

Potilaan tiedonsaanti terveyttä edistävissä sairaalassa

Tuula Laitinen
Sini Mattila

Opinnäytetyö
Toukokuu 2011

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) LAITINEN, Tuula MATTILA, Sini	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 06.05.2011
	Sivumäärä 61	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Potilaan tiedonsaanti terveyttä edistävissä sairaalassa		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) TUOMI, Sirpa		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiiri		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaan tiedottamisen toteutumista Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Tavoitteina olivat potilaan tiedottamisen vahvuuksien ja kehittämishaasteiden löytyminen. Hoitotyön opiskelijat (n=223) olivat keränneet aineiston 2008–2009 välisenä aikana laadunarviointikyselyn avulla. Laadunarviointikysely kuuluu osana Terveyttä edistävät sairaalat -verkoston toimintaa.</p> <p>WHO:n Terveyttä edistävät sairaalat -verkoston periaatteena on, että terveyden edistämisen toimenpiteet kohdistuvat potilaisiin, henkilökuntaan ja yhteisöön. Sairaaloiden toiminnan kehittämiseksi on laadittu viiden standardin laadunarviointikysely, jonka kolmas standardi koskee potilaan informointia ja interventioita eli toisin sanoen potilaan tiedottamista.</p> <p>Sisällön analyysimenetelmän avulla oli kolmannen standardin avointen vastausten tulokset ryhmitelty ja jäsennelty sekä laskettu samanlaisten vastausten lukumäärät. Kyllä -, osittain - ja ei -tulosten mukaan potilaan tiedottamisen vahvuuksina olivat: potilaan saaman ohjauksen kirjaaminen ja potilasjärjestöjen tietojen saatavuus. Kohtuullisesti toimivia asioita olivat: yleisen terveystiedon saatavuus ja terveyden edistämistoimintojen kirjaaminen. Kehittymistä vaativia asioita olivat: potilaan tyytyväisyyden arviointi ja yksityiskohtaisen terveystiedon saatavuus korkean riskin sairauksista.</p> <p>Avointen vastausten mukaan usean alastandardin ja niiden väittämien kohdalla tulosta voidaan parantaa yhtenäistämällä hyvät ja toimivat tavat, unohtamatta kuitenkaan huomioida osaston luonnetta. Lisää tarkkuutta tarvitaan vielä ohjaustilanteiden sekä hoidon tulosten ja arvioinnin kirjaamisessa. Kehittymishaasteina on selkeän toimintatavan löytyminen potilaan tyytyväisyyden arviointiin ja selkiyttää, mikä tieto kannattaa olla esillä yleisissä tiloissa ja mikä vain henkilökunnan jaettavissa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Terveyden edistäminen, Terveyttä edistävä sairaala, Potilaan tiedonsaanti		
Muut tiedot		



Author(s) LAITINEN, Tuula MATTILA, Sini	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 06.05.2011
	Pages 61	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title Information of Patient in the Health Promoting Hospital		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) TUOMI, Sirpa		
Assigned by Central Finland Health Care District		
Abstract <p>The purpose of this thesis was to describe how patient information was delivered in Central Finland Health Care District. The objectives were to find the strengths and the development challenges of delivering patient information. Nursing students (n=223) had collected the material by using a quality evaluation survey during the years 2008-2009. A quality evaluation survey is part of the activities of The Health Promotion Hospitals-network.</p> <p>The principle in WHO's Health Promotion Hospitals-network is that health promotion actions are directed to the patients, staff and community. A five standard quality evaluation survey was developed in order to improve the hospitals' operations. The third standard concerns patient information and intervention, in other words, patients' briefing.</p> <p>The third standard was analyzed by using content analysis in order to group and categorize the answers and calculate the number of similar answers. According to the yes, partly and no results, the strengths of patient information were: recording a patient's teaching and the availability of information on patient organizations. Actions that were deemed to be carried out reasonably well: the availability of general health information and recording health promoting actions. The development challenges were: estimating the patients' satisfaction level and the availability of detailed health information on high risk level illnesses.</p> <p>According to the open answers, the results of many lower standards and their claims can be improved by standardizing good and functional ways without forgetting to observe the nature of the ward. More accuracy is needed in recording the situations of teaching and recording the results and evaluations of care. One of the development challenges was finding a clear method of how to evaluate the satisfaction of the patients and to specify which types of information should be available in the general premises and which are only for the staff to deliver.</p>		
Keywords Health Promoting, Health Promoting Hospital, Information to patients		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	4
2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN SAIRAALASSA	5
2.1 Terveyden edistämisestä	5
2.2 Terveyden edistäminen hoitotyössä	8
2.3 Potilaan tiedonsaantioikeus ja tietojen kirjaaminen	9
2.4 Potilaan tiedonsaanti tutkimusten mukaan	11
2.5 Terveyttä edistävät sairaalat -verkosto.....	12
2.6 Terveyttä edistävä sairaala Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä	14
3 TERVEYTTÄ EDISTÄVÄN SAIRAALAN LAADUN ARVIOINTI	15
3.1 Laatustandardeista.....	16
3.2 Standardi 3 – potilaan informointi ja interventiot	17
4 TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	19
5 TOTEUTUS	19
5.1 Tutkimusmenetelmä, aineiston keruu ja kohderyhmä	19
5.2 Aineiston analysointi.....	21
6 TULOKSET	23
6.1 Potilaan tiedonsaantiin liittyvät vahvuudet ja heikkoudet	23
6.1.1 Potilaan tiedonsaannin kirjaaminen	23
6.1.2 Sairaalassa toteutetut terveyden edistämistoimet	26
6.1.3 Potilaan tyytyväisyyden arviointi	29
6.2 Saatavilla oleva yleistiето terveyteen vaikuttavista tekijöistä	30
6.2.1 Saatavilla oleva yleinen terveystieto.....	30
6.2.2 Saatavilla oleva yksityiskohtainen tieto korkean riskin sairauksista.....	35
6.2.3 Saatavilla oleva tieto potilasjärjestöistä	38
6.3 Tulosten yhteenveto	44
7 POHDINTA	46
7.1 Tulosten tarkastelua	46
7.1.1 Hyvin toteutuneet väittämät.....	46

	2
7.1.2 Kohtalaisesti toteutuneet väittämät	47
7.1.3 Kehittämistä vaativat väittämät	49
7.2 Luotettavuus ja eettisyys	51
7.3 Johtopäätökset ja kehittymishaasteet	53
LÄHTEET	56
LIITTEET	60
Liite 1	60
Liite 2	61

KUVIOT

KUVIO 1 Terveyttä edistävän sairaalan osatekijät.....	13
KUVIO 2 Aineiston analysointiprosessi	22
KUVIO 3 Kyllä -, osittain - ja ei -vastausprosentit	44

TAULUKOT

TAULUKKO 1 Prevention muodot	7
TAULUKKO 2 Laatustandardit	16
TAULUKKO 3 Standardin 3 sisältö.....	18
TAULUKKO 4 Vastaukset vastuualueittain lukumäärinä ja prosentteina (n=232)	20
TAULUKKO 5 Sairauskertomuksiin kirjatut tiedot/ohjaukset (n=231)	23
TAULUKKO 6 Sairauskertomuksiin kirjatut aiheet.....	24
TAULUKKO 7 Kirjauksien sijainti	25
TAULUKKO 8 Kirjauksien laatu	25
TAULUKKO 9 Sairauskertomuksiin kirjaamatta jääneet aiheet.....	26
TAULUKKO 10 Sairaalassa toteutetut terveyden edistämistoimet (n=231).....	27

TAULUKKO 11 Potilasasiakirjoihin kirjatut tiedot terveyden edistämistoimista kyllä - vastauksista	28
TAULUKKO 12 Potilasasiakirjoihin kirjaamattomat tiedot terveyden edistämistoimista osittain -vastauksista.....	28
TAULUKKO 13 Potilaan tyytyväisyyden arviointi (n=231)	29
TAULUKKO 14 Arvioinnin keinot.....	30
TAULUKKO 15 Yleinen terveystieto on saatavilla (n=230)	31
TAULUKKO 16 Yleiskatsaus, miten yleinen terveystieto on saatavilla osa-alueittain, kyllä -vastauksista.....	32
TAULUKKO 17 Saatavilla olevan yleisen terveystiedon laatu.....	33
TAULUKKO 18 Yleisen terveystiedon saatavuuden puutteet osa-alueittain osittain - vastauksista	34
TAULUKKO 19 Yleisen terveystiedon saatavuuden puutteet osa-alueittain ei - vastauksista	35
TAULUKKO 20 Saatavilla oleva tieto korkean riskin sairauksista (n=227)	35
TAULUKKO 21 Tiedon lähde.....	36
TAULUKKO 22 Tiedon saatavuus	37
TAULUKKO 23 Käytettävissä olevat materiaalit	37
TAULUKKO 24 Saatavilla olevan tiedon laatu	38
TAULUKKO 25 Saatavilla on tietoa potilasjärjestöistä (n=230)	39
TAULUKKO 26 Yleinen katsaus, miten potilasjärjestöt ovat esillä, kyllä -vastauksista	40
TAULUKKO 27 Minkälaisista materiaaleista löytyy tietoa potilasjärjestöistä?	41
TAULUKKO 28 Minkälaisissa paikoissa on esillä tietoa potilasjärjestöistä?	42
TAULUKKO 29 Keneltä saa tietoa potilasjärjestöistä?	42
TAULUKKO 30 Mitä puutteita on potilasjärjestöistä tiedottamisessa osittain - vastauksista?	43
TAULUKKO 31 Korkean riskin sairaudet ja muut tiedon aiheet	60
TAULUKKO 32 Järjestöt.....	61

1 JOHDANTO

Terveyden edistäminen on tärkeää, koska jo Suomen perustuslaista löytyy kohta, jossa velvoitetaan julkista valtaa edistämään terveyttä (L 11.6.1999/731). Lisäksi Suomessa valtioneuvosto laatii terveyden edistämisen paino- ja kehittämisalueiden suositukset, joihin vaikuttavat Maailman terveysjärjestö WHO:n laatimat ohjeistukset (Liimatainen 2007, 30; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005,21).

Tällä hetkellä merkittävimmät terveystoimintaa ohjaavat toimintaohjelmat ovat Terveys 2015 -kansanterveysohjelma ja Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2008–2011 sekä suoraan terveyden edistämiseen liittyen Terveyden edistämisen laatusuositus vuodelta 2006. Oleellista näissä ohjelmissa on terveysongelmien ennaltaehkäisy ja ihmisten voimaannuttaminen ottamaan vastuu omasta terveydestään tarjoamalla heille riittävästi tietoa ja tukea. (Terveys 2015 -kansanterveysohjelma 2001, 3, 28; Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008, 24, 29–30; Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 3.) Edellä mainittujen ohjelmien lisäksi on olemassa erilaisia lakeja, jotka määrittelevät muun muassa potilaan tiedonsaantioikeutta (L 17.8.1992/785).

Perinteisesti perusterveydenhuollossa terveyden edistäminen on jo osa vakiintuneita toimintatapoja, mutta näin ei ole vielä erikoissairaanhoidossa, vaikka potilaat ovat sairastuttuaan alttiimpia ottamaan vastaan tietoa ja muuttamaan elintottumuksiaan. Tutkimuksista on ilmennyt, että käytännössä potilaat eivät nimenomaan saa tarpeeksi tietoa omasta terveydentilastaan, eivätkä siten pysty vaikuttamaan hoitovalintoihinsa. Myös oikea-aikaisen terveysneuvonnan tarjoaminen on puutteellista. (Groene, Alonso & Klazinga 2010, 222; Wills 2007, 8.)

Tähän edellä mainittuun ongelmaan on kuitenkin jo kiinnitetty huomiota kehittämällä sairaaloille terveyden edistämisen viisi laatustandardia. WHO on kehittänyt ne kansainväliseen käyttöön. Standardit keskittyvät potilaiden, henkilökunnan sekä yh-

teisön hyvinvoinnin ylläpitämiseen ja lisäämiseen. Tämä työ käsittelee kolmatta standardia, jonka aiheena on potilaan informointi ja interventiot.

Tämä työ perustuu vuosina 2008–2009 valmiiksi kerättyyn aineistoon, joka on käsitelty sisällön analyysi -menetelmällä. Aineisto ja tutkimuspyyntö on saatu Keski-Suomen sairaanhoitopiiriltä. Tavoitteena on selvittää, mitä hyvää ja mitä kehitettävää on potilaan tiedottamisessa Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Tulosten perusteella sairaanhoitopiiri pystyy arvioimaan terveyttä edistävää toimintaa ja kehittämään sitä.

2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN SAIRAALASSA

2.1 Terveyden edistämisestä

Tähän työhön on valittu vielä nykyäänkin vallalla oleva käsitys terveydestä, joka on Maailman terveysjärjestö WHO:n tekemä määritelmä (Lyyra 2007, 16). Se löytyy Ottawan asiakirjasta vuodelta 1986. Siinä terveys nähdään voimavarana, joka muodostuu sosiaalisista ja henkilökohtaisista voimavaroista sekä fyysisestä toimintakyvystä. (World Health Organisation 1986.) Terveys nähdään siis vaihtuvana olotilana, johon jokainen pystyy itse vaikuttamaan (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 10). Jokaisen yksilön mahdollisuus vaikuttaa omaan terveyteensä on tärkeä ydinajatus terveyden edistämisessä.

Terveyden edistämisen tarkoituksena on terveyden ja hyvinvoinnin saavuttaminen ja ylläpitäminen (Savola, Pelto-Huikko, Tuominen & Koskinen-Ollonqvist 2005, 6). Terveyden edistämisessä hyödynnetään eri tieteenalojen tietoja ja se voi kohdistua yksilöön, yhteisöön tai yhteiskuntaan. Oleellista on, että terveyden edistäminen on johdonmukaista. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 24.)

Terveyden edistämisen keinoja ovat muun muassa lobbaaminen, yhteisöjen kehittäminen, terveyskasvatus, henkilökohtaiset neuvontatapahtumat tai interventiot, rokottamiset ja seulonnat. Lobbaamisen tarkoituksena on vaikuttaa lainsäädäntöön terveyttä suojelevasti. Esimerkkinä tällaisesta toiminnasta voisi olla tupakka- ja alkoholiveron nostaminen. Yhteisöjen kehittäminen lähtee oikeastaan liikkeelle yhteisön omista jäsenistä. Ideana on, että he itse tunnistavat omat tarpeensa ja toimivat niiden mukaisesti. Terveyskasvatus ja henkilökohtaiset neuvontatapahtumat ovat interventioita tai ohjaustilanteita. Tarkoituksena on voimallistaa ihminen ottamaan vastuu omasta käyttäytymisestään ja terveydestään, jotta hän tunnistaisi terveydelle haitalliset toimintamallit. Rokottamisilla ja seulonnoilla pyritään estämään kansalaisten sairastuminen tai löytämään sairaus mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Sykes 2007, 58–62; Husbands 2007, 113–115; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 16.)

Sairaanhoidossa terveyden edistäminen jaetaan yleensä promootioon ja preventioon. Promotiivinen lähestymistapa on voimavarakeskeistä. Siinä on tarkoituksena vahvistaa yksilön ja yhteisön mahdollisuuksia, voimavaroja ja selviytymistä. Preventiivinen lähestymistapa on puolestaan sairauskeskeinen. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 8.)

Preventiiviseen terveyden edistämiseen kuuluu primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventio. Primaaripreventiossa keskitytään ehkäisemään sairauksien syntymistä vähentämällä sairauksien riskitekijöitä. Sekundaaripreventiosta on kyse silloin, kun sairauden paheneminen estetään vaikuttamalla sairauden riskitekijöihin. Tertiaaripreventioon kuuluu toimintakykyisyyden lisääminen sairastuneella ihmisellä vähentämällä sairauden ja sen aiheuttamien haittojen pahenemista. (Savola, Pelto-Huikko, Tuominen & Koskinen-Ollonqvist 2005, 6.) Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa 1 on kuvattu, mitä eri prevention muodot tarkoittavat käytännössä Koposen, Hakulisen ja Pietilän (2002, 83) mukaan.

