



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Heli Pajala ja Heidi Rentola

POTILASOHJAUKSEN LAATU HOITOHENKI-
LÖKUNNAN ARVIOIMANA VAASAN KES-
KUSSAIRAALASSA

Sosiaali- ja terveysala
2021

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Heli Pajala ja Heidi Rentola
Opinnäytetyön nimi	Potilasohjauksen laatu hoitohenkilökunnan arvioimana Vaasan keskussairaalassa
Vuosi	2021
Kieli	suomi
Sivumäärä	99 + 4 liitettä
Ohjaaja	Ulla Isosaari ja Hilkka Korpi

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan potilasohjauksen laatua Vaasan keskussairaalassa. Aineisto kerättiin TtT, professori Maria Kääriäisen (2007) kehittämällä potilasohjaus laatu -mittarilla. Aineisto analysoitiin tilastollisesti IBM SPSS Statistic 26 -ohjelmalla. Aineiston tiivistämiseen käytettiin eksploratiivista faktorianaalyysia. Vertailut muuttujien välillä tehtiin käyttäen Kruskal-Wallis testiä ja ristiintaulukointia. Mittarin avoin kysymys analysoitiin sisällönanalyysilla. Tutkimukseen vastasi 169 hoitotyön ammattilaista. Vastausprosentti oli 33 %.

Hoitohenkilökunta arvioi potilasohjauksen laadun kokonaisuudessaan hyväksi. Potilasohjauksen lähtökohdat, potilasohjauksen toteutus ja vaikutukset olivat laadultaan kiitettävät. Laadultaan hyvää olivat potilasohjauksen resurssit, tiedot, taidot ja asenteet. Potilasohjaukseen käyttivät enemmän aikaa vastaajat, joilla oli pitempi työkokemus ($p=,000$). Koulutuksella oli vaikutusta potilasohjaukseen. Kliinisillä asiantuntijoilla oli parempi tietämys kokonaisuudessaan ($p=,009$) kuin sairaanhoitajilla. Palvelualueiden välillä oli tilastollisesti erittäin merkittävä ero ($p=,000$) päivittäin potilasohjaukseen käytetyssä ajassa. Avohoidon palvelualueella arvioitiin suullinen ja kirjallinen potilasohjauksen taito paremmiksi kuin vuodeosastohoidon ($p=,000$) ja akuuttihoiton ($p=,005$) palvelualueilla. Työkokemuksella oli merkitystä myös potilasohjauksen toteutukseen. Kokonaisuudessaan potilasohjausta toteuttivat paremmin ne, jotka olivat olleet töissä terveydenhuollossa yli 20 vuotta ($p=,002$). Hoitotyöntekijöiden vastauksissa potilasohjauksen kehittämistarpeista nousivat esille kaksi pääteemaa organisaation johtaminen ja hoitohenkilökunnan osaaminen.

Tulosten perusteella hoitohenkilökunnalla olisi tarvetta potilasohjauksen lisäkoulutautumiselle. Eri potilasohjausmenetelmiä tulisi kehittää lisää ja luoda yhtenäiset ohjeet organisaatioon. Tällä tavoin pystyttäisiin hyödyntämään resursseja vielä tehokkaammin ja taata tasaisempi potilasohjauksen laatu. Kokeneen hoitohenkilökunnan pysyminen yksiköissä nostaa potilasohjauksen laatua. Tärkeää olisi siirtää yli 20 vuotta terveydenhuollossa työskennelleiden osaamista aktiivisemmin nuoremmille työntekijöille.

Avainsanat

potilasohjaus, laatu, potilas, hoitotyöntekijä, osaaminen

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen

ABSTRACT

Author	Heli Pajala and Heidi Rentola
Title	The Quality of Patient Counselling at Vaasa Central Hospital as Assessed by the Nursing Staff
Year	2021
Language	Finnish
Pages	99 + 4 Appendices
Name of Supervisor	Ulla Isosaari and Hilikka Korpi

The purpose of this study was to examine the quality of patient counselling provided by the nursing staff at Vaasa Central Hospital. The data for the study were collected using the quality indicator for patient counselling developed by Doctor of Health Sciences, Professor Maria Kääriäinen (2007). The data were statistically analysed using the IBM SPSS Statistic 26 software. Exploratory factor analysis was used to condense the data. Comparisons between variables were carried out using the Kruskal–Wallis test and cross-tabulation. The responses to the open-ended question included in the indicator were analysed using content analysis. A total of 169 health care professionals responded to the survey. The response rate was 33%.

Overall, the nursing staff assessed the quality of patient counselling to be good. The principles for patient counselling, the practical implementation of patient counselling, and the impact of patient counselling were considered to be of excellent quality. The quality of the resources for patient counselling as well as the related knowledge, skills, and attitudes were also perceived as good. The respondents with a longer work experience spent more time for patient counselling ($p = .000$), and training had an impact on patient counselling. The clinical experts had better overall knowledge ($p = .009$) than nurses. There was also a statistically very significant difference ($p = .000$) between service areas in terms of time used for patient counselling on a daily basis. In the service area for outpatient care, oral and written patient counselling skills were assessed to be better than in the service areas for inpatient care ($p = .000$) and emergency care ($p = .005$). Work experience also played a role in the practical implementation of patient counselling. Overall, patient counselling was better carried out by those who had worked in health care for more than 20 years ($p = .002$). Two main themes were highlighted in the responses of the nursing staff regarding the areas in need of improvement: management of the organisation and personal competence of the nursing staff.

The results indicate that nursing staff would need further training in patient counselling. The different patient counselling methods should be further developed, and uniform guidelines should be created for the organisation. This would enable an even more efficient use of the resources and ensure a more consistent quality of patient counselling. The permanence of experienced nursing staff in the units improves the quality of patient counselling. Therefore, it would be important to more actively transfer the skills of those who have worked in health care for more than 20 years to younger employees.

