

Opinnäytetyö (YAMK)  
Terveys- ja hyvinvointi  
Kliininen asiantuntija  
2017

Tuula Turpeinen

# SAIRAAHOITAJIEN OHJAUSVALMIUKSIEN JA OHJAUSKÄYTÄNTEIDEN KEHITTÄMINEN DIALYYSIYKSİKÖSSÄ

OPINNÄYTETYÖ ( YAMK ) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveys- ja hyvinvointi | Kliininen asiantuntija

Toukokuu 2017 | 60 sivua + 16 liitesivua

Tuula Turpeinen

# SAIRAAHOITAJIEN OHJAUSVALMIUKSIEN JA OHJAUSKÄYTÄNTEIDEN KEHITTÄMINEN DIALYYSIYKSİKÖSSÄ

Sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen keskeisenä elementtinä on potilasohjaus. Laadukas ohjaaminen edellyttää hyviä ohjausvalmiuksia, joita ovat sairaanhoitajan tiedot, taidot ja asenteet. Kehittämistyö toteutettiin itsenäisenä projektina, jonka tavoitteena oli laatia hoitajien ohjausvalmiuksien kehittämissuunnitelma sekä yhtenäiset ohjauskäytänteet hemodialyysipotilaiden ohjaukseen.

Tutkimuksellisen osuuden tavoitteena oli tuottaa tietoa dialyysihoitajien ohjausvalmiuksista ja -edellytyksistä dialyysiyksikössä. Aineisto kerättiin sähköisenä Webropol-kyselynä. Kohderyhmänä oli erään yliopistosairaalan dialyysiyksikön sairaanhoitajat (N=49). Kyselyyn vastasi 25 hoitajaa ja vastausprosentti oli 51 %. Kyselyn tulosten perusteella sairaanhoitajat arvioivat omat teoriatietonsa ohjattavista asioista kokonaisuudessaan melko hyviksi lukuun ottamatta eri kulttuurista tulevan potilaan ohjaamista ja vertaistukeen tai sosiaalietuuksiin liittyviä teoritietoja. Myös ohjausprosessin sairaanhoitajat arvioivat osaavansa pääosin hyvin. Monipuolisten ohjausmenetelmien hallinnassa oli kehitettävää. Lisäksi resurssien koettiin osittain olevan liian niukat laadukkaalle potilasohjaukselle. Potilasohjaus koettiin tärkeäksi ja sairaanhoitajat olivat halukkaita kehittämään potilasohjaajina.

Kyselyn tuloksia hyödyntäen laadittiin sairaanhoitajille ohjausosaamisen kehittämissuunnitelma. Ohjauksen tueksi laadittiin tarkistuslista ohjattavista asioista ja yhtenäistä kirjaamista kehitettiin ohjauksen parantamiseksi. Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää, millä tavoin potilasohjausta toteutetaan sairaanhoitajien arvioimana, potilaiden näkökulmasta tai kirjaamisen perusteella.

ASIASANAT:

sairaanhoitaja, hemodialyysi, potilasohjaus, ohjausvalmiudet

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health and Well-being/Advanced Nursing Practice

May 2017 | 60 pages + 16 appendices

Tuula Turpeinen

# **NURSES' EXPERTISE AND THE COMMON PREVAILING PRACTICE OF HEMODIALYSIS PATIENT COUNSELLING**

One of the essential parts of patient care is giving guidance and instructions. Every nursing professional has the duty of guiding the patient and therefore, the goal is to encounter, listen to and respect the human being. This is emphasized especially among patients with chronic disease. Willingness to develop patient education was expressed in the dialysis unit.

The aim of the project was to improve the quality of patient counselling by redrafting a new plan for the educational needs of dialysis nurses and to formulate common prevailing practice among nurses for hemodialysis patient counselling.

The aim of the study was to explore the opinions of nurses' attitudes, interaction skills and knowledge towards the hemodialysis patient counselling. The data was collected from the dialysis nurses by using a structured questionnaire (n=25) and with the response rate of 51%.

The results of the study indicated that the nursing staff assessed themselves to possess a rather good knowledge of counselling. However, further education was needed to gain more theoretical knowledge related to counselling multicultural patients, welfare benefits and peer support. In addition, a need to develop diverse counselling methods was identified.

The results were utilized in planning the actions for nurses to improve their patient education skills. Furthermore, the documentation of the patient records was developed by making a checklist of patient counselling. In future, more information is needed to investigate how patient counselling is implemented considering the perspective of the nurses and patients, and on the basis of the patient record documentation.

## **KEYWORDS:**

nurse, hemodialysis, patient education, counselling

# SISÄLTÖ

<b>KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO</b>	<b>7</b>
<b>1 JOHDANTO</b>	<b>8</b>
<b>2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT</b>	<b>9</b>
2.1 Projektin tarve ja tavoite	9
2.2 Projektioorganisaatio	10
2.3 Kehittämisprojekti prosessina	11
<b>3 KOHDEORGANISAATION KUVAUS</b>	<b>13</b>
<b>4 POTILASOHJAUksen LÄHTÖKOHDAT</b>	<b>14</b>
4.1 Ohjaus-käsite	14
4.2 Ohjausprosessi	17
4.3 Ohjauksen edellytykset ja ohjausmenetelmät	18
4.4 Sairaanhoitajien ohjausvalmiudet	19
4.4.1 Sairaanhoitajan ohjaustiedot	20
4.4.2 Sairaanhoitajan vuorovaikutus- ja ohjaustaidot	22
4.4.3 Sairaanhoitajan ohjausasetteet	22
<b>5 HEMODIALYYSIPOTILAAN OHJAUS</b>	<b>24</b>
<b>6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS</b>	<b>27</b>
6.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	27
6.2 Kyselylomake	27
6.2.1 Aineiston keruu	29
6.2.2 Aineiston analyysi	30
<b>7 SAIRAANHOITAJIEN OHJAUSVALMIUDET JA -EDELlyTYKSET DIALYYSIYKSIKÖSSÄ</b>	<b>32</b>
7.1 Tutkimustulokset ja taustatiedot	32
7.1.1 Sairaanhoitajien arvio omasta teorian tiedostaan	34
7.1.2 Sairaanhoitajien arvio ohjaustaidoista	36
7.1.3 Sairaanhoitajien asenne potilasohjausta kohtaan	38
7.1.4 Ohjauksen edellytykset dialyysiyksikössä	39

7.2 Johtopäätökset ja pohdinta	40
7.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	43
<b>8 KEHITTÄMISSUUNNITELMA</b>	<b>46</b>
<b>9 YHTENÄISET OHJAUSKÄYTÄNTEET</b>	<b>50</b>
<b>10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI</b>	<b>53</b>
10.1 Tavoitteiden saavuttaminen	53
10.2 Aikataulu ja projektipäällikkyyys	53
10.3 Projektiorganisaation toiminta	54
10.4 Jatkokehittämisideat	54
<b>LÄHTEET</b>	<b>56</b>

## **LIITTEET**

- Liite 1. Munuaispotilaan miellekartta
- Liite 2. Munuaispotilaan hoitopolku
- Liite 3. Sairaanhoidtajien ohjausvalmiudet ja -edellytykset dialyysiyksikössä kyselylomake
- Liite 4. Tutkimustiedote
- Liite 5. Kyselyn saatekirje
- Liite 6. Kehittämissuunnitelma
- Liite 7. Ohjauksen tarkistuslista

## **LIITETAULUKOT**

- Liitetaulukko 1. Sairaanhoidtajien arviot teoretietoistaan.
- Liitetaulukko 2. Sairaanhoidtajien arviot ohjaustaidoistaan.

## KUVIOT

Kuvio 1. Toteutusmalli Silfverbergin projektikäsitettä mukaillen (Silfverberg 2007, 5).	11
Kuvio 2. Ohjaus-käsitteen ominaispiirteet (Kääriäinen 2007, 110).	16
Kuvio 3. Vastaajien ikäjakauma. (n=25)	32
Kuvio 4. Työkokemus hoitoalalta ja dialyysiyksikössä.	33
Kuvio 5. Sairaanhoitajien arvioita omasta teoretiedostaan eri aihealueisiin liittyen asteikolla 1=heikko, 5= eriomainen.	35
Kuvio 6. Sairaanhoitajien arviointi ohjaustaidoistaan. (Ka)	37
Kuvio 7. Hoitokertomuksen näkymä.	52

## TAULUKOT

Taulukko 1. Sairaanhoitajien arviot teoretiedoistaan. (n=25)	34
Taulukko 2. Sairaanhoitajien asenne potilasohjausta kohtaan.	38
Taulukko 3. Ohjauksen edellytykset dialyysiyksikössä.	39

## KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO

Dialyysihoito	Munuaisten vaikeaa vajaatoimintaa hoidetaan dialyysillä. Dialyysihoito korvaa osittain omien munuaisten toimintaa.
Hemodialyysihoito	Hemodialyysillä tarkoitetaan veren puhdistamista kuona-aineista ja ylimääräisestä nesteestä dialyysikoneessa olevan suodattimen avulla.
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
VSS	Vakka-Suomen sairaala
VSSH	Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

# 1 JOHDANTO

Sairaanhoitajan tehtävänä on edistää ihmisten terveyttä sekä tuottaa väestölle laadukkaita, vaikuttavia ja kustannustehokkaita palveluita. Muutokset yhteiskunnassa ja terveydenhuollossa vaikuttavat sairaanhoitajan toimintaympäristöön, tehtävänkuviin sekä osaamiseen. Lisäksi muutokset väestön palvelutarpeissa vaikuttavat sairaanhoitajien osaamisvaatimuksiin. (Eriksson ym. 2015, 16.)

Sairastuminen aiheuttaa potilaalle sekä hänen läheisilleen epävarmuuden, avuttomuuden sekä turvattomuuden tunteita. Selviytymisen kannalta on tärkeää, että tietoa annetaan riittävästi. Tiedon avulla potilas voi osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja samalla mahdollistuvat potilaan itsehoitovalmiudet. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 10.)

Lain (1992/785, 5 §) mukaan potilaalle on annettava tiedot hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista sekä riskitekijöistä niin, että hän ymmärtää riittävästi niiden sisällön. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 4a §) luo perusteen sille, että terveyden- ja sairaanhoitoa toteuttaessa on laadittava suunnitelma koskien potilaan tutkimuksia, hoitoa tai kuntoutusta. Suunnitelma on laadittava yhteistyössä potilaan tai hänen läheistensä kanssa. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2012, 8.)

Henkilöstön osaamiseen ja ohjaustaitoihin painottuvan kehittämisprojektin tarve esitettiin dialyysiosastolta. Sairaanhoitajien ohjausosaamiseen kohdistuvaa tutkimusta ei ole kyseisessä yksikössä aiemmin tehty. Ohjaustilanteet vaihtelevat yksiköstä ja ohjaajasta riippuen. Yksikön kirjalliset ohjeet ovat puutteellisia, vanhentuneita ja myös päällekkäisyyttä sisällöllisesti on havaittu. Lisäksi hoitotyön kirjaamisessa on epäyhtenäisyyttä liittyen potilaan ohjaamiseen eri yksiköiden välillä. Ohjaustyö on hajanaista, eikä sitä ole hallitusti organisoitu.

Kehittämisprojektin tavoitteena oli laatia sairaanhoitajien ohjausvalmiuksien kehittämissuunnitelma sekä yhtenäiset ohjauskäytänteet hemodialyysipotilaiden ohjaukseen. Näillä pyritään parantamaan sairaanhoitajien ohjausosaamista sekä kehittämään potilasohjausta.

## 2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Projektin tarve ja tavoite

TYKS:n erityisvastuualueen hoitotieteellinen tutkimus jaetaan vuosina 2011-2015 painopistealueisiin, joihin kuuluu potilaslähtöisten palveluiden ja potilaan voimavarat, hoitohenkilöstön voimavarat sekä palvelujärjestelmä. Vahvuusalueet ovat potilaiden terveyden edistäminen, hoitoon osallistumista tukeva ohjaus sekä potilaiden ohjauksen monimuotoisen ja vaikuttavien menetelmien hallinta. Hoitohenkilöstön voimavaroihin liittyvät vahvuudet painottuvat hoitohenkilöstön osaamiseen ja sen kehittämiseen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011, 5-9.) VSSHP:n strategiassa vuosille 2017-2018 korostetaan potilaslähtöisyyttä laadukkaissa palveluissa (VSSHP 2016). Tämä projektityö kytkeytyy molempiin edellä mainittuihin linjauksiin.

Projektin tai hankkeen tarvetta pohtiessa tulee miettiä vastauksia kysymyksiin, kuten kenelle projektia tehdään, millaisesta projektityypistä on kysymys, millaisia kohderyhmiä projektilla on ja miksi projekti ylipäänsä pitäisi toteuttaa ja ketä se palvelee (Virtanen 2000, 74,79). Potilasohjauksen kehittämisen tarpeita on havaittavissa käytännön työssä. Potilaan lääkehoitoon sitoutumisessa saattaa olla ongelmia tai toteutunut ruokavaliohoito ei ole tarkoituksenmukainen. Potilasohjaus ja sen vaikuttavuuden esille tuominen käytännön työssä on haastavaa. Ohjausprosessin kirjaaminen ja sen yhtenäistäminen vaativat ponnisteluja, vaikka rakenteisen sähköisen potilastietojärjestelmän pitäisi tätä tukea.

Työ dialyysiyksikössä on usein melko hektistä. Potilaat ovat entistä monisairaimpia ja iäkkäitä. Potilaat vaativat tiheää vitaalielintoimintojen seuraamista hoidon aikana tai potilasmäärä voi olla suuri hoitajaa kohden. Työpäivästä suuri osa kuluu tekniseen toteuttamiseen sekä potilastietojärjestelmien käyttöön. Aika ja sen puute ovat pahin kilpailija laadukkaalle potilasohjaukselle. Työilmapiirin ollessa kiireinen ei jää aikaa uusien asioiden kehittämiseen, vaan asioita joudutaan priorisoimaan.

Tämän projektin tarkoituksena on dialyysihoitajien ohjausvalmiuksien sekä yhtenäisten ohjauskäytänteiden kehittäminen. Projektin tavoitteena on laatia hoitajien ohjausvalmiuksien kehittämissuunnitelma sekä yhtenäiset ohjauskäytänteet hemodialyysipotilaiden ohjaukseen. Tutkimuksellisen osuuden tavoitteena on tuottaa tietoa dialyysihoitajien

ohjausvalmiuksista ja -edellytyksistä. Saatua tietoa on tarkoitus hyödyntää ohjausvalmiuksien kehittämissuunnitelman laatimisessa sekä ohjauskäytänteiden kehittämisessä.

## 2.2 Projektiorganisaatio

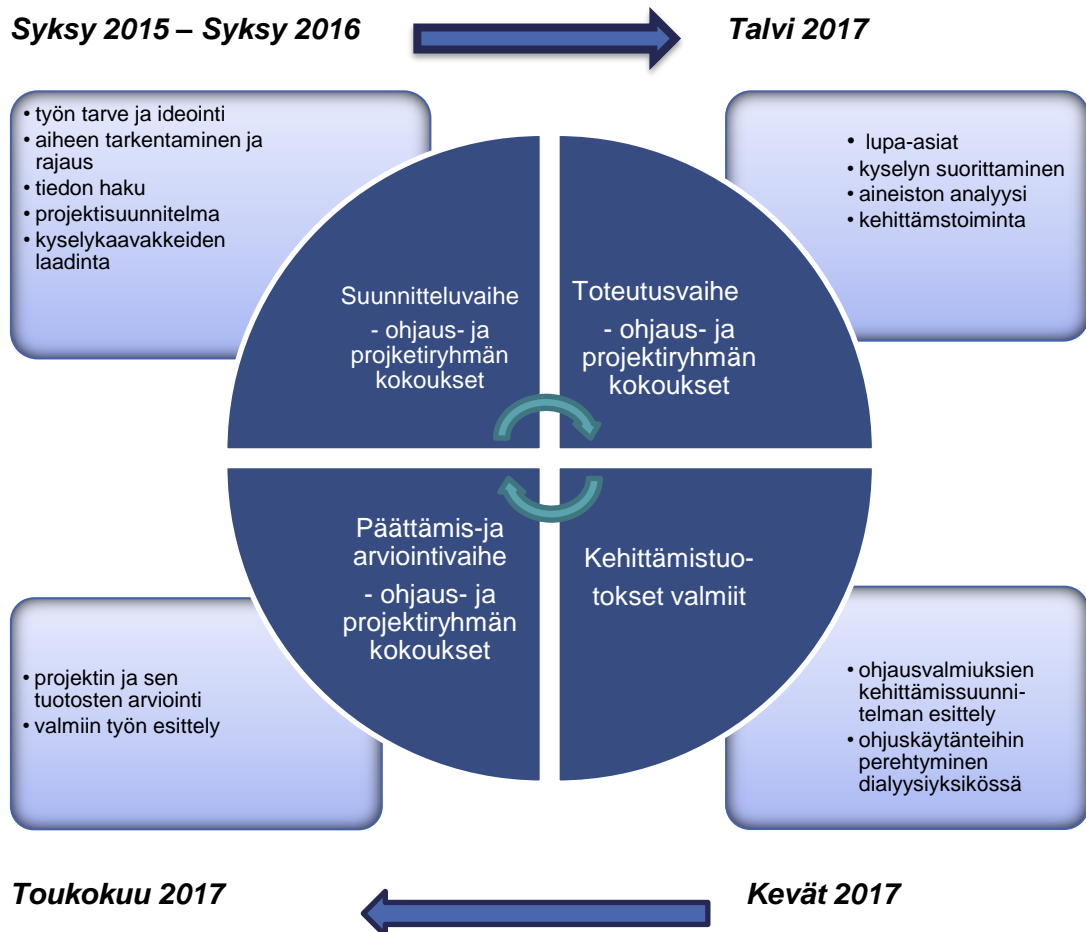
Projektilla tulee olla selkeä johtamismalli ja organisaatio, roolit ja vastuut. Projektilla tulee olla oma, nimetty johtoryhmä. (Ruuska 2014, 144; Silfverberg 2007, 6.) Projektin ohjausryhmän tehtävänä on seurata projektin etenemistä, aikataulua, kustannuksia sekä tehdä tarvittaessa niihin liittyviä päätöksiä. Johtoryhmän tulee myös tukea projektipäällikköä tavoitteiden saavuttamisessa. (Ruuska 2012, 144,149.) Projektin johtoryhmään, jota myös ohjausryhmäksi kutsutaan, kuuluivat dialyysiyksikön osastonhoitaja, tutoropettaja sekä mentori.

Projektin jäsenet ovat ryhmä henkilöitä, jotka sitoutuvat yhteisiin tavoitteisiin toisiaan tuken asetetun päämäärän saavuttamiseksi (Pelin 2009, 279). Projektiryhmää tarvitaan monimutkaisten ongelmien ratkaisussa, joilla on vaikutuksia myös muiden työhön (Ruuska 2012, 150). Kehittämistyön projektipäällikkönä toimi YAMK-opiskelija, joka vastasi työn etenemisestä. Projektipäälliköltä edellytettiin aktiivista otetta työn eteenpäin viemisessä (Pelin 2009, 274).

Tässä projektissa ryhmään osallistui kaksi hoitajaa hemodialyysiyksiköstä, yksi koulutusdialyysistä sekä yksi hoitaja VSS satelliittiyksiköstä ja yksi hoitaja Loimaalta. Salon satelliittiyksiköistä ei valitettavasti ilmoittautunut yhtään vapaaehtoista mukaan. Projektiryhmä muodostui siis viidestä hoitajasta projektipäällikön lisäksi. Haastavaa tämän tyyppiselle projektityölle ja yhteistyön kehittämiselle on dialyysiyksiköiden sijainti eri paikkakunnilla sekä hajautettu toiminta monessa eri paikassa. Etäisyyksien vuoksi projektiryhmässä tehostettiin sähköistä viestintää (Ruuska 2012, 155).

### 2.3 Kehittämisprojekti prosessina

Projektin käynnistämisen motiivina olisi hyvä olla aito tarve (Virtanen 2000, 74). Projektin tavoitteiden tulee olla selkeät ja realistiset. Tavoitteissa kuvataan muutosta, johon projektilla pyritään. Tavoitteista pitää pystyä johtamaan projektin toteutusmalli ja tärkeimmät tuotokset. (Silfverberg 2007, 5, 6.) Kehittämisprojekti eteni prosessin mukaisesti. Kuviossa 1 on esitetty projektin vaiheita ja sen tuotos.



Kuvio 1. Toteutusmalli Silfverbergin projektikäsitettä mukaillen (Silfverberg 2007, 5).

Työn suunnitteluvaiheessa on kehittämisprojektin tavoitteita täsmennetty ja tehty työsuunnitelma (Viirkorpi 2000, 14). Projektipäällikön tehtäviin kuului valmistella kokoukset, esitellä ohjausryhmälle käsiteltävät asiat sekä toimia sihteerinä (Ruuska 2012, 146). Ohjausryhmän kokous pidettiin 8.6.16. Projektipäällikkö valmisteli kokouksen, esitteli käsiteltävät asiat ja laati muistion kokouksen jälkeen. Ohjausryhmän kokouksessa tarkistettiin ryhmän kokoonpano ja sen tehtävät. Projektisuunnitelma hyväksyttiin ja samalla allekirjoitettiin toimeksiantosopimus projektipäällikön, mentorin ja työnantajan edustajan välillä.

Toteutusvaiheessa kartoitettiin kyselytutkimuksella sairaanhoitajien ohjausvalmiuksia sekä edellytyksiä ohjauksen toteuttamiseen hemodialyysiyksikössä. Tutkimustuloksia hyödynnettiin potilasohjauksen kehittämistoiminnan käynnistämisessä.

Projektiryhmää informoitiin syksyllä 2016 kehittämisprojektin senhetkisestä tilanteesta. Varsinaisesti projektiryhmän työskentely alkoi maaliskuussa 2017 kyselyn tutkimustulosten valmistauduttua. Projektiryhmän kokous pidettiin sovitus 16.3.17, johon osallistuivat kolme muuta sairaanhoitajaa kantasairaalaista. Lähisairaaloista kukaan ei päässyt mukaan, mutta heitä informoitiin sähköpostitse. Kokouksessa käytiin läpi kyselytutkimuksen tuloksia ja aloitettiin kehittämissuunnitelman laadinta. Projektiryhmän tavoitteena oli yhdessä ideoida kehittämissuunnitelmaa. Tapaamisia oli yhteensä 3 kertaa ja viestintää tapahtui myös s-postitse. Ohjausryhmän kanssa käytettiin s- postiviestintää työn etene- misestä.