TAULUKKO 1 Prevention muodot (Koponen ym. 2002, 83)

	PRIMAARIPREVENTIO	SEKUNDAARIPREVENTIO	TERTIAARIPREVENTIO
TAVOITE	<ul style="list-style-type: none"> • Terveyttä edistävät terveysvalinnat • Suojautuminen terveysongelmia tai sairauksia vastaan ennen oireiden tai ongelmien ilmaantumista 	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysongelmien ja sairauksien varhainen tunnistaminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kuntoutuminen ja terveysvoimavarojen vahvistaminen
ESIMERKKEJÄ KOHDERYHMISTÄ JA MENETELMISTÄ	<ul style="list-style-type: none"> • Yksilön, perheen ja yhteisön voimavarojen tunnistaminen terveyskeskustelun avulla ja muut voimavaroja vahvistavat varhaisen tuen menetelmät 	<ul style="list-style-type: none"> • Yksilön ja perheen varhaisen tuen tarpeiden tunnistaminen • Raskauskomplikaatioiden, lapsen kasvu- ja kehityshäiriöiden tai syöpätautiin varhainen tunnistaminen ja hoito • Seulontatutkimus • Terveyskeskustelu • Mini-interventio 	<ul style="list-style-type: none"> • Pitkäaikais sairauksien ja vammaisten itsenäisen selviytymisen ja voimavarojen tukeminen • Kuntoutus • Sopeutumisvalmennus • Terveyskeskustelu

Tiivistettynä terveyden edistäminen on kaikkea toimintaa, jonka tarkoituksena on estää huonoa terveyttä ja edistää positiivista terveyttä tekemällä ihmiset kykeneviksi ottamaan vastuu omasta terveydestään. Tämä voi keskittyä yksilön, yhteisön tai väestön terveyteen. (Wills 2007, 2.) Toisin sanoen terveyden edistäminen on prosessi, jonka tarkoituksena on voimaannuttaa henkilö ottamaan vastuu itsestään ja parantamaan omaa terveyttään (World Health Organization 1998, 1).

Terveyden edistämiseen vaikuttavat edellä mainittujen tekijöiden lisäksi myös poliittiset linjaukset ja terveyden edistämisen ohjelmat. Tässä työssä keskitytään terveyden edistämiseen sairaaloissa ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sairaaloita koskevaan terveyden edistämisen toimintaohjelmaan (vuosille 2009–2013).

2.2 Terveyden edistäminen hoitotyössä

Hoitotyön näkökulmasta henkilökunnan on tärkeää tuntea periaatteet siitä, miten vaikutetaan potilaiden terveyskäyttäytymiseen. Tämä vaatii, että työntekijä ymmärtää, kuinka potilas tekee terveysvalintansa. Hoitaja antaa potilaille terveyttä edistävää tutkittuun tietoon perustuvaa tietoa ja oheismateriaalia. Ideana on, että potilas voimallistetaan keskustelun ja ohjauksen myötä ottamaan vastuu omista terveysvalinnoistaan. (Husbands 2007, 150; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.) Ennen potilaan ohjaukseen on sisällytetty vain potilaan passiivisuus ja hoitajan asiantuntemus (Kyngäs ym. 2007, 25).

Hoitajan vastuulla on havainnoida, ketkä potilaat ovat valmiita keskustelemaan terveysvalinnoistaan. Pelkän tiedon antamisen lisäksi on oleellista, että hoitajalla on positiivinen asenne ja hän on aidosti kiinnostunut potilaastaan sekä hänen tilanteestaan. (Husbands 2007, 150.) Potilaan ja hoitajan välinen ohjaussuhde on tasavertainen (Kyngäs ym. 2007, 25). Potilaan laajemman sosiaalisen verkoston ja elämäntilanteen ymmärtäminen tehostaa terveyden edistämistä (Husbands 2007, 150).

Terveydenhuoltohenkilökunnan tehtävänä on toimia tukihenkilöinä, jotka motivoivat ja kannustavat potilaita terveellisempään elämään (Green & Kreuter 2005, 413). Kytäkseen edistämään terveyttä hoitohenkilökunta tarvitsee teoreettista tietoa sekä vuorovaikutustaitoja (Wills 2007, 1). Terveydenhuoltohenkilökunta käyttää usein terveyskasvatuksen keinoja terveyden edistämässä. Terveyskasvatus perustuu kommunikointiin, tiedon antamiseen sekä motivaation, taitojen ja itseluottamuksen

kasvattamiseen, joiden avulla yksilö rupeaa kohentamaan terveyttään. (Jackson 2007, 16; Kyngäs ym. 2007, 25.)

Tärkeää on myös huomata, että terveyden edistämistyötä ei tehdä yksin, vaan mukana on moniammatillisuutta ja verkostoja, koska yksilön lisäksi terveyden edistäminen koskee perheitä, yhteisöjä ja väestöjä (Wills 2007, 1). Potilaat haluaisivat lääkäreiden osallistuvan enemmän terveyden edistämiseen. Tämä toiminta pitäisi olla koordinoitu sairaanhoitajien interventioiden kanssa. Potilaiden mielestä kaiken terveyden edistämisen ei tarvitse tapahtua kasvotusten vaan puhelimitse käytävät keskustelut ovat yhtä tärkeitä. (Green & Kreuter 2005, 415.)

Valitettavasti tehtäväorientoituneessa sairaalakulttuurissa on kiire ja potilaskontaktit ovat lyhyitä, joten terveyden edistäminen jää usein toisarvoiseksi. Kuitenkin juuri akuutin sairauden tai loukkaantumisen myötä potilaat olisivat alttiimpia muuttamaan elämäntapojaan terveellisemmiksi, jos joku neuvoisi ja rohkaisisi heitä siihen. (Wills 2007, 8.) Sairaalassa olisi siis paljon otollisia hetkiä voimallistaa potilaita ottamaan vastuuta omasta terveydestään informoimalla heitä.

2.3 Potilaan tiedonsaantioikeus ja tietojen kirjaaminen

Potilaan oikeuksista ja tietojen kirjaamisesta on säädetty laissa ja asetuksissa. Niiden tarkoituksena on turvata potilasturvallisuus. Potilaan informointi auttaa potilasta itsensä hoitamisessa ja näin hänellä on päätösvalta päättää omista asioistaan. Myös toimivan yhteistyön kannalta potilaan informoiminen on tärkeää. Potilastietojen tehtävänä on puolestaan edistää potilaan hyvää ja tarkoituksenmukaista hoitoa sekä mahdollistaa mahdollisimman turvallinen hoito, kun potilasasiakirjoihin on kirjattu oikeat ja riittävät tiedot. Ammattihenkilöstön kannalta kirjaaminen turvaa heidän oikeusturvaansa. (Lohiniva-Kerkevä 2004, 130.) Hoitotyössä on käytössä sanonta: ”mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty”.

Lakien mukaan potilaalle tulee antaa ymmärrettävässä muodossa tietoa hänen terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehtoista sekä niiden merkityksestä. Toisaalta potilaalla on oikeus myös kieltäytyä tiedon saamisesta. (L 17.8.1992/785.) Potilaalla on myös oikeus tarkastella itseään koskevia potilasasiakirjoja (L 22.4.1999/523) ja kieltää itseään koskevien tietojen luovuttamisen muille tahoille (L 9.2.2007/159).

Potilasasiakirjoihin tulee asetuksen (A 30.3.2009/298) mukaan kirjata potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Kirjausten pitää olla selkeitä ja ymmärrettäviä. Potilasasiakirjamerkinnot tulee tehdä mahdollisimman nopeasti, mutta viimeistään viiden vuorokauden kuluessa siitä, kun palvelutapahtuma päättyy. Osastolta poistuessa potilaalle pitää antaa yhteenveto hänen saamastaan hoidosta sekä jatkohoito-ohjeet. Sovittaessa samat ohjeet lähetetään jatkohoitopaikkaan.

Potilaskertomuksen sisällöstä on olemassa tarkat säännöt. Potilaan henkilötietojen lisäksi kirjattuna tulee olla terveydenhuollon toimintayksikön nimi ja merkinnän tekijän tiedot sekä merkinnän ajankohta. Muita oleellisia tietoja voivat olla esimerkiksi potilaan ilmoittaman yhteyshenkilön tiedot, potilaan asiointikieli ja tietojen luovuttamista koskevat potilaan suostumukset. Hoitotiedot tulee kirjata jokaisesta palvelutapahtumasta. Hoitotiedoissa pitää olla kirjattuna tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveystarve, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto. Sairausten hoidosta tulee merkitä taudinmääritys, erilaisten tutkimus- ja hoitomenetelmien valinta perusteineen sekä hoidon toteutus ja sen aikana ilmenneet havainnot ja jatkosuunnitelmat. Potilasasiakertomuksesta tulee löytyä kaikki lääkemääräykset, allergiat, lääkärintoimitukset, sairaustodistukset sekä muut todistukset. (A 30.3.2009/298.) Potilasasiakirjat voivat olla joko paperi- tai sähköversiona.

2.4 Potilaan tiedonsaanti tutkimusten mukaan

Hätönen (2005, 2) on kuvannut tutkimuksessaan psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan tiedonsaantia. Tiedonsaantiin kuuluivat muun muassa tiedonsaannin toteutuminen, potilaiden toivomat tiedonsaantitavat ja tiedonsaannin ongelmat potilaiden kuvaamina. Tutkimukseen osallistui eräästä psykiatrisesta sairaalasta 51 joulukirjautunutta potilasta, joita haastateltiin puolistrukturoidun haastattelun avulla.

Tutkimuksen mukaan psykiatrisessa sairaalahoidossa olevista potilaista suurin osa piti tärkeänä saada tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta keskustellen henkilökunnan kanssa. Heistä oli myös tärkeää saada tietoa eri tukimuodoista ja oikeuksistaan. Näistä asioista huolimatta potilaat eivät omasta mielestään saaneet riittävästi tietoa. Eniten tietoa he olivat saaneet jatkohoidosta ja sairauden nimestä, sekä vähiten he olivat saaneet tietoa lääkkeiden sivuvaikutuksista ja potilaan oikeuksista. Suurimpia ongelmia tiedonsaannissa olivat rajoitettu tiedonantaminen, potilaan kohtaamiseen liittyvät vaikeudet sekä puutteet henkilökunnan tiedoissa. Tutkimuksen mukaan tiedonsaannin kehittämisalueita olivat tiedon välittämistapojen ja potilaiden huomioimisen kehittäminen sekä henkilökunnan riittävän asiantuntijuuden varmistaminen. (Hätönen 2005, 49–50.)

Heinon (2005, 2, 84–85) tutkimukseen osallistui 173 päiväkirurgisessa polvinivelen täyhystyksessä ollutta potilasta. He vastasivat kyselylomakkeissa esitettyihin kysymyksiin noin viikon kuluttua täyhystyksestä. Tutkimuksen mukaan lähes kaikki potilaat saivat omasta mielestään kohtalaisesti tai tarpeeksi tietoa vaivastaan ja sen hoidosta sekä he myös ymmärsivät kotihoito-ohjeet hyvin tai erittäin hyvin. Höltän (2004, 24, 36) tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla 577 astmapotilaalta. Tuloksista näkee, että potilaat olivat suurimmaksi osaksi erittäin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja olivat mielestään saaneet riittävästi tai sopivasti tietoa ohjauksen aikana.

Konsellin ja Leino-Kilven (2004, 44, 51–53) tutkimukseen osallistui 46 kriisiosaston potilasta täyttämällä strukturoidun kyselylomakkeen. Tutkimuksen mukaan yli puolet potilaista koki saaneensa hyvin tietoa sairautensa diagnoosista ja luonteesta, lääkityksen vaikutuksesta ja säännöllisyydestä sekä jatkohoidosta. Sairauden kestosta, ennusteesta ja siitä toipumisesta sai kohtuullisesti tietoa. Enemmän tietoa potilaat toivoivat saavansa vaikeuksistaan, sairaudestaan ja siinä tapahtuneista muutoksista sekä lääkityksen keskeyttämisen seurauksista ja nykyisen lääkityksen jatkamisesta. Tiedon lähteinä olivat eniten hoitajat, mutta lähes yhtä paljon lääkärit. Potilasopetusmateriaalia annettiin vähän; yli puolet potilaista ei saanut ollenkaan tietoa kirjallisesti hoitajilta, mutta vähiten lääkäreiltä. Suurin osa potilaista sai tietoa ymmärrettävällä tavalla. Henkilökunta lisäksi rohkaisi potilaita kysymään epäselvistä asioista.

2.5 Terveyttä edistävät sairaalat -verkosto

Jo 1990-luvun alussa Maailman terveysjärjestö WHO on tehnyt aloitteen terveyden edistämiseksi sairaaloissa. Tuosta aloitteesta syntyi kansainvälinen Terveyttä edistävät sairaalat -verkosto (Health Promoting Hospitals, HPH). Perusteet verkoston toiminnalle tulevat Ottawan asiakirjasta, Ljubljanan asiakirjasta ja Wienin suosituksesta (World Health Organisation 1986; World Health Organisation 1996; World Health Organisation 1997). Verkoston tavoitteena on vahvistaa terveyden edistämistä, sairauksien ennaltaehkäisyä ja palveluiden kunnostamista sekä parantaa sairaaloiden toimintaa. (Groene, Jorgensen, Fugleholm, Møller & Garcia-Barbero 2005, 301; Terveyyden edistäminen sairaaloissa: Käsikirja ja itsearviointilomakkeet 2006, 11.)

Terveyttä edistävä sairaala pyrkii tarjoamaan korkealaatuista ja kattavaa terveydenhuoltoa. Tämän tavoitteen ohella sairaalan identiteettiin ja rutiinitoimiin tulee sisällyttää terveyttä edistäviä toimenpiteitä kohdistettuna potilaisiin, vierailijoihin sekä henkilökuntaan. (Groene ym. 2005, 301; Terveyyden edistäminen sairaaloissa: Käsikirja ja itsearviointilomakkeet 2006, 11.) Terveyttä edistävissä sairaaloissa ei siis pyritä muuttamaan sairaalan perustehtävää eli hoitoa, vaan lisäämään ajatusta siitä, että

terveyttä voitaisiin edistää myös erikoissairaanhoidossa (Hallman-Keiskoski 2002, 96).

Terveyttä edistävän sairaalan peruseriaatteena on ajaa muun muassa ihmisarvon, oikeudenmukaisuuden ja ammattietiikan asiaa huomioiden samalla erilaiset tarpeet, arvot ja kulttuurit. Sen tavoitteena on suuntautua laadun parantamiseen, potilaiden, heidän läheistensä ja henkilökunnan hyvinvointiin sekä ympäristönsuojeluun. Lisäksi se tarkastelee terveyttä kokonaisvaltaisesti, eikä vain parantavasta näkökulmasta, mutta tarkoituksena on kuitenkin helpottaa paranemisprosessia ja edistää potilaiden voimaantumista. Hyvä terveyttä edistävä sairaala myös muodostaa läheiset suhteet muuhun terveydenhuoltoon sekä yhteiskuntaan. (Hallman-Keiskoski 2002, 96–97; World Health Organisation 1997, 2-3.) Alla olevassa kuviossa 1 on kuvattuna terveyttä edistävän sairaalan neljä osatekijää.



KUVIO 1 Terveyttä edistävän sairaalan osatekijät (Hätönen 2009)

Vuonna 2001 rekisteröitiin yhdistys nimeltä Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry, jonka tarkoituksena on tuoda Suomen sairaaloiden toimintakulttuuriin terveyttä edistävä näkökulma. Yhdistys on osa WHO:n aloittamaa kansainvälistä verkostoa, joten jäsenyhteisöt kuuluvat sitä kautta myös kansainväliseen Terveyttä edistävät sairaalat -verkostoon. (Hätönen 2010a.) Yhdistyksen ja sen jäsenorganisaatioiden toimintaan kuuluvat muun muassa Savuton sairaala – toimintamallin ylläpitäminen, potilasturvallisuuden kehittäminen, terveyttä edistävä mielenterveys- ja päihdetyö, liikumisresepti-käytännöt, kansansairauksien preventio eli ennaltaehkäisy, sekä henkilökunnan jaksamista tukevien hankkeiden ja toimintamallien kehittäminen, käyttöönotto sekä tiedottaminen (Hätönen 2010b).