Keywords patient counselling, quality, patient, nursing staff, competence

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	9
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	12
3	TUTKIMUKSEN TAUSTA	13
	3.1 Vaasan keskussairaala.....	13
	3.1.1 Hoitohenkilökunta ja potilas/asiakas.....	14
	3.1.2 Potilasohjauksen toteuttamisympäristöt	14
	3.2 Potilasohjauksen historialliset lähtökohdat.....	15
	3.3 Laatu terveydenhuollossa	16
	3.3.1 Potilasohjauksen laadun mittaaminen ja kehittäminen	17
	3.3.2 Hoitohenkilökunnan osaamisen johtaminen ja haasteet.....	18
4	HOITOHENKILÖKUNNAN POTILASOHJAUSOSAAMISEN LAATU	21
	4.1 Tiedonhaku	21
	4.2 Potilasohjauksen laadun määritelmä	21
	4.2.1 Potilasohjauksen resurssit ja lähtökohdat	21
	4.2.2 Potilasohjauksen toteutus, riittävyys ja vaikutukset	23
	4.3 Hoitohenkilökunta potilasohjauksen osaajana.....	27
5	TUTKIMUSEN METODOLOGIA	30
	5.1 Tutkimuksen lähestymistapa	30
	5.2 Tutkimuskohde	31
	5.3 Aineistonkeruumenetelmä	31
	5.4 Tutkimuksen aikataulu ja kulku	33
	5.5 Aineiston analyysi	35
6	VAASAN KESKUSSAIRAALAN POTILASOHJAUSOSAAMISEN LAATU.....	45
	6.1 Vastaajien taustatiedot.....	46
	6.2 Potilasohjauksen laatu Vaasan keskussairaalassa	52

6.2.1	Vastaajien oma-arvio työyksikön potilasohjauksen laadusta	53
6.2.2	Potilasohjauksen laatu mittarin tulokset	55
6.3	Potilasohjauksen resurssit	57
6.4	Potilasohjauksen lähtökohdat	60
6.5	Tiedot	62
6.6	Taidot	65
6.7	Asenteet	68
6.8	Potilasohjauksen toteutus	70
6.9	Potilasohjauksen vaikutukset	74
6.10	Potilasohjauksen kehittämissuhteita vastaajilta	76
7	POHDINTA.....	81
7.1	Tulosten yhteenveto	81
7.2	Tulosten pohdintaa	82
7.3	Tutkimuksen eettisyys	88
7.4	Tutkimuksen luotettavuus	89
7.5	Jatkotutkimusehdotukset	91
	LÄHTEET	92
	LIITTEET	102

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Vastaajien oma arvio potilasohjauksen laadusta omassa työyksikössään (n=164).....	54
Kuvio 2. Avohoidon palvelualueen vastaajien oma arvio potilasohjauksen laadusta (n=66).....	55
Kuvio 3. Vuodeosastohoidon palvelualueen vastaajien oma arvio potilasohjauksen laadusta (n=68).....	55
Kuvio 4. Akuuttihoidon palvelualueen vastaajien oma arvio potilasohjauksen laadusta (n=30).....	56
Taulukko 1. Potilasohjauksen laatu - mittarin Cronbach alfa luvut.	37
Taulukko 2. Mittarin osioiden soveltuvuus faktorianalyysiin.....	40
Taulukko 3. Faktoreiden tunnusluvut.....	41
Taulukko 4. Esimerkki pelkistämisestä ja klusteroinnista.	44
Taulukko 5. Esimerkki abstrahoinnista.....	45
Taulukko 6. Vastaajien koulutus.....	47
Taulukko 7. Vastaajien tämänhetkinen tehtävänimike.....	48
Taulukko 8. Työskentelypaikka.....	48
Taulukko 9. Työkokemus terveydenhuollossa.	49
Taulukko 10. Potilasohjaukseen käytetty aika työpäivän aikana	49
Taulukko 11. Käytetty aika ja terveydenhuollon työkokemus.....	50
Taulukko 12. Äidinkieli.....	50
Taulukko 13. Taustatiedot palvelualueittain.....	51
Taulukko 14. Työkokemus terveydenhuollossa ja ajankäyttö työvuoronaikana..	52
Taulukko 15. Ajankäyttö työpäivän aikana potilasohjaukseen.....	53
Taulukko 16. Potilasohjauksen laatu osa-alueittain.....	56
Taulukko 17. Avohoidon palvelualueen potilasohjauksen laatu.....	57
Taulukko 18. Vuodeosastohoidon palvelualueen potilasohjauksen laatu.....	57
Taulukko 19. Akuuttihoidon palvelualueen potilasohjauksen laatu.....	58
Taulukko 20. Potilasohjauksen resurssien laatu.....	59

Taulukko 21. Potilasohjauksen resurssien prosentuaalinen jakautuminen.....	59
Taulukko 22. Potilasohjauksen resurssien laatu palvelualueittain.....	60
Taulukko 23. Potilasohjauksen lähtökohtien laatu.....	62
Taulukko 24. Potilasohjauksen lähtökohtien prosentuaalinen jakautuminen.....	62
Taulukko 25. Potilasohjauksen lähtökohtien laatu palvelualueittain.....	62
Taulukko 26. Potilasohjauksen tieto-osion laatu.....	63
Taulukko 27. Tieto-osion laadun prosenttijakautuma.....	64
Taulukko 28. Tiedot osion keskiarvot palvelualueittain.....	65
Taulukko 29. Taito-osion tunnusluvut.....	66
Taulukko 30. Taitojen prosentuaalinen jakautuminen	66
Taulukko 31. Taidot palvelualueittain.	67
Taulukko 32. Asenne-osion tunnusluvut.	69
Taulukko 33. Asenteiden prosentuaalinen jakautuminen	69
Taulukko 34. Asenteet palvelualueittain.....	70
Taulukko 35. Potilasohjauksen toteutuksen tunnusluvut.....	72
Taulukko 36. Potilasohjauksen toteutuksen prosentuaalinen jakautuminen.....	72
Taulukko 37. Potilasohjauksen toteutuksen keskiarvot palvelualueittain.....	73
Taulukko 38. Potilasohjauksen vaikutusten tunnusluvut.....	75
Taulukko 39. Potilasohjauksen vaikutusten prosentuaalinen jakautuminen	76
Taulukko 40. Potilasohjauksen vaikutusten jakautuminen palvelualueittain.....	76
Taulukko 41. Tiedonhaku tietokannat.....	102
Taulukko 42. Tutkimusten yhteenveto.....	104
Taulukko 43. Sisällönanalyysi.....	111

LIITELUETTELO

LIITE 1. Tiedonhaku tietokannat

LIITE 2. Tutkimusten yhteenveto

LIITE 3. Sisällönanalyysi

LIITE 4. Saatekirje

1 JOHDANTO

Terveydenhuollon ammattilaisen työ sisältää paljon ohjaamista ja neuvontaa. Ohjaus ja neuvonta vaikuttavat potilaan hoidon onnistumiseen ja laatuun keskeisesti. Terveydenhuollossa ohjaamista määrittelevät useat lait, asetukset sekä suositukset, jotka kaikki tulee huomioida potilaan ohjauksessa. (Helminen 2017, 5.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L785/1992) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön antamaan potilaalle selvityksen koskien hänen terveydentilaansa ja ohjaamaan häntä hoidon eri vaiheissa. Terveydenhuollon ammattihenkilön on varmistettava, että potilas ymmärtää saamansa tiedon sisällön.