### 3 KOHDEORGANISAATION KUVAUS

Nefrologisen yksikön tavoitteena on turvata riittävät hoitoresurssit aktiivihoidossa oleville kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastaville dialyysipotilaille sekä huolehtia munuaispotilaiden hoidosta ja tutkimuksista (Nefrologisen yksikön toimintasuunnitelma 2012-2013). Kaikkien dialyysihoitoa vaativien potilaiden hoidot aloitetaan keskussairaalassa, jonka jälkeen heille tarjotaan hoitopaikka mahdollisuuksien mukaan kotipaikkakunnan lähisairaalaan.

Dialyysiyksiköt kuuluvat osana Turun yliopistollista keskussairaalaan, medisiiniseen toimialueeseen. Nefrologista toimintaa on jaettu viiteen eri toimipisteeseen TYKS:ssä vuodeosasto ja poliklinikkatoiminta mukaan lukien. Kantasairaalassa ovat akuuttidialyysi, sairaaladialyysi sekä koulutusdialyysi. Kantasairaalan dialyysiyksikkö on tällä hetkellä muutosvaiheessa. Dialyysitoiminta tullaan yhdistämään munuaisvuodeosaston kanssa omaksi munuaiskeskukseksi. Akuuttidialyysin toiminta jatkuu entisellään.

**Akuuttidialyysi** keskittyy vaativien, akuuttidialyysiä tarvitsevien potilaiden hoitoon. Plasmafereesiä (plasmanvaihto) tarvitsevat potilaat hoidetaan akuuttidialyysissä. Tarpeen mukaan toteutetaan myös lapsipotilaiden hemodialyysihoidot. (Toimintakertomus 2014 TO5G – Nefrologia ja dialyysihoidot.)

**Sairaaladialyysissä** hoidetaan monisairaita ja moniongelmaisia, usein iäkkäitä dialyysipotilaita (Toimintakertomus 2014 TO5G – Nefrologia ja dialyysihoidot). Kantasairaalan toimintaan kuuluu myös vastata lähisairaaloitten potilaiden hoito-ongelmiin.

**Koulutusdialyysiosastolla** korostuu potilaan omatoimisuus. Koulutusdialyysin potilaat ovat hyväkuntoisia ja heidät opetetaan hoidon suhteen mahdollisimman omatoimiseksi sairaalaolosuhteissa tai vaihtoehtoisesti kotihoidon pariin. Tavoitteena koulutusdialyysissä on potilaiden omatoimisuuden lisääminen. (Toimintakertomus 2015 TO5G – Nefrologia ja dialyysihoidot.)

Nefrologisen eli munuaisyksikön vastualueelle liitettiin vuonna 2015 lisäksi **Loimaan, Salon ja Vakka-Suomen** lähisairaaloitten dialyysiyksiköt. Tässä työssä käytetään kaikista edellä mainituista toimipaikoista yhteistä nimitystä dialyysiyksikkö.

.

## 4 POTILASOHJAUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Väestön ikääntyminen on yksi tekijä, mikä tuo mukanaan pitkäaikaisia sairauksia. Krooninen munuaisten vajaatoiminta liittyy yhä useammin johonkin pitkäaikaissairauteen, kuten diabetes tai verenpainetauti. Potilaan selviytymisen tueksi tarvitaan potilaan ja omaisten tukemista ja ohjausta omatoimisuuden ja itsehoidon takaamiseksi. (Alahuhta 2008, 9.) Itsehoito on hyvin tärkeää, koska sairaus ja sen hoito saattavat lisätä potilaan riippuvuutta muista etenkin hemodialyysihoidon aloittamisen jälkeen. Potilaiden oireet ovat jatkuvia ja lisäksi sairauden hoidot ja rajoitukset ovat monimutkaisia. Usein potilaat ovat epävarmoja selviytymisestään. (Joanna Briggs Institute, 2011.) JBI-suositusten mukaan potilaan osallistuminen ohjaukseen on tehokas keino lisätä itseluottamusta itsehoitoon ja vähentää masennusta. Itsehoitotaitojen lisääminen auttaa parantamaan potilaan psykososiaalisia taitoja sekä päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. (Joanna Briggs Institute, 2011.)

Dialyysipotilaat kohtaavat sairastuessaan monia vaikeuksia, kuten rajoituksia ruokavaliassa ja nesteiden nauttimisessa, työkyvyn ylläpidossa, taloudellisissa asioissa sekä sosiaalisissa suhteissa. Sairaanhoidajien toteuttama hoitotyö sekä psyykinen tuki ovat erittäin tärkeitä potilaan elämän laadun kannalta sairauden kroonisuuden ja moninaisuuden vuoksi. (Stravroula ym. 2014, 205.)

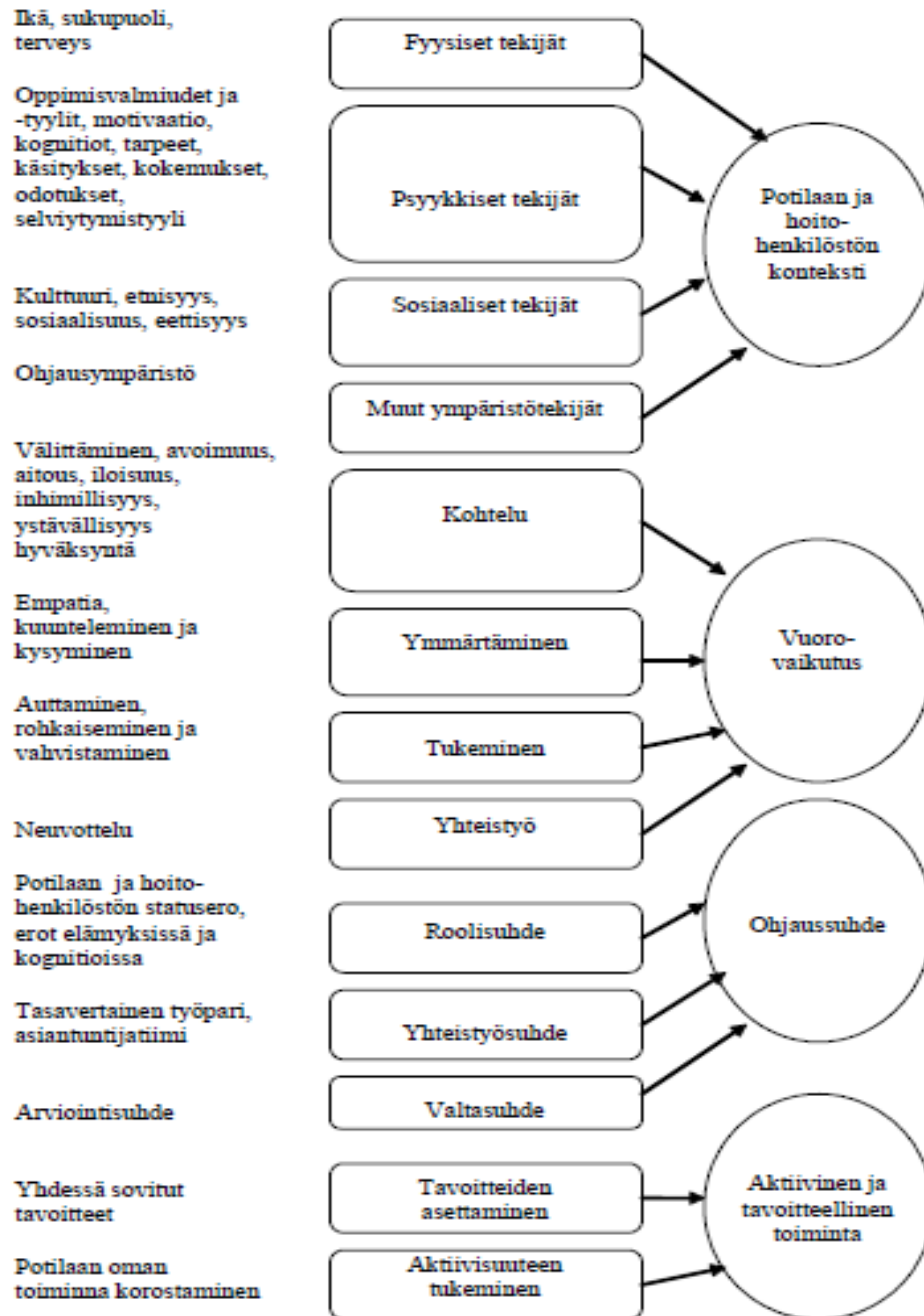
### 4.1 Ohjaus-käsite

Hoitotieteessä ja hoitotyössä käytetään paljon ohjaus-käsitettä. Ohjausta käytetään sanojen neuvonta, tiedon antamisen ja opetuksen rinnalla. (Kääriäinen 2007, 27.) Käsitteiden välillä on kuitenkin eroavaisuuksia. Neuvonta on prosessi, jossa potilasta autetaan tekemään valintoja. Potilas voi esimerkiksi päättää opeteltavan asian. Neuvonnassa voidaan antaa suoria neuvoja. Tiedon antamisessa olennaista on ohjattavan asian sisältö, jolloin vuorovaikutus on vähäisempää ja kirjallisen materiaalin käyttö on runsaampaa. Opetus puolestaan koostuu suunnitellusta toiminnasta, joka vaikuttaa potilaan käyttäytymiseen. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.)

Ohjaus edeltää opetusta (Kääriäinen & Kyngäs 2014). Kuviossa 2 on esitetty yhteenveto ohjaus-käsitteen ominaispiirteistä. Ohjaus voidaan määritellä potilaan ja hoitajan *aktiiv-*

*viseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä ja tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa (Kääriäinen 2007, 25; Kääriäinen & Kynäs 2014). Lähtökohtana on sekä potilaan että hoitajan fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja ympäristötekijöiden huomiointi. Ohjauksessa huomioitavia potilaan taustatekijöitä ovat ikä, terveys, oppimistyylit ja motivaatio. Huomioitavaa on myös potilaan kokemukset, odotukset, tarpeet ja kulttuurinen tausta. Vuorovaikutuksessa korostuu välittäminen, inhimillisyys ja ystävällisyys. Lisäksi tarvitaan empatiaa ja kuuntelemista. Ohjauksessa tukemisella tarkoitetaan potilaan rohkaisemista ja vahvistamista. (Kääriäinen 2007, 107-108.)*

Yhteistyö ohjauksessa perustuu neuvotteluun. Ihanteellisessa ohjaussuhteessa potilas ja hoitaja ovat tasavertaisia. Ohjauksen sisältöä ja toimintaa tulisikin suunnitella yhdessä. Tällöin ohjaus on tavoitteellista toimintaa, johon sisältyy potilaan henkilökohtaisen merkitysten hahmottamista. Ohjauksen tavoitteena on potilaan tunteiden, asenteiden ja käyttäytymisen muutosten edistäminen, päätöksenteossa tukeminen, sosiaalisten suhteiden, selviytymiskyvyn ja elämänlaadun parantaminen. (Kääriäinen 2007, 109.) Ohjauksella pyritään tukemaan potilaan omaa elämänhallintaa sairaudesta huolimatta. Kääriäisen (2007) laatimasta kuviosta voidaan myös havaita piirteitä, jotka kuvaavat ohjauksen prosessia.



Kuvio 2. Ohjaus-käsitteen ominaispiirteet (Kääriäinen 2007, 110).

## 4.2 Ohjausprosessi

Sairaanhoitajan ydinosaamisen kuuluu hoitotyön prosessin hallinta myös ohjauksen näkökulmasta. Hoitotyön prosessi koostuu potilaan hoidon tarpeesta, tavoitteista, hoitotyön toteutuksesta sekä arvioinnista. Potilaan tietoja kerätään ja arvioidaan jatkuvasti hoitoprosessin edetessä. Potilaan yksilölliset ohjauksen tarpeet ovat ohjauksen suunnittelun kulmakivi. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15-16; Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2014.) Potilaalle tulee antaa tietoa jo hänellä olemassa olevan tiedon pohjalta. Tämä edellyttää, että sairaanhoitaja perehtyy potilaan tilanteeseen, ja tähän on oltava työvälineet. Tämä turvaa lähtökohdan ja tavoitteet hoitotyön ohjaustoiminnoille. (Leino-Kilpi 2009, 178.)

Hoidon tarve on hoitotyön henkilöstön laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä psyykkisistä, fyysisistä tai sosiaalisista ongelmista, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotoimintojen, kuten ohjauksen avulla. Hoitotyön ohjauksen tavoitteiden tulee olla potilaslähtöisiä. Tavoitteita asetettaessa tulee arvioida, millaista muutosta potilaan tilanteessa odotetaan tapahtuvan ja minkälaisia odotuksia hänellä itsellä on. Hoitotyön toimintoja valittaessa tulee ottaa huomioon hoitotyön periaatteet ja näyttöön perustuva tieto. Hoitotyön prosessin viimeisenä vaiheena on annetun hoidon arviointi, jolloin tulee pohtia, saavutettiin yhteisesti asetetut tavoitteet. (Ahonen ym. 2014; Iivanainen & Syväoja 2012, 15-16.)

Saman yksikön sisällä toisten työtehtävät eivät ole kaikille sairaanhoitajille selviä ja tämä saattaa johtaa usein taas epäselvyyksiin potilaan hoitoprosessissa. Ohjausprosessin toteutumista voidaan tukea yhtenäisellä kirjaamisella hoitohenkilöstön keskuudessa. Potilaskertomukseen on kirjattava kaikki hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kannalta tarpeellinen tieto, kuten lainsäädännöllä määrätään. (Virkkunen, Mäkelä-Bengs & Vuokko 2015, 5,17.) Keskeisenä on STM:n asetus potilasasiakirjoista (298/2009 potilasasiakirja-asetus). Elorannan ym. (2014b) tutkimuksessa tuli esille, että sairaanhoitajien ohjauksen tarpeen arviointi, tavoitteiden asettaminen, tuloksellisuuden arviointi ja ohjausmenetelmien monipuolinen käyttö oli heikentynyt vuonna 2010 verrattuna vuoteen 2001.

### 4.3 Ohjauksen edellytykset ja ohjausmenetelmät

Sairaanhoitajalla tulee olla tietoa potilasohjaukseen vaikuttavista edellytyksistä sekä vaikuttavista ohjausmenetelmistä. Ohjauksen edellytyksillä voidaan tarkoittaa olosuhteita, jossa ohjausta toteutetaan, kuten tilat, aika, materiaali ja välineet (Lipponen 2014, 20). Ympäristössä olevat tekijät voivat vaikuttaa ohjaustilanteeseen. Merkittävin tekijä on tila, jossa ohjausta toteutetaan. Soveltuvin tila ohjaukselle on paikka, jossa voidaan häiriötömästi keskittyä asiaan. (Kyngäs ym. 2007, 3.)

Ohjausta hankaloittava tekijä on kiire. Aika on ohjaajan ja ohjattavan sekä resurssi että väline (Onnismaa 2007, 29). Kiire vähentää potilaan ja sairaanhoitajan välistä vuorovaikutusta sekä vaikuttaa ohjauksen suunnitelmallisuuteen ja laatuun. Tunne kiireestä vie koko ohjausprosessin perustan. Ohjaamisen onnistuminen vaatii hoitajan läsnäoloa sekä rauhallista ja kiireetöntä ympäristöä. (Kyngäs ym. 2007, 37.)

Sairaanhoitajien tulee hallita erilaisia ohjausmenetelmiä monipuolisesti. Erilaisten menetelmien yhdistämisen ohjauksessa on havaittu olevan tehokkainta. Menetelmävalinnassa tulee huomioida ohjattava asia. Menetelmän valinnassa tulee huomioida potilaan ikä, kognitiiviset taidot, aikaisempi tietopohja, asenne ja motivaatio. Vähemmistöryhmään kuuluvan potilaan ohjauksessa tulisi huomioida hänen kulttuuritaustansa. (Friedman ym. 2011, 12-21; Vänskä 2012, 23.)

Yleisimmin käytettyjä ohjausmenetelmiä ovat suullinen, kirjallinen, yksilö- ja ryhmäohjaus sekä demonstraatio (Friedman 2011, 12-21; Vaartio-Rajalin 2014). Perinteistä kasvotusten tapahtuvaa ohjausta tulee käyttää etenkin niiden potilaiden kohdalla, joiden ohjauksen sisältö koskettaa potilaan henkilökohtaista aluetta, kuten mieliala ja ihmissuhteet (Oranta 2011, 5). Audiovisuaalista ohjausta videoiden, tietokoneohjelmien tai puhelimen välityksellä käytetään suhteellisen vähän (Lipponen 2014, 20). Potilasohjauksessa voidaan hyödyntää erilaisia tieto- ja taitotestejä, käsitekarttoja, piirustuksia, kuvia, päiväkirjoja sekä draama ja roolipelejä. (Friedman 2011, 12-21; Vaartio-Rajalin 2014.)

Internet-perusteinen ohjaus tukee potilaan selviytymistä lisäämällä henkilökohtaista tietoa sairauden eri vaiheissa sekä päätöksentekovalmiutta. Verkossa voidaan kehittää tukiryhmien toimintaa ja lisätä vuorovaikutusta ammattilaisten kanssa. (Friedman 2012, 18; Heikkinen 2011; Vieruaho ym. 2016.) Tietotestit vaikuttavat soveltuvan kroonisesti sairaille potilaille, jotka vaativat tietoa itsehoidosta (Kesänen ym. 2014, 271). Tietotestit

ovat käyttökelpoisia etenkin potilaan ymmärtämisen arvioinnissa ja niiden käyttöä terveydenhuollossa tulisi lisätä (Leino-Kilpi 2009, 178; Koponen ym. 2007, 51-61).

Potilaan hoidon turvallisuuden ja jatkuvuuden kannalta pidetään kirjallista ohjausta merkittävänä tekijänä (Lipponen 2014, 9). Penttilä (2011) YAMK opinnäytetyössään selvitti ja analysoi, mitä kirjallista ohjausmateriaalia käytetään yliopistollisen keskussairaalan kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoitoprosessin eri vaiheissa. Tulosten mukaan kirjalliset ohjeet osoittautuivat olevan hajanaisia ja päällekkäisyyksiä oli paljon sisällön sekä yksittäisten ohjeiden osalta. Tärkeää on saada ohjauksessa käytettävä kirjallinen materiaali yhteneväiseksi.

#### 4.4 Sairaanhoidajien ohjausvalmiudet

Sairaanhoidajan työtehtäviin kuuluu potilaiden ohjaus ja he ovat myös tästä vastuullisia (Kyngäs ym. 2007, 5; Doss, 2011, 116). Potilasohjauksessa tulee pyrkiä sisällöllisesti yksilölliseen ohjaukseen ja potilaiden osallistuvuuden lisäämiseen. Potilaiden valveutuneisuus lisää ohjauksen laatuvaatimuksia. Sairaanhoidajan on annettava luotettavaa, näyttöön perustuvaa tietoa ja osattava ohjata potilaita sen valinnassa ja arvioinnissa. (Leino-Kilpi & Kulju 2012, 8-9.)

Ohjausosaaminen kuuluu hoitajan ammatilliseen perusosaamiseen, johon sisältyy potilasohjauksen prosessien sekä menetelmien hallinta (Eriksson ym.2015, 24). Kääriäisen (2007) tutkimuksen mukaan laadukas ohjaus edellyttää hyviä ohjausvalmiuksia. Potilasohjausvalmiuksilla tarkoitetaan hoitohenkilöstön tietoja, taitoja, asenteita sekä ohjausmenetelmien hallintaa (Lipponen 2014, 19). Ohjaus on keskeinen osa potilaan hoitoa. Ohjauksen avulla tuetaan potilasta löytämään omia voimavaroja, kannustetaan ottamaan vastuuta omasta terveydentilasta sekä hoitamaan itseään. Laadukkaalla potilasohjauksella voidaan parantaa hoidon laatua. (Leino-Kilpi ym. 2014, 2-10.) Hoitohenkilöstön tulee pitää omat tietonsa ja taitonsa ajan tasalla. Sairaanhoidajilla ja organisaation johdolla on vastuu siitä, kuinka ohjausta arvostetaan hoitotyön toimintona sekä ohjauksen edellytyksistä. (Kääriäinen 2007, 26.)

#### 4.4.1 Sairaanhoidajan ohjaustiedot

Ohjaustilanteessa sairaanhoidajan tehtävänä on olla ohjausprosessin ja vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntija. Ohjauksen tulee olla suunnitelmallista sisältäen tietoa potilaan tarpeista ja motivoinnista. Lisäksi sairaanhoidajalta edellytetään tietoa ohjattavista asioista, ohjausprosessista ja ohjausmenetelmistä. (Jauhiainen 2010, 27; Kääriäinen 2007, 26.)

Laadukkaalle ohjaukselle ominaista on potilaslähtöisyys. Ohjauksen tarve liittyy tietoon ja tukeen. Tiedontarve kohdistuu sairauteen ja sen hoitoon, näiden vaikutuksiin ja niistä selviytymiseen. Potilaan ohjauksen tavoitteena on tutkimusten tai toimenpiteisiin liittyvän jännityksen ja kivun lievittäminen, luottamuksellisen hoitosuhteen kehittyminen, yhteistyön edistäminen sekä väärin tietojen korjaaminen. (Leino-Kilpi 2009, 173-178; Ryhänen 2014.)

Potilas on aktiivinen osallistuja, jolla on mahdollisuus ja oikeus olla mukana oman hoitoonsa suunnittelussa ja toteutuksessa. Potilaan rooli on muuttunut ja myös terveydenhuollon ammattilaisten tulee muuttaa asenteitaan ja työtapojaan vastatakseen potilaiden tämänhetkisiin ohjausta vaativiin tarpeisiin parhaalla mahdollisella tavalla. Potilasohjaus on olennainen osa potilaan hoitoa, jonka tavoitteena on, että potilas kykenee hallitsemaan omaa elämäänsä. (Leino-Kilpi 2009, 173-178.)