2.6 Terveyttä edistävä sairaala Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sairaalat ovat olleet terveyttä edistäviä sairaaloita jo vuodesta 1998. Parhaillaan on toteutettavana Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sairaaloita koskeva terveyden edistämisen toimintaohjelma vuosille 2009–2013. Terveyden edistämisen toimintaohjelman tarkoituksena on painottaa terveyslähdistä lähestymistapaa sairauslähdisten ajattelumallin ohella sekä korostaa henkilökunnan, potilaiden ja vierailijoiden terveyttä edistävien sekä ylläpitävien voimavarojen löytämisen ja vaalimisen tärkeyttä. Pyrkimyksenä on siis motivoida ihmisiä pitämään itsensä ja terveydestään hyvää huolta tekemällä terveyslähdistyys ja voimavarakeskeisyys näkyväksi kaikessa sairaanhoitopiirin toiminnassa, kuten johtamisessa ja organisaation käytännön toiminnassa. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2009, 3.)

Terveyden edistämisen toimintaohjelmalla on samoja teemoja kuin Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry:llä. Näitä teemoja ovat muun muassa terveyttä edistävä mielenterveys- ja päihdetyö sekä kansansairauksien ennaltaehkäisy. Toimintaohjelman tavoitteisiin pyritään pääsemään kolmen eri kokonaisuuden avulla. Kyseiset kokonaisuudet muodostuvat terveyden edistämisen toimintasuunnitelmista, koulutuksista sekä työvälineistä ja menetelmistä. (Mts. 5, 7.)

Kaikki sairaalan vastualueet tekevät joka vuosi toimintasuunnitelmansa, johon tulee liittää kunkin vastualueen oma terveyden edistämisen toimintasuunnitelma. Jokainen vastualue voi tarkentaa terveyden edistämisen toimintasuunnitelmien laatimisen myös yksikkötasolle. Henkilökunnalle ja esimiehille tarjotaan koulutusta, mikä koskee esimerkiksi toimintaohjelman sisältöalueita. Koulutukseen kuuluu muun muassa myös johtamiskoulutukseen liitettävä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen osuus. Järjestöiltä ja yhteisöiltä tilataan maksullinen neuvontamateriaali terveystietokeskus Palanssin kautta. Myös sairaanhoitopiirin verkkosivustoja käytetään apuna ajantasaisen tiedon jakamisessa. Tieto koostuu enimmäkseen hyvistä terveyden edistämisen käytännöistä, riskitesteistä ja suositeltavista lomakkeista. (Mts., 7.)

3 TERVEYTTÄ EDISTÄVÄN SAIRAALAN LAADUN ARVIOINTI

Terveyttä edistävien toimintojen laajentamiseksi ja kehittämiseksi sairaaloissa tulee suorittaa laadun arviointia muun muassa itsearviointin avulla. Itsearviointin helpottamiseksi WHO on kehittänyt terveyttä edistäville sairaaloille laadunarviointimittarin, jonka aiheina ovat esimerkiksi sairaaloiden viralliset toimintasuunnitelmat, potilaiden terveyden edistämisinformaatio ja – interventiot sekä yhteistyö muiden terveydenhuolto-, sosiaali- ja kolmannen sektorin palveluja tuottavien toimijoiden kanssa. (Groene ym. 2005, 306; Terveyden edistäminen sairaaloissa: Käsikirja ja itsearviointilomakkeet 2006, 7.) Kyseinen laadunarviointimittari itsearviointin helpottamiseksi on teoksessa Terveyden edistäminen sairaaloissa: Käsikirja ja itsearviointilomakkeet. Se on tarkoitettu sairaaloille itsenäiseen terveyttä edistävien toimenpiteiden arviointiin, seurantaan ja kehittämiseen. (Terveyden edistäminen sairaaloissa: Käsikirja ja itsearviointilomakkeet 2006, 7.)

3.1 Laatustandardeista

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sairaaloita koskevassa terveyden edistämisen toimintaohjelmassa vuosille 2009–2013 on asetettu tavoitteeksi arvioida vuodesta 2011 alkaen ohjelman toteutumista ja vaikuttavuutta kahden vuoden välein. Toimintaohjelman osatavoitteena on ottaa käyttöön Terveyttä edistävät sairaalat -verkoston kehittämät viisi laatustandardia, jotka koskevat sairaalan terveyden edistämistoimintaa henkilökunnan, potilaiden ja potilaiden omaisten näkökulmasta. Standardien toteutumista arvioidaan vuosittain. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2009, 10.) Alla olevassa taulukossa 2 on listattuna kaikki viisi laatustandardia.

TAULUKKO 2 Laatustandardit (Terveyden edistäminen sairaaloissa: Käsikirja ja itsearviointilomakkeet 2006, 32–57.)

STANDARDI

1 Virallinen toimintasuunnitelma

2 Potilaan tilanteen arviointi

3 Potilaan informointi ja interventiot

4 Terveellisen työympäristön edistäminen

5 Jatkuvuus ja yhteistyö

Standardin 1 eli virallisen toimintasuunnitelman tavoitteena on liittää terveyden edistämistoiminta olennaiseksi osaksi organisaation laadunhallintajärjestelmää, jonka tavoitteena on terveystulosten parantaminen. Organisaatiolla tulee olla virallisesti hyväksytty terveyden edistämisen toimintasuunnitelma, joka on tarkoitettu potilaille, heidän läheisilleen ja sairaalan henkilökunnalle. Standardin 2 eli potilaan tilanteen arvioinnin tavoitteena on tukea potilaan hoitoa, parantaa ennustetta sekä edistää potilaan terveyttä ja hyvinvointia. Tämä onnistuu niin, että terveysalan ammattilaiset arvioivat järjestelmällisesti terveyden edistämisen tarpeita yhdessä potilaiden kanssa. (Terveyden edistäminen sairaaloissa: Käsikirja ja itsearviointilomakkeet 2006, 32,

37.) Standardin 3 eli potilaan informoinnin ja interventioiden tarkempi sisältö kerrotaan luvussa 3.2.

Standardin 4 eli terveellisen työympäristön edistämisen tavoitteena on luoda terveellinen ja turvallinen työympäristö sekä tukea henkilökuntaa terveyden edistämisessä. Sairaalalla tulisi siis olla edellytykset kehittyä terveellisenä työympäristönä. Standardin 5 eli jatkuvuuden ja yhteistyön tavoitteena on varmistaa yhteistyö keskeisten palvelutuottajien kanssa sekä solmia kumppanuussuhteita terveyden edistämistointojen liittämiseksi potilaan kaikkiin hoitopolkuihin. Tähän päästään siten, että organisaation toimintasuunnitelmaan sisällytetään jatkuva yhteistyö muiden terveydenhuollon yksiköiden ja yhteistyötahojen kanssa. (Mts., 47, 53.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään potilaita koskevista standardeista (2, 3 ja 5) standardiin 3 eli potilaan informointiin ja interventioihin.

3.2 Standardi 3 – potilaan informointi ja interventiot

Standardin 3 eli potilaan informoinnin ja interventioiden tavoitteena on, että potilaan hoitopolun jokaisessa vaiheessa potilaalle annetaan hänen sairauttaan ja terveydentilaansa koskevaa tietoa. Tiedon pitää sisältää kaikki olennaiset tekijät, kuten suunnitellut toimet niin, että potilaan voimaantuminen mahdollistuu. Tällöin potilaalla on voimia osallistua aktiivisesti suunniteltuihin toimenpiteisiinsä. Tämän standardin tavoitteena on myös terveyden edistämistoimien sisällyttäminen osaksi potilaan hoitopolkua eli kaikkiin potilaalle tarjottaviin palveluihin. (Mts., 42.)

Ensimmäisen alastandardin tavoitteena on, että potilaalle annettaisiin tietoa niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat hänen terveyteensä. Lisäksi potilaalla tulisi olla mahdollisuus päättää hänen terveytensä edistämiseen tähtäävistä toimenpiteistä. Tavoitteena on myös aktiivisesti arvioida potilaan tyytyväisyyttä annettuun tietoon sekä sisällyttää saadut tulokset osaksi laadunhallintajärjestelmää. Annetut tiedot, terveyden

edistämistoimet ja toimien odotetut tulokset tulisi myös kirjata potilaan sairauskertomukseen. Toisen alastandardin tavoitteena on taas se, että kaikilla potilailla, henkilökunnalla ja vierailijoilla olisi mahdollisuus saada yleistä terveystietoa, yksityiskohtaista tietoa korkean riskin sairauksista ja tietoa potilasjärjestöistä esimerkiksi kirjallisesti. (Mts., 42–44.) Alla olevassa taulukossa 3 on eriteltyinä standardin alastandardit ja niihin kuuluvat väittämät.

TAULUKKO 3 Standardin 3 sisältö (Mts., 42–44.)

STANDARDI 3 – POTILAAN INFORMOINTI JA INTERVENTIOT

Alastandardi 3.1

Perustuen terveyden edistämistarpeiden arviointiin potilasta informoidaan niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat hänen terveyteensä. Yhteistyössä potilaan kanssa sovitaan terveyden edistämiseen tähtävistä toimenpiteistä.

Väittämä 3.1.1

Potilaalle annettu tieto kirjataan potilaan sairauskertomukseen (Osoituksena: esimerkiksi tiedot ovat kaikkien potilaiden kohdalla aina tarkistettavissa).

Väittämä 3.1.2

Potilasasiakirjoista löytyvät tiedot terveyden edistämistoimista ja odotetuista tuloksista, minkä pohjalta niiden arviointi on myös mahdollista (Osoituksena: esimerkiksi sairauskertomusten tarkistaminen).

Väittämä 3.1.3

Potilaiden tyytyväisyyttä annettuun tietoon arvioidaan ja tulokset sisällytetään osaksi laadunhallintajärjestelmää (Osoituksena: esimerkiksi erilaiset arviointimenetelmät, kuten kyselytutkimukset, kohderyhmähaastattelu ja kyselylomake sekä aikataulu).

Alastandardi 3.2

Organisaatio varmistaa, että kaikilla potilailla, henkilökunnalla ja vierailijoilla on mahdollisuus saada yleistietoa terveyteen vaikuttavista tekijöistä.

Väittämä 3.2.1

Yleinen terveystieto on saatavilla (Osoituksena: esimerkiksi paperilla oleva tieto tai nettitieto on käytettävissä, tai erillinen infopiste).

Väittämä 3.2.2

Saatavilla on yksityiskohtaista tietoa korkean riskin sairauksista (Osoituksena: esimerkiksi paperilla oleva tieto tai Internet-tieto on käytettävissä, tai erillinen infopiste).

Väittämä 3.2.3

On saatavilla tietoa potilasjärjestöistä (Osoituksena: esimerkiksi osoitetiedot).

4 TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten potilaan tiedottaminen toteutuu Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä terveyttä edistävän sairaalan laatustandardin mukaan. Tavoitteena on selvittää, mitkä asiat toimivat potilaan tiedottamisessa sekä missä asioissa on vielä kehitettävää. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä potilaiden tiedottamista terveyttä edistävän sairaalan laatustandardien mukaisesti.

Tutkimuskysymykset:

- Millaisia vahvuuksia potilaan tiedottamisessa on terveyttä edistävän sairaalan laatustandardin mukaan?
- Millaisia kehittämishaasteita potilaan tiedottamisessa on terveyttä edistävän sairaalan laatustandardin mukaan?

5 TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä, aineiston keruu ja kohderyhmä

Työssä käytettiin valmista Webropol -aineistoa, jonka keräämisessä käytettiin WHO:n kehittämää laadunarviointimittaria. Laadunarviointimittari oli kysely, jossa alustandardien väittämiin tuli vastata joko kyllä, osittain tai ei. Lisäksi väittämiin pystyi antamaan kommentteja. Kommenttien antamisen helpottamiseksi väittämien alle oli annettu kehotuksia, kuten ”Kerro myös, mitä olennaista tietoa terveyden edistämiseen liittyen on mielestäsi jätetty kirjaamatta.”

Kysely toteutettiin marras-joulukuussa 2008 ja tammi-kesäkuussa 2009. Tiedonkerääjinä toimivat hoitotyön opiskelijat, jotka vastasivat kyselyyn kirjausten ja havaintojen perusteella. Lisäksi ohjaavilta hoitajilta oli mahdollista kysyä lisätietoja. Kyselyn kohderyhmänä olivat sairaanhoitopiirin asettamat standardien mukaiset vastuualueet sekä niihin kuuluvat osastot ja poliklinikat, joissa opiskelijat olivat harjoittelemassa. Eniten vastauksia saatiin lastentautien, lastenneurologian ja foniatrian vastuualueelta, Kangasvuoren psykiatrisesta sairaalasta sekä sisätautien vastuualueelta. Vastuualueittain olevat tulokset kuvataan tarkemmin taulukossa 4.

TAULUKKO 4 Vastaukset vastuualueittain lukumäärinä ja prosentteina (n=232)

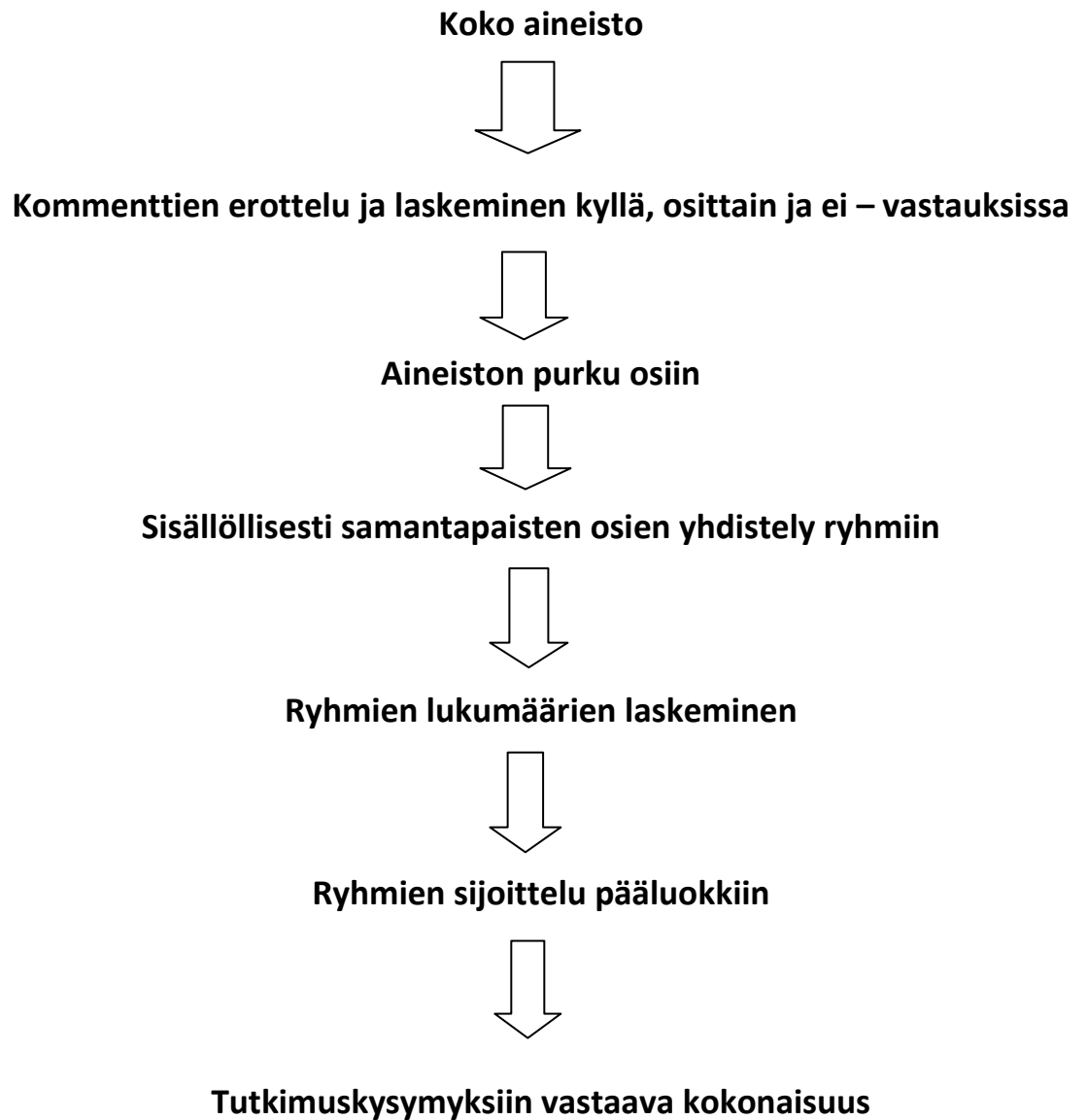
VASTUUALUE	n	%
Lastentaudit, lastenneurologia ja foniatria	75	32
Kangasvuori (Psykiatrinen sairaala)	43	18
Sisätaudit	41	18
Kirurgia	26	11
Naistentaudit ja synnytykset	12	5
Lasten- ja nuorisopsykiatria	9	4
Juurikkaniemi (Psykiatrinen sairaala)	5	2
Neurologia	5	2
Yleissairaалapsykiatria	5	2
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	4	2
Hammas-, suu- ja leukakirurgia	2	1
Keuhkosairaudet	2	1
Silmätaudit	2	1
Syöpätaudit ja sädehoito	1	1
YHTEENSÄ	232	100

Kyselyyn vastasi yhteensä 233 opiskelijaa. Sairaaloissa olleista potilaista miehiä oli 114 (49 %) ja naisia 119 (51 %). Potilaiden ikäjakauma oli alle 1- kuukautisesta vastasyntyneestä yli 85-vuotiaiseen. Kuitenkin suurin potilaiden ikäryhmä oli 7-15-vuotiaat (n=37; 16 %).