Potilasohjausta ohjaavat myös Käypä hoito -suositukset. Käypä hoito -suositukset ovat kansallisia suosituksia, jotka täydentävät lakia (L785/1992) potilaan asemasta ja oikeuksista. (STM 2019b.)

Potilasohjausta on viime vuosina tutkittu hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Aiheesta väitöksiä ja tutkimuksia ovat tehneet esimerkiksi Lipponen (2014), Tervo-Heikkinen, Saaranen, Miettinen ja Vaajoki (2018), Kaakinen, Kääriäinen & Kyngäs (2014), Luostarinen, Meretoja & Niemi (2019) ja Viitala (2013). Tutkimusten perusteella potilasohjauksessa on kehitettävää.

Potilasohjaus on laaja osaamisen kokonaisuus (Viitala 2013). Hyvään potilasohjaukseen tarvitaan hoitohenkilökunnalta tietoa ja taitoa sekä oikeanlaista asennetta. Osaamisen lisäksi riittävän potilasohjauksen onnistumiseen tarvitaan aikaa, tiloja ja välineistöä. (Lipponen 2014.) Luostarinen, Meretoja & Niemi, (2019) ovat tutkineet polikliinisten sairaanhoitajien ammattipätevyyttä ja tulevaisuuden pätevyysasteita. Tutkimuksessa asiantuntijaryhmä on määrittänyt ammattipätevyyden tavoitetason. Tutkimuksessa ilmeni, että sairaanhoitajien itsearvioiti oman ammattipätevyyden tasosta, on selvästi matalampi kuin määritelty tavoitetaso. Yhtenä tulevaisuuden pätevyysasteena kuvattiin monialainen potilasohjaus. (Luostarinen, Meretoja & Niemi 2019.)

Terveydenhuolto on tällä hetkellä suurten muutosten edessä (Helminen 2017, 5). Terveydenhuoltohenkilökunnan osaamisen vahvistaminen ja henkilöstön riittävyys on yksi kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelman tavoitteista. Tavoitteen toteutumiseen tarvitaan kehittämissuunnitelman mukaan hyvää johtamista. Johtajan pitää ymmärtää osaaminen voimavarana, jonka avulla turvataan laadukas hoitotyö. (Kotisaari & Kukkola 2012, 29, 42, 67.) Lähivuosina tapahtuva eläköitymisen aalto vie mukanaan suuren osan työvoimasta ja osaamisesta. Varautuminen muutoksiin ja uuden henkilökunnan perehdyttäminen ajoissa, takaa toiminnan jatkumisen laadukkaana. (Viitala 2013.)

Yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä korostuu hoitajaksojen lyhentyessä, sillä potilasohjaukseen käytettävissä oleva aika vähenee. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta tarvitsee täydennyskoulutusta potilasohjaukseen ja eri sairauksien hoitoon. Potilasohjauksen kehittämistyöllä vahvistetaan hoitohenkilökunnan osaamista ja parannetaan tiedonkulkua potilaan hoitoprosessissa. (Lipponen 2014.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan potilasohjauksen laatua Vaasan keskussairaalassa. Tutkimuksessa käytettiin aineiston keräämiseen Terveystieteiden tohtori, professori Maria Kääriäisen (2007) kehittämän hypoteettisen mallin pohjalta laadittua potilasohjaus laatu – mittaria ja se jaettiin 500:lle potilastyössä työskentelevälle hoitotyönammattilaiselle. Mittarilla mitattiin potilasohjauksen laatua ja osa-alueina mittarissa oli ohjauksen resurssit, ohjauksen lähtökohdat, tiedot ja taidot, asenteet, ohjauksen toteutus ja ohjauksen vaikutukset. Viimeinen kysymys käsitteli ohjauksen kehittämistä omassa työyksikössä.

Tutkimustulosten pohjalta voidaan kehittää hoitotyöntekijöiden antamaa potilasohjauksen laatua, sekä sen kautta vaikuttaa potilaan saaman hoidon laatuun ja turvallisuuteen. Tämä opinnäytetyö oli osa ylemmän korkeakoulututkinnon, sosiaali- ja terveystieteiden johtamisen ja kehittämisen opintoja.

Tässä tutkimuksessa akuuttihoiton palvelualueeseen kuuluvat päivystyspoliklinikka, päivystysosasto ja päiväkirurgia. Avohoidonpalvelualueeseen kuuluvat erikoisalujen poliklinikat. Vuodeosastopalvelualue sisältyvät kuntoutuksen-, sisätautien-, ja kirurgian vuodeosastot.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa potilastyössä erikoissairaanhoidossa olevien hoitotyön ammattilaisten potilaanohjauksen laatua ja antaa ehdotuksia laadun kehittämiseksi. Tutkimuksen tavoitteena oli kohdentaa hoitotyön ammattilaisten koulutusta ja kehittää potilasohjausosaamista opinnäytetyön pohjalta Vaasan keskussairaalassa.

Tutkimuksen tarkoituksesta johdettiin seuraavat tutkimusongelmat:

1. Minkälainen on Vaasan keskussairaalan hoitohenkilökunnan potilasohjauksen laatu?
2. Minkälainen vaikutus työskentely paikalla on potilasohjauksen laatuun?
3. Miten hoitohenkilökunnan potilasohjauksen laatua tulisi kehittää Vaasan keskussairaalassa?

3 TUTKIMUKSEN TAUSTA

Tässä luvussa käydään läpi tutkimuksen tausta ja avataan keskeiset käsitteet.

3.1 Vaasan keskussairaala

Vaasan sairaanhoitopiiri järjestää erikoissairaanhoidon palvelut Pohjanmaan rannikkoalueen 169 728 ihmiselle (Vaasan keskussairaala 2020 a). Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan palvelua, joka tapahtuu sairaalassa. Erikoissairaanhoidossa erikoislääkäri antaa hoitoa, suorittaa tutkimuksia, toimenpiteitä tai kirurgisia leikkaustoimintoja. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa erikoissairaanhoidon suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019 c.)

Vaasan sairaanhoitopiirin väestöstä 51 % puhuu äidinkielenä ruotsia, 45 % suomea ja 4 % muita kieliä (Vaasan keskussairaala 2020 a). Suomessa on kaksi virallista kieltä, suomi ja ruotsi. Perustuslain (6.6.2003/423) mukaan jokaisella on oikeus saada palvelua omalla äidinkielellä. Potilas saa itse valita palvelunsa kielen ja hänen tulee saada hoitoon liittyvä ohjaus, ohjeet, todistukset sekä muut paperit omalla äidinkielellään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019 a.)