Voimavaraistumisen näkökulmasta tulee ihminen huomioida kokonaisuutena. Tällöin potilaan elämän eri osa-alueet on huomioitava terveyden edistämässä ja ihmisen sairastuessa. Tavoitteena on potilaan voimavaraistuminen. Voimavaraisuus (empowerment) on moniulotteinen ja monimääritteinen käsite (Gibson 1991, 354; Hage & Lorensen 2005, 235; Rodwell 1996, 305). Käsitteelle on vaikea antaa yksiselitteistä ja lyhyttä määritelmää (Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000, 236). Käsitteellä ei ole tarkkaa määritelmää tieteellisessä merkityksessä. Alun perin voimavaraistumisen käsitteen idea onkin linkitetty sosiaalisiin toimintoihin erilaisissa yhteiskunnallisissa liikkeissä. (Gibson 1991, 354-355.)

Rappaportin mukaan voimavaraistuminen on ajattelu- ja toimintakokonaisuus, jonka avulla yksilöt hallitsevat elämäänsä ja toimintaansa (Rappaport 1981, Rankinen 2008, 6 mukaan). Voimavaraistuminen voidaan nähdä sekä prosessina että tuloksena, jossa autetaan yksilöä tukemalla heitä löytämään välttämättömät voimavarat elämänsä hallitsemiseksi ja löytämään ne tekijät, jotka vaikuttavat heidän terveyteensä (Gibson 1991, 360). Voimavaraistuminen voi olla lopputulos, jonka potilas itse saavuttaa. Toista ei voi

ulkoisesti voimavaraistaa. (Leino-Kilpi, Mäenpää & Katajisto 1999, 142.) Hoitajan tehtävänä on tukea potilasta voimavaraistumisessa (Leino-Kilpi 2014).

Voimavaraisuutta voidaan jaotella biofysiologiseen, kognitiiviseen, toiminnalliseen, sosiaalis-yhteisölliseen, kokemukselliseen, eettiseen ja taloudelliseen ulottuvuuteen (Leino-Kilpi ym. 1999, 134). **Bio-fysiologinen** ulottuvuus keskittyy potilaan fyysisten oireiden ja tuntemusten tunnistamiseen. Siinä käsitellään sairauteen, terveyteen ja hoitoon liittyviä asioita. (Leino-Kilpi 2009, 177; Ryhänen ym. 2013, 1017.) Potilaat odottavat tietoa taudistaan, sen oireista ja vaikutuksista elimistöön. Lisäksi he odottavat tietoa, millaisilla toiminnoilla potilas voi edistää omaa terveyttään. (Leino-Kilpi 2009, 177.) Potilas on voimavaraistunut **kognitiivisesti**, kun hän on tietoinen omasta oppimisesta ja tietorakenteesta. Tämä voidaan kiteyttää ”tiedän, mitä tiedän”. **Toiminnallisessa** voimavaraistumisen ulottuvuudessa potilas tuntee oman toiminnallisen kykynsä ja osaa toimia sen mukaisesti. Toiminta auttaa hallitsemaan omaa elämää. (Leino-Kilpi 2009, 177; Leino-Kilpi 2014.) **Kokemukselliseen** ulottuvuuteen sisältyy tieto siitä, miten kokemuksen avulla potilas voi selvitä paremmin (Leino-Kilpi 2009, 177). Tällöin potilas kykenee käyttämään aikaisempia kokemuksia tilanteensa hallitsemiseksi (Leino-Kilpi 2014). **Yhteisöllisessä** voimavaraistumisessa tärkeää on tieto, missä yhteydessä potilas on läheisiinsä ja työtovereihinsa (Leino-Kilpi 2009, 178). Voimavaraistunut potilas kykenee säilyttämään sosiaalisen verkostonsa sekä kokee kuuluvansa yhteisöön. **Eettinen** voimavaraistuminen korostuu etenkin pitkäaikaispotilailla. Tällöin tärkeää on potilaan kokemus kunnioittavasta kohtelusta ja kuulluksi tulemisesta. **Taloudellisesta** näkökulmasta potilas on voimavaraistunut, mikäli hänellä on taloudelliset mahdollisuudet elää elämäänsä ja hoitaa itseään. (Leino-Kilpi 2014.)

Voimavaraistuakseen potilas tarvitsee tietoa omasta tilanteestaan ja hoidosta riittävästi. Tieto tulee ymmärtää, jotta potilas voi tiedon avulla toimia omassa tilanteessaan ja hoidossaan. Voimavaraisuutta ei voi antaa toiselle, mutta ohjauksen avulla voidaan auttaa yksilöä löytämään ja vahvistamaan omia voimavaroja. (Leino-Kilpi ym. 1999, 142-143.)

Sairaalapotilaan ohjausta ja tiedonsaantia selvittävän tutkimuksen mukaan potilaille oli välitetty tietoa, mikä oli keskittynyt biologis-fysiologiseen osa-alueeseen. Potilaat saivat tietoa eniten sairaudestaan, tutkimuksista ja hoitoon liittyvistä asioista. Toiminnallisista ja kokemuksellista osa-alueista oli välitetty vähemmän tietoa ja eettisistä ja ekonomisesta osa-alueista ei lainkaan. (Heikkinen ym. 2006, 121.)

Monissa tutkimuksissa (Eloranta ym. 2014a; Heikkinen ym. 2006; Johansson 2005; Toivonen & Virtanen 2012;) on todettu sairaanhoitajien hallitsevan hyvin sairauteen ja sen hoitoon liittyvän tiedon (biofysiologinen ulottuvuus) ja heikoiten taloudelliset tuet (taloudellinen ulottuvuus) tai vertaistukeen liittyvät asiat (yhteisöllinen ulottuvuus). Sairaanhoitajien ohjauksen tukena käytettävissä kirjallisissa potilasohjausmateriaaleissa sisällöllisesti on ollut samankaltaista suuntausta (Salanterä ym. 2005, 226).

#### 4.4.2 Sairaanhoitajan vuorovaikutus- ja ohjaustaidot

Ohjaustaidoilla tarkoitetaan ohjausprosessin hallintaa sekä vuorovaikutukseen liittyviä taitoja. Prosessiosaamisessa on huomioitava, mihin asioihin potilas tarvitsee aikaa ja kypsyttelyä tai mitkä asiat voidaan omaksua nopeammalla aikataululla. Lisäksi tarvitaan näkökulmaa potilaan oppimisesta ja oivaltamisesta. (Jauhiainen 2010, 32.)

Ohjauksellisen vuorovaikutuksen lähtökohtia ovat toisen kunnioitus ja empatia, joita voi osoittaa kuuntelemalla ja olemalla läsnä ohjattavaa varten (Onnismaa 2007,42). Sairaanhoitajan vuorovaikutustaitoihin kuuluu oikea-aikainen ohjaus, suotuisan ilmapiirin luominen sekä ohjausympäristön tarkoituksenmukainen käyttö (Kääriäinen 2007, 111).

Toimivan ohjaussuhteen saavuttamiseksi vaaditaan aktiivista vuorovaikutusta sekä potilaan että hoitajan taholta. Potilasta tulee tukea kertomaan omista tarpeistaan, odotuksistaan ja tavoitteistaan. (Kääriäinen 2007, 39 -40.) Kaakisen (2014, 46) selvityksen mukaan ohjauksen soveltaminen pitkäaikaissairaana elämään toi tunteen kohtelusta yksilönä. Sairaanhoitajan tulee olla tietoinen omasta roolista potilaan itsehoitoon tukemisessa (Doss 2011,117). Huomiota kiinnitetään positiiviseen arkeen, voimavarojen kartoittamiseen painottaen samalla toiveikkuuden ja motivaation vahvistamista. Olennaista on keskittyä potilaan kohdalla niihin asioihin, jotka ovat hyviä ja toimivia. Sairaus voi olla elämässä osana koko ajan, mutta arki perustuu hyvien hetkien varaan. Ohjauksessa huomiota kiinnitetään potilaan omien kykyjen ja taitojen hyödyntämisessä ongelman ratkaisussa. (Laine ym. 2012, 240; Vänskä 2011, 74-76.)

#### 4.4.3 Sairaanhoitajan ohjausasenteet

Asenteet perustuvat arvoihin. Arvot ilmaisevat käsitystämme, mikä on hyvää ja mikä on oikein ja mihin on hyvä pyrkiä. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 38.) Etiikka kuvaa ja

perustelee hyviä ja oikeita tapoja elää ja toimia maailmassa. Etiikka koostuu arvoista, ihanteista ja periaatteista, jotka koskevat oikeaa ja väärää. (ETENE 2001, 4.) Sairaanhoidajien eettisten ohjeiden tarkoituksena on tukea eettistä päätöksentekoa päivittäisessä työssä (Sairaanhoidajaliitto, 1996). Eettisten sääntöjen tehtävänä on jäsenten toimintaa säätelevinä normeina lisätä ammattikunnan sisäistä yhtenäisyyttä sekä ylläpitää asiakkaiden luottamusta jäseniä kohtaan (Juujärvi ym. 2007, 54). Tämä koskee myös potilasohjausta. Potilasohjaus on lain (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) säättämä sairaanhoitajan velvollisuus, mutta potilasohjaukseen paneutumiseen ja sen laatuun vaikuttavat muutkin tekijät, joista yksi on ohjausasenne (Lipponen 2014, 19).

Sairaanhoidajalla on ohjaajana vastuu siitä, että hänen toimintansa on eettisesti kestävä. Potilasohjauksessa tutkitun tiedon lisäksi päätelmiä tehdään omaan tieto- ja arvo-perustaan nojaten. (Leino-Kilpi & Kulju 2012, 5.) Lisäksi hoitaja tarvitsee tietoa siitä, mitä ohjaus on, miten ja miksi ohjaa (Kääriäinen, 207, 25). Ohjauksen tulee perustua näyttöön tai hyviin käytäntöihin. Ajantasainen ja tutkittu tieto ovat ohjauksen sisällön luotettavuuden perusta. (Kyngäs ym. 2007, 154.)

## 5 HEMODIALYYSIPOTILAAN OHJAUS

Tyyppin 2 diabetes on ollut yleisin munuaisten vajaatoimintaan johtava sairaus. Muita vajaatoimintaa aiheuttavia sairauksia ovat perinnölliset munuaissairaudet tai verisuonten ja munuaisten tulehdustaudit (Munuais- ja maksaliitto 2015). Suomessa dialyysipotilaiden määrä on ollut 1836 henkilöä vuoden 2015 lopussa. Varsinais-Suomen alueella dialyysipotilaita oli 181. (Suomen munuaistautirekisteri 2015.) Lievä munuaisten vajaatoiminta ei aiheuta mitään oireita. Pitkälle edenneessä munuaisten vajaatoiminnassa oireita ovat väsymys, suonenvedot ja levottomat jalat. Myöhäisoireita lähellä dialyysihoitoa ovat painon lasku, ruokahaluttomuus, pahoinvointi ja ihon kutina. (Saha, 2012.)

Vaikeaa munuaisten vajaatoimintaa sairastava potilas vaatii dialyysihoitoa tai munuaisensiirron. Tavoitteena on, että potilas pystyy elämään mahdollisimman täysipainoista elämää sairaudestaan huolimatta. Hemodialyysihoito on veriteitse tapahtuvaa keinomunuaishoitoa. (Alahuhta 2008, 78-90.) Dialyysihoidossa poistuu kuona-aineita ja ylimääräistä nestettä. Hoidon aikana korjataan elimistön kalium, kalsium – ja fosforitasapainoa sekä tasataan elimistön happo-emästasapainoa. (Munuais- ja maksaliitto 2010, 15.) Dialyysi korjaa näitä kaikkia vain osittain. Sairaanhoidaja tarvitsee vankkaa tietopohjaa lääkehoidosta ja munuaispotilaan ruokavaliosta. (Alahuhta ym. 2008, 12, 130.) Ohjauksen vaikuttavuudesta on näyttöä munuaisten vajaatoimintaa sairastavilla potilailla esimerkiksi hyperfosfatemian hoidossa, jossa hoitajan ohjauksella oli merkittävä vaikutus (Yue-Xian ym. 2013, 189).

Penttilän (2011) ja hoitotyön toimiston kanssa yhdessä laaditussa miellekartassa on havainnollistettu munuaispotilaan ohjaukseen liittyviä tiedon tarpeen eri osa-alueita. (Liite 1). Miellekartasta voidaan helposti saada kokonaiskuva munuaispotilaan ohjaukseen liittyvistä asioista. Tässä on havaittavissa ohjaukseen liittyen voimavaraistumista tukevia sisältöjä.

Hemodialyysipotilaan ohjauksen lähtötilanteen arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota potilaiden erilaisuuteen liittyen potilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin tekijöihin ympäristökäsitteitä unohtamatta. Potilaiden kohdalla ohjaustarve on erilainen. Sairastuminen ja sen aiheuttamat tunnetilat voivat vaikuttaa ohjaukseen. Haastetta ohjaukseen voi tuoda potilaan sairauden tunteen puuttuminenkin. (Kyngäs 2007, 25 -31.) Toisinaan potilaan dialyysihoidot aloitetaan äkillisesti, jolloin dialyysihoidon tarve voi jäädä pysyväksi tai po-

tilaan oma munuaisten toiminta voi palautua. Dialyysipotilaan ohjauksen tarve on erilainen riippuen potilaan terveydentilasta, elämäntilanteesta sekä hänen omista voimavaroistaan. Pitkäaikaissairaille on tärkeää, että ammattihenkilöt korostavat sairauden kanssa pärjäämistä arjessa sekä rohkaisevat heitä tulevaisuuden suhteen (Eloranta 2014a, 7). Pitkäaikaissairaiden ohjauksessa korostuu sosiaalinen tuki ja erityisesti omaisten läsnäolo ohjaustilanteissa on koettu merkityksellisenä. Vertaistuen avulla potilaat kykenevät jakamaan sairaudesta aiheutuvia tunteita ja sairauden hoitoon liittyviä toimintatapoja. (Kaakinen 2014, 46.)

Sairaanhoitajan hoitotyön vaatimukset dialyysissä ovat kasvaneet jatkuvasti. Dialyysihoitajalta vaaditaan teknologisen osaamisen lisäksi ihmishuhdetaitoja laadukkaassa hoitotyössä. (Bennet 2011, 247.) Stuerssonin ja Ziegertin (2014) tutkimuksessa selvitettiin hoitajien kokemuksia kyvystä tukea potilasta hänen siirtyessään hemodialyysihoittoon. Sen mukaan hoitajat vastasivat potilaan yksilöllisiin tarpeisiin avoimesti ja tietoisesti, mutta emotionaaliseen tukeen tarvittavaa tietoa ja kykyä puuttui.

Potilaita tulisi ohjata osallistumaan sopeutumisvalmennuskursseille, keskustelemaan ongelmista hoitohenkilökunnan kanssa sekä hankkimaan tietoa sairauden hoidosta ja sosiaaliapuista. Munuaissairauden hyvään hoitoon kuuluu osana kuntoutus. Se voi olla kasvatuksellista, ammatillista, lääkinnällistä tai sosiaalista potilaan tarpeista riippuen. (Hyväri 2008, 158-161.) Sairaanhoitajan tulisikin olla näistä tietoinen potilasta ohjatessa.

Potilaita hoidetaan hemodialyysiyksiköissä usein avoimissa hoituhuoneissa muiden potilaiden kanssa, jossa läheisen ja yksilöllisen hoitosuhteen luominen saattaa olla haastavaa siitä huolimatta, että potilaat ovat hoidossa kolmasti viikossa keskimäärin viiden tunnin ajan. Monet potilaat eivät koskaan saa munuaisensiirtoa ja ovat siten dialyysihoidossa loppuelämän ajan. Tutkimuksen mukaan hoitajat keskustelevat potilaan kanssa melko harvoin hoidon aikana ja silloinkin aihealueena on hoidon tekninen tai fyysinen näkökulma. Siitä huolimatta potilaan täytyy hyväksyä muutokset omassa elämässä: kohdata oma kuolevaisuutensa hoitoon turvautumalla, sitoutua hoitoon ja sopeutua erilaisiin elämän muutoksiin. Heidän tulee selviytyä sairauden aiheuttamista tunteista, kuten pelko, viha, turhautuminen ja suru. (Doss 2011, 116-117.)

Elorannan ym. (2014) tutkimuksessa tuli esille, että dialyysihoidossa oleville potilaille ei välitetä ohjauksellisissa tilanteissa tietoa kovin laaja-alaisesti. Ohjauksessa oli käsitelty

hoitomuotoon, sairauteen ja oireisiin, lääkehoitoon, tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvää tietoa. Vähemmälle huomiolle dialyysipotilaan ohjaustilanteissa jäi sosiaalinen ulottuvuus, kuten läheisten huomiointi hoitoon osallistumisessa, sosiaalityöntekijän palveluiden, vertaistuen tai potilasjärjestöjen toiminnan käsittely. (Eloranta ym. 2014a, 5-7.)

Ohjauksen toteuttaminen vaihtelee eri yksiköissä potilaan eri hoitoprosessin vaiheiden mukaan. Potilaan ohjausprosessi alkaa, kun potilas saapuu nefrologisen yksikön asiakkaaksi. Ohjausprosessin loppua on vaikea määrittää sairauden luonteen vuoksi. Prosessia voidaan kuvata jatkuvana ja syklisesti etenevänä. Munuaisten vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus on hajautettu nefrologisessa yksikössä eri hoitoyksiköiden kesken. (Penttilä 2011, 28 -30.)

Potilas saattaa terveydellisen tilanteen tai muun hoitoon liittyvän tekijän vuoksi siirtyä hoitoprosessin vaiheesta toiseen. Penttilän (2011) laatimassa kuviossa on kuvattu kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoitopolku nefrologisessa yksikössä (liite 2). Ohjauksen sisältö määrittyy hoitoprosessin vaiheisiin nähden, jolloin potilaan tiedon tarve joko lisääntyy tai pysyy samana. Jokaisen vaiheen kohdalla on oleellista määrittää ja arvioida sen hetkinen tiedon tarve. (Penttilä 2011, 28.)

## 6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS

Tutkittava ilmiö määrittelee sen, miten tutkittavaa asiaa kannattaa lähestyä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa edellytetään tutkittavan ilmiön tuntemista, jotta tiedetään, mitä mitataan. Kvantitatiivinen tutkimus voidaan nähdä prosessina, joka etenee vaihe vaiheelta. Kvantitatiivinen tutkimus on hyvin systemaattista, jossa pyritään tutkimustulosten yleistämiseen. Tutkimuksen pohjalla on usein tutkittua tietoa ilmiöstä sekä selittäviä teorioita ja malleja. (Kananen 2011,12- 23.) Kvantitatiivisessa lähestymistavassa saadaan kartoitettua olemassa oleva tilanne (Heikkilä 2014, 15). Tämä onkin peruste sille, että kehittämisprojektin tutkimuksellisen osuuden lähtökohtana oli määrällinen tutkimus.

### 6.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksellisen osuuden tavoitteena on tuottaa tietoa dialyysihoitajien ohjausvalmiuksista ja -edellytyksistä. Saatua tietoa on tarkoitus hyödyntää ohjausvalmiuksien kehittämissuunnitelman laatimisessa sekä ohjauskäytänteiden kehittämisessä.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millaisiksi sairaanhoitajat arvioivat omat valmiutensa ohjata hemodialyysipotilaita?
  - 1.1 Millaisiksi sairaanhoitajat arvioivat omat tietonsa ohjattavista asioista?
  - 1.2 Millaisiksi sairaanhoitajat arvioivat omat taitonsa potilasohjauksessa?
  - 1.3 Millaisiksi sairaanhoitajat kokevat omat asenteensa potilasohjausta kohtaan?
2. Millaiset edellytykset dialyysiyksiköissä on toteuttaa potilasohjausta sairaanhoitajien arviomana?

### 6.2 Kyselylomake

Aineiston keruumenetelmänä kyselyn etuna on, että sen avulla voidaan kysyä monia eri asioita. Lisäksi se on menetelmänä tehokas, koska se säästää aikaa ja aineisto voidaan analysoida nopeasti. (Hirsjärvi ym. 2015, 195.) Kyselylomakkeen laadinnassa lähtökoh-tana oli tutkimusongelmat, johon haettiin vastauksia (Kananen 2011, 21).

Kyselylomakkeen teoreettisena viitekehystenä oli sairaanhoitajien ohjausvalmiudet ja -edellytykset. Ohjaus ja siihen liittyvät käsitteet pyrittiin määrittelemään mahdollisimman tarkkaan, konkretisoiden ja monipuolisesti esittämään teoreettisessa viitekehyksessä. Perehtyminen aiheesta aiemmin tehtyihin tutkimuksiin oli olennainen osa teoriaa. Tavoitteena oli löytää työn kannalta olennaiset tutkimukset lähdekritiikki huomioiden. Teoreettinen viitekehys toimi alustana laadittaessa kysymyksiä hoitajien ohjausvalmiuksista. Ohjaustaitoihin sisältyivät ohjausmenetelmien hallinta, ohjaajan vuorovaikutustaidot ja asenteet ohjausta kohtaan. Ohjaukseen sisältyy myös ohjausprosessin hallinta. Kyselylomake oli sisällöltään kattava. Potilasohjaukseen vaikuttavat useat tekijät yhdessä, jolloin oleellista oli selvittää tätä kokonaisuutta, eikä vain yhtä tiettyä asiaa.

Sairaanhoitajien teoriatietoon tarvittavia osa-alueita munuaispotilaan ohjauksen tarpeiden lähtökohdista haettiin tutkimustiedosta sekä munuaispotilaan miellekarttaan laadituista osa-alueista. Nämä määrittivät sen, mitä dialyysihoitajan tulee hallita teoriatasolla. Mittayksikön valinta ei ole yksinkertaista, kun on kysymys esimerkiksi ihmisten asenteiden mittaamisesta. Tutkittava käsite ei ole sellaisenaan mitattavissa. Sen sijaan tulee mitata jotain muuta, josta voidaan tehdä johtopäätöksiä kyseisen asian suhteen. (Erätuuli ym. 1996, 37.) Asenteiden mittaamisessa tässä kyselyssä pyrittiin saamaan tietoa selvittämällä hoitajien mielipidettä potilasohjauksen tärkeydestä, hyödyllisyydestä ja mielekkyydestä omassa työssä. Saaduista vastauksista tehtiin analysointivaiheessa päätelmiä.