5.2 Aineiston analysointi

Valmiissa aineistossa oli laskettu vastausmäärät sekä prosenttiosuudet kyllä -, osittain - ja ei – vastauksille. Monista vastauksista oli tarkemmin kommentoitu heti vastauksen jälkeen, miksi oli vastattu esimerkiksi osittain. Kommenteista pyrittiin erottelemaan kyllä, osittain ja ei – vastausten kommentit, sillä kaikki kommentit olivat sekalaisessa järjestyksessä. Lisäksi vastausten lukumäärät laskettiin ja tarkistettiin, että ne sopivat valmiin aineiston vastausmääriin. Nämä vapaasti kirjoitetut kommentit analysoitiin sisällön analyysin avulla. Sisällön analyysi on systemaattinen aineiston analyysimenetelmä, jolla voidaan järjestellä ja kuvata analyysin kohteena olevaa tutkimusaineistoa (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113). Åstedt-Kurjen ja Niemisen (1997) sekä Burns ja Groven (1993) mukaan Hiller-Ikonen (1999) kuvaa aineiston analysointia tutkijan ja aineiston väliseksi ”dynaamiseksi vuorovaikutukseksi”, jossa tutkimustulokset syntyvät aineistosta tutkijan reflektiivisen ajatustyön tuotteena.

Sisällön analyysissa aineisto purettiin osiin ja sisällöllisesti samantapaiset osat yhdistettiin. Tämän jälkeen aineisto tiivistettiin kokonaisuudeksi, mikä vastasi työn tarkoitukseen ja tavoitteisiin. Analyysissä haettiin siis vastausta vain työn tarkoitukseen ja tavoitteisiin, joten kaikkea tietoa ei tarvinnut analysoida. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.) Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että kommentit yksinkertaistettiin muutama sanaan, minkä jälkeen niistä etsittiin yhtäläisyyksiä. Yhtäläisyyksien avulla vastaukset ryhmiteltiin ja ryhmien lukumäärät laskettiin. Seuraavaksi katsottiin saaduille ryhmille vielä pääluokat. Tämän jälkeen keskityttiin tutkimuskysymyksiin vastaamiseen. Seuraavassa kuviossa 2 on havainnollistettuna aineiston analyysiprosessin kulku.



KUVIO 2 Aineiston analysointiprosessi

6 TULOKSET

6.1 Potilaan tiedonsaantiin liittyvät vahvuudet ja heikkoudet

6.1.1 Potilaan tiedonsaannin kirjaaminen

Potilaalle annettu tieto/ohjaus kirjataan hänen sairauskertomukseensa – kohtaan oli vastattu 231 kertaa, joista avoimia vastauksia oli 217. Suurin osa (n=176) vastaajista oli sitä mieltä, että potilaille annettu tieto tai ohjaus kirjataan hänen sairauskertomukseensa (ks. taulukko 5).

TAULUKKO 5 Sairauskertomuksiin kirjatut tiedot/ohjaukset (n=231)

VASTAUS	n	%
Kyllä	176	76
Osittain	41	18
Ei	14	6
YHTEENSÄ	231	100

Avoimissa kysymyksissä oli kehotettu kertomaan tarkemmin, miten ja mitä on kirjattu sekä kertomaan myös, mitä olennaista tietoa terveyden edistämiseen liittyen on jätetty kirjaamatta. Ensin käsitellään, mitä sairauskertomuksiin on kirjattu. Aineistosta tuli ilmi, että eniten sairauskertomuksiin kirjataan erilaisia ohjauksia, jotka koskevat muun muassa hoitoa, lääkitystä, elintapoja ja sairaalassa olon syytä eli sairautta. Toiseksi eniten kirjataan tehtyjä toimenpiteitä, tutkimuksia ja hoitoja. Kolmanneksi eniten kirjataan lääkitykseen liittyviä asioita, kuten mitä lääkettä annetaan ja miksi. Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa 6 on lueteltuina, mitä kirjattuja aiheita aineistosta tuli ilmi.

TAULUKKO 6 Sairauskertomuksiin kirjatut aiheet

MITÄ ON KIRJATTU?	n
Ohjaus	110
Toimenpiteet, tutkimukset ja hoito	60
Lääkitys	48
Keskustelut	45
Ruokavalio ja ravitsemus	37
Sairaus	30
Ohjeet	23
Tiedon vastaanottavuus ja ymmärtäminen	23
Kotihoito-ohjeet	19
Potilaan fyysinen ja psyykinen vointi	18
Tieto	17
Päihteiden käyttö ja tupakointi	16
Liikunta	15
Päihteiden käytön ja tupakoinnin lopettaminen	14
Vapaa-ajan vietto	13
Hoidon ja ohjauksen tarve	12
Rajoitukset	12
Hoitoneuvottelut	10
Hoitosopimus ja säännöt	10
Jatkohoito	10
Päivittäiset toiminnot	9
Tukeminen ja motivoiminen	7
Elintavat	6
Eri asiantuntijoiden yhteenvedot hoidosta	6
Painonhallinta	5
Sairauden ja hoidon vaikutus elämänlaatuun	5
Lepo ja yöuni	4
Terveys ja terveyden edistäminen	4
Hoidon ja ohjauksen tavoitteet	3
Kaikki tarpeellinen	3
Siedätyshoitoon liittyvät asiat	3
Turvallisuus	3
Elämäntilanne	2
Eristys	2
Kotisoitto	2
Lähetet	2
Riskitekijät	2

Seuraavaksi käsitellään, mihin kirjauksia on tehty ja miten kirjaukset on tehty. Eniten eri yksiköissä kirjataan tiedot ja ohjaukset sähköisesti Efficalle, Whoikelle tai hoitotyön lehdelle, mutta joissain yksiköissä kirjataan myös potilaspapereihin. Potilaspaperit voivat kuitenkin tarkoittaa myös tietojärjestelmien sivuja, mutta vastauksista ei

ilmene, mitä vastaajat potilaspapereilla tarkoittavat. Alla olevassa taulukossa 7 on listattuna, mihin kirjaukset on tehty.

TAULUKKO 7 Kirjauksien sijainti

MIHIN ON KIRJATTU?	n
Sähköisesti (Effica, Whoike, hoitotyön lehti)	33
Potilaspapereihin	31

Vastausten perusteella yleensä kirjataan tarkasti ja hyvin varsinkin kaikki lääkitykseen liittyvät asiat, mutta joskus kirjataan myös lyhyesti, yleisten periaatteiden mukaisesti eli ei yksilöllisesti, puutteellisesti ja suurpiirteisesti. Joissain vastauksissa lyhyesti kirjaaminen ei ollut vastaajan mielestä huono asia, sillä hänen mielestään oli kuitenkin kirjattu kaikki tarpeellinen. Seuraavassa taulukossa 8 on kuvattu, miten sairausker-
tomuksiin on kirjattu.

TAULUKKO 8 Kirjauksien laatu

MITEN ON KIRJATTU?	n
Tarkasti	11
Hyvin	10
Lyhyesti	6
Kattavasti	6
Selkeästi	5
Kuvaavasti	4
Yleisten periaatteiden mukaisesti	3
Puutteellisesti	2
Suurpiirteisesti	2

Viimeiseksi käydään lävitse, mitä vastaajien mielestä on jätetty kirjaamatta. Suurin osa avoimeen kysymyksiin vastaajista oli sitä mieltä, ettei mitään olennaista ole jätetty kirjaamatta. Monet olivat laittaneet tähän kohtaan vain viivan, joten mitään olennaista ole jätetty kirjaamatta. Toiseksi eniten vastaajien mielestä erilaiset ohjaukset

oli jätetty kirjaamatta, vaikka eniten juuri ohjauksia oli kirjattu. Aineiston mukaan monesti jäävät kirjaamatta sellaiset ohjaukset, jotka toteutetaan arkisissa tilanteissa keskustelun lomassa. Sen vuoksi kolmanneksi eniten kirjaamatta jätetään keskustelut. Alla olevassa taulukossa 9 on lueteltuina kirjaamatta jätetyt asiat.

TAULUKKO 9 Sairauskertomuksiin kirjaamatta jääneet aiheet

MITÄ ON JÄTETTY KIRJAAMATTA?	n
Ei mitään	55
Ohjaus	38
Keskustelut	15
Päihteiden käyttö ja tupakointi sekä niiden lopettaminen	15
Päivittäiset toiminnot	13
Terveyden edistäminen	13
Toimenpiteet, tutkimukset ja hoito	13
Tiedon vastaanottavuus ja ymmärtäminen	12
Elämäntavat	10
Fyysinen ja psyykinen vointi	9
Ruokavalio ja ravitsemus	9
Kotihoito-ohjeet	7
Miten on ohjattu ja minkälaista materiaalia annettu	7
Liikunta	6
Tiedonanto	6
Ylipaino	6
Lääkitys	5
Nestelista	5
Sairaus	5
Hoidon ja ohjauksen tarve	4
Tukeminen ja motivointi	4
Hoidon ja ohjauksen arviointi	3
Ihmissuhteet	3
Tavoitteet	3
Tieto	3
Jatkohoito	2
Rajoitukset	2
Seksuaalisuus ja raskauden ehkäisy	2

6.1.2 Sairaalassa toteutetut terveyden edistämistoimet

Potilasasiakirjoista löytyvät tiedot sairaalassa toteutetusta terveyden edistämistoinnasta -kohtaan oli annettu vastauksia 231 kappaletta, joista avoimiin vastauksiin

oli vastattu 200 kappaletta. Enemmistö (n=131) vastaajista oli sitä mieltä, että sairaalassa toteutetut terveyden edistämistoimet löytyvät potilasasiakirjoista (ks. taulukko 10).

TAULUKKO 10 Sairaalassa toteutetut terveyden edistämistoimet (n=231)

VASTAUS	n	%
Kyllä	131	57
Osittain	69	30
Ei	31	13
YHTEENSÄ	231	100

Avoimessa kysymyksessä oli ohjeistettu kertomaan tarkemmin, mitä tietoa ja millaisia tuloksia kirjauksista ilmeni. Avoimista vastauksista löytyi 131 kyllä -kohtaan sopivaa vastausta, 68 osittain -kohtaan sopivaa vastausta ja 1 ei -kohtaan sopiva vastaus. Edellä mainitut kohdat on käsitelty erikseen. Ensiksi käsitellään kyllä -vastaukset.

Kyllä -vastauksissa suurin osa oli kuvaillut, mitä ohjaamistilanteet olivat pitäneet sisällään. Joissakin ohjaustilanteissa itsessään oli myös arviointia tai potilaan mielipiteiden kyselemistä. Yleisimpänä vastauksena oli kerrottu, että potilasasiakirjoihin oli kirjattu erilaisia ohjaamis- ja hoitotilanteita. Toiseksi ja kolmanneksi yleisempänä vastauksena oli, että hoidon lisäksi arvioitiin hoidon tuloksia ja että hoidon lisäksi kirjattiin odotettavissa olevat tai jo saavutetut tulokset. Neljäntenä tuli, että kirjauksista kävi ilmi hoito, tulokset ja arviointi. Joistakin kirjauksista ilmeni suunnitelma ja sen tavoitteet sekä ongelmatilanne, johon haluttiin puuttua ja sen hoitovaihtoehdot. Seuraavalla sivulla on koottu taulukko 11, mitä potilasasiakirjoihin on kirjattu terveyden edistämistoiminnasta.

TAULUKKO 11 Potilasasiakirjoihin kirjatut tiedot terveyden edistämistoimista kyllä - vastauksista

MITÄ ON KIRJATTU?	n
Ohjaaminen ja hoitotilanne	38
Hoito ja sen arviointi	30
Hoitotilanne ja sen saavutetut tulokset	30
Hoito, tulokset ja arviointi	16
Suunnitelma ja tavoitteet	10
Hoidon tarve ja sen toteutus	7

Osittain -vastauksissa oli yksi tai useampi asia puutteellisesti hoidettu. Suurimmassa osassa vastauksista ei ollut kirjattu odotettavia tai saavutettuja tuloksia. Toisena ongelmana oli, että hoitoa tai ohjausta ei ollut arvioitu. Kolmantena ongelmana oli, että nestelistojen kirjaaminen oli puutteellista ja neljäntenä sekä viidentenä ongelmana oli, että kirjauksissa oli puutteita. Yleisimpänä ongelmana on, ettei hoidon tuloksia ole kirjattu, joten näin ollen hoidon laatuakaan ei pystytä luotettavasti arvioimaan. Tarkempi kuvaus osittain -vastauksista löytyy alapuolella olevasta taulukosta 12.

TAULUKKO 12 Potilasasiakirjoihin kirjaamattomat tiedot terveyden edistämistoimista osittain -vastauksista

KIRJAUSTEN PUUTTEITA	n
Tulokset puuttuvat	20
Vaikuttavuutta (hoito/ohjaus) ei arvioida	9
Harvoin kirjataan	5
Nestelistojen kirjaaminen monesti puutteellista	5
Osa ohjauksesta kirjattu	4
Ei selkeitä tavoitteita	3
Rivien välistä löytyy tietoa	3
Ei ole huomioitu kokonaistilannetta	2
Whoikeesta löytyy, mutta ei papereista	2
Ei keinoja	1
Keinoja ei ole päivitetty	1
Kuntouttava työote puuttuu välillä	1
Ohjaus ei noudata hoitosuunnitelmaa	1
Vähän tavoitteita	1

Ainoassa ei -kohtaan sopivassa vastauksessa avoimeen vastauskenttään oli laitettu vain viiva, mikä viittaa siihen, ettei kyseisen paikan potilasasiakirjoista löydy terveyden edistämisen toiminnan tietoja.

6.1.3 Potilaan tyytyväisyyden arviointi

Potilaan tyytyväisyyttä annettuun tietoon arvioidaan – kohtaan oli vastattu yhteensä 231 kertaa, joista avoimia vastauksia oli 164 kappaletta. Suurin osa (n=81) oli sitä mieltä, ettei potilaan tyytyväisyyttä annettuun tietoon arvioida (ks. taulukko 13).