Vaasan keskussairaalassa potilaiden hoitoa kehitetään tutkittuun tietoon perustuen. Potilaiden antama jatkuva palaute on tärkeää, koska sen perusteella kehitetään toiminnasta laadukkaampaa ja asiakaslähtoisempää. Toiminnan arviointi on jatkuvaa. Henkilöstön osaamisen kehittäminen koetaan tärkeäksi. (Vaasan sairaanhoitopiiri 2018–2020 b.)

Vaasan keskussairaalan palvelut koostuu kymmenestä palvelualueesta, lääkäreiden ja asiantuntijoiden-, akuuttihoiton-, avohoidon-, vuodeosastojen-, naisten ja lasten-, psykiatrian-, sairaanhoidon ja tuen-, diagnostiikkakeskuksen-, huollon-, ja hallinnonpalvelualueesta. Palvelualueet jakautuvat neljälle vastuualueelle, joita ovat psykiatrian-, lasten-, medisiininen- ja operatiivinen vastuualue. (Vaasan sairaanhoitopiiri 2018–2020 b.)

3.1.1 Hoitohenkilökunta ja potilas/asiakas

Hoitotyön ammattilainen on henkilö, jolla on sosiaali- ja terveysalan ammattitoiminnan edellyttämä koulutus ja joka on laillistettu, luvansaanut tai nimikesuojattu ammattihenkilö. Tehtävässä voi myös tilapäisesti toimia kyseistä ammattia opiskeleva, kyseisen ammatin oikeutetun laillistetun ammattihenkilön valvonnan alaisena. Henkilöllä, joka on suorittanut valtioneuvoston asetuksella säädettyyn ammattiin johtavan koulutuksen Suomessa, on oikeus käyttää kyseistä ammattinimikettä, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, ensihoitaja tai kätilö. (L559/1994.) Lähihoitaja on nimikesuojattu ammattihenkilö, joka on suorittanut sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon (Valvira 2020). Vaasan keskussairaalassa työskentelee 763 sairaanhoitajaa ja 142 lähihoitajaa (Vaasan keskussairaala 2020 d).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L785/1992) määrittelee, että potilas on terveyden tai sairaanhoitopalveluita käyttävä tai muuten niiden kohteena oleva henkilö. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuoppaassa sairaanhoitopalveluita käyttävä henkilö tai niiden kohteena oleva henkilö on joko potilas tai asiakas (Kuntaliitto 2011, 6.) Kielitoimiston sanakirjan mukaan, asiakas on aina jonkin tahon palveltavana. Potilaasta puolestaan puhutaan, kun henkilö on sairaalahoidossa (Peltokorpi 2006.)

3.1.2 Potilasohjauksen toteuttamisympäristöt

Päivystyspoliklinikka on ympärivuorokautiseen päivystystoimintaan tarkoitettu yksikkö, missä annetaan potilaille kiireellistä hoitoa asuinpaikasta riippumatta. Kiireellinen sairaalahoido tarkoittaa äkillistä sairautta, vammaa, tai kroonisen sairauden pahentumista, mikä vaatii heti arviota ja hoitoa. Päivystysyksiköstä potilaat ohjataan sairaalan vuodeosastolle jatkohoitoon tai kotiin. (Valvira 2018). Päiväkirurgia on suunniteltua leikkaustoimintaa, jossa potilas saapuu leikkauspäivänä sairaalaan ja kotiutuu samana päivänä (Vaasan keskussairaala 2020 b). Polikliininen hoito on lääkärin tai hoitajan vastaanotolla tapahtuvaa hoitoa, jossa potilas vain käy saamassa hoidon (Sivistyssanakirja 2020). Kirurgianvuodeosastolle potilaat tulevat suunnitellusti leikkauksen jälkeen tai päivystyspoliklinikan kautta erilaisten

traumojen, kirurgisten komplikaatioiden tai leikkaushoitoa vaativan vaivan takia. Sisätautienvuodeosastolle potilaat tulevat suunnitellusti tai päivystyspoliklinikan kautta erilaisten somaattisten sairauksien, infektioiden, perussairauksien hoitoon tai kuntoutukseen. Vuodeosastoilla hoitoa toteutetaan vuorokauden ympäri. (Vaasan keskussairaala 2020 c).

3.2 Potilasohjauksen historialliset lähtökohdat

Historian tarkasteleminen auttaa ymmärtämään nykypäivän hoitotyötä ja kehittämään sitä (Elomaa-Krapu 2015). Suomessa 1900-luvun alussa kulkutautien tunnistamisen myötä alettiin antaa kansalle hygieniavalistusta (Harjula 2004). Valistuksen myötä, hygienia- ja terveysasema parani, mistä seurasi infektiosairauksien huomattava väheneminen. Tämä 1900-luvun alun valistavien auktoriteettien valtakausi, jonka henki vetosi moraaliin ja kieltoihin, herättäisi nyky-yhteiskunnassa uhmakkuutta. Valistus onkin nykyään muuttunut opastamiseksi ja tiedottamiseksi, jota nykypäivän ihmisen on helpompi vastaanottaa. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 10–11.)

Potilasohjaus koki mullistuksen vuosituhannen vaihteessa, sillä vielä 1980-luvun lopulla elettiin asiakaskeskeisyyden nousukautta, jolloin potilaiden aito kohtaaminen oli mahdollista toteuttaa. Myös hoidettavien potilaiden määrä suhteessa hoitohenkilökuntaan oli vielä silloin varsin kohtuullinen. 1990-luvun laman jälkeen haluttiin lisätä työn tehokkuutta ja työtehtävät piti hoitaa vähemmällä henkilöstöresursseilla. Tämä suunta on jatkunut tähän päivään saakka. Taloudellisen tuottavuuden ja tehokkuuden vaatimukset sosiaali- ja terveysalalla ovat tuoneet kilpailun hoiva-alalle ja hoivapalveluja on osin yksityistetty. (Mönkkönen 2018, 9–11.)

Ohjauksen ja tiedottamisen eri muodot ovat jatkuvassa muutoksessa. Tänä päivänä toimiva tarkoituksenmukainen ohjaus muuttuu tulevaisuudessa ympäröivän yhteiskunnan muutoksen myötä. Tieto lisääntyy ja tekniikka mahdollistaa nopean tiedon

jakamisen. Palvelut muuttuvat ja monipuolistuvat. Nykyään ohjauksen ja tiedottamisen tehtävänä on herättää ohjattavaa pohtimaan asiaa omakohtaisesti. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 10–11.)