Kysymykset ovat tutkimuksen tiedonkeruumenetelmiä, joihin tutkimuksen luotettavuus ja laatu nojaavat. Tutkimuksen toteuttamisen osalta aineistonkeruumenetelmänä oli strukturoitu kyselylomake (liite 3), joka oli tätä tutkimusta varten laadittu. Kysymykset esitetään ymmärrettävässä muodossa. Strukturoidussa kysymyksissä vastausvaihtoehdot ovat valmiiksi tehtyjä. Tällaisia ovat erilaiset vaihtoehtokysymykset sekä asteikkokysymykset. Lomakkeessa muuttujat ja muuttujien arvot (=kysymysten numerointi) tulee numeroida tilastollisen käsittelyn helpottamiseksi. Lomakkeen suunnitteluun tulee kiinnittää huomioita. Selkeä lomake houkuttelee vastaamaan ja helpottaa tallennusta. Lomakkeen testaus on välttämätöntä ennen varsinaista käyttöönottoa virheiden ja mahdollisten väärinkäsitysten selvittämiseksi. (Kananen 2011, 22-44.)

Kyselylomake testattiin ennen käyttöönottoa virheiden ja väärinkäsitysten selvittämiseksi kolmella sairaanhoitajalla. Kahdella heistä oli aiempaa työkokemusta dialyysipotilaiden hoidosta ja yhdellä ei ollut. Kyselylomake todettiin selkeäksi ja monipuoliseksi. Struktu-

roidussa kysymyksissä vastausvaihtoehdot ovat valmiiksi tehtyjä. Mieli-  
pidekysymyksissä voidaan käyttää asteikkoa, jonka ääripäät ovat täysin samaa mieltä ja täysin eri  
mieltä. (Kananen 2011, 30 -34.) Kyselylomakkeessa oli viisi taustakysymystä liittyen  
ikään, työkokemukseen, työsuhteeseen ja lisäksi kysyttiin arviota potilasohjaukseen käy-  
tetyistä ajasta. Kyselylomakkeessa oli yhteensä 38 strukturoitua kysymystä asteikolla 1-  
5 sisältäen sairaanhoitajien arvioita omasta potilasohjausosaamisesta. Näissä selvitet-  
tiin sairaanhoitajien arviota teoretietoistaan ohjattavista asioista, vuorovaikutustai-  
doista, ohjausprosessin ja ohjausmenetelmien hallinnasta. Mieli-  
pidekysymyksiä oli 5-  
portaisella Likert-asteikolla liittyen sairaanhoitajien asenteisiin ja dialyysiyksikön edelly-  
tyksiin potilasohjauksessa. Edellisten lisäksi kyselylomakkeessa oli kolme avointa kysy-  
mystä. Avoimiin kysymyksiin sai laittaa halutessaan kommentteja, mistä aihealueista  
vastaaja halusi lisää koulutusta, menetelmistä sekä kehittämisideoita ja toiveita potilas-  
ohjaukseen liittyen.

### 6.2.1 Aineiston keruu

Määrällisessä tutkimuksessa tarvitaan itse ilmiöstä jo suunnitteluvaiheessa määrällistä  
tietoa. Perusjoukko eli populaatio tarkoittaa kohderyhmää, jota tutkittava ilmiö koskettaa  
ja josta halutaan tehdä päätelmiä. Kokonaistutkimuksessa tutkitaan jokainen perusjou-  
kon jäsen. (Heikkilä 2014, 31.) Tutkimusjoukon pitää olla riittävän suuri, jotta tutkimuk-  
sessa selvittää myös vastaajien kadosta. Tulosten luotettavuuden kannalta on turval-  
lisinta tutkia kaikki perusjoukkoon kuuluvat. (Kananen 2011, 67.) Opinnäytetyössä kato  
dokumentoidaan ja tuodaan rehellisesti esille. Kovin vähäisestä vastausmäärästä on vai-  
keaa tai lähes mahdotonta tehdä tilastollisia päätelmiä.

Kyselylomake lähetettiin sähköisenä Webropol-kyselynä kunkin yksikön osastonhoitajille  
/ vastuuhoidajille, jotka välittivät lomakkeen eteenpäin henkilöstölle. Kysely lähetettiin kai-  
kille hemodialyysiyksiköissä (sairaaladialyysi UC4, akuuttidialyysi TG3C, koulutusdia-  
lyysi R23A) vakinaisessa sekä määräaikaisessa työsuhteessa oleville sairaanhoitajille  
mukaan lukien lähisairaaloitten dialyysiyksiköt Loimaalla, Salossa sekä Uudessakau-  
pungissa (N= 49). Henkilökunta työskentelee pääsääntöisesti vain hemodialyysiyksi-  
kössä lukuun ottamatta Salon dialyysiä, jossa henkilökunta työskentelee sekä vuode-  
osastolla että dialyysissä. Medisiinisen toimialueen varahenkilöt eivät kuuluneet tutki-  
musjoukkoon.

Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja tapahtui nimettömänä. Tiedote tutkimuksesta (liite 4) lähetettiin hoitajille edeltävästi osastonhoitajien / vastuuhoidajien kautta. Kyselyn liitteenä oli saatekirje (liite 5). Kyselylomake lähetettiin helmikuussa 2017 ja vastausaika oli 2 viikkoa. Vastausaika jatkettiin vielä viidellä päivällä, koska vastausaika osui suosittuun lomaviikolle eli hiihtolomaviikolle. Muistutusviesti kyselystä lähetettiin kertaalleen. Kyselyn vastausprosentti oli 51%.

### 6.2.2 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi aloitettiin kyselyn määräajan päätyttyä. Kyselyn suorittaja tarkisti tulostetuista paperiversioista täytetyt lomakkeet. Yhdestä lomakkeesta puuttui työsuhteen laatu, mutta tämä ei vaikuttanut tulosten analysointiin, eikä lomaketta sen vuoksi poistettu. Strukturoidut kysymykset oli laadittu siten, että vastaaja oli pakotettu valitsemaan yksi vastauskohta, joten näidenkään kohdalla ei päässyt tulemaan vajaasti täytettyjä lomakkeita. Kyselyssä oli jonkin verran katoa. Kysely suunnattiin 49:lle hoitajalle ja vastauksia palautui määräaikaan mennessä 25. Aineisto syötettiin Excel-tilukkomuotoon, jonka avulla onnistui aineiston vieminen havainnollisempaan muotoon sekä tilastolliset päättelyt. Syötetyt arvot tarkistettiin vielä uudelleen mahdollisten virheiden havaitsemiseksi.

Aineisto analysoitiin tilastollisesti laskemalla frekvenssit, prosentit, keskiarvot, keskihajonnat ja mediaanit maaliskuussa 2017. Keskiarvoilla (Ka) tarkoitetaan aineiston lukujen summaa jakamalla niiden lukumäärällä. Keskihajonta (Kh) kuvaa havaintoarvojen poikkeamaa keskiarvosta. Pieni arvo kertoo muuttujan arvojen olevan lähellä keskiarvoa ja suuri arvo kertoo, että arvot ovat hajonneet koko vaihteluvälille (Vilkka 2007, 125.) Niiden avulla ilmaistaan, kuinka paljon mittaus tulokset vaihtelevat. Mediaani (Md) on havaintoarvoista keskimäinen, kun arvot on järjestetty suuruusjärjestykseen. Mediaani kuvaa usein jakauman tyypillistä arvoa paremmin kuin keskiarvo. Tämä korostuu etenkin silloin, kun jakauma on vino. (Heikkilä 2014, 82-85.)

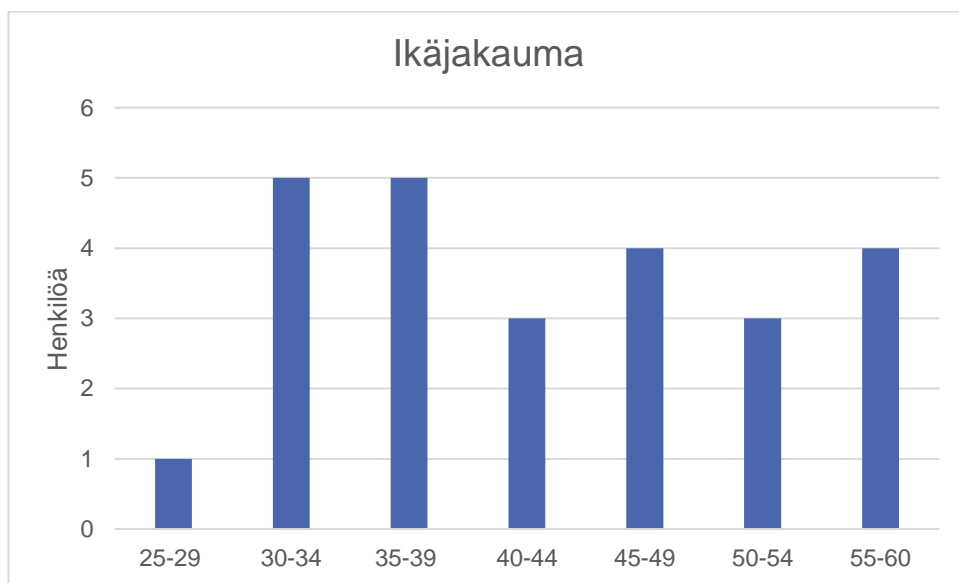
Analyysi toteutettiin Excel-tilukkolaskentaohjelmaa käyttäen. Tuloksia havainnollistettiin kuvioiden ja taulukoiden avulla. Avoimeen kysymykseen tulleet vastaukset analysoitiin sisällönanalyysia soveltaen. Avoimiin kysymyksiin saadut vastaukset saatiin Webropol-raporteista. Vastauksia pelkistettiin ja haettiin olennaisia ilmaisuja tutkimusongel-

mien näkökulmasta. Saadut vastaukset ryhmiteltiin ja samalla etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Tuloksia havainnollistettiin alkuperäisilmauksilla. (Tuomi & Sumkin 2009, 105-112.)

## 7 SAIRAANHOITAJIEN OHJAUSVALMIUDET JA - EDELLYTYKSET DIALYYSIYKSIKÖSSÄ

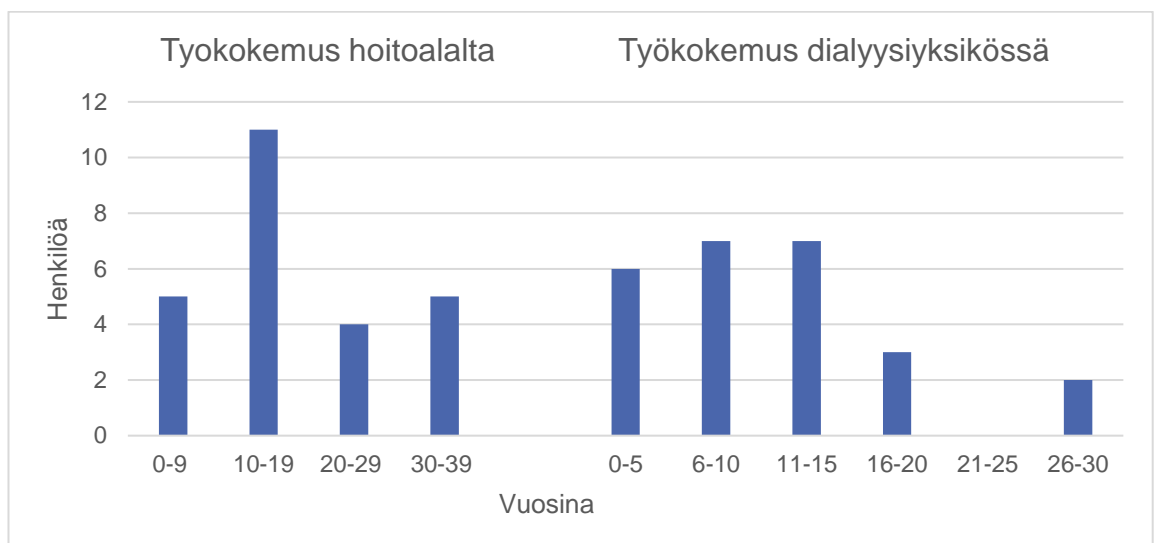
### 7.1 Tutkimustulokset ja taustatiedot

Kyselyyn vastasi yhteensä 25 (51%) sairaanhoitajaa (N=49). Kyselyyn vastanneista 22 oli vakinaisessa työsuhteessa. Vastanneista vain kaksi oli määräaikaisessa työsuhteessa ja yksi lomake oli ilman vastausta. Vastaajien keski-ikä oli 42.7 vuotta. Vastaajia oli edustettuna kaikista ikäryhmistä. Kuviossa 3 havainnollistettu vastaajien ikäjakauma. Huomattavaa on, että nuoria hoitajia on vastanneiden joukossa suhteellisen vähän.



Kuvio 3. Vastaajien ikäjakauma. (n=25)

Työkokemusta hoitoalalta kyselyyn vastanneilla sairaanhoitajilla oli keskimäärin 19 vuotta. Kuviossa 4 on rinnakkain esitetty kyselyyn vastanneiden hoitajien työkokemus vuosina kokonaisuudessaan hoitoalalta sekä dialyysiyksikössä. Työkokemus hoitoalalta vaihteli 4 ja 39 vuoden välillä. Dialyysiyksikössä työkokemusta hoitajilla oli keskimäärin 10,9 vuotta.



Kuvio 4. Työkokemus hoitoalalta ja dialyysiyksikössä.

Tulosten mukaan sairaanhoitajat käyttivät potilasohjaukseen arvionsa mukaan työpäivän aikana keskimäärin 1.44 tuntia. Potilasohjaukseen käytettävä aika oli enimmillään 3 tuntia ja minimissään 20 minuuttia työpäivän aikana.

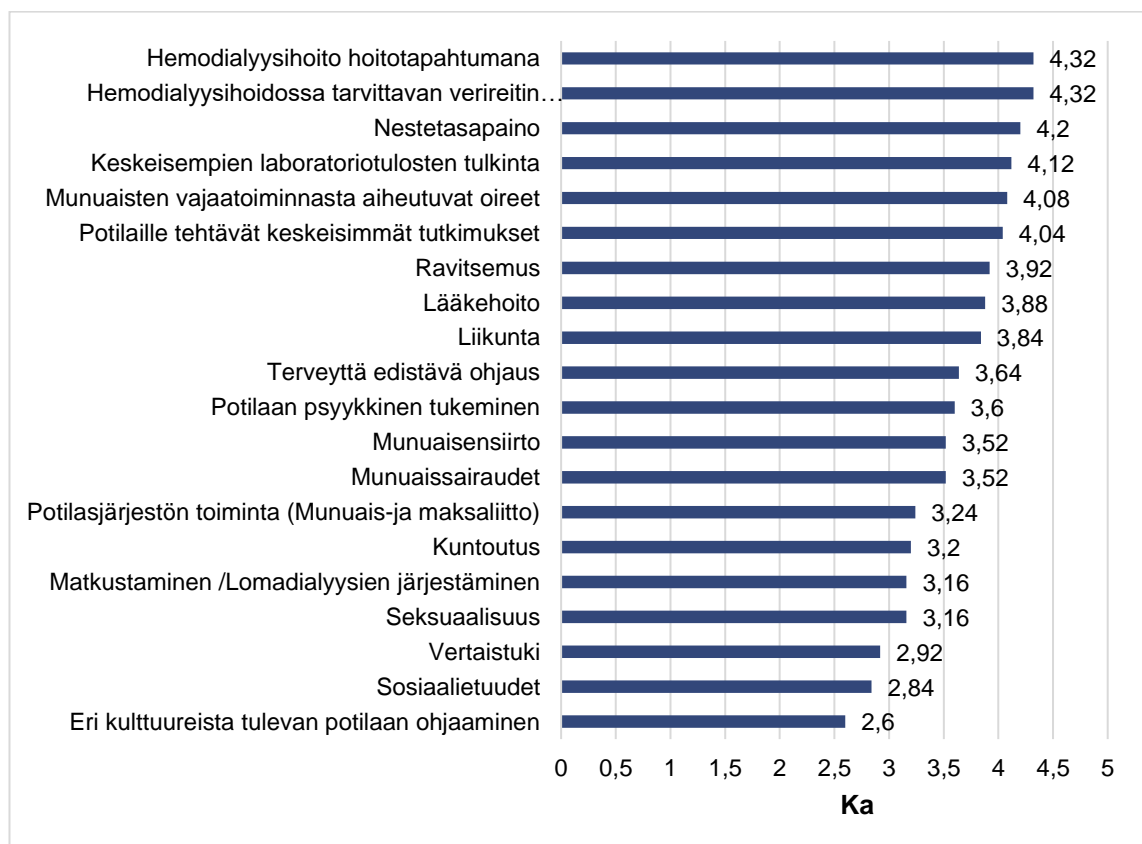
## 7.1.1 Sairaanhoidajien arvio omasta teoritiedostaan

Sairaanhoidajien arvioita omista teoritiedoistaan on havainnollistettu taulukossa 1 eri aihealueisiin tarkennettuna. Asteikkona käytettiin 1=heikko, 2= välttävä, 3= keskinkertainen, 4= hyvä ja 5= erinomainen. Taulukkoon 1 on merkitty kysymysten mukaan frekvenssit sekä prosentit. Kokonaisuudessaan taulukosta voidaan nähdä, että sairaanhoidajat hallitsevat munuaispotilaan ohjaukseen tarvittavan teoritiedon pääsääntöisesti keskinkertaisesti tai hyvin. Liitetaulukossa 1 on esitetty kyselyn tulokset, johon laskettu keskiarvot, keskihajonta, mediaanit sekä annetut minimi ja -maksimi arvot.

Taulukko 1. Sairaanhoidajien arviot teoritiedoistaan. (n=25)

	1 = heikko		2 = välttävä		3 = keskinkertainen		4 = hyvä		5 = erinomainen	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Munuaisten vajaatoiminnasta aiheutuvat oireet	0	0	0	0	3	12	17	68	5	20
Munuaissairaudet	0	0	0	0	12	48	13	52	0	0
Hemodialyysihoito hoitopahtumana	0	0	0	0	1	4	15	60	9	36
Hemodialyysihoidossa tarvittavan verireitin koti	0	0	1	4	1	4	12	48	11	44
Munuaisensiirto	0	0	3	12	8	32	12	48	2	8
Potilaille tehtävät keskeisimmät tutkimukset	0	0	0	0	3	12	18	72	4	16
Keskeisimpien laboratoriotulosten tulkinta	0	0	0	0	2	8	18	72	5	20
Lääkehoito	0	0	0	0	5	20	18	72	2	8
Ravitsemus	0	0	0	0	5	20	17	68	3	12
Nestetasapaino	0	0	0	0	2	8	16	64	7	28
Liikunta	0	0	1	4	3	12	20	80	1	4
Seksuaalisuus	0	0	4	16	13	52	8	32	0	0
Kuntoutus	0	0	2	8	16	64	7	28	0	0
Sosiaalietuudet	1	4	7	28	12	48	5	20	0	0
Matkustaminen / lomodialyysien järjestäminen	1	4	3	12	12	48	9	36	0	0
Terveyttä edistävä ohjaus	0	0	0	0	12	48	10	40	3	12
Potilasjärjestön toiminta	0	0	5	20	11	44	7	28	2	8
Vertaistuki	0	0	8	32	12	48	4	16	1	4
Potilaan psyykinen tukeminen	0	0	1	4	9	36	14	56	1	4
Eri kulttuureista tulevan potilaan ohjaaminen	4	16	6	24	11	44	4	16	0	0
<b>Yhteensä</b>	<b>6</b>	<b>1,2</b>	<b>41</b>	<b>8,2</b>	<b>153</b>	<b>30,6</b>	<b>244</b>	<b>48,8</b>	<b>56</b>	<b>11,2</b>

Kuviossa 5 on esitetty sairaanhoitajien arvioita omasta teoritiedostaan parhaimmasta heikompaan keskiarvon mukaan. Parhaiten hoitajat arvioivat teoritietonsa itse hemodialyysihoidosta hoitotapahtumana (Ka 4,32, Kh 0,56), hemodialyysissä tarvittavan verireitin kotihoitoon ja seurantaan liittyvä tieto (Ka 4,32, Kh 0,75) sekä nestetasapainoon (Ka 4,2, Kh 0,58) liittyvän tiedon. Tulosten mukaan eri kulttuureista tulevien potilaiden ohjaamiseen (Ka 2,6, Kh 0,96) sosiaalietuuksiin (Ka 2,84, Kh 0,8), vertaistukeen (Ka 2,92, Kh 0,81) tarvittavat teoritiedot koettiin heikoimmaksi. Toisaalta on huomioitava, että näissä oli myös hajontaa.



Kuvio 5. Sairaanhoitajien arvioita omasta teoritiedostaan eri aihealueisiin liittyen asteikolla 1=heikko, 5= eriomainen.

Koulutustarpeisiin liittyviin avoimiin kysymyksiin oli vastannut yhteensä 20 henkilöä (80%) vastaajista. Lisäkoulutusta toivottiin useaan eri aihealueeseen. Vastauksissa haettiin koulutusta liittyen sosiaalietuuksiin, ravitsemukseen, munuaissairauksiin sekä eri kulttuurista tulevan potilaan ohjaamiseen.

