. *Työpoliittinen Aikakauskirja* 1: 66–74.
- Routasalo P, Airaksinen M, Mäntyranta T & Pitkälä K (2010) Pitkäaikaissairaalan omahoidon opastus. *Suomen Lääkärilehti* 65(21): 1917–1923.
- Ryhänen A (2012) Internet-based breast cancer patient’s pathway as an empowering patient educational tool. *Annales Universitatis Turkuensis D* 1045.
- Räty T (2011) Internetin sisältämä terveystieto. Haaste potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutukselle? Pro gradu –tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisenlaitos.
- Sairaanhoitajan eettiset ohjeet (1996)  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/sairaanhoitajan\\_tyo\\_o/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/), luettu 21.10.2013.
- Salminen-Tuomaala M, Kurikka S, Korkiamäki K & Paavilainen E (2008) Potilaan saattajien ohjauksen tarve päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede* 20(5): 258–266.
- Salminen-Tuomaala M, Kaappola A, Kurikka S, Leikkola P, Vanninen J & Paavilainen E (2010) Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva Hoitotyö* 8(4): 21–28.
- Salonen A H, Kaunonen M, Meretoja R & Tarkka M-T (2007) Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings. *Journal of Nursing Management* 15: 792–800.
- Savikko N, Hautala L, Kiviniemi K, Puukka P, Leino-Kilpi H & Suominen T (2004) Työn sisäinen hallinta kotisairaanhoidossa ja terveystieteiden pitkäaikaisosastoilla hoitajien kokemana. *Tutkiva Hoitotyö* : 17–23.
- Savikko N (2008) Ikääntyneiden yksinäisyys ja intervention elementit sen lievittämisessä. *Annales Universitatis Turkuensis D* 808.

- Seppänen-Järvelä R (2004) Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin. Stakes, FinSoc arviointiraportteja 4/2004. Helsinki.
- Shah S, Wolitz R & Emanuel E (2011) Refocusing the responsiveness requirement. *Bioethics* 27(3): 151–159.
- Siekinen P (2010) Hoitoketjujen kustannuksien ja vaikuttavuuden arviointi nivelreumapotilailla. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos.
- Silen-Lipponen M (2008) Virheet leikkaustiimityössä - suomalaisten, amerikkalaisten ja englantilaisten hoitajien kokemuksia. *Hoitotiede* 20(3): 138–150.
- Silvennoinen-Nuora L (2010) Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa – Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. *Acta Universitatis Tamperensis* 1558.
- Smith T, Hercules H, Ingersoll G, Carey J & Robinson R (2008) Recruiting, retaining, and advancing careers for employees from underrepresented groups. *Journal of Nursing Administration* 38(4): 184–193.
- Suhonen M & Paasivaara L (2010) Inhimilliset voimavarat projekteissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 47: 123–135.
- Suhonen R, Stolt M, Gustafsson M-L, Katajisto J & Charalambous A (2013) The associations among the ethical climate, the professional practice environment and individualized care in care settings for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 19 NOV 2013, DOI: 10.1111/jan.12297.
- Sulavuori M (2007) Kehittämistyöllä pallo haltuun. Kehittämissuorituksen avulla ideoita lastensuojeluun ja voimavaroja työssä jaksamiseen. Raportteja 3/2007. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki.
- Suominen T, Rankinen S, Kuokkanen L, Kukkurainen M-L, Savikko N & Irvine Doran D (2007) The constancy of work-related empowerment. *Journal of Nursing Management* 15: 595–602.
- STM (2009) Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2919-7>, luettu 1.10.2013.
- Tarkiainen K, Kaakinen P, Kyngäs H & Kääriäinen M (2012) Kvasikokeellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivystysyksikössä. *Hoitotiede* 24(2): 98–113.
- THL 2010. Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö 2010. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/henkilosto](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/henkilosto)
- Thomas M & Hynes C (2007) The darker side of groups. *Journal of Nursing Management* 15: 375–385.
- Thylefors I, Persson O & Hellström D (2005) Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care* 19(2): 102.114.
- Tilastokeskus (2013). Suomen virallinen tilasto (SVT): Tutkimus- ja kehittämistoiminta [verkkojulkaisu]. ISSN = 1798-6206. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 8.7.2013]. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/tkke/kas.html>
- Timmermans O, Van Inge R, Van Petegem P & Denekens J (2012) Team learning an innovation in nursing teams: Results of a comprehensive research project. *Journal of Nursing Education and Practice* 2: 10–21.