3.3 Laatu terveydenhuollossa

Laatukäsitettä on vaikea avata yksiselitteisesti sen monivivahteisuuden takia, mutta se voidaan määritellä esimerkiksi seuraavilla tavoilla. Tuotteen ominaisuuksien perusteella mitattava laatu on tehokkuutta, nopeutta tai pitoisuuden ilmaisu. Laadun voidaan ajatella olevan virheettömyysaste, joka täyttää asiakkaan laatuvaatimukset. Hinnan ja hyödyn suhde on rahalliseen arvoperustaan pohjautuvaa laadun määrittelyä. Laatu voi olla osaamista tai toimintaa, joka on asiakasohjautuvaa tai arvoperustaan perustuvaa. Hyvyys, luksus, erinomaisuus ja ylivertauisuus mielletään laaduksi ja se on ihmisen omaa kokemusta ja mielikuvan luomista asiasta tai esineestä. (Anttila & Jussila 2016.)

Euroopan unioni on julkaissut terveydenhuollon laadusta toimintasuunnitelman, jossa painotettiin erityisesti potilasturvallisuutta ja hoidonlaatua. Viime aikoina terveydenhuollon laadusta ja potilasturvallisuudesta on tullut keskeinen prioriteetti Euroopan unionissa, koska potilaalla on oikeus hakea hoitoa myös muista Euroopan unionin sisäisistä maista. Terveydenhuollon laadun määrittelemineen on haastavaa sen monitahoisuuden takia. Laadun tulee pysyä tasaisena, vaikka hoitoympäristö tai maa Euroopan unionin sisällä vaihtelee. Terveydenhuollon tasosta riippumatta palvelun tulee olla lääketieteellisesti tehokasta ja parantavaa, potilasturvallista, ammatillisesti osaavaa, potilaslähtöistä, oikeudenmukaista ja vaikuttavaa sekä yhdenmukaista kaikille. (European Commission 2014.)

Terveydenhuoltolaissa (L1326/2010) säädetään laadusta julkisissa terveyspalveluissa. Terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin hoitokäytäntöihin, olla laadukasta, sekä turvallista. Terveydenhuollon toimintayksikön johdolla on vastuu toiminnan laadusta, että laadunkehittämisen edellytyksistä ja henkilöstön tukemisesta laadun parantamiseksi. Terveydenhuoltolaki (L1326/2010)

velvoittaa toimintayksiköitä laatimaan suunnitelman laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta terveydenhuollon toimintayksikössä. (Kuntaliitto 2019.)

Laadulla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa sitä, että asiakas saa asianmukaista palvelua oikeassa paikassa oikeaan aikaan (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011 a). Laatu ei pysy aina vakiona, vaan sen vaihtelee parhaimman ja huonoimman laadun välillä (Dlugacz 2017, 4). Laadun katsotaan olevan terveydenhuollossa korkeaa, jos potilas kokee olevansa hyvin kohdeltu ja saaneensa asiantuntevaa apua vaivaansa sekä hänen odotuksensa hoitoa kohtaan täyttyvät (Dlugacz 2017, 4; Kotisaari & Kukkola 2012, 65).

Laadukas hoitotyö on kokonaisuus, johon sisältyy kliininen osaaminen, resurssit, välineet, prosessien hallinta, mittaaminen ja erilaiset laatujärjestelmät. Laadukkaassa hoitotyössä tehdään laadun arviointia jatkuvasti ja huolehditaan laadun kehittamisestä. (Kotisaari & Kukkola 2012, 65.) Hyvän laadun edellytys on hyvä yhteistyö eri ammattiryhmien välillä, sekä sujuva tiedonkulku. (Laaksonen & Ollila 2017, 74–75.)

3.3.1 Potilasohjauksen laadun mittaaminen ja kehittäminen

Terveydenhuollon laadun on täytettävä potilaiden, kuntien, valtion ja maksajien odotukset hyvästä laadusta. Jokaisella näistä voi olla erilaisia laatuvaatimuksia, kuten esimerkiksi hoidon saatavuus ja hoidon tehokkuus. Asiakkaiden ja potilaiden odotusten täyttäminen on monimutkaista, koska he eivät välttämättä itse osaa ilmaista odotuksiaan hoidon laadun suhteen. Tästä syystä monet organisaatiot tekevät tyytyväisyystutkimuksia ja analysoivat palautteita ymmärtääkseen paremmin, mitä parannettavaa terveydenhuollon järjestelmässä on. (Dlugacz 2017, 4–5.) Palvelutyytyväisyyden mittaaminen ei mittaa kuitenkaan suoraan laatua, vaan palvelunsaajan tunnetilaa eli tyytyväisyyttä. Tarkkaan laadunmittaamiseen päästään

laatumittarilla, jossa palvelut on jaettu eri osa-alueisiin. Kun kyselymittari on jaettu eri osa-alueisiin, voidaan tulosten perusteella kehittää sitä osa-aluetta, missä huomattiin puutteita. (Laaksonen & Ollila 2017, 74–75.)

Laatutyön kehittäminen vaatii systemaattisia laatutyön menetelmiä, erilaisia mittareita (Kotisaari & Kukkola 2012, 65, 67–68). Laatujärjestelmiä käytetään apuna laadun mittaamisessa. Yleisin laadunhallinnanjärjestelmä on sosiaali- ja terveydenhuollon laatuohjelma (SHQS). Lisäksi käytetään kansainvälisen standardisointijärjestön (ISO) kehittämää laatujärjestelmää, Euroopan laatupalkintoa (EFQM) ja Euroopan unionin yhteistä arviointimenetelmää (CAF). (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2020 b.)

Laatujärjestelmien tuottama tieto on tarkoitettu kansalaisille tueksi, jotta he pystyisivät valitsemaan itselleen parhaiten sopivan palveluntuottajan. Kansalaisilla on mahdollisuus valita itse kiireettömän hoidon hoitopaikka sekä sairaanhoitopiiriin, että terveysaseman osalta. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos seuraa lain määräämien palveluiden saatavuutta ja Valvira valvoo enimmäisodotusaikoja. (Kuntaliitto 2019.)

Laadun kehittäminen on laadukkaan hoitotyön edellytys. Laadunhallinta on osa järjestelmällistä toimintaa, jolla etsitään ongelmia laadussa ja ratkaistaan niitä. Se pitää sisällään jatkuvaa kehittämistä, jolla tavoitellaan aiempaa parempia, pitkäkestoisia tuloksia ja koko organisaation kattavaa kulttuurinmuutosta. Laatua kehitetään moniammatillisesti ja se kuuluu jokaiselle ammattilaiselle. Laadun kehittäminen on järjestelmällistä ja etenee vaiheittain. Seuraavan vaiheen lähtökohdan määrittelevät edellisen vaiheen tulokset. (Kotisaari & Kukkola 2012, 65, 67–68.)