*”Haluaisin lisää koulutusta kaikista osa-alueista, ei olisi pahitteeksi, että joka vuosi olisi erilaisia koulutuksia, esim. ravinnosta, nestetasapainosta jne.”*

*”Sosiaalietuudet. Matkustaminen.”*

*”Lääkäriinluennot munuaissairauksista olisi hyödyllinen ja mielenkiintoa herättävä.”*

*”Eri kulttuureista tulevan potilaan ohjaaminen”*

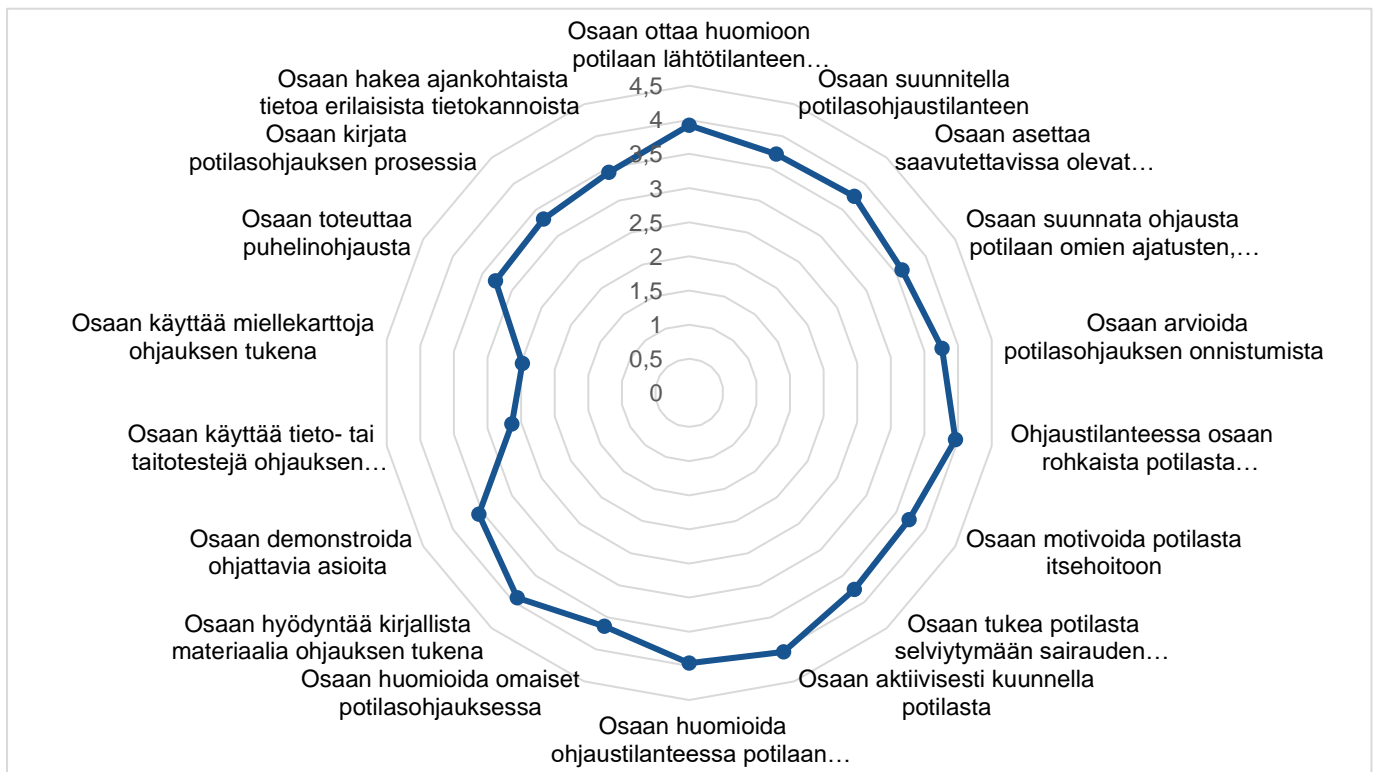
### 7.1.2 Sairaanhoidajien arvio ohjaustaidoista

Ohjaustaitojen arviointiin liittyvissä kysymyksissä selvitettiin sairaanhoidajien omaa arvioita ohjausprosessin, ohjausmenetelmien hallinnasta sekä ohjaukseen liittyviä vuorovaikutustaitoja. Sairaanhoidajat arvioivat omia taitojaan asteikolla 1= heikko, 2= välttävä, 3=keskinkertainen, 4= hyvä ja 5= erinomainen. Liitetaulukossa 2 on esitetty yhteenveto edellä mainituista kyselyn tuloksista, johon laskettu keskiarvot, keskihajonta, mediaanit sekä annetut arvot minimi ja -maksimituloksista.

Ohjausprosessin hallinnassa potilaan lähtötilanne (Ka 3,92, Kh 0,64), ohjaustilanteen suunnittelu (Ka 3,72, Kh 0,61) ja arviointi (Ka 3,76, Kh 0,60) osataan huomioida hyvin. Sen sijaan ohjausprosessin kirjaaminen arvioitiin lähemmäs keskinkertaista (Ka 3,32, Kh 0,69).

Ohjaustilanteessa hoitajat arvioivat osaavansa kuunnella potilasta (Ka 4,04, Kh 0,45), rohkaista potilasta (Ka 3,96, Kh 0,61), motivoida itsehoitoon (Ka 3,72, Kh 0,54) sekä tukea potilasta (Ka 3,76, Kh 0,60) hyvin. Ohjaustilanteessa omaisten huomioidinnissa oli jonkin verran hajontaa (Kh 0,7) mediaanin ollessa kuitenkin 4.

Ohjausmenetelmistä parhaiten hoitajat arvioivat osaavansa käyttää kirjallista materiaalia ohjauksen tukena (Ka 3,9, Kh 0,64). Heikoimmaksi koettiin ohjauksessa miellekarttojen (Ka 2,48, Kh 0,96) sekä tieto- ja taitotestien (Ka 2,64, Kh 0,95) käytön. Tiedon haun eri tietokannoista sairaanhoidajat arvioivat keskinkertaiseksi (Ka 3,44). Tässä kohdin tuloksissa oli hajontaa (Kh 1,04) aina heikosta erinomaiseen. Kuviossa 6 on havainnollistettu ohjaustaidolle annettuja keskiarvoja. Tästä voidaan selkeästi nähdä, että osaaminen on heikompaa menetelmiin liittyen.



Kuvio 6. Sairaanhoitajien arviointi ohjaustaidoistaan. (Ka)

Ohjaustaitoihin liittyviin avoimiin kysymyksiin vastauksia tuli 16 (64%). Koulutusta kaivattiin useissa vastauksissa lähinnä ohjausprosessin kirjaamiseen ja erilaisiin ohjausmenetelmiin, kuten tieto- ja taitotestien ja miellekartan käyttöön ohjauksessa. Yhdessä lomakkeessa toivottiin pedagogista koulutusta.

*”Potilasohjauksen prosessin kirjaamisesta ja näyttöön perustuvan tiedon hakua.”*

*”Tieto- ja taitotestien käyttö potilasohjauksessa.”* *”Miellekartta? Erilaisten materiaalien käyttö lisänä ohjauksessa olisi hyvä.”*

*”...ymmärtämään ihmisten erilaisia vastaanotto- ja omaksumiskykyjä”*

### 7.1.3 Sairaanhoidajien asenne potilasohjausta kohtaan

Sairaanhoidajien asennetta potilasohjausta kohtaan selvitettiin kahdeksalla eri kysymyksellä, joiden ääripäät olivat täysin samaa mieltä ja täysin eri mieltä. Lähes kaikissa vastauksissa väittämien kanssa oltiin samaa tai jokseenkin samaa mieltä. Tuloksia on havainnollistettu vastaajien lukumäärän ja prosenttilukujen mukaisesti taulukkoon 2. Potilasohjauksen koettiin olevan tärkeä osa potilaan hoitoa, jossa potilaan aktiivinen rooli korostuu ja on tärkeää ottaa potilas mukaan ohjaustilanteeseen. Vastaajista 23 (92%) oli tästä täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä. Potilasohjaus koettiin mielekkääksi, vastaajista 24 (96%) oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä, ja hyödylliseksi. Ohjausta tulisi toteuttaa ohjausprosessin mukaisesti, josta vastaajat 23 (92%) olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Sairaanhoidajat olivat aidosti kiinnostuneita potilaan tilanteesta ja olivat kyselyn mukaan halukkaita kehittämään itseään potilasohjaajina. Toisaalta osassa vastauksia potilasohjauksen koettiin vievän liikaa aikaa muulta potilastyöltä. Näin arvioi vastaajista 7 (28%).

Taulukko 2. Sairaanhoidajien asenne potilasohjausta kohtaan.

		täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä	N
Potilasohjaus on tärkeä osa dialyysipotilaan hoitoa	f	0	0	0	4	21	25
		0%	0%	0%	16%	84%	
On tärkeää toteuttaa ohjaus ottamalla potilas mukaan ohjaustilanteessa	f	0	0	2	5	18	25
		0%	0%	8%	20%	72%	
Potilasohjausta on tärkeä toteuttaa ohjausprosessin vaiheiden mukaisesti	f	0	0	2	11	12	25
		0%	0%	8%	44%	48%	
Potilasohjaus on mielekästä	f	0	0	1	13	11	25
		0%	0%	4%	52%	44%	
Potilasohjaus ei vie liikaa aikaa muulta potilastyöltä	f	1	6	3	9	6	25
		4%	24%	12%	36%	24%	
Potilasohjaus on hyödyllistä	f	0	0	0	7	18	25
		0%	0%	0%	28%	72%	
Olen aidosti kiinnostunut potilaan selviytymisestä kotona	f	0	0	0	9	16	25
		0%	0%	0%	36%	64%	
Haluan kehittää itseäni potilasohjaajana	f	0	0	0	10	15	25
		0%	0%	0%	40%	60%	
Yhteensä	f	1	6	8	68	117	

#### 7.1.4 Ohjauksen edellytykset dialyysiyksikössä

Potilasohjauksen edellytyksiä selvitettiin kuudella eri kysymyksellä, joiden ääripäät olivat täysin eri mieltä ja täysin samaa mieltä. Kysymykset painoutuivat lähinnä tilaan, materiaaliin, ajan käyttöön sekä potilasohjauksen yleiseen arvostukseen hoitotyön toimintona. Tuloksia on havainnollistettu vastaajien lukumäärän ja prosenttilukujen mukaisesti taulukkoon 3. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että yksikössä potilasohjausta arvostetaan. Kuusi henkilöä oli tästä eri mieltä. Potilasohjauksen suunnitteluun 16 (64 %) vastaajan mukaan ei ollut riittävästi aikaa. 11 (44%) vastaajan mukaan myöskään potilasohjaukseen ei ollut riittävästi aikaa ja sama määrä vastanneista oli sitä mieltä, että potilasohjaukseen jää aikaa riittävästi. Suurin osa vastaajista (16 henkilöä, 64%) oli sitä mieltä, että dialyysiyksikössä ei ole asianmukaisia tiloja potilasohjausta varten. Videoiden käyttöön ei myöskään koettu olevan juuri mahdollisuutta. Ainoastaan 3 (12%) vastaajaa oli jokseenkin sitä mieltä, että tähän olisi mahdollisuus. Ajantasaisen kirjallisen materiaalin saatavuudessa vastaukset jakautuivat kahtia. Enemmistön (13 vastaajaa, 52 %) mukaan materiaalia on käytettävissä.

Taulukko 3. Ohjauksen edellytykset dialyysiyksikössä.

		täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä	N
Dialyysiyksikössä on asianmukaiset tilat potilasohjausta varten	f	4	12	5	4	0	25
		16%	48%	20%	16%	0%	
Minulla on käytettävissä ajan tasalla olevaa kirjallista potilasohjausmateriaalia	f	0	9	3	12	1	25
		0%	36%	12%	48%	4%	
Minulla on mahdollisuus käyttää videoita potilasohjauksen tukena	f	8	12	2	3	0	25
		32%	48%	8%	12%	0%	
Minulla on riittävästi aikaa potilasohjauksen suunnitteluun	f	6	10	2	7	0	25
		24%	40%	8%	28%	0%	
Työpäivän aikana minulla on riittävästi aikaa potilasohjaukseen	f	5	6	3	9	2	25
		20%	24%	12%	36%	8%	
Työyksikössäni arvostetaan potilasohjausta hoitotyön toimintona	f	0	6	3	7	9	25
		0%	24%	12%	28%	36%	
Yhteensä	f	23	55	18	42	12	

Viimeisessä avoimessa kysymyksessä 10 vastaajaa (40%) antoi ehdotuksia potilasohjauksen kehittämiseksi. Päälimmäisenä tuli esille toive riittävästä resursseista sekä asianmukaisista tiloista potilasohjauksen toteuttamiseksi. Koulutusta, yhtenäisiä toimintatapoja ja saatavilla olevia kirjallisia ohjeita toivottiin myös. Informaatiotuokioita potilaille ehdotettiin myös järjestettäväksi dialyysin aikana sekä omahoitajasysteemiä takaisin.

*” Riittävästi aikaa ohjauksen toteuttamiseen.”*

*”Potilaat joutuvat usein kertomaan asioistaan kaikkien kuullen, ei ole erikseen tilaa ohjaukseen eikä sille olisi varattu aikaa jos erillinen tila olisi käytössä..”*

*”... Mielellään voisi olla koulutuksia ym. hoitajille, joissa käytäisiin läpi ohjausta ja asioita joita pitäisi ottaa huomioon” ”...Keskustelua ja osastotunti ohjauksesta. Ohjausta ei kirjata hoitokertomukseen juurikaan -> systemaattinen kirjaaminen.”*

*”Potilaille voisi järjestää säännölliset ”tietoiskut” dialyysin aikana. Mutta voisi lisätä myös yksilöllistä ohjausta, niin että potilas olisi hoitajan kanssa kahdenkeskisessä ohjauksessa. Potilas uskaltaa silloin kysyä enemmän.”*

*”...omahoitajasysteemi takaisin hemodialyysissä.”*

## 7.2 Johtopäätökset ja pohdinta

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien ohjausvalmiuksia ja -edellytyksiä dialyysiyksikössä. Tutkimusmenetelmänä käytettiin sähköistä Webropol-kyselyä. Kokonaistutkimus tehtiin neljässä eri hemodialyysiyksikössä työskenteleville sairaanhoitajille. Kyselyn vastausprosentti oli 51 %. Vastausprosentti jäi yllättävän matalaksi huomioiden kyselyn ollessa melko lyhyt ja helppo täyttää. Herää kysymys, halutaanko potilasohjausta kehitettävän. Voidaan myös pohtia miten opinnäytetöihin liittyvät kyselyt ja niiden tuoma mahdollinen hyöty koetaan.

Silmiinpistävä asia oli, että nuoria hoitajia oli määrällisesti suhteellisen vähän kyselyyn vastanneiden joukossa. Tosin henkilökuntarakenteen ikäjakaumasta ei tehty tarkkaa selvitystä, jolloin vinoutumia olisi ollut mahdollista selvittää tarkemmin. Iän kysyminen tarkkaan näinkin pienessä määrässä on saattanut aiheuttaa mielikuvan, että henkilö on tunnistettavissa ja näin hän on voinut jättää vastaamatta.

Kokonaisuudessaan sairaanhoitajat arvioivat oman teoretietonsa olevan pääsääntöisesti hyvällä tasolla useiden ohjattavien aihealueiden tiimoilta. Etenkin ne asiat, jotka ovat mukana päivittäisessä työssä, hallittiin hyvin, kuten hemodialyysihoito, lääkehoito,

ravitsemus, tutkimukset ja toimenpiteet. Lipposen (2014) tutkimuksessa erikoissairaanhoidossa työskentelevillä sairaanhoitajilla oli kiitettävät tai hyvät tiedot potilaiden sairauksista, hoitotoimenpiteistä, tutkimuksista ja niiden tuloksista. Tässä tutkimuksessa yllättävää oli, että itse munuaissairauksien teoretieto ei ollut korkeammalla tasolla. Hemodialyysihoitoon liittyviä päivittäisiä alueita lukuun ottamatta muilla osa-alueilla sairaanhoitajat arvioivat teoretietonsa heikommiksi. Tämä antaa viitteitä siitä, että sairaanhoitajien tiedon tasossa on kehitettävää näiltä osin. Potilaille suunnattujen kyselyiden (Eloranta ym. 2014a; Munuais- ja maksaliitto 2015) selvitysten perusteella potilaille ei välitetty tietoa laaja-alaisesti ohjaustilanteissa. Samojen aihealueiden teoreettinen hallinta oli heikompaa tässä kyselyssä, kuten sosiaalietuudet ja potilasjärjestön toiminta. Samansuuntaisiin tuloksiin ovat päätyneet Friberg ym. (2012), Heikkinen ym. (2006), Johansson (2005), Kääriäinen ja Kyngäs (2010) sekä Toivonen ja Virtanen (2012) tutkimuksissaan. Kyseenalaista on, kokevatko sairaanhoitajat näitä asioita tärkeiksi potilaan hoidossa. On myös mahdollista, että tukeudutaan pitkälti muiden asiantuntijoiden, kuten sosiaalihoitajan palveluihin potilaan hoidossa. Suuri osa koulutustoiveista kohdistettiin myös potilaan biologis-fysiologisiin alueisiin. Oletettavaa olisi ollut, että koulutustarpeet kohdistuisivat laajemmin niille alueille, jotka heikoimmin osataan.

Eri kulttuureista tulevan potilaan ohjaus koettiin selkeästi heikompana. Vänskä (2012) toteaaakin, että terveysalan ammattilaisten kulttuurisen osaamisen puute ja lisäkoulutuksen tarve on tullut esiin useissa Suomessa tehdyissä tutkimuksissa. Haasteena varmasti ovat potilaiden erilaiset taustat, niiden ymmärtäminen, ja usein saattaa puuttua yhteinen kielikin. Friedmanin (2011) tutkimuksessa esitettiin, että ohjaamalla potilasta hänen oma kulttuuritaustansa huomioiden saadaan ohjauksen avulla toivotumpi vaikutus potilaan tiedollisiin tarpeisiin. Tässä on varmasti paljon parannettavaa, jos haluamme tukea potilasta itsenäisyyteen ja voimavaraistumiseen. Terveysalalla haasteena on monikulttuurisen ohjausosaamisen kehittäminen ja sen saaminen jokaisen osaamiseksi (Vänskä 2012, 24).

Ohjausprosessin hallinta arvioitiin hyväksi, mutta sen kirjaaminen lähempänä keskinkertaista. Ohjauksen suunnitteluun ei koettu olevan riittävästi aikaa. Suunnitelmallisen ja laadukkaan ohjauksen kannalta kirjaaminen on tärkeä osa potilaan ohjausta. Tutkimus antaa vaikutelman, että ohjauksen toteutus osataan prosessin mukaisesti, mutta olennainen osa hoitotyötä jää kuitenkin näkymättömäksi. Jäykät sähköiset tietojärjestelmät voivat olla syy ohjauksen kirjaamisen haasteellisuuteen.

Monipuolisten ohjausmenetelmien hallinta potilasohjauksessa oli heikompa. Samaa havaintoa on tehnyt Eloranta ym. (2014b) ja Lipponen (2014) tutkimuksessaan. Kääriäinen (2007) tutkimuksessaan totesi myös, että sairaanhoitajat hallitsivat suullisen ohjauksen hyvin ja muissa menetelmissä oli kehittämisen varaa. Miellekartan käyttö dialyysiyksikössä ohjauksessa on todennäköisesti vähäistä, jos sitä ei ole ollut saatavilla. Dialyysissä on laadittu munuaispotilaan miellekartta v. 2011, mutta ilmeisesti se on jäänyt liian vähäiselle huomiolle. Tieto – ja taitotestien käytön osaaminen arvioitiin myös heikoksi. Oletettavasti syy on, että niitä ei juuri ole käytössä. Kuten Kesäsen ym. tutkimuksessa (2014) todettiin, näitä voidaan käyttää etenkin kroonisesti sairaiden potilaiden kohdalla, mutta se vaatii tietotestien käytön huolellista suunnittelua.

Kyselylomakkeen tulosten mukaan hajontaa vastauksissa oli erityisesti ajan käytön suhteen. Avointen kysymysten kohdalla toiveet painottuivat voimakkaasti resursseihin. Osa vastaajista koki potilasohjauksen vievän liikaa aikaa muulta potilastyöltä. Tämä liittyyneen hoitotyön lisääntyneeseen työmäärään, jolloin omia työtehtäviä päivän aikana joudutaan priorisoimaan. Hajonta ajan käytön suhteen ohjauksessa saattaa selittyä sillä, että kysely suunnattiin kantasairaalan ja lähisairaaloiden eri dialyysiyksiköihin. Henkilökuntatilanne potilasmäärään suhteutettuna eri paikoissa voi olla hyvin erilainen. Lisäksi käsityksellä ohjauksesta voi olla merkitystä. Eri näkökulmista arvioituna ohjausta voidaan tarkastella erillisenä tapahtumana ja toisaalta taas sulautuneena normaaliin toimintaan. Tässä kyselyssä arvioitiin ohjaukseen kuluvan alle kaksi tuntia päivittäin, kun Lipposen (2014) tutkimuksessa hoitajat arvioivat käyttävänsä ohjaukseen päivittäin keskimäärin hieman enemmän eli alle kolme tuntia.

Dialyysiyksikön ei koettu olevan fyysisesti hyvä paikka potilasohjaukselle. Tämä on ymmärrettävää, koska yksityisyys on hankalaa huomioida hoituhuoneiden ollessa avoimia tiloja, joissa on usein samanaikaisesti 4-6 muutakin potilasta. Kaikissa hoitoyksiköissä ei ole myöskään käytettävissä potilaskohtaisia av-laitteita tai Tablet / iPad-laitteita. Av-laitteita voisi hyödyntää ohjauksellisiin tarkoituksiin aula- ja odotustiloissa, jos niitä ei ole mahdollista saada potilaskäyttöön henkilökohtaisesti.

Dialyysiyksikössä pääsääntöisesti arvostetaan potilasohjausta hoitotyön toimintona. Fribergin (2012) ja Lipposen (2014) tutkimusten mukaan hoitajien asenne ohjauksen suhteen oli myönteinen ja sama välittyi myös tämän kyselyn vastauksissa. Tutkimustuloksista ja avointen kysymysten vastauksista ilmeni, että sairaanhoitajat pitävät potilasohjausta tärkeänä osana hoitotyötä ja ovat halukkaita oppimaan ja kehittymään paremmiksi potilasohjaajiksi.

Yhteenvedona voidaan todeta, että tässä kyselyn tulokset ovat samansuuntaisia aiheesta aiemmin tehtyjen tutkimusten mukaisesti. Tämä vahvistaa sitä käsitystä, että sairaanhoitajien ohjausosaamisen parantamiseksi tulee kehittää tiedollisesti muutakin kuin pelkästään biologis-fysiologiseen alueeseen painottuvia asioita. Lisäksi käytössä olevia ohjausmenetelmiä tulee monipuolistaa resurssit huomioiden. Ohjausprosessia tulee selkiyttää kiinnittämällä huomiota ohjauksen sisältöön ja kirjaamiseen. Kyselyn tuloksia voidaan hyödyntää ohjauksen kehittämissuunnitelman laatimisessa.

### 7.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tieteellinen tutkimus tulee suorittaa hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jotta se voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava (Hirsjärvi 2015, 23; Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012). Perusteet tälle on Suomen lainsäädännössä määritelty (Henkilötietolaki 1999; Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999). Aiheen valinnassa jo tulee pohtia, miksi tutkimukseen ryhdytään ja mikä sen tuoma merkitys on. Tutkimuksen suorittaminen edellyttää tarvittavan tutkimusluvan saamista. Opinnäytetyön tutkimuslupaa haettiin VSSH:n tutkimus- ja opinnäytetyön lupaprosessin mukaisesti. Tutkimuksessa noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta kaikissa tutkimuksen eri vaiheissa. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012, 6.)