TAULUKKO 13 Potilaan tyytyväisyyden arviointi (n=231)

VASTAUKSET	n	%
Kyllä	71	31
Osittain	79	34
Ei	81	35
YHTEENSÄ	231	100

Avoimessa kysymyksessä kehoitettiin antamaan esimerkkejä siitä, miten potilaan tyytyväisyyttä tietoon oli arvioitu. Kyllä – vastauksiksi sopi 71 vastausta, osittain – vastauksiksi 79 vastausta ja ei – vastauksiksi 14 vastausta. Aineiston perusteella eniten potilaan tyytyväisyyttä saamaansa tietoon oli arvioitu kysymällä palautetta ja keskustelemalla. Toiseksi eniten tyytyväisyyttä oli arvioitu antamalla potilaalle mahdollisuus jättää kirjallista palautetta. Kolmanneksi eniten arvioinnin perusteena oli potilaiden antama spontaani palaute, kuten hoitotoimenpiteisiin liittyvät kommentit ja mietteet sekä hoitajakson lopulla kiitokset tai moitteet saadusta hoidosta. Neljänneksi eniten vastauksista tuli ilmi, että potilaan tyytyväisyyttä arvioitiin potilaan reagoinnin eli sanattoman viestinnän ja hoitajien havainnoiden perusteella. Jonkin verran vastauk-

sisä oli, ettei potilaan tyytyväisyyttä oltu arvioitu mitenkään. Alla olevaan tauluk-
koon 14 on eritelty, miten potilaan tyytyväisyyttä saamaansa tietoon oli arvioitu.

TAULUKKO 14 Arvioinnin keinot

MITEN OLI ARVIOITU?	n
Kysymällä palautetta ja keskustelemalla	81
Annettu mahdollisuus jättää palautetta	54
Potilaan antama spontaani palaute	42
Potilaan reagointi ja hoitajan havainnot	29
Ei ollut arvioitu	15
Annettu mahdollisuus kysyä ja keskustella	12
Opiskelijat keräsivät palautetta opinnäytetyöhön	5
Niukasti kirjaamista tyytyväisyydestä	4
Ehkä on arvioitu	3
On tehty tyytyväisyyskyselyitä	3
On arvioitu	2

Kaiken kaikkiaan tämän väittämän vastaukset eivät olleet kovinkaan positiivisia eli potilaan tyytyväisyyden arvioinnissa olisi kehitettävää. Vastausten perusteella joissain yksiköissä oli olemassa palautelaatikko, johon voi jättää palautetta, mutta siitä ei ollut kovinkaan usein ilmoitettu erikseen ja monesti palautteen anto oli täysin vapaaehtoista. Joissain vastauksissa kerrottiin, että palautekyselyitä on ollut esimerkiksi opiskelijoiden toimesta, muttei ollut enää laadunarviointikyselyn aikaan.

6.2 Saatavilla oleva yleistieto terveyteen vaikuttavista tekijöistä

6.2.1 Saatavilla oleva yleinen terveystieto

Yleinen terveystieto on saatavilla -kohtaan oli annettu vastauksia 230 kappaletta, joista avoimiin vastauksiin oli annettu 223 vastausta. Enemmistö (n=121) vastaajista oli sitä mieltä, että yleinen terveystieto on saatavilla (ks. taulukko 15).

TAULUKKO 15 Yleinen terveystieto on saatavilla (n=230)

VASTAUS	n	%
Kyllä	121	53
Osittain	94	41
Ei	15	6
YHTEENSÄ	230	100

Avoimessa kysymyksessä oli ohjeistettu kuvailemaan, miten yleinen terveystieto oli saatavilla yksikössä ja millaista se vastaajan mielestä oli. Avoimista vastauksista löytyi 119 kyllä -kohtaan sopivaa vastausta, 94 osittain -kohtaan sopivaa vastausta ja 10 ei -kohtaan sopivaa vastausta. Edellä mainitut kohdat on käsitelty erikseen. Ensiksi käsitellään, miten yleinen terveystieto oli saatavilla yksikössä kyllä -vastauksien pohjalta. Aineiston kerääjät olivat käsittäneet ohjeistuksen eri tavoin, minkä takia vastauksista löytyi erilaisia asioita, jotka on koottu taulukossa yleisnimikkeen alle. Tällaisia yläkäsitteitä ovat materiaali, paikka ja tekijä.

Materiaali tarkoittaa, että vastauksessa on lueteltu yksi tai useampi eri materiaalilaji kuten esitteet ja oppaat. Paikka tarkoittaa joko yhtä tai useampaa fyysistä paikkaa, jossa materiaali on sijainnut kuten ilmoitustaulu ja käytävä. Tekijä tarkoittaa, että vastauksessa on erikseen kerrottu esimerkiksi, että hoitaja jakaa materiaalia tarpeen mukaan. Erikseen määrittelemätön tarkoittaa, että vastauksessa oli kerrottu vain tiedon olevan saatavilla. Osa-alueiden yhdistelmät esimerkiksi materiaali ja paikka tarkoittavat, että avoimessa vastauksessa oli kerrottu molemmista. Tällaisessa yhdistelmässä vastauksessa on voinut lukea esimerkiksi, että esitteet ja julisteet ovat ilmoitustaululla. Seuraavalla sivulla on koostettu taulukko 16 kyllä -vastausten yleisestä sisällöstä lukuun ottamatta kuvausta siitä millaista terveystieto vastaajan mielestä oli.

TAULUKKO 16 Yleiskatsaus, miten yleinen terveystieto on saatavilla osa-alueittain, kyllä -vastauksista

OSA-ALUEET	n
Materiaali ja paikka	47
Materiaali	23
Materiaali, paikka ja tekijä	16
Paikka	13
Paikka ja tekijä	9
Materiaali ja tekijä	7
Erikseen määrittelemätön	4

Suurin osa vastaajista oli ymmärtänyt, että avoimeen kysymykseen haettiin vastaukseksi materiaalia ja näin ollen suurimmassa osassa vastauksista löytyykin jokin materiaalilaji. Toiseksi eniten vastauksissa esiintyi paikkaa ja kolmanneksi eniten tekijää. Kaikkein suosituimpana oli materiaali ja paikka -yhdistelmä, jota oli yli kaksinkertaisesti verrattuna toisena tulevaan pelkkään materiaali -vastaukseen. Kolmantena vastauksena tuli materiaali, paikka ja tekijä -yhdistelmä.

Vastauksissa oli yksi tai useampi asiaa kuvaava adjektiivi. Käytetyimpiä adjektiiveja olivat selkeä, monipuolinen, hyvä, ja kattava. Suurin osa adjektiiveista oli positiivisia. Ainoana negatiivisena adjektiivina oli sairauskeskeinen, jota esiintyi aineistossa vain kaksi kertaa. Myös tarvittaessa saatavilla -vastaus on sävyltään kielteinen, koska tuolloin materiaali ei ole koko ajan yleisesti esillä tai saatavilla. Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa 17 on kyllä -vastauksista kerätty kuvaus siitä millaisena aineiston kerääjät näkivät terveystiedon. Vastauksia tähän löytyi yhteensä 42 kappaletta.

TAULUKKO 17 Saatavilla olevan yleisen terveystiedon laatu

MILLAISTA TIETO ON	n
Selkeä	14
Monipuolinen	13
Hyvä	12
Kattava	12
Ajankohtainen	7
Asiantunteva	3
Laadukas	3
Mielenkiintoinen	3
Riittävä	3
Vastasi potilaiden tarpeita	3
Helposti saatavilla	2
Sairauskeskeinen	2
Tarvittaessa saatavilla	2
Hyödyllinen	1

Osittain -vastauksissa oli yksi tai useampi osa-alue puutteellisesti hoidettu. Eniten puutteita oli tiedon saatavuudessa. Kanslia on hyvä materiaalin pitopaikka hoitajille, mutta potilaat ja vierailijat eivät pääse niitä sieltä näkemään. Vastauksien kerääjien mielestä myös materiaalissa oli puutteita. Yleisimmät puutteet johtuivat materiaalin suppeudesta ja vanhuudesta. Kolmantena listalle nousi tekijä eli tiedon saaminen on potilaan oman aktiivisuuden varassa. Neljantenä tuli, että tiedottaminen ja tiedon jakaminen on hoitajan vastuulla ja viidentenä oli, että nettiohjeet puuttuvat tietokoneen luota. Seuraavalla sivulla olevaan taulukkoon 18 on koottu tiedot osittain vastauksista.

TAULUKKO 18 Yleisen terveystiedon saatavuuden puutteet osa-alueittain osittain - vastauksista

OSA-ALUE	SELITE	ERITTELY	n
Paikka	Tieto huonosti saatavilla tai esillä	- Kanslia 35 - huonosti esillä 10 - vähän saatavilla 7 - huonosti saatavilla 4 - muuton vuoksi ei saatavilla 4 - tieto ei ollut esillä 3	63
Mielipide materiaalista	Materiaalissa puutteita	- Tieto suppeaa 15 - tieto vanhaa 9 - tieto yksipuolista 2 - tieto puutteellista 1 - tieto tylsää 1	28
Tekijä	Potilaan tai omaisen vastuulla on kysyä tietoa		24
Tekijä	Tiedottaminen tai tiedon jakaminen hoitajan vastuulla	- Tiedottaminen 4 - tiedon jakaminen 4	8
Materiaali	Nettiohjeet puuttuvat		4

Vastauksista käy ilmi, ettei yleistä terveystietoa ole saatavilla varsinkaan potilaille ja vierailijoille. Hoitajat pystyvät käyttämään internetiä tiedon hakuun, mutta tämä ei ole kaikille potilaille mahdollista. Kahdessa paikassa ei ollut itse osastolla yleistä terveystietoa, mutta sairaalassa on kaikille avoin infopiste Palanssi, josta voi hakea tietoa. Kuudessa paikassa yleistä terveystietoa ei ollut esillä tai saatavilla. Kahdessa paikassa yleinen terveystieto piti hakea muiden materiaalien lomasta. Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa 19 on ryhmiteltynä asiat, joita nousi esiin ei -vastauksista.

TAULUKKO 19 Yleisen terveystiedon saatavuuden puutteet osa-alueittain ei - vastauksista

OSA-ALUE	SELITE	n
Paikka	Osaston ulkopuolella, Palanssi	2
Materiaali	Ei esillä, Internet ja sh-keskustelut käytössä	2
Materiaali	Ei ole saatavilla, voi kysyä hoitajalta	2
Materiaali	Ei suoranaisesti, mutta voi hakea muista materiaaleista	2
Materiaali	Ei saatavilla	2

6.2.2 Saatavilla oleva yksityiskohtainen tieto korkean riskin sairauksista

Saatavilla on yksityiskohtaista tietoa korkean riskin sairauksista – kohtaan oli annettu vastauksia yhteensä 227 kappaletta, joista avoimia vastauksia oli 187 kappaletta. Pääosa (n=100) vastaajista oli sitä mieltä, että saatavilla on yksityiskohtaista tietoa korkean riskin sairauksista (ks. taulukko 20).

TAULUKKO 20 Saatavilla oleva tieto korkean riskin sairauksista (n=227)

VASTAUKSET	n	%
Kyllä	100	44
Osittain	82	36
Ei	45	20
YHTEENSÄ	227	100

Avoimessa kysymyksessä pyydettiin kuvailemaan, miten korkean riskin sairauksiin liittyvä terveystieto oli saatavilla yksikössä ja millaista se oli. Kyllä – vastaukseksi sopivia vastauksia oli 99 kappaletta, osittain – vastaukseksi sopivia 81 kappaletta ja ei – vastaukseksi sopivia 7 kappaletta. Tässä kappaleessa käsitellään, mistä ja miten tietoa oli mahdollista saada, minkä tyyppisissä materiaaleissa tieto oli ja millaista se oli. Korkean riskin sairauksiksi vastaajat käsittivät muun muassa diabeteksen, verenpainetaudin sekä sydäntaudit, kuten sepelvaltimotaudin ja sydämen vajaatoiminnan.

Kuitenkin yleisesti ottaen korkean riskin sairaudet olivat vaikeasti määriteltävissä. Tarkemmin korkean riskin sairauksista ja muista tiedon aiheista on liitteessä 1.

Ensin käsitellään yksityiskohtaisen tiedon lähdettä eli sitä, mistä ja miten tieto on mahdollista saada. Eniten tietoa oli mahdollista saada materiaaleista. Toiseksi eniten henkilökunta eli pääasiassa hoitajat antoivat tiedon suullisesti ja kirjallisesti. Aineiston perusteella suurin osa käytössä olevasta materiaalista sijaitsee hoitajien kansliassa, josta se annetaan tarvittaessa ja kysyttäessä potilaille. Muutenkin tieto monessa vastauksessa annettiin vain tarvittaessa. Kuitenkin paljon tietoa oli myös yksikön yhteisissä tiloissa infopisteessä, seinillä ja hyllyillä, sekä sairaalan aulassa sijaitsevassa Palanssissa. Seuraavassa taulukossa 21 on lueteltuina lähteet, joista tietoa on mahdollista saada.

TAULUKKO 21 Tiedon lähde

TIEDON LÄHDE	n
Materiaaleista	208
Henkilökunnalta (hoitajilta)	61
Hoitajien kansliasta	37
Internetistä	31
Yksikön yhteisistä tiloista	29
Ei mistään	13
Infopisteestä	9
Palanssista	9
Seiniltä	7
Keskustelujen kautta	5
Osastolta	5
Hyllystä	4
Taukotiloista	3

Joissain vastauksessa kerrottiin, ettei yksityiskohtaista tietoa korkean riskin sairauksista ole saatavilla ollenkaan. Useat perustelivat sen niin, ettei lapsilla ole kovinkaan usein korkean riskin sairauksia. Kyseessä oli jokin lapsiin erikoistunut yksikkö. Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa 22 on kuvattuna, miten yksityiskohtaisen tiedon

korkean riskin sairauksista ja muista aiheista on mahdollista saada vastaajien mukaan.

TAULUKKO 22 Tiedon saatavuus

TIEDON SAATAVUUS	n
Tarvittaessa	31
Runsaasti	22
Vähän	22
Hyvä	14
Kysyttäessä	14
Osattava itse hakea	8
Huonosti	4
Kohtalaisesti	2

Seuraavaksi käsitellään käytössä olevaa materiaalia eli sitä, millaisissa kirjallisissa teoksissa yksityiskohtainen tieto on saatavilla. Eniten käytössä oli erilaisia esitteitä ja vihkosia. Internet oli toiseksi eniten käytettävissä, mutta joistain vastauksista tuli ilmi, että internetiä piti osata itse käyttää. Kolmanneksi eniten oli käytössä erilaisia kirjallisia ohjeita. Oheisessa taulukossa 23 on listattuna käytössä olevat materiaalit.

TAULUKKO 23 Käytettävissä olevat materiaalit

KÄYTÖSSÄ OLEVA MATERIAALI	n
Esitteet ja vihkoset	95
Internet	31
Ohjeet	25
Opaskirjat	21
Kansiot	15
Testit	8
Julisteet	5
Infopaketit ja tiivistelmät	4
Lehdet ja artikkelit	4

Seuraavaksi tarkastellaan, millaista saatavilla oleva yksityiskohtainen tieto korkean riskin sairauksista oli. Suurimmaksi osaksi tieto oli ajankohtaista ja ajanmukaista. Toi-

seksi eniten se oli monipuolista ja kattavaa. Kolmanneksi eniten se oli selkeää. Pääosin saatavilla oleva tieto oli kaikin puolin hyvää, mutta paikoin se oli myös puutteellista, huonosti käytössä ja esillä olevaa sekä osittain vanhaa. Alla olevassa taulukossa 24 on jaoteltuina tiedon laatu eri adjektiiveiksi.

TAULUKKO 24 Saatavilla olevan tiedon laatu

TIEDON LAATU	n
Ajankohtaista ja ajanmukaista	21
Monipuolista ja kattavaa	19
Selkeää	13
Helppolukuista	11
Hyvää	11
Puutteellista	9
Asiallista	8
Luotettavaa	8
Pätevää	8
Huonosti käytössä olevaa	6
Käyttökelpoista	6
Potilasjärjestön tuottamaa (diabetes-, sydänliitto jne.)	6
Kuvailevaa	5
Osittain vanhaa	4
Ajatuksia herättävää	3
Huonosti esillä olevaa	2
Laadukasta	2

6.2.3 Saatavilla oleva tieto potilasjärjestöistä

Saatavilla on tietoa potilasjärjestöistä -kohtaan oli vastattu 230 kertaa, joista avoimiin vastauksiin oli vastattu 213 kertaa. Valtaosa (n= 150) vastaajista oli sitä mieltä, että saatavilla on tietoa potilasjärjestöistä (ks. taulukko 25).