3.3.2 Hoitohenkilökunnan osaamisen johtaminen ja haasteet

Osaamista täytyy johtaa, jotta jo olemassa oleva osaaminen saadaan käyttöön ja sitä voidaan kehittää (Laaksonen & Ollila 2017, 74–75). Osaamisen johtamisen tär-

kein osa on ihmisten osaamistason nostaminen, osaamisen vaaliminen ja sen tehokas hyödyntäminen (Viitala & Jylhä 2019). Kamensky (2015) puolestaan kirjoittaa, ettei osaamista ensisijaisesti johdeta, vaan osaamista hankitaan, ylläpidetään, kehitetään ja uudistetaan (Kamensky 2015).

Osaamista voidaan tarkastella sekä yksilön että organisaation näkökulmasta. Yksilön osaaminen on koko toiminnan lähtökohta ja ratkaiseva tekijä. Yksilön kehittämistarve lähtee yksilön henkilökohtaisesta tarpeesta kehittää omaa osaamistaan (Laaksonen & Ollila 2017, 182.) Osaamisen johtamisen ydin on yksilön oppimisen ja osaamisen ymmärtäminen. Se on onnistunutta, kun johdettava joukko ihmisiä tavoittaa sen tuella päämäärän ja kehittyy, säilyttäen motivaationsa ja työhyvinvointinsa (Viitala & Jylhä 2019). Sairaanhoidtajien osaamisella on suora yhteys potilaan hoidon laatuun ja sairaanhoidajan ammatin tavoitteena on potilaan hyvä hoito (Silén-Lipponen, Kinnunen & Seppänen 2018).

Organisaatio-osaaminen on organisaatiossa työskentelevien henkilöiden osaamista eli ammattitaitoa ja sen ajatellaan perustuvan pääasiassa suoritettuihin tutkintoihin. Osaamisen säilyttämiseksi ja sen turvaamiseksi on jatkuvasti kehitettävä henkilökunnan osaamista erilaisilla täydennyskoulutuksilla. Hankittu lisäosaaminen olisi sekä työntekijän, että työnantajan hyvä tunnistaa. (Laaksonen & Ollila 2017, 182; Flinkman 2014.) Organisaation johdon tulisi kannustaa henkilökuntaa osaamisen kehittämiseen ja kehittäminen tulisi olla hallittua, että pystytään turvaamaan potilasturvallisuuden lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeusturva (Hanhela 2018; Kuntaliitto 2011,12.)

Johtaja tai esimies vastaa henkilöstön riittävydestä ja osaamisen varmistamisesta. Esimiehen vastuulla on perehdyttämisen järjestäminen ja todellisen osaamisen varmistaminen, kun henkilöitä siirretään uusiin työtehtäviin (Flinkman 2014.) Sosiaali- ja terveysalan työvoiman poistuma on 2010–2020 välillä ollut vuosittain noin 2000 henkilöä. Sairaanhoidtajien osuus tästä poistumasta oli noin 500–600 henkilöä vuodessa. Osa poistumisista selittyy luonnollisesti eläköitymisellä, mutta joukkoon mahtuu myös alanvaihtajia ja työkyvyttömyyseläkkeelle jääneitä.

(Sairaanhoitajaliitto 2020.) Esimiehiltä vaaditaan hyvää johtamisosaamista ja muutosjohtamista, kun hoitohenkilökunnan työtehtäviä uudistetaan. (Flinkman 2014.) Meneillään oleva koronapandemia on osoittanut, että tällaisissa poikkeus-tilanteissa on erityisen tärkeä huolehtia henkilökunnan osaamisesta ja perehdyttämisestä. (Ojanperä 2020.)

4 HOITOHENKILÖKUNNAN POTILASOHJAUSOSAAMISEN LAATU

Tässä luvussa käydään läpi tiedonhaku ja tarkastellaan potilasohjauksen laatua ja osaamista hoitohenkilökunnan näkökulmasta, tutkimusten sekä kirjallisuuden pohjalta.

4.1 Tiedonhaku

Aiheeseen tutustuminen aloitettiin kirjallisuuteen tutustumalla. Tutkimuksen teoriaan pohjautuvaa kirjallisuutta etsittiin käsihaulla kirjastosta ja tietokanta Finasta. Tiedonhakuja suoritettiin tietokannoissa: Cinahl, Pubmed, Medic, Google Scholar ja Terveysportti. Lisäksi tietoa etsittiin seuraavista lähteistä: Finlex, Tutkiva hoitotyö -lehdet ja Käypä hoito -suositukset. Tiedonhaussa rajattiin kaikki yli 10 vuotta vanhat teokset aineiston ulkopuolelle. Hakusanoina käytettiin seuraavia sanoja: patient education, patient teaching, potilasohjaus, competence, osaaminen, counseling, quality of healthcare, skills and knowledge, laatu terveydenhuollossa (Liite 1). Löydettyjen tutkimusten (Liite 2) pohjalta kirjoitettiin tämä luku.

4.2 Potilasohjauksen laadun määritelmä

Kääriäinen (2007, 41) on väitöskirjassaan määritellyt potilasohjauksen laadun, joka sisältää ohjauksen resurssit, ohjauksen toteutuksen, ohjauksen riittävyyden ja ohjauksen vaikuttavuuden. Määritelmän pohjalta Kääriäinen on kehittänyt tässä työssä käytettävän potilasohjauksen laatu -mittarin.

4.2.1 Potilasohjauksen resurssit ja lähtökohdat

Potilasohjaamista ohjaavat laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L785/1992), terveydenhuoltolaki (L1326/2010), laki terveydenhuollon ammattilaisista (L559/1994), kielilaki (L2003/423) sekä asetukset, ammattikäytänteet, oppaat, suositukset ja ohjelmaluonteiset asiakirjojen määrittelyt. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2014, 6, 15–16.) Lisäksi hoitotyönammattilaista ohjaa

ammattietiikka, erilaiset laatu- ja hoito-ohjeet, tutkimukset ja ohjaajan oma taustaorganisaatio. (Eloranta & Virkki 2011, 11; Vänskä 2012, 38.) Organisaatio luo puitteet ohjaustoiminnalle ja ohjaamisen perusta on ohjaajan käsitys perustehtävästään (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2014, 9).

Bergh, Persson, Karlsson ja Friberg (2014) tutkivat sairaanhoitajien käsityksiä potilasohjausosaamisen toteutumisesta ja sairaanhoitajien ohjausosaamisen eroja perusterveydenhuollossa, kunnallisessa terveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa. Lähes kaikki hoitajat kokivat potilasohjaamiseen jäävän ajan olevan riittämätöntä. Suurin osa sairaanhoitajista piti potilasohjausta tärkeänä osana hoitotyötä ja kaipasi siihen lisäkoulutusta. Hoitajat toivoivat selkeämpiä ohjeistuksia potilasohjaukseen ja esimiesten tukea sen toteuttamiseen. (Bergh, Persson, Karlsson & Friberg 2014.)