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja perustui riittävään tietoon. Tutkittavilta tulee myös pyytää lupa tutkimuksen tekemiseen (Hirsjärvi 2015,25; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014). Opinnäytetyössä ei erikseen pyydetty lupaa, vaan sairaanhoitajat osoittivat suostumuksensa vastaamalla kyselyyn. Kaikilla tutkimukseen osallistuvilla oli oikeus pysyä nimettöminä. Tutkimus ei myöskään sisältänyt sellaista tietoa, jonka perusteella tutkimukseen osallistuvan henkilöllisyys olisi tunnistettavissa. (Soininen 1995, 129-130.) Kyselyn suorittaminen moneen eri dialyysiyksikköön lisäsi vastaajien anonymiteettiä, kun vastaajina ei ollut pelkästään omat kollegat. Anonymiteettikysely opinnäytetyössä tuotiin esille tutkimukseen osallistuville henkilöille. Tutkimuksessa kerätty aineisto on aina luottamuksellista ja hävitetään tutkimuksen jälkeen asianmukaisesti. Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu myös, että tutkija on rehellinen sekä itselle että lukijoilleen. Tällä tarkoitetaan sitä, että ei saa esittää toisen kirjoituksia ominaan. Toisen kirjoittamaa tekstiä lainatessa se on osoitettava asianmukaisin lähdemerkinnöin (Hirsjärvi 2015, 26; Soininen 1995, 130), kuten on toimittu tässä opinnäytetyössä.

Tulokset esiteltiin rehellisesti niitä kaunistelematta. Työn tekijä suhtautui omaan työhönsä kriittisesti ja raportoi myös työn puutteet (Soininen 1995, 130). Opinnäytetyössä työn kulku kirjoitettiin selvästi ja tarkasti, jotta lukija ymmärtää, miten työ on tehty ja millä perusteella tutkija on päätenyt tehtyihin valintoihin. Tutkimustulokset julkaistaan kehittämisprojektin osana Theseus-tietokannassa toukokuussa 2017.

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada luotettavaa ja totuudenmukaista tietoa. Reliabiliteetti ja validiteetti ovat käsitteitä, joilla kuvataan tutkimuksen luotettavuutta ja laatua (Kananen 2011, 118). Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että mitataan ja tutkitaan oikeita asioita tutkimusongelman kannalta. Reliabiliteetti kvantitatiivisessa (määrällisessä) tutkimuksessa merkitsee tutkimustulosten ei-sattumanvaraisuutta, minkä seurauksena tulokset toistuvat samanlaisina toistettaessa tutkimus samoilla henkilöillä. (Hirsjärvi 2015, 231; Kananen, 2011, 118-119.) Opinnäytetyössä tutkimuksen reliabiliteetin osoittaminen tehtiin dokumentoimalla tutkimuksen eri vaiheet perusteluineen tarkasti (Kananen 2011, 123). Tärkeää on, että lukijalle avautuu selkeä kuva työn toteutuksesta. Tiedonkeruu, tulosten syöttö ja käsittely tehtiin huolellisesti ja virheettömästi. Tutkija ei antanut omien kokemusten tai vakaumusten vaikuttaa tutkimusprosessiin. (Heikkilä 2014, 27-28.)

Tutkimukselle tulee asettaa selkeät tavoitteet, jotta vältytään väärin asioiden tutkimiselta. Tutkimuslomakkeen kysymysten tulee kattaa koko tutkimusongelma ja mitata oikeita asioita yksiselitteisesti. (Heikkilä 2014, 27.) Korkea vastausprosentti lisää myös tutkimuksen luotettavuutta. Opinnäytetyössä vastausprosentti oli 51 %, jota voidaan pitää kohtalaisena tuloksena tämän tyyppisissä kyselyissä. Luotettavuuden kannalta olisi ollut tavoiteltavampaa saada suurempi määrä vastauksia. Nyt ei tiedetä, miten puolet hoitajista arvioi omat ohjausvalmiutensa. Katoa pyrittiin vähentämään lähettämällä kertaalleen muistutus sähköpostitse kyselyyn vastaamisesta. Huomioitava asia on, että vastajia oli edustettuna kaikista eri ikäryhmistä.

Validiteetti voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäinen validiteetti tarkoittaa tutkimuksen omaa luotettavuutta, johon vaikuttaa olennaisesti käytetty mittari. Mittarin tulee mitata juuri oikeaa asiaa. (Metsämuuronen 2003, 35.) Ohjausvalmiuksia mitattaessa pyrittiin teoriasta johtamaan ne asiat, joista ohjausvalmiudet muodostuvat, ja laadittiin sen pohjalta oikeat kysymykset. Validi mittari onkin osoitus siitä, että käsitteiden operationalisointi on onnistunut hyvin ja samalla se kuvaa tutkimuksen luotettavuutta (Metsämuuronen 2003, 23).

Operationalisoinnilla avattiin käsitteet mitattavaan muotoon. Mittari pyrittiin laatimaan tarkasti ja johtamaan oikein teoriasta. Käytetyn mittarin tarkka dokumentointi sekä määrittely auttavat työn validiteetin arvioinnissa myös opinnäytetyössä. (Kananen, 2011, 122-123.) Dialyysiyksikön edellytyksiä selvittävien kysymysten vastausten mukaisesti yhteensä 12 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. Tässä kohdin tulee tarkastella, olivatko kysymykset riittävän hyvin muotoiltu. Valmis mittari, jota on käytetty muissakin töissä, lisääisi vertailukelpoisuutta muiden samalla mittarilla tehtyjen tutkimusten kesken, koska sen toimivuus on jo testattu. (Metsämuuronen 2003, 36.) Tämä kysely laadittiin vain tätä kehittämissuunnitelmaa varten.

Ulkoinen validiteetti liittyy tulosten yleistettävyyteen tai missä määrin tutkimuksessa esille tulleet oletukset ovat siirrettävissä toista ryhmää koskevaksi (Metsämuuronen 2003, 35; Soininen 1995, 121.) Yleistettävyyden ei kuitenkaan tarkoita kaikenlaista yleistettävyyttä (Kananen 2011,122). Opinnäytetyö kohdistui eri dialyysiyksiköihin ja katoa oli jonkin verran, jolloin tämän tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä.

## 8 KEHITTÄMISSUUNNITELMA

Osaamisen kehittäminen merkitsee henkilöstön ammattitaidon suunnitelmallista kehittämistä. Kehittämissuunnitelmien tulisi olla mahdollisimman konkreettisia. Kehittämissuunnitelman laadinta voidaan tehdä yksilötasolla, ryhmätasolla tai organisaation tasolla. (Hätönen 2007, 49.)

Tiedon hankkimista ja yksilöiden oppimista tulee tukea, ohjata ja luoda oppimiselle oikeat olosuhteet. Osaaminen syntyy oppimalla. Jokainen yksilö oppii eri tavalla, mutta tärkein on kuitenkin motivaatio. Työyhteisöllä ja työympäristöllä on valtava merkitys oppimiseen. Työyhteisö voi edistää oppimista tai sitten hidastaa sitä. (Ojala 2008, 65-70.) Terveystieteiden tutkimuksissa työskenteleminen edellyttää jatkuvaa oppimista. Kerran opittu asia ja koulutus eivät enää riitä. Ammattitaito ei ole vain tietoa ja taitoa, vaan kykyä soveltaa osaamistaan. Uuden sukupolven edustajilla työn arvostaminen on erilaista kuin vanhemmilla hoitajilla. Eri ikäiset, eri taustoiltaan olevat eri sukupuolta olevat ihmiset näkevät asioita monesta eri näkökulmasta.

Sairaanhoitajille tehdyn kyselyn perusteella ohjausvalmiuksien kehittämiseksi on tarvetta, mikä on lähtökohta oppimisprosessille. Perinteisesti tiedon hakemiseen on käytetty koulutustilaisuuksia, kirjoja, kursseja ja itseopiskelua. Tieto on sisäistettävä ennen kuin se voi muuttua taidoksi tai osaamiseksi. Tämä edellyttää asioiden käytäntöön soveltamista tai pohdintaa toisen henkilön kanssa. Työyhteisössä tietoa voidaan jakaa erilaisissa kokouksissa tai pitämällä esityksiä. Asioista luodaan yhteinen näkemys, mikä sovelletaan käytäntöön. Tämän tulos ja sen jakaminen ovat varsinaista oppimista. Oleellista on myös saadun tuloksen arviointi. (Ojala 2008, 75.)

Osaamisen kehittämisen menetelmiä on useita, joita voidaan toteuttaa työpaikan sisällä tai sen ulkopuolella. Kehittämistä tukevaan työkuultuuriin liittyviä menetelmiä voivat olla osaamiskartoitus, *kehittämissuunnitelmat*, keskustelutilaisuudet, työpajat ja projektit. Lisäksi työpaikan sisäisiä menetelmiä ovat työnkierto, vastuulliset erityistehtävät, kouluttajana toimiminen, kehityskeskustelut, mentorointi ja perehdyttäminen. Ulkoisia ovat esimerkiksi opintokäynnit, ammattikirjallisuus ja erilaiset kurssit. (Rissanen & Lammintakainen 2015, 251-252.)

Munuaispotilaalle ohjattavia asioita on paljon ja potilaiden ohjauksen tarpeet vaihtelevat. Kehittämissuunnitelmaa voidaan käyttää osaamisen johtamisen työvälineenä. Yksilötasolla hoitaja voi arvioida omaa ohjausosaamistaan ja täsmentää omia kehittämisalueitaan. Ohjausvalmiuksien kehittämissuunnitelma (liite 6) on laadittu siten, että toteutus ei ole pelkästään osastotunnin tai luentojen varassa. Lähtökohtana on ollut kyselyn tulokset, mutta projektiryhmässä syntyneet ideat on otettu myös mukaan.

Laadukkaan ohjauksen takaamiseksi edellytetään, että sairaanhoitajat omaavat hyvät **teoriatiedot**. Ensisijaisesti jokaisella hoitajalla on henkilökohtainen vastuu oman ammattitaidon ja tiedon tason ylläpitämisestä. Oivan tilaisuuden tähän antaa ohjaajana tai perehdyttäjänä toimiminen. Projektiryhmässä käytiin keskustelua, että potilaille olisi mahdollista järjestää erilaisia ryhmäohjaustilanteita. Näiden suunnitteluun ja toteutukseen osallistuminen kehittäisivät varmasti sairaanhoitajien omia ohjaustaitoja.

Tietojen päivittämistä ja jatkuvaa koulutuksen tarvetta on niiden asioiden kohdalla, joita käsitellään päivittäisessä hoitotyössä, kuten esimerkiksi lääkehoito. Tavoitteena on, että osaamisen taso pysyy edelleen hyvänä. Kehittämisen menetelminä ovat erilaiset alueelliset koulutukset ja eri asiantuntijoiden pitämät luennot. Tulevaisuudessa tulee käyttää teknologiaa hyväksi, jotta lähisairaaloiden henkilökunta saa saman tiedon. Videovälitteisiä osastotunteja ei ole ollut dialyysiyksiköiden välillä.

Projektiryhmän keskustelussa tuli esille hoitajien tutustumiskäynnit eri dialyysiyksiköiden välillä. Ne auttaisivat parantamaan yhteistyötä ja edistäisivät potilasohjausta. Potilaan hoitopaikan vaihto on toistuvaa resursseista riippuen. Hoitaja kykenee paremmin kuvaamaan potilaalle vaihtuvan hoitopaikan, kun hän on itse ensin tutustunut niihin. Ohjausosaamisen kehittämiseksi hoitajan tulee olla selvillä erilaisista toimenpiteistä. Tutustumiskäynnit esimerkiksi fistelin angiografiatutkimukseen ja muihin munuaispotilaille tehtäviin keskeisiin toimenpiteisiin avartavat asioita enemmän kuin pelkkä kirjatieto. Näiden toteutusta tulee miettiä yksilöllisesti jokaisen kohdalla yhdessä esimiehen kanssa resurssit huomioiden.

Organisaation osaamisen kehittämisen kannalta on tärkeää tuoda esille organisaation sisällä oleva Hiljainen tieto (Rissanen & Lammintakainen 2015, 251-252). Yksikön sisällä löytyy paljon osaamista, mutta sitä tulee osata jakaa. Laaditussa kehittämissuunnitelmassa on huomioitu, että vain joidenkin asioiden tiimoilta tarvitaan ulkopuolista koulutusta.

Kehittämissuunnitelman ydinajatuksena on, että kehittämispäivät ovat hyvin valmisteltu etukäteen, jotta yhteinen aika saadaan tehokkaasti käytettyä. Kehittämispäivillä on aiemmin ollut ryhmätyöskentelyä ja päivän päätteeksi yhteisesti käsitelty aiheita. Ryhmien työskentely ilman selkeitä ohjeita tai tavoitteita on toisinaan jäänyt hieman vaisuksi ja työskentelyyn varattu aika on ollut liian lyhyt. Kehittämispäivät tulee järjestää käyttäen hyväksi pienryhmätyöskentelyä ja avointa keskustelua. Jokaisen aktiivinen osallistuminen on tärkeää. Keskusteleva ilmapiiri on hyvä pohja yhteistyötahojen ja verkostojen parantamiselle. Yhteiset koulutuspäivät ovat mahdollisuus yhteistyön kehittämiseen lähisairaaloitten henkilökunnan kanssa samalla mahdollistaen heidän ohjausosaamisen kehittäminen.

Kehittämispäivät on suunniteltu eri teemoittain. Kyselyn perusteella potilasjärjestön toimintaan, vertaistukeen, sosiaalietuuksiin ja kuntoutukseen liittyvä tieto oli heikointa. Olennaista on, että hoitajille muodostuu asioista kokonaiskuva ja asioiden linkittyminen toisiinsa. Ohjaus on luontevaa, kun hallitsee asiayhteydet ja tuntee yhteistyötahot. Potilaan osallistuminen esimerkiksi sopeutumisvalmennuskurssille voi olla hyvinkin sosiaalisesti kuntouttavaa ja samalla potilas saa vertaistukea. Tietoisuus potilasjärjestön toiminnasta vaatii hoitajalta myös omaa aktiivisuutta. Yhdyshenkilö tiedottaa uusista asioista s-postitse sekä osaston palaverissa.

Toinen laajempi kokonaisuus kehittämispäiväksi liittyy potilaan psyykkiseen tukemiseen ja ohjaamiseen arkaluonteisissa, henkilökohtaisissa asioissa. Tärkeää on osata ottaa asia puheeksi. Motivoivan haastattelun avulla voidaan tukea potilaan voimavaraistumista (Lundahl ym. 2013, 157-168). Lähes kaikkiin aiheisiin löytyy asiantuntijoita yksikön sisältä. Terveiden edistäminen on laaja alue, joka kuuluu sairaanhoitajan perusosaamiseen. Kyse on lähinnä siitä, miten tietoa sovelletaan käytännön työssä. Näitä on hyvä ryhmässä pohtia. Kehittämispäivien onnistuminen vaatii yhteistyötä, luovuutta ja hieman uskallusta kokeilla uutta. Parhaiten se onnistuu esimiehen ja työryhmän avulla. Palautteen saaminen on välttämätöntä, jotta voidaan tehdä asiat vielä paremmin. Nimetön paperipalautte välittömästi koulutuspäivän jälkeen tai kysely toimivat hyvin.

Ohjauksen vaikuttavuus on parempaa, kun potilaan kulttuurista kyetään huomioimaan (Friedman 2011, 17). Dialyysiyksikössä voi olla potilaita useista eri maista. Ulkopuolista kouluttajaa tarvitaan ohjaamaan henkilökuntaa keskeisissä asioissa, mistä voi hakea tietoa tai millaisia työvälineitä on käytettävissä ohjauksen tueksi. Menetelmäksi tähän on suunniteltu osastotuntia.

**Ohjausmenetelmistä** kirjallisen materiaan käytön sairaanhoitajat osasivat hyvin. Niiden käyttöä tukee ohjeiden helppo saatavuus. Tavoitteena on, että munuaispotilaan ohjauksessa käytettävä materiaali löytyy yhdestä paikasta tai sieltä on suorat linkit. Hoitaja voi valita tarvitsemansa ohjeen ja tulostaa sen tarvittaessa. Tarkoitus on, että ohjeen etsimiseen ei kulu enemmän aikaa kuin itse ohjaamiseen, kuten yhdessä kyselylomakkeessa asia ilmaistiin. Ehdotetaan, että tallennuspaikka tulee olemaan Y-asema, johon kaikilla hoitajilla on pääsy. Potilasohjevastaavat huolehtivat materiaalin sovittuun paikkaan 31.07.17 mennessä. Muistettavaa on, että uudet Hoito-ohjeet.fi -sivusto tarjoaa myös kattavasti potilasohjeita.

Monipuolisten ohjausmenetelmien lisäämiseksi otetaan käyttöön v. 2011 Penttilän laatima ideakartta ja sen käyttöön liittyen osastotunti. Tieto- ja taitotestien käyttöä ja niiden tuomia mahdollisuuksia ja soveltuvuutta tulee miettiä eri asiantuntijoiden kesken. Näiden käyttöön liittyy eettistä pohdintaa, miten ja kenelle niitä voidaan käyttää. Tulevaisuudessa internet voisi olla siihen ratkaisu, jolloin potilas voi itse päättää niiden käytöstä. Tällä hetkellä dialyysissä ei ole tällaista sivustoa käytössä. Ehkä siinä olisi aihe opinnäytetyöksi, jos sellainen tilaisuus on tarjolla.

Näyttöön perustuvan tiedon tulee olla koko ohjauksen perusta. Kyselyssä aiheeseen liittyen tiedonhakutaidoissa oli hajontaa. Tiedonhakutaitoja voidaan kehittää osastotunneilla yksikön sisäisellä koulutuksella tai osallistumalla organisaation sisällä järjestettävään artikkelipiiri / tutkimusklubikoulutuksiin. Tähän tarvitaan esimiehen tuki resurssien takaamiseksi.

Laadukas ohjaus koostuu sisällöllisesti tiedosta, jonka avulla potilas kykenee selviytymään sairautensa hoidosta ja soveltamaan sitä elämäänsä. Suunnitelmallisella ohjauksella voidaan huomioida potilaiden yksilölliset ohjaustarpeet. **Ohjausprosessin** tulee tukea laadukkaasti ohjauksen toteutumista. Ohjausprosessin systemaattisella kirjaamisella tuetaan ohjauksen jatkuvuutta ja samalla se toimii näyttönä laadukkaasta ohjauksesta. (Kaakinen 2013, 29-30.) Potilasohjausta käsittelevällä osastotunnilla huomioita kiinnitetään ohjauksen tarpeiden ja tavoitteiden määrittämiseen. Ohjauksen sisällön tukemiseksi laaditaan tarkistuslista. Ohjaus on hallittua vain, kun se on suunnitelmallista. Toteutuksen tulee olla kirjattuna ja toimintaa pitää myös arvioida.

## 9 YHTENÄISET OHJAUSKÄYTÄNTEET

Ohjauksen kehittämiseksi suunnitellaan yhtenäisiä toimintatapoja. Tavoitteena on, että potilas saa tarkoituksenmukaista ohjausta hoitopaikasta riippumatta. Kyselyn vastauksissa ilmaistiin, että ohjaus ja sen jatkuvuus näkyisi kirjaamisessa. Lisäksi toivottiin tarkistuslista-tyyppistä ohjetta, joka olisi käytettävissä hoitokertomuksessa.

Yhtenäisten ohjauskäytänteiden kehittämisessä tavoitteena on tehdä potilasohjaus näkyväksi. Osittain varmasti tarvitaan lisää koulutusta, potilasohjauksen jatkuvan osaamisen ylläpitoa ja toisaalta myös työkaluja laadukkaaseen ohjauksen toteuttamiseksi. Kyselyn tulosten perusteella osaamista ohjausprosessin hallinnasta on, mutta ohjausprosessin kirjaamiseen ja sen jatkuvuuden varmistamista haluttiin kehitettävän. Potilasohjauksen tulee olla selkeästi esillä hoitosuunnitelmassa osana päivittäistä hoitotyötä. Tähän ehdotettiin ohjausrungon päivittämistä siten, että se näkyisi päivittäisessä hoitokertomuksessa.

Hoitotyön kirjaamisessa on tutkimusten mukaan osoitettu ongelmia kirjaamismalleissa, hoitokertomuksissa sekä tietojen moniammatillisessa hyödyntämisessä. Kehittämistyössä tulee huomioida erilaiset toimintaympäristöt ja niihin liittyvät omat tarpeet. Rakenneeseen kirjaamiseen liittyvät otsikoiden luokitukset ovat usein monitasoisia ja tieto on hajallaan. Ohjausprosessin kohdalla tulee harkita sen yksinkertaistamista. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010, 7- 56.) Ohjausprosessiin kuuluu määritellä ohjauksen tarve huomioon ottaen potilaan lähtötilanne, tarpeet ja elämäntilanne. Oleellista on miettiä, mitä tietoa ja ohjausta potilas tarvitsee. Tärkeää on ohjauksen suunnitelmallisuus ja selvittää potilaan aiempi tieto ohjattavista asioista. Ohjauksen vaikuttavuutta tulee arvioida. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 10-16.) Häyrinen (2011) esittää, että hoitajien tulisi sitoutua yhteisiin kirjaamiskäytäntöihin, jotta voidaan tuottaa laadukasta tietoa potilaan kokonaisuudesta.

Dialyysiyksikön kirjaamisvastaavan kanssa käytiin keskustelua ohjaamisen kirjaamisesta. Tarkoituksena oli suunnitella toimiva käytäntö kirjaamisen parantamiseksi. Lähtökohtana oli luettelomainen ”tarkistuslista” asioista, joita sairaanhoitajan tulee huomioida uuden potilaan aloittaessa hemodialyysihoidot. Usein tarkistuslistat toimivat sairaanhoitajan muistin ja työn tukena. Käytyjen keskustelujen pohjalta sovittiin, että projektipäällikkö laatii tarkistuslistan ohjattavista asioista pääkohdittain. (Liite 7). Aihealueet on suunniteltu käyttäen hyväksi tehtyä kyselyä ja aiempia tutkimuksia.