- Toikko T & Rantanen T (2009) Käyttäjä- ja toimijälähtöinen kehittäminen. Saatavilla: [www.osaaja.net](http://www.osaaja.net), luettu 4.4.2013.
- TTK (2011) Kunta-alan työolobarometri 2011. [www.ttk.fi/files/2500/Kuntaalan\\_tyoolobarometri\\_2011.pdf](http://www.ttk.fi/files/2500/Kuntaalan_tyoolobarometri_2011.pdf), luettu 7.1.2014.
- Tveiten S & Knutsen IR (2011) Empowering dialogues – the patients’ perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(2): 333–340.
- Tähtinen T (2007) Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet. Pro gradu –tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Vaarala S (2006) Ohjaus silmätautipotilaiden ja omaisten arvioimana. Pro gradu –tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Vataja K (2012) Kehittyvä työyhteisö. Itsearvioinnin hyödyntäminen työyhteisön kehittämisessä kunnallisessa sosiaalitoimessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Tutkimus 86.
- Vehkalahti K (2008) Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Virtanen H, Leino-Kilpi H & Salanterä S (2007) Empowering discourse in patient education. *Patient Education and Counseling* 66(2): 140–146.
- Virtanen P, Paavilainen E, Helminen M & Åstedt-Kurki P (2010) Aivoverenkiertohäiriöpotilaan tiedonsaanti päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede* 22(4): 302–311.
- Vuorinen R (2008) Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. *Acta Universitatis Tamperensis* 1358.
- Wenger E (2002) Communities of practice - a brief introduction. [http://www.ewenger.com/theory/communities\\_of\\_practice\\_intro.htm](http://www.ewenger.com/theory/communities_of_practice_intro.htm) (Luettu 12.9.2010)
- Wilcock J, Iliffe S, Turner S, Bryans M, O’Carroll R ym. (2009) Concordance with clinical practice guidelines for dementia in general practice. *Aging and Mental Health* 13(2):155–161.
- Wilson P, Kendall S & Brooks F (2007) The Expert Patients Programme: a paradox of patient empowerment and medical dominance. *Health and Social Care in the Community* 15(5): 426–438.
- Zakrisson A-B & Hägglund D (2009) The asthma/COPD nurses’ experience of educating patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24: 147–155.
- Österlund Efraimsson E, Hillervik C & Ehrenberg A (2008) Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22(2): 178–185.
- Österlund Efraimsson E, Klang B, Larsson K, Ehrenberg A & Fossum B (2009) Communication and self-management education at nurse-led COPD clinics in primary health care. *Patient Education and Counseling* 77: 209–217.





## Alkuperäisartikkelit

- I Lipponen K, Kyngäs H & Kääriäinen M (2006) Surgical nurses readiness for patient counselling. *Journal of Orthopaedic Nursing* 10: 221–227.
- II Lipponen K, Kanste O, Kyngäs H & Ukkola L (2008) Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 45: 121–135.
- III Lipponen K, Kanste O & Kyngäs H (2013) The development of patient education: experiences of collaborative work between special and primary care in Finland. *Open Journal of Nursing* 3(1): 101–107.
- IV Lipponen K, Kyngäs H & Kanste O (2013) Together we are more effective: Nursing team members' experiences of development work on patient education. *Journal of Nursing Education and Practice* 3(9): 60–69.

Uudelleen julkaistu *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* (vuoteen 2009 saakka *Journal of Orthopaedic Nursing*) (I), *Sosiaalilääketieteellisen Aikakauslehden* (II), *Open Journal of Nursing* (Scientific Research Publishing, SCIRP) (III) ja Sciedu Pressin (IV) luvalla.

Alkuperäisartikkelit eivät sisälly elektroniseen aineistoon.



1221. Sinikumpu, Juha-Jaakko (2013) Forearm shaft fractures in children
1222. Vuorela, Mikko (2013) Role of the *RNF8*, *UBC13*, *MMS2* and *RAD51C* DNA damage response genes and rare copy number variants in hereditary predisposition to breast cancer
1223. Äijälä, Meiju (2013) Studies about contribution of leptin receptor in cardiovascular risk
1224. Turunen, Pauliina (2013) Natural antibodies to malondialdehyde adducts in atherosclerosis
1225. Aikio, Mari (2013) Novel roles for basement membrane collagens : isoform-specific functions of collagen XVIII in adipogenesis, fat deposition and eye development, and effects of the collagen IV-derived matricryptin arresten on oral carcinoma growth and invasion
1226. Turk, Eva (2013) Patient reported outcomes in elderly patients with Diabetes Mellitus Type 2 in Slovenia
1227. Niinimäki, Tuukka (2013) High tibial osteotomy and unicompartmental knee arthroplasty : the treatment of isolated medial osteoarthritis of the knee : a registry-based study in Finland
1228. Niinimäki, Riitta (2013) Osteonecrosis in children, adolescents and young adults treated for cancer
1229. Mattila, Marja-Leena (2013) Autism spectrum disorders : an epidemiological and clinical study
1230. Vaaramo, Kalle (2013) Alcohol affects the outcome after head trauma
1231. Moilanen, Riina (2013) Heterotopic ossification in skin : special focus on multiple miliary osteoma cutis and the role of bone morphogenetic proteins
1232. Vatjus, Ritva (2014) Kohti suhdekeskeisyyttä lääkärin ja potilaan kohtaamisessa : laadullinen tutkimus potilas-lääkärisuhteen hahmottumisesta yleislääkäreiden koulutuksessa
1233. Mankinen, Katariina (2014) Neuropsychological performance and functional MRI findings in children with non-lesional temporal lobe epilepsy
1234. Karvonen, Henna (2014) Ultrastructural and functional characterization of myofibroblasts in lung diseases
1235. Sipola, Seija (2014) Colectomy in an ICU patient population : clinical and histological evaluation

S E R I E S E D I T O R S

**A**  
**SCIENTIAE RERUM NATURALIUM**

*Professor Esa Hohtola*

**B**  
**HUMANIORA**

*University Lecturer Santeri Palviainen*

**C**  
**TECHNICA**

*Postdoctoral research fellow Sanna Taskila*

**D**  
**MEDICA**

*Professor Olli Vuolteenaho*

**E**  
**SCIENTIAE RERUM SOCIALIUM**

*University Lecturer Veli-Matti Ulvinen*

**F**  
**SCRIPTA ACADEMICA**

*Director Sinikka Eskelinen*

**G**  
**OECONOMICA**

*Professor Jari Juga*

**EDITOR IN CHIEF**

*Professor Olli Vuolteenaho*

**PUBLICATIONS EDITOR**

*Publications Editor Kirsti Nurkkala*

ISBN 978-952-62-0371-3 (Paperback)

ISBN 978-952-62-0372-0 (PDF)

ISSN 0355-3221 (Print)

ISSN 1796-2234 (Online)