Lipponen (2014) on tutkinut potilasohjauksen toimintaedellytyksiä. Tutkimuksen mukaan hoitotyönammattilaisten asenteet potilasohjausta kohtaan olivat myönteiset. Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot olivat pääosin hyvää tasoa. Potilasohjausta toteutettiin henkilökunnan arvioin mukaan potilaslähtöisesti ja empaattisesti. Huomiota tulisi kiinnittää ohjausmenetelmien monipuolisempaan käyttöön. Ohjaustiloissa, välineistössä ja ohjaukseen käytettävässä ajassa, todettiin kehittämistarpeita. (Lipponen 2014). On tärkeää antaa potilasohjaukselle riittävästi aikaa, koska kiireen näyttäminen viestii ohjattavalle, ettei asia ole ohjaajalle tärkeä (Hämäläinen, Jauhiainen & Janatuinen 2010, 11; Onnismaa 2011, 39). Potilaan kuunteleminen on huomion osoittamista. Aito läsnä-oleminen ja kuunteleminen viestii potilaalle kunnioittamista. Ohjaukselle annettavaa aikaa ei voi määrittellä, koska jokainen ohjaustilanne on yksilöllinen. (Onnismaa 2011, 39,42).

Palonen, Aho, Koivisto ja Kaunonen (2012, 24) ovat tutkineet potilasohjausta hoitoisuuden ja potilaiden näkökulman avulla ja hoitoisuuden yhteyttä potilaan ohjaukseen poliklinikalla. Kysely tehtiin viidelle eri poliklinikalle Tampereen yliopistollisessa sairaalassa syksyllä 2010. Tutkimustulosten perusteella voitiin todeta,

että potilaat olivat kokeneet saavansa ohjausta joko hyvin tai erinomaisesti. Hoitajat puolestaan kokivat käyttävänsä aikaa ohjaukseen lähes puolet poliklinikkäkäyntiin liittyvästä työmäärästä. Hoitajakohtainen hoitoisuus eli hoitajan kokema kokonaiskuormittavuus ei ollut yhteydessä potilaan kokemaan ohjauksen laatuun. Vaikka hoitajat kokivat käyttäneensä runsaasti aikaa potilaan asioiden hoitamiseen ja ohjaamiseen, se ei vaikuttanut siihen, että potilaat olisivat kokeneet saaneensa parempaa ohjausta. (Palonen, Aho, Koivisto & Kaunonen 2012, 114–124.)

Sairaanhoidajaliiton (2018) tekemässä selvityksessä kävi ilmi, että sairaanhoitajat tekivät työajallaan paljon muille ammattiryhmille kuuluvia töitä. 90 % vastanesta, ei ehtinyt hoitaa omia työtehtäviään laadukkaasti ja turvallisesti työajalla, koska työaika meni kollegoiden ja muiden ammattilaisten töiden hoitamiseen. Tällaisella työnjaolla potilasturvallisuus vaarantuu ja sairaanhoitajien ammattiosaaminen menee hukkaan. (Hanhela 2018). Ammatillisilla täytyy olla mahdollisuus tehdä koulutusta vastaavaa työtä (Kangasniemi & Stolt 2020). Hoitohenkilökunnan oikeusturvan kannalta on tärkeää tietää ammatilliset oikeudet ja vastuut. Organisaation johdolla on vastuu resurssien riittävydestä ja lain noudattamisesta. (Hanhela 2018).

4.2.2 Potilasohjauksen toteutus, riittävyys ja vaikutukset

Ohjaus on muuttuva prosessi, jolle voidaan asettaa kehityskaarimainen kulku, jossa on alku ja loppu (Vehviläinen 2014, 13). Ohjausprosessi on aktiivista tietoisesti suunniteltua ja tavoitteellista toimintaa, joka on käytännön opastuksen antamista ja sen alaisena toimimista (Klang Söderkvist 2013, 67; Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2014, 6, 15–16). Lisäksi potilasohjaus on tilanne, jossa ohjausta antava henkilö tarjoaa ohjattavalle henkilölle aikaa, huomiota ja kunnioitusta (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2014, 6, 15–16, 2014).

Ohjausprosessi alkaa ohjaustarpeen määrittämisestä, minkä jälkeen asetetaan ohjaukselle tavoitteet. Tarpeiden tunnistamisessa hyödynnetään hoitotyön mittareita ja tavoitteet asetetaan yhdessä ohjattavan kanssa. Potilasohjaustilanteessa

tulee huomioida potilaan tiedot, taidot ja asenteet. Tavoitteiden asettamisen jälkeen ohjaus suunnitellaan ohjattavan vastaanottokyvyn mukaan, jonka jälkeen se vastavuoroisesti toteutetaan ohjattavan ehdoilla. Ohjaustilanteessa ohjausta annetaan sellaisista asioista, mitä potilas haluaa tietää ja mitä puolestaan hoitohenkilökunta haluaa potilaan tietävän. Ohjaus tulee perustua ihmisen kolmeen arvoon, autonomiaan, sivistykseen ja terveyteen. (Eloranta & Virkki 2011, 22–23, 26–27.)

Potilaslähtöisessä hoitotyössä viestintätaidot nousevat tärkeään asemaan (Hashim 2017). Ohjauksen tulee tapahtua kannustavassa ja avoimessa ympäristössä, joka koostuu kahden osapuolen välisestä vuoropuhelusta, jossa ohjaaja ja ohjattava kohtaavat toisensa tasavertaisina (Klang Söderkvist 2013, 67; Vehviläinen 2014, 13, 22). Potilaan kuunteleminen keskeyttämättä ja vastaaminen kysymyksiin asiallisesti, rehellisesti sekä empaattisesti, parantaa ohjauksen onnistumista. (Hashim 2017).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L785/1992) velvoittaa että, potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja hänelle on annettava selvitys koskien hänen terveyttään ja hoitoaan varmistaen, että potilas ymmärtää ohjauksen sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan kieltä tai potilas ei sairauden tai muun aisti- tai puhevian takia tule ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta. (L785/1992.)

Kieli on yksi ohjauksen tärkeimpiä työvälineitä (Onnismaa 2011, 49). Kielen avulla välitämme viestejä ohjaajan ja ohjattavan välillä (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 36–37). Ohjauksen tulee olla sellaisella kielellä, mitä potilas ymmärtää ja ammattisanastoa tulee välttää (Eloranta & Virkki 2011, 22–23). Eri-laisia kielen keinoja käyttämällä toteutuu ohjausvuorovaikutus, joka sisältää sanallista, että sanatonta viestintää ja mahdollisesti myös videoita, kuvia, esitteitä, kirjallisia ohjeita, sekä fyysistä toimintaa. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 36–37.)