Kirjaamisesta käytiin yhteistä keskustelua henkilökunnan kanssa 11.04.17 osastotunnilla. Mukana olivat myös dialyysiyksikön esimiehet. Osastotuntia varten oli laadittu uuden hemodialyysipotilaan hoitosuunnitelman tarkistuslista, johon oli suunniteltu vain keskeiset aiheet liiallisen informaation välttämiseksi hoitokertomuksessa. Muiden osa-alueiden ohjauksen tarve arvioidaan tarkemmin yksilöllisesti. Tavoitteena on saada hoitokertomuksen päivittäisnäkyvästä kokonaiskuva potilaan hoidossa huomioitavista asioista potilasohjaus mukaan lukien. Tämä tukee myös hiljaista raportointia sekä tiedonkulkua potilaan vaihtaessa dialyysiyksikköä. Osastotunnilla käytiin keskustelua tarkistuslistan sisällöstä ja tarkennuksista toimintaohjeiden suhteen.

Osastokokouksessa sovittiin, että **hoidon tarpeen** kohdalle kirjataan potilaan päädiagnoosi, dialyysien aloituspäivä sekä dialyysihoidon aloituksen taustatiedot. Tässä huomioidaan, onko hoito aloitettu suunnitellusti vai akuutisti. Potilaan ohjauksen suhteen lähtökohdat ja ohjauksen tarve ovat hyvin erilaisia tällöin.

**Hoidon suunnittelu ja tavoite** kohtaan valitaan otsikko: *Hoidon ja jatkohoidon koordinointi*. Tämän alle kirjataan potilaan hoitopaikka tai kotisairaanhoidon tiedot yhteystietoineen, potilaan liikkumisen apuvälineet sekä tulevat toimenpiteet. *Dialyysihoidon liittyvä ohjaus* otsikon alle kirjataan lääkehoito, rokotukset, ravitsemus, sosiaalityöntekijä, matkakorvausasiat, munuaistautirekisteri ja munuaisensiirto. Kuhunkin osa-alueeseen sisältyy lisäksi toimipaikkakohtaisia ohjeistuksia, joista sairaanhoitajan tulee huolehtia. *Käynnyliä ympäröivän ihon hoito* otsikon alle kirjataan hemodialyysikatetrin toimenpidepäivä, ompeleiden poiston ajankohta sekä kotihoito-ohjeet. *Ihon kunnon seuranta ja hoito* otsikon alle kirjataan samat asiat dialyysifistelin suhteen. Hemodialyysikatri ja dialyysifisteli ovat hoidossa tarvittavat verireitit. Kuvioon 7 on havainnollistettu edellä mainittua rakenteista kirjaamista, joka tulee olemaan päivittäisen hoitokertomuksen näkyvässä.

Päivittäistä hoitokertomusta on ehdottoman tärkeää päivittää, jotta sitä voidaan hyödyntää tarkoituksenmukaisesti. Näin ollen ohjauksen osa-alueen tietoja voidaan poistaa tai lisätä tarpeen mukaan. Tarkistuslista tallennetaan Y-asemalle, josta se on kopioitavissa hoitokertomukseen. Kokouksessa sovittiin yhteisesti, että tarkistuslista otetaan käyttöön ja sen toimivuutta arvioidaan yhteisesti jatkossa. **Hoitotyön toiminnot** sekä **hoidon arviointi** otsikot ovat päivittäisessä käytössä dialyysiyksikössä, eikä niihin kiinnitetty huomiota tässä kokouksessa.

Tavoitteena on, että ohjaus näkyy kirjaamisessa. Hoitajan tulee selvittää potilaan lähtötilanne, kirjata potilaan ajankohtainen tarve sekä toive ohjauksesta. Tavoitteiden asettelu

olisi toivottavaa sekä jatkuva arviointi. Keskeistä on, että *sairaanhoitaja dokumentoi potilaan tai läheisen ohjauksen*. Tärkeintä on muistaa, että jokainen potilas on yksilö, jolla on omat yksilölliset tarpeensa.

<p><b>Hoidon tarve</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• päädiagnoosi</li> <li>• dialyysien aloitus pv:</li> <li>• dialyysin aloitus, akuutti/suunniteltu</li> </ul>
<p><b>Hoidon suunnittelu ja tavoite</b></p>
<p><b>Hoidon ja jatkohoidon koordinointi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KSH / hoitopaikka, yhteystiedot:</li> <li>• aktiviteetti:</li> <li>• tulevat tutkimukset / toimenpiteet:</li> </ul>
<p><b>Dialyysihoitoon liittyvä ohjaus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lääkehoito:</li> <li>• rokotukset:</li> <li>• ravitsemus:</li> <li>• sosiaaliasiat:</li> <li>• matkakorvausasiat:</li> <li>• munuaistautirekisteri:</li> <li>• munuaisensiirto:</li> </ul>
<p><b>Kanyyliä ympäröivän ihon hoito</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dialyysikatetrin laittopäivä:</li> <li>• ompeleiden poisto:</li> <li>• kotihoito-ohjeet:</li> </ul>
<p><b>Ihon kunnon seuranta ja hoito</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fistelin toimenpidepäivä:</li> <li>• ompeleiden poisto:</li> <li>• kotihoito-ohjeet:</li> </ul>

Kuvio 7. Hoitokertomuksen näkymä.

## 10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

### 10.1 Tavoitteiden saavuttaminen

Kehittämisprojektin tavoitteena oli laatia hoitajien ohjausvalmiuksien kehittämissuunnitelma sekä yhtenäiset ohjauskäytänteet hemodialyysipotilaiden ohjaukseen. Kehittämisprojektin aikana valmistui ohjausvalmiuksien kehittämissuunnitelma sekä käyttöön otettiin ohjauksen tarkistuslista. Tämä on yksi uudistus kohti yhtenäisiä ohjauskäytänteitä. Kirjaamisesta ja sen kehittämisestä tullaan keskustelemaan jatkossa yhteisesti osastotunneilla. Se, että jokin muutos on pysyvä käytäntö, vaatii aikaa. On hienoa, että ohjauksesta käydään keskustelua.

### 10.2 Aikataulu ja projektipäällikkyys

Projektin käynnistymisvaiheessa aikaa kului paljon aiheen täsmentämiseen ja rajaamiseen. Alkuvaiheen haasteena oli projektityön luonteen ymmärtäminen. Alun perin tarkoitus oli käyttää tutkimuksessa valmista mittaria, mutta se ei onnistunut suunnitelman mukaisesti. Aikaa kului paljon, kunnes sain aloitettua kyselylomakkeen työstämisen. Tietokoneohjelmien, kuten Webropolin sekä tilastolliseen käsittelyyn tarvittava atk-osaamisen opettelu vei yllättävän paljon aikaa. Seuraava haaste oli tutkimusmateriaalin vieminen tilastolliseen muotoon ja sen analysointi. Ulkopuolista IT-tukea ei ollut käytettävissä. Tutkimusmateriaalin käsittely sujui kuitenkin alkuvaikeuksien jälkeen yllättävän helposti.

Projektin ajallisia tavoitteita tietyille työvaiheille muutettiin työn edetessä. Projektityöstä jäi vaikutelma, että aika loppui kesken. Täytyy myös muistaa, että projektille on asetettu tietty alku ja loppu. Tämä kehittämisprojekti päättyi, mutta toivottavasti potilasohjauksen kehittämistyö jatkuu. Projektiryhmän aktiivista työhön paneutumista viivästytti tutkimuksellisen osuuden loppuun saattaminen. Suurin syy oli projektipäällikön henkilökohtainen keskittyminen muihin töihin enemmän kuin projektityöhön sekä samanaikainen työssä käyminen. Suunnitelman mukaisesti opintovapaan pitämisestä olikin suuri apu opintojen eteenpäin viemisessä. Projektipäällikkönä toimiminen oli uusi kokemus. Kokemus opetti

pitkäjänteiseen työhön sitoutumista, vastoinkäymisistä selviytymiseen, mutta myös viestintä- ja vuorovaikutustaitoja. Kehittämisprojekti on ollut jatkuvasti työn alla koko opiskelun ajan. Siitä johtuen olen joutunut oppimaan sietämään keskeneräistä työtä ja aina palaamaan siihen uudelleen. Itselle tämä on ollut vaikeaa, mutta opettavaista. Erilaiset tekniset suoritteet atk:n parissa sekä uusien ohjelmien opettelu ovat olleet haaste, joista selvisin. Vuorovaikutus- ja viestintätaitoihin olen saanut lisää rohkeutta. Asiat eivät etene, ellen itse ole aktiivinen.

### 10.3 Projektiorganisaation toiminta

Yhteistyö ohjaavan opettajan sekä mentorin kanssa sujui ongelmitta. Mentorin kanssa tapaamisia oli projektin aikana yhteensä 9 kertaa, joista yksi oli ohjausryhmän kokous. Mentori antoi tapaamisten yhteydessä hyviä vinkkejä ja tuki työn eteenpäin viemisessä. Yhteisenä toimintana ohjausryhmän rooli jäi vähäiseksi, mutta keskusteluja käytiin enemmän kunkin henkilön kanssa erikseen sekä tietysti oli viestintää sähköpostin välityksellä.

Kaikista dialyysiyksiköistä ei saatu projektiryhmään henkilöä mukaan. Syynä oli mahdollisesti eri toimipisteiden sijainti kokonaan eri paikkakunnilla. Eri toimipisteissä ovat oma hoitokulttuuri ja toimintatavat. Olisi ollut antoisaa saada työhön kaikkien eri toimipisteiden ajatuksia ja näkemyksiä. Projektiryhmässä mukana olleiden henkilöiden kanssa työskentely lähti hyvin käyntiin heti tutkimustulosten valmistuttua. Kokoontumiset järjestäytyivät hyvin ja niitä, jotka eivät olleet paikalla, projektipäällikkö informoi sähköpostitse kokousmuistion ja oheismateriaalin kera. Projektiryhmän työskentelyaika jäi lyhyeksi, mutta oli tiivistä ja tehokasta. Työskentelylle saatiin esimiehen tuki ja projektiryhmä sai osallistua kokouksiin työajalla. Projektiryhmässä suunniteltiin hoitajien ohjausvalmiuksien kehittämissuunnitelma. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että projektipäällikkö teki alustavan ehdotuksen kehittämissuunnitelmasta ja ideointia jatkettiin ryhmässä. Yhdestä lähisairaalaista tuli kannanotto aiheeseen s-postitse. Lisäksi projektiryhmässä käytiin keskustelua yhtenäisistä ohjauskäytänteistä liittyen lähinnä hoitotyön kirjaamiseen.

### 10.4 Jatkokehittämisideat

Potilasohjaukseen liittyviä tutkimuksia on tehty paljon Suomessa sekä kansainvälisestikin. Viime vuosina on ollut myös erilaisia hankkeita (Kaste, VeTePO-hanke 2009-2011)

ja niihin liittyen paikallisesti potilasohjausta on pyritty kehittämään. Jatkotutkimuksena tarvitaan seurantatutkimusta, onko koulutuksella ollut vaikutusta sairaanhoitajien ohjausvalmiuksiin. Lisäksi tarvitaan tutkimustietoa, miten sairaanhoitajat arvioivat toteuttavansa potilasohjausta. Edellisten lisäksi oleellista on selvittää, miten erilaisia ohjausmenetelmiä saadaan jalkautettua käytäntöön. Voisiko kehittyvää teknologiaa hyödyntää paremmin potilasohjauksen toteuttamisessa? Hoitotyön kirjaamisen suhteen olisi hyvä selvittää tutkimuksellisesti ohjauksen kirjaamista dialyysiyksikössä ja kehittää sitä kautta uusia toimintatapoja.

## LÄHTEET

- Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski. 2014. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoidajat. Viitattu 23.4.2016 <https://sairaanhoidajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/>
- Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnanvuo, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. 2008. Munuaissairaahan hoito. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Bennet, P. 2011. Technological intimacy in hemodialysis nursing. *Nursing Inquiry*. 18 (3), 247-252.
- Doss, S., DePascal, P. & Hadley, K. 2011. Patient-Nurse partnership. *Nephrology Nursing Journal*; 38 (2), 115-125.
- Eloranta, S., Gröndahl, W., Engbolm, J. & Leino-Kilpi, H. 2014a. Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutuminen dialyysihoidossa olevien potilaiden arvioimana. *Tutkiva Hoitotyö*. 12 (4), 4-11.
- Eloranta, S., Leino-kilpi, H. & Katajisto, J. 2014b. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede*. 26 (1), 63-73.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus – hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Porvoo 2015. Bookwell Oy. Viitattu 15.11.2016. <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Erätuuli, M., Leino, J. & Yli-Luoma, P. 1996. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Rauma. Kirjapaino Oy West Point.
- ETENE-julkaisuja 1. 2001. Terveystuon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Helsinki. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE.
- Frieberg, F., Granum, V. & Bergh, A-L. 2012. Nurses` patient-education work: conditional factors – an integrative review. *Journal of Nursing Management* (20), 170-186.
- Friedman, A.J., Cosby, R., Boyko, S., Hatton-Bauer, J. & Turnbull, G. 2011. Effective Teaching Strategies and methods of Delivery for patient education: a Systematic review and Practice Guideline recommendations. *Journal of Cancer Education*. 26 (1), 12-21.
- Gibson, C. 1991. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 16, 354-361.
- Hage, A. & Lorensen, M. 2005. A philosophical analysis of the concept empowerment; the fundament of an education-programme to the frail elderly. Blackwell Publishing Ltd. *Nursing Philosophy*. 6, 235-246.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo. Edita Publishing Oy.
- Heikkinen, K., Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Virtanen, H., Rankinen, S. & Salanterä, S. 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990–2003. *Hoitotiede*. 18 (3), 120-130.
- Heikkinen, K. 2011. Cognitively Empowering Internet-Based Patient Education for Ambulatory Orthopaedic Surgery Patients. Väitöskirja. Turun Yliopisto. Viitattu 3.4.17 <https://www.doria.fi/handle/10024/70744>
- Henkilötietolaki 22.4.1999/523. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523#L4P14>

- Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20.painos. Porvoo. Bookwell Oy.
- Hyväri, T. 2008. Munuaispotilaan toimintakyky ja kuntoutuminen. Teoksessa Munuaissairaanhoidon hoito. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Hätönen, H. 2007. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Häyrinen, K. 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa. Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. No27. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Akateeminen väitöskirja. Viitattu 21.3.17 [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0535-2/urn\\_isbn\\_978-952-61-0535-2.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0535-2/urn_isbn_978-952-61-0535-2.pdf)
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7.uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Joanna Briggs Institute, 2011. Hemodialyysipotilaan itsehoito munuaissairaudesta loppuvaiheessa. Best Practice (15)8. Käännös Suomen JBI yhteistyökeskus. Hovi, Sirpa-Liisa, Saijonkari, Maija & Heinimäki, Maarit. Saatavilla: [http://www.hotus.fi/system/files/BPIS\\_ennakko\\_2011-8\\_0.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2011-8_0.pdf) (31.1.2016).
- Jauhiainen, A. 2010. (Toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Kuopio. Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja.
- Johansson K. 2005. Potilaan ohjaus ja voimavaraisuus. Terveyspsykologiauutiset. 1, 8–9.
- Juujärvi, S., Myrsky, L. & Pessa, K. 2007. Eettinen herkkyyden ammattillisessa toiminnassa. Helsinki Tammi.
- Kaakinen, P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Oulun yliopisto. Väitöskirja. Juvenes Print. Tampere.
- Kananen, J. 2011. Toim. Heikkinen, R. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja118. Tampere. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Kesänen, J., Leino-Kilpi, H., Arifulla, D., Siekkinen, M. & Valkeapää, K. 2014. Knowledge tests in patient education: A systematic review, Nursing and Health Sciences. (16), 262-273.
- Koponen, L., Rekola, L., Ruotsalainen, T., Lehto, M., Leino-Kilpi, H. & Voipio, L-M. 2007. Patient knowledge of atrial fibrillation: 3-month follow-up after an emergency room visit. Journal of Advanced Nursing. 61(1), 51-61.
- Kuokkanen, L. & Leino-Kilpi, H. 2000. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. Journal of Advanced Nursing. 31(1), 235-241.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1.painos. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja. Viitattu 25.3.2017 <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>
- Kääriäinen M & Kyngäs H. 2010. The quality of patient education evaluated by the health personnel. Scandinavian Journal of Caring Sciences (24), 548–556.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2014. Ohjaus-tuttu, mutta epäselvä käsite. Näyttöön perustuva hoitotyö. Sairaanhoidajat. Viitattu 25.1.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488#L4P16>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Siven, T. & Välimäki, P. 2012. Opi ja ohjaa terveysalalla. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Leino-Kilpi, H., Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. Raportteja 229. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES). Gummerus kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Leino-Kilpi, H. 2009. Tieto edistää potilaan turvallisuutta. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin. Kinnunen, M. & Peltomaa, K. Hoitotyön vuosikirja. Sairaanhoidtajaliitto, 177-178.

Leino-Kilpi, H. & Kulju, K. 2012. Potilasohjauksen eettisiä kysymyksiä. Teoksessa Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Toim. Hupli, M. Rankinen, S., Virtanen, H. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Turku, 3-10.

Leino-Kilpi, H. Suullinen tiedonanto. Luento 10.9.2014.

Leino-Kilpi, H., Gröndahl, W., Pekonen, A., Katajisto, J., Suhonen, R., Valkeapää, K., Virtanen, H., Salanterä, S. 2014. Knowledge received by hospital patients- a factor connected with the patient-center quality of nursing care. International journal of nursing practice, 1-10.

Lipponen, K. Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit. Pohjois -Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Oulun yliopiston tutkijakoulu. Väitöskirja. Viitattu 25.3.2017 <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Lundhal, B., Moleni, T., Burke, L. B., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C. & Rollnick, S. 2013. Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Patient Education and Counseling. (93) 2, 158-168.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki. International Methelp Ky.

Munuais- ja maksaliitto 2010. Munuaispotilaan opas. Viitattu 31.1.2016. [http://www.musili.fi/files/458/munuaispotilaan\\_opas.pdf](http://www.musili.fi/files/458/munuaispotilaan_opas.pdf)

Munuais- ja maksaliitto 2015. Viitattu 16.11.2015 <http://www.musili.fi/>

Neyhart, C.D., McCoy, L., Rodegast B., Gilet C.A., Roberts C. & Downws K. 2010. A new nursing model for the care of patients with chronic kidney disease: the UNC kidney center nephrology Nursing Initiative. Nephrology Nursing Journal. 37 (2), 121-130.

Nykänen P., Viitanen J & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto, tietojenkäsittelytieteiden laitos, D-2010-7. Viitattu 21.3.17 <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/65782/D-2010-7.pdf?sequence=1>

Onnismaa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. 2.painos. Helsinki. Hakapaino Oy.

Oranta, O. 2011. Nurse-led interpersonal counselling for depressive symptoms in patients with myocardial infarction. Turun yliopisto. Väitöskirja. Turun yliopisto. Turku. Painosalama Oy.

Otala, L-M. 2008. Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu. Helsinki. WSOY.

Pelin, R. 2009. Projektihallinnan käsikirja. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

- Penttilä, H. 2011. Kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen prosessikuvaus ja käytettyjen potilasohjeiden analysointi. YAMK-opinnäytetyö.
- Rankinen, S. 2008. Syöpäpotilasta voimavaraistavan potilasohjauksen kehittäminen. Syöpäsairaanhoitaja (1), 6-7.
- Rissanen, S. & Lammintakanen, J. 2015. (Toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. 2. Uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy
- Rodwell, C. 1996. An analysis of the concept of empowerment. Journal of Advanced Nursing. 23, 305-313.
- Ruuska, K. 2012. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Vantaa. Talentum Media Oy. Hansaprint Oy.
- Ryhänen, A. 2014. Suullinen tiedonanto. Luento 19.11.2014. Taitava potilasohjaaja. Kirjallisten potilasohjeiden arviointi.
- Ryhänen, M., Rankinen, S., Siekkinen, M., Saarinen, M., Korvenranta, H. & Leino-Kilpi, H. 2013. The impact of an empowering Internet-based Breast Cancer Patient Pathway program on breast patient's clinical outcomes: a randomized controlled trial. Blackwell Publishing Ltd. Journal of Clinical Nursing. (7-8), 1016-1025.
- Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Sairaanhoitajaliitto 28.9.1996.
- Saha, H. 2012. Tietoa potilaalle: Krooninen munuaisten vajaatoiminta (uremia). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Duodecim Oy.
- Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M-L., Pulkkinen, M-L., Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin analyysi. Hoitotiede 4, 217-228.
- Sarvimäki, A & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektityön käsikirja. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku. Painosalama Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 298/2009. Viitattu 24.3.17 <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
- STM 2012. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:7. Helsinki. Viitattu 15.11.2015 <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/111940/URN%3aNBN%3afi-fe201504224497.pdf?sequence=1>
- Stavroula, K., Gerogianni, Fotoula, P & Babatsikou. 2014. Psychological Aspects in Chronic Renal Failure. Health Science Journal. 8 (2), 205-211.
- Stuersson, A. & Ziegert, K. 2014. Prepare the patient for future challenges when facing hemodialysis: nurses' experiences. Qualitative Studies on Health and Well-being. (9), 1-15.
- Suomen munuaistautirekisteri. 2015. Vuosiraportti. Viitattu 25.3.2017 [http://www.muma.fi/files/2610/Suomen\\_munuaistautirekisteri\\_vuosiraportti\\_2015.pdf](http://www.muma.fi/files/2610/Suomen_munuaistautirekisteri_vuosiraportti_2015.pdf)
- Toivonen, M-T, Virtanen H. 2012. Päiväkirurgisten potilaiden kokemukset preoperatiivisesta ohjauksesta. Teoksessa M. Hupli, S, Rankinen & H. Virtanen (toim.) 2012. Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja A: 63/2012, 60-68.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet#1> Viitattu 17.4.2016

Vaartio-Rajalin, H. 2014. Potilasohjausmenetelmien moninaisuus. Henkilökohtainen tiedonanto. Luento 21.10.2014.

VeTePO-hanke. 2009. Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen.

Vieruaho, K., Åstedt-Kurki, P., Palonen, M. & Leino, K. Rintasyöpäpotioiden internet-pohjainen ohjaus – systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede*. 28 (1), 38-49.

Viirkorpi, P. 2000. Onnistunut projekti. Helsinki. Suomen kuntaliitto.