TAULUKKO 25 Saatavilla on tietoa potilasjärjestöistä (n=230)

VASTAUS	n	%
Kyllä	150	65
Osittain	65	28
Ei	15	7
YHTEENSÄ	230	100

Avoimessa kysymyksessä oli ohjeistettu kertomaan tarkemmin, miten potilasjärjestöistä tiedotettiin yksikössä. Avoimista vastauksista löytyi 148 kyllä -kohtaan sopivaa vastausta, 65 osittain -kohtaan sopivaa vastausta ja ei yhtään e i-kohtaan sopivaa vastausta. Aineiston kerääjät olivat ymmärtäneet ohjeistuksen eri tavoin, minkä takia vastaukset on ryhmitelty yläkäsitteiden alle. Yläkäsitteitä ovat järjestö, materiaali, paikka ja tekijä.

Järjestö tarkoittaa, että vastauksessa on lueteltu yksi tai useampi järjestö kuten Diabetesliitto ja Syöpäyhdistys. Materiaalissa on lueteltu erilaisia materiaaleja, joita potilaat saavat ottaa tai joita jaetaan heille. Tähän ryhmään kuuluvat esimerkiksi esitteet ja posterit. Paikalla tarkoitetaan fyysistä paikkaa, jossa materiaalit ovat sijainneet, kuten ilmoitustaulu ja infopiste. Tekijä tarkoittaa, että joku antaa myös suullista ohjeistusta potilasjärjestöistä joko säännöllisesti tai tarpeen mukaan. Seuraavalla sivulla on taulukko 26 siitä, mitä kerääjät olivat kirjoittaneet kyllä -kohtiin.

TAULUKKO 26 Yleinen katsaus, miten potilasjärjestöt ovat esillä, kyllä -vastauksista

OSA-ALUEET	n
järjestö	24
materiaali	24
materiaali ja paikka	20
järjestö, materiaali, paikka ja tekijä	17
järjestö ja materiaali	15
järjestö, materiaali ja paikka	15
materiaali, paikka ja tekijä	15
materiaali ja tekijä	7
järjestö, materiaali ja tekijä	7
järjestö ja paikka	3
järjestö, paikka ja tekijä	1

Avoimeen kysymykseen vastanneiden henkilöiden vastauksissa oli suurta hajontaa. Suurin osa avoimeen vastaukseen kirjoittaneista henkilöistä oli vastannut pelkästään järjestön, materiaalin tai materiaalin ja järjestön paikan nimen. Ainoastaan viiden vastauksen päästä kärkipaikasta tuli myös kattavimman vastauksen antaneet. Näissä vastauksissa kävivät ilmi kaikki neljä osa-aluetta eli järjestö, materiaali, paikka ja tekijä. Yleisesti tarkasteltuna tuloksista voi sanoa, että ensimmäisenä ”kerro tarkemmin”-kohtaan vastaajille on tullut mieleen eri potilasjärjestöjen nimiä, sitten minkälaista materiaalia on esillä, sen jälkeen missä paikassa materiaali on esillä ja viimeisenä vaikuttaako joku henkilö tiedon levittämiseen.

Seuraavissa taulukoissa on avoimista vastauksista eritelty erikseen materiaali, paikka ja tekijä -kohdat. Järjestöistä on annettu tässä yleiskuvaus, ja tarkempi taulukko löytyy liitteistä (Liite 2). Järjestöön liittyvissä vastauksissa saattoi olla lueteltuina yksi, useampi tai ei yhtään järjestöä tai pelkästään yleisesti, että järjestöjen esitteitä oli esimerkiksi ilmoitustaululla. Osassa vastauksissa näkyi, mitkä vastaukset on kerätty samalta osastolta. Muutenkin joistakin vastauksista kävi ilmi osaston erityispiirre. Yleisesti tarkasteltuna järjestöistä näkee, mitä ongelmia suomalaisilla tyypillisimmin on eli sydänsairauksia, alkoholi- ja mielenterveysongelmia, syöpiä, diabeteksia sekä allergioita ja astmoja. (Ks. tark. Liite 2.)

Materiaali -vastauksissa saattoi olla lueteltuina yksi, useampi tai ei yhtään eri materiaalilajia. Ylivoimaisen enemmistönä olivat esitteet ja toisena tulivat selvästi kansiot. Kansioissa saattoi olla esimerkiksi kerättyinä eri esitteitä tai ilmoituksia, joita sai ottaa mukaansa. Suurin osa materiaalista on siis tarkoitettu mukaan otettavaksi. Ohessa taulukko 27, jossa kuvataan, millaisista materiaaleista löytyy tietoa potilasjärjestöistä.

TAULUKKO 27 Minkälaisista materiaaleista löytyy tietoa potilasjärjestöistä?

MATERIAALI	n
Esitteet	73
Kansiot	23
Ilmoitukset/ tiedotteet	8
Oppaat	7
Lehdet	5
Posterit	5
Infopaketti	2
Jaettava materiaali	2
Linkkilista	2
Mainokset	2
Vihkoset	2
Kirjoitetut kotihoito-ohjeet	1

Paikka -vastauksissa saattoi olla lueteltuina yksi tai useampi paikka, joissa materiaalia sijaitsi. Ilmoitustaulu on eniten käytetty paikka. Käytävä tuli selkeänä toisena vastausvaihtoehtona ja odotusaula kolmantena. Käytävästä ei ole tietoa tarkoittaako se seinillä olevia postereita tai seinillä olevia ilmoituksia. Tässä yhteydessä kanslia ei tarkoita, että kaikki tieto olisi ollut kansliassa, vaan vastauksista kävi ilmi, että lisätietoa löytyy kansliasta. Seuraavalla sivulla on tarkempi erittely (taulukko 28) paikoista, joissa oli materiaalia potilasjärjestöistä.

TAULUKKO 28 Minkälaisissa paikoissa on esillä tietoa potilasjärjestöistä?

PAIKKA	n
Ilmoitustaulu	41
Käytävä	11
Odotusaula/ -huone	7
Infopiste	5
Yhteiset tilat	5
Kanslian edessä	4
Kanslia	2
Sairaanhoitajan huone	2

Tekijään vastanneissa paikoissa valtaosassa sairaanhoitaja oli toimija. Joissakin paikoissa sairaanhoitaja arvioi potilaan tiedontarpeen potilasjärjestöistä ja antaa sen mukaan tietoa. Toisissa paikoissa sairaanhoitajalta saa kysyttäessä tietoa ja he ovat valmiita etsimään lisää tietoa. Kolmannessa vastausvaihtoehdossa käy ilmi, että sairaanhoitajilla on tapana tiedottaa aina potilasjärjestöistä potilailleen. Sairaanhoitajien lisäksi potilasjärjestöistä puhuvat lääkärit, järjestöjen yhteyshenkilöt ja sosiaalityöntekijät. Ohessa on eritelty taulukko 29 tekijöistä ja heidän toimenkuvastaan potilasjärjestöihin liittyvästä tiedottamisesta.

TAULUKKO 29 Keneltä saa tietoa potilasjärjestöistä?

TEKIJÄ	SELITE	n
Sairaanhoitaja	Tiedottaa myös suullisesti	14
Sairaanhoitaja	Tarpeen mukaan suullista tietoa	12
Sairaanhoitaja	Etsii tarvittaessa lisätietoa	4
Järjestöjen yhdyshenkilö	Tiedottaa myös suullisesti	2
Sairaanhoitaja ja lääkäri	Tarpeen mukaan suullista tietoa	2
Sosiaalityöntekijä	Tiedottaa myös suullisesti	2

Osittain -vastauksissa nousee ongelmaksi se, ettei materiaali ole yleisesti saatavilla. Sijainti on henkilökunnan kannalta hyvä, mutta jos tieto on pelkästään kansliassa, eivät potilaat tai omaiset saa niitä itselleen kuin ainoastaan hoitajan kautta. Toiseksi ongelmaksi nousee, että materiaalin huonon sijainnin lisäksi hoitajat eivät aina tiedo-

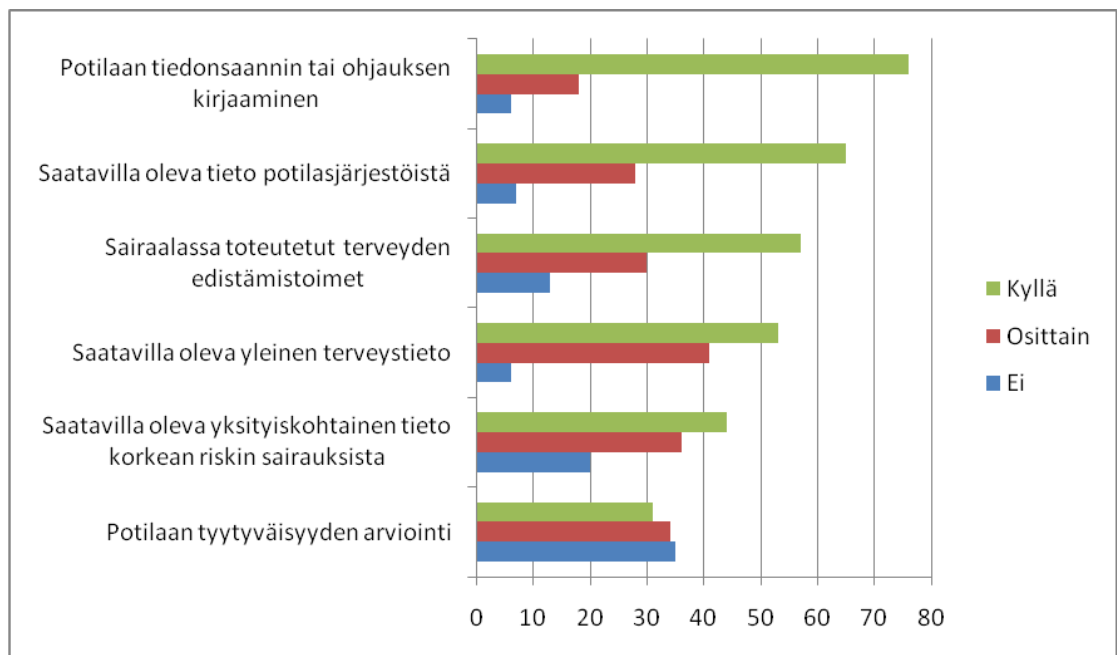
ta potilasjärjestön materiaalista tai jättävät sen kokonaan kertomatta. Kolmantena selkeänä ongelmana nousee esiin se, että tietoa on kirjoitetussa muodossa liian vähän tai se on keskittynyt vain yhteen tai muutamaaan sairauteen. Muina ongelmina on, että tiedon tarjoaminen ei ole säännöllistä tai potilaan vastuulla on kysyä tietoa hoitajilta. Harvinaisimmissa vastauksissa työntekijäkään eivät tiedä materiaalien sijaintia tai potilasjärjestöistä tarjotaan tietoa vain kerran viikossa. Alla olevassa taulukossa 30 on käsitelty osittain -vastauksia. Siitä käy ilmi, mitä puutteita liittyy potilasjärjestöistä tiedottamiseen.

TAULUKKO 30 Mitä puutteita on potilasjärjestöistä tiedottamisessa osittain - vastauksista?

OSA-ALUE	SELITE	ERITTELY	n
Paikka	Kaikki tai suurin osa tiedosta huonosti saatavilla	- Kanslia 18 - taukotila 1 - erikseen erittelemättömästä syystä huonosti esillä 2	21
Tiedotus	Puutteellista tai hoitajasta riippuvaista; materiaali on olemassa, mutta usein kansliassa	- Puuttuu 5 - hoitajan vastuulla 10	15
Materiaali	Niukasti, kapea-alaisesti tai puuttuu kokonaan	- Niukkaa 5 - kapea-alaista 6 - puuttuu kokonaan 1	12
Tekijä	Hoitaja tarvittaessa antaa tai etsii tietoa	- Antaa tietoa 6 - etsii tietoa 2	8
Tekijä	Potilaan vastuulla on kysyä tai etsiä tietoa	- Kysyä 5 - etsiä 1	6
Tiedotus ja paikka	Tiedotus puutteellista, koska kaikki työntekijät eivät tiedä, missä materiaali sijaitsee		2
Tekijä	Kerran viikossa yhdistyksen henkilö kertoo tietoa		1

6.3 Tulosten yhteenveto

Potilaan informoinnin ja interventioiden väittämien kyllä -, ei - ja osittain -vastausprosentteista ilmenee, mitkä asiat toimivat hyvin, mitkä asiat toimivat kohtalaisesti ja mitkä asiat vaativat vielä kehittämistä. Kyllä -vastausprosenttien mukaan hyvin toimivia väittämiä ovat potilaan tiedonsaannin tai ohjauksen kirjaaminen (kyllä 76 %, ei 6 %) ja saatavilla oleva tieto potilasjärjestöistä (kyllä 65 %, ei 7 %). Kohtalaisesti toimivia väittämiä ovat sairaalassa toteutetut terveyden edistämistoimet (kyllä 57 %, ei 13 %) ja saatavilla oleva yleinen terveystieto (kyllä 53 %, ei 6 %). Kehittämistä vaativia väittämiä ovat saatavilla oleva yksityiskohtainen tieto korkean riskin sairauksista (kyllä 44 %, ei 20 %) ja potilaan tyytyväisyyden arviointi (kyllä 31 %, ei 35 %). Kehittämistä vaativissa väittämissä on matalimpien kyllä -vastausprosenttien lisäksi myös suurimmat ei -vastausprosentit. (Ks. tark. kuvio 3.)



KUVIO 3 Kyllä -, osittain - ja ei -vastausprosentit

Potilaan tiedottamisen vahvuuksina olivat potilaan saaman tiedon tai ohjauksen kirjaaminen ja potilasjärjestöjen tietojen saatavuus. Eniten kirjattiin sähköisesti Efficalle, Whoikelle tai hoitotyön lehdelle potilaan saamasta ohjauksesta. Yleensä tiedot tai ohjaus kirjattiin tarkasti. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, ettei mitään ollut jäänyt kirjaamatta. Tietoja potilasjärjestöistä oli yleisimmin erilaisissa esitteissä, joita oli enimmäkseen ilmoitustauluilla. Joissain tapauksissa sairaanhoitaja antoi tietoa potilasjärjestöistä myös suullisesti. Eniten puutteita potilasjärjestöistä tiedottamisessa oli tietojen saatavuudessa; tiedot olivat enimmäkseen kanslioissa ja taukotiloissa.

Yleisen terveystiedon saatavuus ja terveyden edistämistoimintojen kirjaaminen olivat kyllä –vastausten perusteella vahvuuksien ja kehittämishaasteiden välillä. Useimmiten saatavilla oli yleistä terveystietoa esimerkiksi esitteiden ja oppaiden muodossa ilmoitustauluilla ja käytävillä. Monesti saatu tieto oli selkeää. Puutteita oli enimmäkseen tiedon saatavuudessa; tietoa oli joko huonosti saatavilla tai se oli vain huonosti esillä. Eniten terveyden edistämistoimenpiteistä kirjattiin ohjaamisesta ja hoitotilanteesta. Yleisimmin jäi taas kirjaamatta terveyden edistämistoimintojen tulokset.