Vilkka, H. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Luettu 16.3.17 <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Virkkunen, H.; Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. (toim.). 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kirjallisuuden opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Helsinki. Juvenes Print-Suomen Yliopistopaino Oy.

Virtanen, P. 2000. Projektityö. Porvoo. WS Bookwell Oy.

VSSHP. Hoitotyön toimintaohjelma vuosille 2010-2015.

VSSHP. Vaikuttava muutos. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2017-2018.

VSSHP. Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen (TYKS-erva) hoitotieteellinen tutkimusohjelma vuosille 2011-2015.

Vänskä, K. 2012. Ohjauksen osaajat – Miten he sen tekevät? Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ohjaajien käsityksiä ohjausosaamisesta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Tampereen Yliopistopaino Oy. Juvenes Print.

Yeu-Xian Shi, Xiao-Yan Fan, Qui-Xia Wu, Hung-Jun Di, Ya-Hong Hou & Yue Zhao. 2012. Effectiveness of a nurse-led intensive educational programme on chronic kidney failure patients with hyperphosphataemia: randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. 22, 1189-1197.

## **Julkaisemattomat lähteet**

Nefrologisen yksikön toimintasuunnitelma 2012-2013.

Toimintakertomus 2014 TO5G –Nefrologia ja dialyysihoidot.

Toimintakertomus 2015 TO5G –Nefrologia ja dialyysihoidot.

**Munuaispotilaan miellekartta.** Toteutettu yhteistyössä hoitotyön toimiston kanssa.



Lähde: Penttilä, H. 2011



## Sairaanhoitajien ohjausvalmiudet ja -edellytykset dialyysiyksikössä

1. Ikäsi

\_\_\_\_\_

2. Työkokemus hoitoalalla:

(vuosina)

\_\_\_\_\_

3. Työkokemus dialyysiyksikössä:

(vuosina)

\_\_\_\_\_

4. Työsuhde:

Vakinainen  Määräaikainen

5. Arvioi, kuinka paljon aikaa käytät keskimäärin potilasohjaukseen työpäivän aikana?

Tuntia \_\_\_\_\_ Minuuttia \_\_\_\_\_

6. Arvioi omaa **teoriatietoasi** seuraavista aihealueista dialyysipotilaan ohjaukseen liittyen asteikolla:  
1=heikko, 2=välttävä, 3=keskinkertainen, 4=hyvä, 5=erinomainen \*

	1	2	3	4	5
	heikko	välttävä	keskinkertainen	hyvä	erinomainen
1. Munuaisten vajaatoiminnasta aiheutuvat oireet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Munuaissairaudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hemodialyysihoito hoitotapahtumana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hemodialyysihoidossa tarvittavan verireitin kotihoito ja seuranta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Munuaisensiirto (esim. munuaisensiirtoon valmistelu, riskit ja hyödyt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Potilaille tehtävät keskeisimmät tutkimukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Keskeisimpien laboratoriotulosten tulkinta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Lääkehoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ravitseminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nestetasapaino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Liikunta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Seksuaalisuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Kuntoutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Sosiaalietuudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Matkustaminen / lomodialyysien järjestäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Terveyttä edistävä ohjaus (esim. painonhallinta, tupakointi, alkoholi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Potilasjärjestön toiminta (Munuais- ja maksaliitto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Vertaistuki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Potilaan psyykinen tukeminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Eri kulttuureista tulevan potilaan ohjaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Haluaisitko lisäkoulutusta joistakin aihealueesta?

a. Kyllä, millaista ja mihin aiheisiin liittyen?

---

---

---

b. En

---

**8. Potilasohjaus: Arvioi oma osaamisesi taso asteikolla:**

1=heikko, 2=välttävä, 3=keskinkertainen, 4=hyvä, 5=erinomainen \*

	1	2	3	4	5
	heikko	välttävä	keskinkertainen	hyvä	erinomainen
1. Osaan ottaa huomioon potilaan lähtötilanteen (esim. motivaatio, tarpeet, omaksumiskyky) ohjaustilanteessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Osaan suunnitella potilasohjaustilanteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Osaan asettaa saavutettavissa olevat tavoitteet ohjaukselle yhdessä potilaan kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Osaan suunnata ohjausta potilaan omien ajatusten, kysymysten, tunteiden ja kokemusten perusteella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Osaan arvioida potilasohjauksen onnistumista (miten potilas ymmärsi, osasi, suhtautui)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ohjaustilanteessa osaan rohkaista potilasta osallistumaan keskusteluun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Osaan motivoida potilasta itsehoitoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Osaan tukea potilasta selviytymään sairauden kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Osaan aktiivisesti kuunnella potilasta (hänen näkökulmaansa asioihin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Osaan huomioida ohjaustilanteessa potilaan tunnetiloja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Osaan huomioida omaiset potilasohjauksessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Osaan hyödyntää kirjallista materiaalia ohjauksen tukena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Osaan demonstroida (näyttää/havainnollistaa) ohjattavia asioita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Osaan käyttää tieto- tai taitotestejä ohjauksen arvioinnissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Osaan käyttää miellekarttoja ("mind map", ideakartta) ohjauksen tukena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Osaan toteuttaa puhelinohjausta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Osaan kirjata potilasohjauksen prosessia (suunnittelu/tavoite/toteutuminen/arviointi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Osaan hakea ajankohtaista tietoa erilaisista tietokannoista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Haluaisitko lisäkoulutusta potilasohjaukseen liittyen?

a. Kyllä, millaista?

---



---



---

b. En

---

10. Vastaa seuraaviin potilasohjausta koskeviin väittämiin asteikolla:

1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä \*

	1 täysin eri mieltä	2 jokseenkin eri mieltä	3 ei samaa eikä eri mieltä	4 jokseenkin samaa mieltä	5 täysin samaa mieltä
1. Potilasohjaus on tärkeä osa dialyysipotilaan hoitoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. On tärkeää toteuttaa ohjaus ottamalla potilas aktiivisesti mukaan ohjaustilanteessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Potilasohjausta on tärkeä toteuttaa ohjausprosessin vaiheiden mukaisesti aina lähtötilanteesta ohjauksen arviointiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Potilasohjaus on mielekästä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Potilasohjaus ei vie liikaa aikaa muulta potilastyöltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Potilasohjaus on hyödyllistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Olen aidosti kiinnostunut potilaan selviytymisestä kotona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Haluan kehittää itseäni potilasohjaajana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Vastaa seuraaviin potilasohjauksen **edellytyksiä** koskeviin väittämiin asteikolla:

1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä \*

	1 täysin eri mieltä	2 jokseenkin eri mieltä	3 ei samaa eikä eri mieltä	4 jokseenkin samaa mieltä	5 täysin samaa mieltä
1. Dialyysiyksikössä on asianmukaiset tilat potilasohjausta varten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Minulla on käytettävissä ajan tasalla olevaa kirjallista potilasohjausmateriaalia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Minulla on mahdollisuus käyttää videoita potilasohjauksen tukena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Minulla on riittävästi aikaa potilasohjauksen suunnitteluun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Työpäivän aikana minulla on riittävästi aikaa potilasohjaukseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Työyksikössäni arvostetaan potilasohjausta hoitotyön toimintona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Millaisia toiveita sinulla olisi potilasohjauksen kehittämiseksi?

---



---



---

## TUTKIMUSTIEDOTE

Sairaanhoitajien ohjausvalmiudet ja -edellytykset dialyysiyksikössä -tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa dialyysihoitajien ohjausvalmiuksista ja -edellytyksistä ja tarkoituksena on hyödyntää saatua tietoa ohjausvalmiuksien kehittämissuunnitelman laatimisessa sekä yhtenäisten ohjauskäytänteiden kehittämisessä.

Tutkimusaineistoa kerätään sähköisten kyselylomakkeiden avulla. Kysely suunnataan sekä vakinaisille, että määräaikaisessa työsuhteessa oleville sairaanhoitajille, jotka työskentelevät TYKS:n eri hemodialyysiyksiköissä lähisairaaloiden dialyysiyksiköt mukaan lukien (N=49). Aineiston keruu tapahtuu Webropol-kyselynä helmikuussa 2017. Aineistoa hyödynnetään opinnäytetyönä toteutettavan kehittämisprojektin liittyvän sairaanhoitajien ohjausvalmiuksien kehittämissuunnitelman laatimisessa sekä yhtenäisten ohjauskäytänteiden kehittämisessä. Tutkimukselle on saatu lupa 30.01.2017 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä.

Tutkimuksesta saa lisätietoja:

Tuula Turpeinen

Turun AMK, yamk-opiskelija

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma

p. xxx-xxxxxx

Tuula.Turpeinen@edu.turkuamk.fi

## KYSELYN SAATEKIRJE

08.02.2017

Opinnäytetyön nimi: Sairaanhoitajien ohjausvalmiuksien ja ohjauskäytänteiden kehittäminen dialyysiyksikössä

**Hyvä sairaanhoitaja,**

Kohteliaimmin pyydän Sinua vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa dialyysihoitajien ohjausvalmiuksista ja -edellytyksistä dialyysiyksikössä. Tarkoituksena on hyödyntää saatua tietoa ohjausvalmiuksien kehittämissuunnitelman laatimisessa sekä ohjauskäytänteiden kehittämisessä. Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana sairaanhoitajien ohjausvalmiuksien ja ohjauskäytänteiden kehittämisprojektiin dialyysiyksikössä. Lupa aineiston keruuseen on saatu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä 30.01.2017.

Sinun vastauksesi ovat arvokasta tietoa tutkittaessa sairaanhoitajien ohjausvalmiuksia ja – edellytyksiä dialyysiyksikössä. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Kyselyn tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Ole ystävällinen ja vastaa ohessa olevaan kyselyyn 28.02.2017 mennessä.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Marjo Salmela, Yliopettaja, Turun amk/Terveysala.

Mikäli Sinulla on kysyttävää tai haluat lisätietoja, vastaan mielelläni.

Vastauksistasi kiittäen

Tuula Turpeinen

Sairaanhoitaja/Turun AMK, yamk-opiskelija

p. xxx-xxxxx

[Tuula.Turpeinen@edu.turkuamk.fi](mailto:Tuula.Turpeinen@edu.turkuamk.fi)

Liitetaulukko 1.Sairaanhoidtajien arviot teoretietoistaan.

	<i>N</i>	<i>Ka</i>	<i>Kh</i>	<i>Md</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Munuaisten vajaatoiminnasta aiheutuvat oireet	25	4,08	0,57	4	3	5
Munuaissairaudet	25	3,52	0,51	4	3	4
Hemodialyysihoidon hoitotapahtumana	25	4,32	0,56	4	3	5
Hemodialyysihoidossa tarvittavan verireitin kotihoito ja seuranta	25	4,32	0,75	4	2	5
Munuaisensiirto (esim. munuaisensiirtoon valmistelu, riskit ja hyödyt)	25	3,52	0,82	4	2	5
Potilaille tehtävät keskeisimmät tutkimukset	25	4,04	0,54	4	3	5
Keskeisimpien laboratoriotulosten tulkinta	25	4,12	0,53	4	3	5
Lääkehoito	25	3,88	0,53	4	3	5
Ravitsemus	25	3,92	0,57	4	3	5
Nestetasapaino	25	4,2	0,58	4	3	5
Liikunta	25	3,84	0,56	4	2	5
Seksuaalisuus	25	3,16	0,69	3	2	4
Kuntoutus	25	3,2	0,58	3	2	4
Sosiaalietuudet	25	2,84	0,8	3	1	4
Matkustaminen / lomodialyysien järjestäminen	25	3,16	0,8	3	1	4
Terveyttä edistävä ohjaus (esim. painonhallinta, tupakointi, alkoholi)	25	3,64	0,7	4	3	5
Potilasjärjestön toiminta (Munuais- ja maksaliitto)	25	3,24	0,88	3	2	5
Vertaistuki	25	2,92	0,81	3	2	5
Potilaan psyykinen tukeminen	25	3,6	0,65	4	2	5
Eri kulttuureista tulevan potilaan ohjaaminen	25	2,6	0,96	3	1	4

Liitetaulukko 2. Sairaanhoidajien arviot ohjaustaidoistaan.

	<i>N</i>	<i>Ka</i>	<i>Kh</i>	<i>Md</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Osaan ottaa huomioon potilaan lähtötilanteen (esim. motivaatio, tarpeet, omaksumiskyky) ohjaustilanteessa	25	3,92	0,64	4	3	5
Osaan suunnitella potilasohjaustilanteen	25	3,72	0,61	4	3	5
Osaan asettaa saavutettavissa olevat tavoitteet ohjaukselle yhdessä potilaan kanssa	25	3,76	0,72	4	3	5
Osaan suunnata ohjausta potilaan omien ajatusten, kysymysten, tunteiden ja kokemusten perusteella	25	3,6	0,65	4	2	5
Osaan arvioida potilasohjauksen onnistumista (miten potilas ymmärsi, osasi, suhtautui)	25	3,76	0,60	4	3	5
Ohjaustilanteessa osaan rohkaista potilasta osallistumaan keskusteluun	25	3,96	0,61	4	3	5
Osaan motivoida potilasta itsehoitoon	25	3,72	0,54	4	3	5
Osaan tukea potilasta selviytymään sairauden kanssa	25	3,76	0,60	4	3	5
Osaan aktiivisesti kuunnella potilasta (hänen näkökulmaansa asioihin)	25	4,04	0,45	4	3	5
Osaan huomioida ohjaustilanteessa potilaan tunnetiloja	25	3,96	0,54	4	3	5
Osaan huomioida omaiset potilasohjauksessa	25	3,64	0,7	4	2	5
Osaan hyödyntää kirjallista materiaalia ohjauksen tukena	25	3,92	0,64	4	3	5
Osaan demonstroida (näyttää/havainnollistaa) ohjattavia asioita	25	3,56	0,87	4	2	5
Osaan käyttää tieto- tai taitotestejä ohjauksen arvioinnissa	25	2,64	0,95	3	1	4
Osaan käyttää miellekarttoja ("mind map", ideakartta) ohjauksen tukena	25	2,48	0,96	3	1	5
Osaan toteuttaa puhelinohjausta	25	3,28	0,84	3	2	5
Osaan kirjata potilasohjauksen prosessia (suunnittelu/tavoite/toteutuminen/arviointi)	25	3,32	0,69	3	2	5
Osaan hakea ajankohtaista tietoa erilaisista tietokannoista	25	3,44	1,04	4	1	5

<b>Kehitettävät alueet</b>	<b>Tavoite</b>	<b>Kehittämisen menetelmät ja toimenpiteet</b>	<b>Aikataulu ja vastuu</b>	<b>Arviointi ja seuranta</b>
<b>TEORIATIEDOT:</b>				
Eri aihealueisiin perehtyminen henkilökohtaisesti.	Sairaanhoitajilla on munuaispotilaan hoitoon liittyvät teoretiset tiedot kaikilla osa-alueilla hyvällä tasolla.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perehdyttäjänä / opiskelijaohjaajana toimiminen</li> <li>Osallistuminen potilaille tarkoitettuun infotilaisuuden järjestämiseen</li> <li>Koulutusmateriaali on luettavissa Y-asemalta.</li> </ul>	Hoitajan oma vastuu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osaamiskartoitus, tehdään vuosittain.</li> <li>Itsearviointin avulla.</li> <li>Kyselyn avulla arviointi uudelleen vuoden kuluttua.</li> </ul>
Munuaissairaudet Lääkehoito Ravitsemus Munuaisensiirto	Ymmärretään, millä tavoin potilaan perussairaus vaikuttaa hoitoon. Sairauden, lääkehoidon ja ravitsemuksen kokonaisuuden hahmottaminen hoidon kannalta.  Kaikki ovat tietoisia munuaisensiirron perusteista.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lääkärin / ravitsemusterapeutin luento</li> <li>Osastotunnit, yksikön sisäinen kouluttaja (teknologia avuksi, jotta lähisairaalat voivat osallistua)</li> <li>Organisaation sisäiset koulutukset</li> </ul>	Jatkuvaa, tietojen ylläpitoa ajan tasalla. Hoitajan oma vastuu. Esimies.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Itsearviointi</li> </ul>
Potilaille tehtävät keskeiset tutkimukset: Dialyysifisteli toimenpide Fistelin angiografia Munuaisbiopsia Hemodialyysikatetrien laito Yhteistyö eri tahojen kanssa.	Hoitajat tietävät tutkimusten kulun selkeästi ja osaavat ohjata ne potilaalle paremmin.  Prosessien ymmärtäminen.  Lähisairaaloiden toimintaympäristöön tutustuminen ja yhteistyön kehittäminen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tutustumiskäynnit sairaalan sisällä eri toimenpideyksiköissä. Yksilöllisen tarpeen mukaan, resurssit ja työtilanne huomioon ottaen.</li> <li>Tutustumiskäynnit eri dialyysiyksiköiden välillä. Yksilöllisen halukkuuden mukaan, resurssit ja työtilanne huomioon ottaen.</li> </ul>	Ajankohta on sovittava erikseen. Henkilökohtainen vastuu. Esimies	<ul style="list-style-type: none"> <li>Itsearviointi</li> </ul>

## KEHITTÄMISSUUNNITELMA

<p>Potilasjärjestön toiminta</p> <p>Vertaistuki</p> <p>Kuntoutus</p> <p>Sosiaalietuudet</p> <p>Matkustaminen / lomadialyysit</p>	<p>Hoitajilla on kokonaiskuva potilaan sosiaaliseen hyvinvointiin liittyvistä tekijöistä ja keinoista tukea potilasta niissä.</p> <p>Yhteistyöverkostojen parantaminen.</p> <p>Hoitajat ovat ajan tasalla Muma:n toiminnasta ja tapahtumista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Yhteinen kehittämis(ilta)päivä:</i> mukaan potilasjärjestön edustaja sekä sosiaalihoitaja. Koulutuspäivä sisältää pienryhmätyöskentelyä ja ryhmäkeskustelua. Huomioidaan kaikkien osallistuvuus.</li> <li>• Muma:n uuden tiedon tuominen esille s-postitse sekä osaston palaverissa.</li> <li>• Henkilöstön kannustaminen omaan aktiivisuuteen.</li> </ul>	<p>Syksy 2017 Esimiehet + nimetty työryhmä koulutuspäivän valmisteluun.</p> <p>Jatkuvaa tietojen ylläpitoa. Yhdyshenkilö. Hoitajien oma aktiivisuus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palautekysely koulutuspäivästä.</li> </ul>
<p>Puheeksi ottaminen / Motivoiva haastattelu</p> <p>Seksuaalisuus</p> <p>Potilaan psyykinen tukeminen</p> <p>Terveyden edistäminen</p>	<p>Hoitajat osaavat motivoivan keskustelun elementit.</p> <p>Saada valmiuksia keskustella arkaluonteisista asioista.</p> <p>Oppia keinoja potilaan jaksamisen tukemiseksi.</p> <p>Osata huomioida terveyden edistäminen potilaan hoidossa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Yhteinen kehittämis(ilta)päivä:</i> ulkopuolinen kouluttaja sekä yksikön sisäinen kouluttaja. Kysymyksiä voidaan laatia jo etukäteen kouluttajalle. Keskustelua.</li> <li>• Ryhmätyöskentelyä: Mitkä oleellisia terveyden edistämisen kokonaisuudessa dialyysipotilaalla? Töiden purku.</li> </ul>	<p>Kevät 2018 Esimies + nimetty työryhmä koulutuspäivän valmisteluun.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palautekysely koulutuspäivästä.</li> </ul>
<p>Eri kulttuureista tulevan potilaan kohtaaminen</p>	<p>Osata huomioida potilaan yksilölliset taustatekijät ohjauksessa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osastotunnit, yksikön ulkopuolinen kouluttaja</li> </ul>	<p>Syksy 2017 Esimies</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Itsearviointi</li> </ul>

## KEHITTÄMISSUUNNITELMA

<b>MONIPUOLISET OHJAUSMENETELMÄT</b>				
Kirjallinen materiaali tukena	Materiaali on helposti kaikkien saatavilla.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oman alan kirjallinen materiaali ja linkit samaan paikkaan järjestettynä omiin aihealueisiin Y-aseamalla.</li> <li>Hoito-ohjeet.fi-sivusto kaikkien käytössä.</li> </ul>	31.07.2017 mennessä, potilasohjevastaavat	
Ideakartan käyttö ohjauksen tukena	Osataan käyttää miellekarttaa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yksikön sisäinen kouluttaja</li> </ul>	Esimies	<ul style="list-style-type: none"> <li>Itsearviointi</li> </ul>
Tieto -ja taitotestit	Ohjausmenetelmien monipuolistaminen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aivoriihimenetelmä / asiantuntijat</li> <li>Yhdessä pohdintaa, millaisissa tilanteissa niitä voidaan käyttää.</li> <li>Olemassa olevien testien jalostaminen tai uusien luominen. (omatoimiset hoitomuodot)</li> </ul>	2019 mennessä Esimies + työryhmä	
Näyttöön perustuva tiedon haku	Tiedonhakutaitojen kehittäminen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osastotunti tai yksikön sisäinen kouluttaja / Kliininen asiantuntija</li> <li>Osallistuminen TYKS artikkelipiiri / tutkimusklubikoulutuksiin.</li> </ul>	v. 2019 Esimies Hoitajan oma vastuu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osaamisen arviointi kehityskeskusteluissa.</li> </ul>
<b>OHJAUSPROSESSIN HALLINTA</b>				
	Ohjausprosessin selkiyttäminen, näkyväksi tekeminen sekä yhtenäinen käytännö ohjauksen kirjaamisessa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osastotunti potilasohjuksesta/ ohjausprosessista.</li> <li>Tarkistuslistan käyttöönotto ohjauksen tueksi.</li> <li>Ohjaus kirjataan hoitopäivään.</li> </ul>	Kevät 2017 Projektipäällikkö, projekti-ryhmä yhteistyössä kirjaimisvastaavien kanssa, esimiehet, henkilökunta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arkinen havainnointi</li> <li>Keskustelu</li> </ul>

## . OHJAUKSEN TARKISTUSLISTA

- Dialyysihoito ja verireitin kotihoito
- Nesterajoitus
- Lääkehoito
- Ravitseminen
- Terveyden edistäminen
- Munuaisensiirto
- Taloudelliset asiat
- Potilaan psyykinen tukeminen
- Kuntoutus
- Potilasjärjestö
- Vertaistuki