Eniten kehitettävää oli potilaan tyytyväisyyden arvioinnissa ja yksityiskohtaisen terveystiedon saatavuudessa korkean riskin sairauksista. Suurimmaksi osaksi potilaan tyytyväisyyttä annettuun tietoon oli arvioitu kysymällä palautetta ja keskustelemalla. Kuitenkin usein oli annettu vain mahdollisuus jättää palautetta. Lisäksi tyytyväisyyttä oli arvioitu useasti vain potilaan antaman spontaanin palautteen avulla ja seuraamalla potilaan reagointia. Yksityiskohtaista tietoa korkean riskin sairauksista oli mahdollista saada erilaisista materiaaleista, kuten esitteistä ja vihkosista, sekä henkilökunnalta eli käytännössä hoitajilta. Tietoa sai suurimmaksi osaksi vain tarvittaessa, mutta se oli kuitenkin ajankohtaista ja ajanmukaista. Jonkun verran tietoa oli myös saatavilla vain vähän ja kysyttäessä.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelua

Aineistosta löytyi potilaan tiedottamisen vahvuuksia ja kehittämishaasteita. Tulosten mukaan potilaan tiedottamisen vahvuuksina olivat potilaan saaman tiedon tai ohjauksen kirjaaminen ja potilasjärjestöjen tietojen saatavuus. Kohtuullisesti toimivia asioita olivat yleisen terveystiedon saatavuus ja terveyden edistämistoimintojen kirjaaminen. Kehittymistä vaativia asioita olivat potilaan tyytyväisyyden arviointi ja yksityiskohtaisen terveystiedon saatavuus korkean riskin sairauksista.

7.1.1 Hyvin toteutuneet väittämät

Ensimmäisenä tiedottamisen vahvuutena oli potilaan saaman tiedon tai ohjauksen kirjaaminen. Potilaan saaman tiedon kirjaaminen on olennaista potilasturvallisuuden, hoidon jatkuvuuden, sen arvioinnin ja hoitajan oikeusturvan takia (Lohiniva-Kerkevä 2004, 130). Tietojen kirjaamisen tarkkuus, selkeys ja napakkuus helpottavat kollegoita pääsemään asioiden tasalle. Asetus (A 30.3.2009/298) sanoo, että kirjausten tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä myös sen takia, että potilaat saavat kotiutuessaan mukaansa yhteenvedon saamastaan hoidosta ja jatkohoito-ohjeet. Tutkimusten mukaan potilaat saavatkin pääsääntöisesti selkeää ja ymmärrettävää informaatiota (Heino 2005, 84–85; Konsell & Leino-Kilpi 2004, 51–53).

Nykyisin sanallista raportointia on vähennetty vuorojen vaihtuessa ja kirjalliseen raportointiin on panostettu enemmän. Kyseinen muutos on tullut Whoiken käyttöön ottamisen myötä. Ohjauksien kirjaamisen puutteena on, että muiden toimintojen ohessa olevaa tiedon antamista ei muisteta usein kirjata, vaikka jokaisesta palvelutapahtumasta pitäisi olla kirjattuna hoitotiedot (A 30.3.2009/298). Ohjauskirjaamisen puutteiden myötä potilaat joutuvat tiedon saannin kannalta eriarvoiseen asemaan; toiset voivat saada enemmän tietoa kuin toiset.

Tietojen ja ohjauksien kirjaaminen on tärkeää siitäkin syystä, että sen avulla pystytään varmistamaan potilaan tiedonsaanti. Jos kirjausta potilaan informoisesta ei löydy, voidaan silloin olettaa, ettei potilaalle ole annettu lain velvoittamaa tietoa hoidostaan ja sitä koskevista asioista (L 17.8.1992/785). Annetun tiedon avulla potilas olisi valmiimpi tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä ja huolehtimaan terveydestään (Husbands 2007, 150; Kyngäs ym. 2007, 25). Potilaan informointi edistäisi myös potilaan ja henkilökunnan välistä yhteistyötä (Lohiniva-Kerkevä 2004, 130). Potilaan saama tieto ei kuitenkaan siirrä vastuuta pelkästään potilaalle, vaan henkilökunnan velvollisuutena on edelleen toimia potilaan tukihenkilöinä, jotka motivoivat ja kannustavat potilasta tekemään terveytensä kannalta viisaita päätöksiä (Green & Kreuter 2005, 413).

Toisena vahvuutena oli potilasjärjestöjen tietojen saatavuus. Potilasjärjestöistä oli saatavilla hyvin tietoa sekä suullisesti että kirjallisesti. Ainoana puutteena oli se, että osa tiedoista oli huonosti muiden kuin hoitajien saatavilla. Potilasjärjestöistä potilaat saavat lisää tietoa ja vertaistukea, jotka ovat tärkeitä asioita. Vertaistuen myötä potilaat jakavat kokemuksiaan ja oppivat suhtautumaan sairauteensa paremmin. Potilasjärjestöjä koskevaa tietoa ei ole kannattavaa pitää ainoastaan hoitajien jaettavana, koska yksilön lisäksi terveyden edistäminen koskee perheitä, yhteisöjä ja väestöjä. (Wills 2007, 1.) Usein potilaille jaetaan paljon potilasjärjestöjen tekemiä esitteitä, mikä on hyvä, koska Hätösen (2005, 49–50) mukaan potilaista on tärkeää saada tietoa oikeuksistaan ja eri tukimuodoista.

7.1.2 Kohtalaisesti toteutuneet väittämät

Yhtenä kohtuullisesti toimivana asiana oli yleisen terveystiedon saatavuus. Yksiköillä on käytössä monia erilaisia materiaalilajeja, joista suurin osa on kotiin vietävää aineistoa. Kehittämishaasteeksi nousee se, ettei kaikki terveystieto ole kaikille avoimessa paikassa. Ei ole tehokasta, jos kaiken yleisen terveystiedon jakaminen jää hoitajan vastuulle. Julisteet ovat hyvä tapa aktivoida potilaita ja vieraita tutustumaan

uuteen tietoon, keräämään sitä nopeasti sekä muistuttamaan entuudestaan kuulluista asioista. Kaiken yleisen terveystiedon ei välttämättä tarvitsekaan olla suoraan kaikkien saatavilla, mutta jos kaikki tai suurin osa materiaalista on huonosti saatavilla, ei yksikkö edistä väestön terveyttä. Ongelmana voi myös olla materiaalin vanhuus tai suppeus.

On hyvä, että yksiköt eivät tarkastele terveyden edistämistä ainoastaan oman erikoisalansa näkökannasta, vaan yrittävät ottaa huomioon potilaan kokonaisvaltaisesti (Hallman-Keiskoski 2002, 96–97; World Health Organization 1997, 2-3). Yleistä terveystietoa ovat esimerkiksi ravitsemus, painonhallinta ja liikuntaohjeet, joilla pyritään ehkäisemään korkean riskin sairauksien puhkeamista, kuten aikuisiän diabetesta. Näin sairaaloissa pystyttäisiin edistämään terveyttä primaari- ja sekundaariprevention keinoin (Savola ym. 2005, 6). Olisi hyvä, että osaston hoitajatkin päivittäisivät välillä yleisen terveystiedon tietämystään, jotta he pystyisivät perustelemaan tutkitun tiedon avulla antamia ohjeistuksia (Hätönen 2005, 49–50; Wills 2007, 1). Toisaalta osastoilla on usein kiire ja potilaskontaktit ovat lyhyitä, jolloin yleisen terveystiedon henkilökohtaiseen ohjaukseen ei jää paljoakaan aikaa. Näin ollen voi syntyä ajatus yleisen terveystiedon kuulumisesta enemmän perusterveydenhuollon piiriin (Wills 2007, 1, 8).

Toisena kohtuullisesti toimivana asiana oli terveyden edistämistoimintojen kirjaaminen. Terveyden edistämistoiminnoista kirjataan ohjaamis- ja hoitotilanteita, mutta puutteita löytyy hoidon tulosten ja arvioinnin kirjaamisesta. Jos hoidon tuloksia ei kirjata, ei hoitoakaan voi seurata ja arvioida (Terveyden edistäminen sairaaloissa: Käsikirja ja itsearviointilomakkeet 2006, 42). Näin ollen ei tiedetä, onko potilaan saama hoito tehokasta, kaikista sopivinta ja johdonmukaisinta (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 24).

Joissakin tapauksissa tulokset oli kirjattu, mutta kukaan ei ollut arvioinut hoidon vaikuttavuutta. Näin ollen tämän yksilön kohdalla hoitoa ei myöskään kehitetä eteenpäin. Voi olla, että arviointia tapahtuu mielen ja keskustelujen tasolla, mutta hoidon

jatkuvuuden kannalta ne pitäisi kirjoittaa potilasasiakirjoihin. Kyseessä voi myös olla, että yksikössä ei ole vielä systemaattisena tapana arvioida eri hoitotoimenpiteitä.

Terveyden edistämistoimintojen antaminen voi jäädä tehottomaksi seurannan ja arvioinnin vähäisyyden takia. Seurannan ja arvioinnin vähäisyyteen voi vaikuttaa sairaalassa oleva hektinen työilmapiiiri ja potilaskontaktien lyhyys (Wills 2007, 8). Näin ollen voi olla, ettei ole edes mahdollista seurata terveyden edistämistoimintojen tehokkuutta erikoissairaanhoidossa. Kuitenkin asetuksen mukaan hoitotietoihin pitäisi kirjata hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta sekä hoidon aikana tehdyt johtopäätökset myös erikoissairaanhoidossa, jotta pystyttäisiin seuraamaan ja arvioimaan terveyden edistämistoimintojen vaikuttavuutta (A 30.3.2009/298).

7.1.3 Kehittämistä vaativat väittämät

Kehittämistä vaativana asiana oli potilaan tyytyväisyyden arviointi. Kehittämistarpeeksi nousee, ettei potilaan tyytyväisyyttä arvioida ollenkaan tai se ei ole systemaattista. Pelkän palautelaatikon olemassaolo tai potilaan antama spontaani palaute eivät tuo luotettavaa kuvaa tilanteesta. Kyseenalaisena palautteen keräämismenetelmänä voidaan pitää myös pelkkää hoitajan havainnointia potilaan reagoinnista. Tällöin ei saada potilaan subjektiivista käsitystä tilanteesta. Jos potilas ei kykene, ymmärrä tai kehitystasonsa vuoksi pysty itse antamaan palautetta, on edellä mainittu keino ainut tapa saada informaatiota hoitojakson onnistumisesta.

Yksikkö ei pysty kehittämään toimintaansa, jos se ei saa riittävästi palautetta. Toimipaikkayksikön olisi hyvä tietää kehittämistarpeidensa lisäksi myös omat vahvuutensa. Voi olla, ettei eri yksiköissä ole nähty tarpeelliseksi systemaattisen palautteen keräämistä tai sitten heillä voi olla ajoittain tehokkaampia palautteenkeräysjaksoja yksikön toiminnan kehittämiseksi. Tyytyväisyyden kysymisestä on hyötyä myös potilaalle, koska samalla pystytään selvittämään, onko potilaalle jäänyt joitain asioita epäselviksi tai onko hänellä vielä jotain kysyttävää. Vaikkei potilaiden tyytyväisyyttä kyselläkään aktiivisesti, on ohjaaminen siitä huolimatta pääsääntöisesti hyvin toteutettua

tutkimusten mukaan (Heino 2005, 2, 84–85; Hölttä 2004, 24, 36). Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei kyselyä tyytyväisyydestä tarvitsisi kehittää Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä.

Toisena kehittämistä vaativana asiana on yksityiskohtaisen terveystiedon saatavuus korkean riskin sairauksista. Henkilökunta välitti suurimman osan tiedosta tarvittaessa, joten potilailla ja vierailijoilla ei ollut mahdollisuutta saada tietoa itsenäisesti. Hätösen (2005, 49–50) mukaan suurin osa potilaista piti tärkeänä saada tietoa sairaudesta ja sen hoidosta keskustellen henkilökunnan kanssa. Tämän perusteella olisi toivottavaa, että tieto annettaisiin tarvittaessa henkilökunnan välityksellä, jotta ohjaus olisi keskustelevaa. Pohdittavana on myös, mitä yksityiskohtaista tietoa on kannattavaa laittaa kaikkien saataville ja mikä osa tiedosta olisi syytä pitää vain henkilökunnan jaettavana. Materiaalia on yleisesti paljon yksiköissä, joten suurimpana ongelmana on se, ettei tieto ole kaikkien saatavilla tasapuolisesti. Lisäksi Konsellin ja Leino-Kilven (2004, 51–53) mukaan yli puolet potilaista ei saanut kirjallista tietoa hoitajilta ja lääkäreiltä.

Tutkimusten mukaan potilaat eivät saa riittävän monipuolisesti suullista informaatiota (Hätönen 2005, 49–50; Konsell & Leino-Kilpi 2004, 51–53). Jotta potilaat saisivat kaiken haluamansa ja tarvitsemansa tiedon, olisi tärkeää, että tiedottamis- ja ohjaustilanteissa olisi rauhallinen paikka ja tarpeeksi aikaa, jotta potilas ehtisi kysymään kaikki häntä itseään askarruttavat asiat. Potilaat kaipaisivat lisäksi kirjallista materiaalia lisää (Konsell & Leino-Kilpi 2004, 51–53). Ohjaamistilanteissa tulee paljon uutta tietoa varsin lyhyessä ajassa, vaikka hoitaja käyttäisi keskustelevaa ohjaustapaa. Potilaiden varsinainen asioiden oppiminen ja sisäistäminen tapahtuu vasta kotona, jolloin on hyvä olla kirjallista materiaalia muistin tukena. Näin vältetään mahdollisten väärinymmärrysten vaara ja potilaiden turha yhteydenotto potilasta hoitaneeseen yksikköön.

7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuudessa arvioidaan tutkimuksen reliabeliutta ja validiutta. Reliabelius tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja validius tarkoittaa pätevyyttä eli tutkimusmenetelmän kykyä mitata, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231.) Reliabeliutta ja validiutta voidaan käyttää tämän työn kyllä -, ei - ja osittain - vastausten tarkasteluun. Kvalitatiivisen osuuden eli avointen kysymysten tarkasteluun edellä mainitut käsitteet eivät ole hyviä, koska kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen (Nieminen 1997, 215).

Laadunarviointikyselyn tulosten reliabeliutta heikensi se, että niitä oli ollut keräämässä monta eri henkilöä. Myös keräyspisteiden painottuminen lastentauteihin, lastenneurologiaan ja foniatriaan (32 %) sekä Kangasvuoren psykiatriseen sairaalaan (18 %) ja sisätauteihin (18 %) on reliabeliutta heikentävä tekijä. Vastauslomakkeiden piti olla Terveyden edistäminen sairaaloissa: Käsikirja ja itsearviointilomakkeet -teoksen mukaisia. Tämä tarkoittaisi sitä, että kyllä -, osittain - ja ei - kysymyksiin olisi pitänyt olla suhteellisen helppo vastata. Validiutta tietysti parantaisi, jos kyllä -, osittain - ja ei - vastauksille olisi asetettu ulkopuolelta jonkinlaiset kriteerit, jolloin niiden määrittäminen ei olisi ollut mielivaltaisesti aineiston kerääjän vastuulla. Ainakin osittain - vastauksissa oli havaittavissa eroavaisuuksia aineiston kerääjien tulkinnoissa.

Aineiston sisällön analyysin luotettavuus on tiiviissä yhteydessä aineiston keruun luotettavuuden kanssa. Validiteetti-ongelmia voi syntyä, jos esimerkiksi tutkimusaineisto ei anna vastausta tutkimuskysymykseen tai tutkimusaineisto ei ole edustava. (Nieminen 1997, 215.)

Aineiston kerääjiä oli useita ja he olivat ymmärtäneet kyselylomakkeen ohjeistukset eri tavoin ja sen myötä myös vastanneet eri tavoin. Lisäksi aineiston keräämiseen annettujen ohjeistuksien laatu vaikutti luotettavuuteen, ja se olivatko kaikki vastaajat saaneet samat ohjeistukset.

Laadunarviointikyselyssä avoimet kysymykset olisivat voineet olla tarkempia, jotta niistä näkisi suoraan, mitä asioita haetaan. Jos esimerkiksi avoimessa kysymyksessä haetaan kahta eri asiaa, voisi harkita kahden eri vastaustilan laatimista, jotta tulosten kerääjä varmasti muistaisi vastata molempiin asioihin. Joissakin avoimissa vastauksissa oli myös selkeitä asia- ja kirjoitusvirheitä, joista voinee päätellä, että ainakin osa vastauksista oli annettu kiireessä. Toisaalta joistakin avoimista vastauksista näki, että ne oli täytetty todella tunnollisesti. Avoimien vastauksien laatu siis heittelehti. Nämä kaikki luotettavuutta heikentävät asiat ovat tulosten analysoinnin ulkopuolelta.

Tutkimuksen ensimmäisenä tulosten purkamisen ongelmana oli, että vastaajien näkemykset asioista voivat erota analysoijien ymmärryksestä. Avoimet kysymykset oli tässä työssä ryhmitelty sisältönsä puolesta kyllä -, ei - ja osittain -vastauksiin, jota ei valmiissa aineistossa ollut tehty. Tämän prosessin luotettavuutta lisännee se, että molemmat opinnäytetyön tekijät päättivät yhdessä, minkälaiset vastaukset olivat kyllä - ja osittain -vastauksia. Kaikki ei -vastaukset olivat yksiselitteisiä.

Opinnäytetyössä oli sisällön analyysin lisäksi laskettu ryhmiteltyjen vastausten lukumääriä, jotta niistä näkisi paremmin, mitä aineiston kerääjät olivat vastanneet ja mitkä asiat olivat painottuneet muita paremmin. Laskuissa oli voinut tulla inhimillisiä virheitä tarkistuksista huolimatta, koska aineisto oli suuri. Lasketuista asioista voi jatkossa saada joitakin kehittämis- tai parantamideoita. Niissä on otettava huomioon kyseisen toimipaikan tämän hetkinen tilanne ja onko paikalla joitain erityispiirteitä, esimerkiksi mielenterveyspuolella tulee esitteiden näytteillepanoon rajoituksia turvallisuussyistä. Laskuvirheiden lisäksi mahdollisia virheitä olivat voineet olla ryhmittelyvirheet tai lukuvirheet. Kaikki opinnäytetyöhön liittyvät virheet oli pyritty minimoimaan tarkistusten myötä.

Kaiken kaikkiaan tulosten sisällönanalyysi oli suuntaa antava. Siitä näkee, mitkä asiat painottuivat, mitkä asiat toimivat ja missä asioissa voisi vielä olla parantamisen varaa.

On hyvä muistaa, että vastausprosenttien hajonta oli suurta eri toimipaikkojen välillä ja joistakin paikoista ei ollut yhtään vastausta. Mielenkiintoista olisi tietää erikseen jokaisen yksikön terveyden edistämisen taso. Aineistossa kaikki vastaukset oli käsitelty yhtenä kokonaisuutena, vaikka joistakin avoimista vastauksista tulikin esiin juuri kyseisen paikan erityispiirre.

Tutkimukseen ja sen tekoon liittyy monia huomioon otettavia eettisiä kysymyksiä, joista tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä (Hirsjärvi ym. 2009, 23). Työssä käytetyt lähteet olivat luotettavia. Internet -lähteinä oli käytetty entuudestaan luotettaviksi tiedettyjä lähteitä, kuten Finlex ja WHO. Sivujen luotettavuutta oli vielä tarkasteltu sivuston antamien tietojen valossa erikseen. Lähteet olivat mahdollisimman tuoreita ja aineistoon sopivia. Osa lähteistä oli englanninkielisiä, joiden käännöksen jälkeen niihin oli voinut tulla pieniä vivahde-eroja alkuperäiseen lähteeseen verrattaessa. Muiden tutkimusten tuloksia ja tietoja oli käytetty valikoiden.

Jokaisella tämän tutkimuksen aineiston kerääjällä oli vaitiolovelvollisuus. Avointen kysymysten vastaukset olivat potilaiden kohdalta anonyymejä, eikä niistä voinut päätellä, kuka potilas oli kyseessä. Samoin hoitajien toiminnan eroavaisuuksista ei voinut päätellä, kuka hoitaja oli kyseessä. Joistakin vastauksista pystyi näkemään, miltä osastolta vastaukset oli kerätty, mutta suurimmasta osasta sitä ei voinut päätellä. Toimeksiantajan toiveiden mukaisesti avoimet vastaukset olivat luottamuksellisia, minkä takia niitä ei ole tässä työssä esitelty alkuperäisenä versiona. Työntekijöitä koskevat samat vaitiolovelvollisuuden ohjeistukset kuin muitakin tähän työhön osallistuneita tahoja.

7.3 Johtopäätökset ja kehittymishaasteet

Aineiston useasta avoimesta vastauksesta voi päätellä, että monen alastandardin ja sen väittämän kohdalla saatua tulosta voitaisiin parantaa yhtenäistämällä yksiköiden

hyvät ja toimivat tavat. Jokaisessa yksikössä on omat hyvät puolensa ja ne yhdistämällä saataisiin alastandardien osoittamat väittämät toteen. Aivan yhtenäiseksi toimintatapoja ei kuitenkaan ole hyvä saada, koska yksiköillä on omia erityispiirteitä, jotka tulisi ottaa huomioon tapoja kehitettäessä. Esimerkkinä voisi mainita psykiatriset sairaalat, joissa tiedonsaanti on rajattua sekä muut osastot ja yksiköt, joissa potilas viipty vain hetken aikaa.

Lisää tarkkuutta tarvitaan vielä ohjaustilanteiden sekä hoidon tulosten ja arvioinnin kirjaamisessa. Ohjaustilanteita kirjataan aika paljon, mutta monesti unohdetaan kirjata, mitä ohjaus on sisältänyt. Sama pätee myös keskusteluiden kirjaamiseen. Hoidon tulosten kirjaamisessa ei saisi olla puutteita, koska silloin arviointikaan ei ole täysin luotettavaa.

Kehittymishaasteena on selkeän toimintatavan löytyminen potilaan tyytyväisyyden arviointiin. Sen tulisi perustua muuhunkin kuin vain hoitajan havaintoihin potilaan reagoinnista ja potilaan antamiin spontaaneihin palautteisiin. Niitä ei saisi kuitenkaan unohtaa. Potilaiden tyytyväisyyden kyselyn ja arvioinnin tulisi olla jatkuvaa ja tasais-ta. Ei riitä, että silloin tällöin on laajempia tyytyväisyyskyselyitä. Kehittymishaasteena voisi olla myös tiedonantotapojen selkiyttäminen erityisesti erilaisten materiaalien osalta. Tähän kuuluisi materiaalien sijainnin tarkentaminen. Mikä tieto kannattaa olla esillä yleisissä tiloissa ja mikä vain henkilökunnan jaettavissa? Voisiko jokaisessa yksikössä olla oma infopisteensä, jossa olisi kirjallista ja sähköistä tietoa tarjolla?

Infopisteisiin voitaisiin kehittää oma helppokäyttöinen tietokoneohjelma, jossa olisi ymmärrettävässä muodossa tietoa terveyden edistämiseen liittyvistä asioista ja korkean riskin sairauksista. Jokaisesta aiheesta olisi linkki tarkempiin tietoihin, esimerkiksi tietoa diabeteksestä. Tietokoneohjelmaan olisi helppo saada päivitettyä informaatiota ja siitä olisi hyvä tulostaa tarvittavat tiedot paperille. Hyvänä vaihtoehtona infopisteelle olisi keskussairaalan aulassa sijaitsevan Terveystietopiste Palanssin mainostaminen potilaille ja vierailijoille. Samalla potilaat saisivat liikuntaa ja hyvää vaih-

telua ympäristöönsä, jos he vain pystyvät ja jaksavat liikkua. Tosin Palanssin mainostaminen sopii vain keskussairaalassa oleviin yksiköihin.

Kaiken kaikkiaan on hyvä, että tämäntyyppisiä sairaanhoitopiirin sisäisiä laadunarviointeja tehdään, jotta sairaalan toimintaa pystyttäisiin kehittämään. Erityisen mainiota on, että nämä laadunarvioinnit koskevat nimenomaan terveyden edistämistä. Terveyden edistämiseen siis panostetaan perusterveydenhuollon lisäksi myös erikoissairaanhoidossa.

LÄHTEET

A 30.3.2009/298. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Viitattu 7.2.2011. Valtion säädöstietopankki Finlex.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>

Green, L. W. & Kreuter, M. W. 2005. Health Program Planning an Educational and Ecological Approach. 4. p. Quebecer World Fairfield Ins.

Groene, O., Alonso, J. & Klazinga, N. 2010. Development and validation of the WHO self assessment tool for health promotion in hospitals: result of a study in 38 hospitals in eight countries. *Health Promotion International* 25, 2, 221-229.

Groene, O., Jorgensen, S. J., Fugleholm, A. M., Møller, L. & Garcia-Barbero. 2005. Standards for health promotion in hospitals: development and pilot test in nine European countries. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 18, 4, 300-306.

Hallman-Keiskoski, M. 2002. Terveyttä edistävä sairaala. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja 2003 – Terveystien edistäminen*. Toim. T. Koivisto, S. Muurinen, A. Peiponen & E. Rajalahti. Helsinki: Tammi.

Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Viitattu 18.4.2011. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6290-4.pdf>

Hiller-Ikonen, A. 1999. Laadullinen sisällön analyysi. Viitattu 26.4.2011. <http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5f.html>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.

Husbands, J. 2007. Promoting Healthy Lifestyles. In *Vital Notes for Nurses Promoting Health*. Ed. by J. Wills. Singapore: Blackwell Publishin Ltd.

Hätönen, H. 2005. Tiedonsaanti psykiatrisessa sairaalassa – mielenterveyspotilaan näkökulma. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Hätönen, H. 2009. Etusivu. Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry. Viitattu 30.1.2011. <http://www.stes-hsf.fi/>

Hätönen, H. 2010a. Perustietoa yhdistyksestä. Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry. Viitattu 30.1.2011. <http://www.stes-hsf.fi/suomi/perustietoa-yhdistyksesta>

Hätönen, H. 2010b. Toimintasuunnitelma 2010. Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry. Viitattu 30.1.2011. <http://www.stes-hsf.fi/suomi/toiminta/toimintasuunnitelma/2010-2>

Hölttä, R. 2004. Astmapotilaiden tiedonsaanti ja kokemukset ohjauksesta. Teoksessa Potilasohjauksen ulottuvuudet. Toim. M. Hupli. Turku: Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. 21–37.

Jackson, L. 2007. Health and Health Promotion. In Vital Notes for Nurses Promoting Health. Ed. by J. Wills. Singapore: Blackwell Publishing Ltd.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Terveyden edistäminen ja preventio. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sairaaloita koskeva terveyden edistämisen toiminta ohjelma vuosille 2009–2013. Hyväksynyt J. Puolakka 26.5.2009.

Konsell, O. & Leino-Kilpi, H. 2004. Psykiatrisen potilaan tiedonsaanti kriisiosastolla. Teoksessa Potilasohjauksen ulottuvuudet. Toim. M. Hupli. Turku: Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. 38–56.

Koponen, P., Hakulinen, T. & Pietilä, A-M. 2002. Asiakas ja terveyspalvelut. Teoksessa Terveyden edistäminen – uudistuvat työmenetelmät. Toim. A-L. Karhula. Juva: WS Bookwell.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 7.2.2011. Valtion säädöstötietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

L 22.4.1999/523. Henkilötietolaki. Viitattu 7.2.2011. Valtion säädöstötietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki. Viitattu 10.2.2011. Valtion säädöstötietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

L 9.2.2007/159. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Viitattu 7.2.2011. Valtion säädöstötietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Liimatainen, L. 2007. Terveyden edistäminen Preventio ja promootio. Teoksessa Vanheneminen ja terveys. Toim. T-M. Lyyra, A. Pikkarainen & P. Tiikkainen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Lohiniva-Kerkevä, M. 2004. Terveydenhuollon juridiikka. 3. uud. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lyyra, T-M. 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Vanheneminen ja terveys. Toim. T-M. Lyyra, A. Pikkarainen & P. Tiikkainen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Toim. M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. Juva: WSOY.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveiden edistäminen esimerkein – käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Savola, E., Peltö-Huikko, A., Tuominen, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Sata tapaa arvioida terveyden edistämistä – katsaus terveyden edistämisen arviointitutkimuksiin. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. Viitattu 2.2.2011.

<http://pre20090115.stm.fi/hl1212563842632/passthru.pdf>

Sykes, S. 2007. Approaches to Promoting Health. In Vital Notes for Nurses Promoting Health. Ed. by J. Wills. Singapore: Blackwell Publishing Ltd.

Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 10.2.2011.

<http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf>

Terveyden edistäminen sairaaloissa: Käsikirja ja itsearviointilomakkeet. 2006. Toim. O. Groene. Barcelona Office: Division of Country Health Systems, Country Policies, Systems and Services Unit.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 2.2.2011. <http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>

World Health Organisation. 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion. Viitattu 2.2.2011. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

World Health Organisation. 1996. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. Viitattu 15.4.2011.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf

World Health Organisation. 1997. The Vienna recommendations on health promoting hospitals. Viitattu 15.4.2011.

http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/data/hph/Viena_Recommendation.pdf

World Health Organisation. 1998. Health Promotion Glossary. Geneva. Viitattu 13.4.2011. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

Wills, J. 2007. The Role of the Nurse in Promoting Health. In Vital Notes for Nurses Promoting Health. Ed by J. Wills. Singapore: Blackwell Publishing Ltd.

LIITTEET

Liite 1

Vastaajien mielestä yleisimpiä korkean riskin sairauksia olivat muun muassa diabetes, verenpainetauti ja sydänsairaudet, kuten sepelvaltimotauti ja sydämen vajaatoiminta. Muita yleisiä, muttei korkean riskin sairauksia olivat esimerkiksi sairauksien riskitekijät, päihteet ja tupakointi sekä niiden lopettaminen, ja ravitsemus. Yleisesti ottaen monien oli vaikea määritellä korkean riskin sairauksia, joten monet olivat epävarmoja vastauksestaan. Alla olevassa taulukossa 31 on lueteltuina vastaajien mielestä korkean riskin sairaudet ja muut aiheet, joita saatavilla oleva tieto koski.

TAULUKKO 31 Korkean riskin sairaudet ja muut tiedon aiheet

TIEDON AIHE	n
Diabetes	66
Verenpainetauti	27
Sydänsairaudet (sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta jne.)	16
Korkea kolesteroli	14
Sairauksien riskitekijät	11
Allergia ja astma	9
Metabolinen oireyhtymä (MBO)	8
Psyykkiset sairaudet (esim. skitsofrenia)	8
Syövät (eturauhas-, keuhkosyöpä jne.)	8
Masennus	6
Päihteet ja tupakointi sekä niiden lopettaminen	5
Ravitsemus	5
Keuhkohtaumatauti	4
Osteoporoosi	4
MRSA	3
Munuaispotilaat (mm. PD)	3
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet (TULES)	3
Aivovammat, kuten aivohalvaus	2
Liikunta	2
Pre-eklampsia	2
RSV	2
Ylipaino	2

Liite 2

Järjestöön liittyvissä vastauksissa saattoi olla lueteltuina yksi, useampi tai ei yhtään järjestöä tai pelkästään yleisesti, että järjestöjen esitteitä oli esimerkiksi ilmoitustaululla. Osassa vastauksissa näkyi, mitkä vastaukset on kerätty samalta osastolta. Muutenkin joistakin vastauksista kävi ilmi osaston erityispiirre.

TAULUKKO 32 Järjestöt

JÄRJESTÖ	n
Sydänyhdistys/ -liitto	14
AA-ryhmä	11
Mielenterveysyhdistys/ -seura	10
Syöpäyhdistys/ -liitto	10
Diabetesyhdistys/ -liitto	9
Reumayhdistys/ -liitto	9
Allergia- ja astmaliitto	6
Mobile	5
Omaiset mielenterveystyön tukena	5
3. sektori	4
Lähimmäisen kamari	4
Miessakit ry	4
Palvelukodit	4
Tourulan kuntoutumisyksikkö	4
Hengityслиitto	3
Imetystuki	3
Kotihoito	3
Nivelyhdistys	3
Tukinainen	3
Doula -järjestö	2
Keuhkovammaliitto	2
Kunto- ja vesivoimisteluryhmät	2
Omaishoito	2
ADHD	1
Ahdistusliitto	1
Aivovammat	1
Epilepsialiitto	1
Kätkyt- ja lapsikuolema	1
Monikkoperhe	1
Munuais- ja siirtopotilasyhdistys	1
Osteoporoosi	1
Palovammat	1
Rapadilino-Erbin pareesi-Dysmelia yhdistys	1
Tekonivel	1
TULES	1