Onnistunut ohjaus vaatii potilaan omaa-arviota siitä, mitä ohjausta potilas tarvitsee, milloin on paras hetki ohjaukselle ja millä keinoilla potilasohjaus toteutetaan. (Kitchie 2017, 80). Hoitajalla tulisi olla kyky ohjata potilasta oikeaan suuntaan kannustavasti ja auttaa ohjattavaa havaitsemaan vahvuuksia epäonnistumisien sijasta (Onnismaa 2011, 31).

Friedmanin, Cosbyn, Boykon, Hatton-Bauern & Turnbullin (2011) tekemän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan, potilasohjauksen tulisi olla yksilöllistä, rakenteellista ja kulttuurillisesti sopivaa. Yhdistämällä useita eri ohjausmenetelmiä, saadaan aikaan vaikuttavaa potilasohjausta, jolla on vaikutusta potilaan kokemaan tyytyväisyyteen ja ahdistuksen vähenemiseen. Jokaisen potilaan kohdalla tulisi huomioida potilaan oppimiskyky ja sen perusteella valita parhaimmat ohjausmenetelmät hänelle. Ohjausmenetelmiä ovat luennot, keskustelut, simulaatio pelit, kirjalliset materiaalit, videot, tietokone teknologia, roolipelit, havainnollistamiset ja suullinen ohjaaminen. (Friedman, Cosby, Boyko, Hatton-Bauer & Turnbull 2011.)

Tärkeää on ohjauksen saaminen oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. Vastaanotto-kyky on kaikilla erilainen ja tilanteen vakavuus vaikuttavat siihen miten vastaanotettava ohjattava on ohjaukselle. (Eloranta & Virkki 2011, 31–32). Ohjaajan tekemät kysymykset ovat vuorovaikutuksen työvälineitä, joiden avulla ohjattava saa tilaisuuden omien päämäärien pohtimiseen. Ohjaaja voi käyttää avoimia kysymyksiä saaden vastauksiksi laajempia kokonaisuuksia tai suljettuja kysymyksiä mihin ohjattava vastaa lyhyemmin. (Onnismaa 2011, 33–34.) Kun ohjaus etenee ohjattavan esittämiin kysymyksiin, voidaan olla vakuuttuneita siitä, että ohjauksen ajankohta on oikea ja ohjattava on pystynyt vastaanottamaan tietoa (Eloranta & Virkki 2011, 31–32).

Potilasohjaus jakautuu useille tiedon eri osa-alueille. Bio-fysiologinen osa-alue sisältää tiedon sairaudesta, oireista ja siihen liittyvistä toimenpiteistä. Toiminnallisen tiedon osa-alue pitää sisällään kirjalliset ja suulliset hoito-ohjeet, esimerkiksi lääkehoidon ohjaus, haavanhoitaminen tai erilaiset harjoitteet. Potilaan tunteet ja

tyytyväisyys sisältyvät kokemuksellisen tiedon osa-alueelle. Potilaan laadukkaassa ohjaamisessa tarvitaan taloudellista tietoa. Eettinen osaaminen sisältyy kaikkeen hoitotyöhön. Potilaalle tulee antaa tietoa tukijärjestelmistä ja kolmannesta sektorista, tätä kutsutaan sosiaalisyhteisölliseksi tietoisuudeksi. (Heikkinen 2013.)

Eloranta, Leino-Kilpi, Katajisto ja Valkeapää (2015) tutkivat potilasohjausta ortopedisen potilaan läheisten, hoitohenkilökunnan ja potilaan itsearvioimana. Kyselyn tuloksissa eriteltiin edellä mainitut ohjauksen eri osa-alueet, joista selkeästi esille nousi taloudellinen tieto. Taloudellista tietoa käsiteltiin kaikkien vastanneiden ryhmien mukaan heikoiten. Taloudellinen tieto pitää sisällään hoidosta aiheutuvat kustannukset, kuntoutuksen, lääkkeitä, sairauspäivärahojen käsittely ja vakuutusasiat. Eniten eroja ohjauksen arvioinnissa oli bio-fysiologisella ulottuvuudella. Potilasohjaukseen tyytymättömmimpiä olivat potilaan läheiset. Jatkossa tulisi kehittää potilasohjausta potilaan läheisten huomioimista ajatellen. Omaisten ottaminen mukaan ohjaustilanteeseen auttaa potilasta tulkitsemaan saatua tietoa ja esittämään mahdollisia lisäkysymyksiä. Vastauksissa nähtiin myös eroja miesten ja naisten välillä. Miespotilaat arvioivat naispotilaita useammin saaneensa taloudellista ja kokemuksellista tietoa. (Eloranta, Leino-Kilpi, Katajisto & Valkeapää 2015).

Kun potilas on ymmärtänyt hoitoonsa liittyvät tiedot ja osaa soveltaa niitä omaan arkeen mitä omahoidossa tarvitaan, voidaan ajatella ohjauksen onnistuneen (Eloranta & Virkki 2011, 22–23, 26–27.) Potilasohjausosaaminen on laadukasta, kun ohjauksella päästään toivottuun lopputulokseen. Tätä voidaan arvioida erilaisilla mittareilla ohjauksen tekijälle ja ohjauksen saaneille suunnatuilla asiakastyytyväisyys kyselyillä. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 128–129, 2014.)

Omahoidon potilasohjaus on suunnitelmallista ja tavoitteellista sillä pyritään tukemaan ja edistämään potilaan oppimista omasta sairaudesta ja sen hoitamisesta. Potilasta ohjataan tekemään päätöksiä koskien omaa hoitoa, tekemään arvio omasta voinnista ja ottamaan tarvittaessa yhteyttä terveydenhuollon ammattilaiseen. Omahoidon ohjaus on tärkeässä roolissa potilaan kotiutuessa sairaalajakson

jälkeen. (Maijala, Ihanus, Kiema, Miettinen & Ylönen 2018). Sairauden ja hoidon aiheuttamassa elämäntilanteen muutoksessa, potilaskeskeisen oppimisprosessin pitäisi pitkällä aikavälillä johtaa terveyden ja elämänlaadun ylläpitämiseen tai parantamiseen (Klang Söderkvist 2013, 51). Hyvin toteutuessaan potilasohjaus tukee potilaan sitoutumista hoitoon ja sen jatkuvuuteen arjessa (Eloranta & Virkki 2011, 22–23, 26–27).

Lopuksi ohjaus arvioidaan ja kirjataan ohjauksen eri vaiheet potilasasiakirjoihin. Kirjaaminen on tärkeä osa potilasohjaustyötä, sillä sen avulla voidaan varmistaa hoidon jatkuvuus ja välttyä päällekkäisiltä ohjauksilta. Myös laki (L785/1992) edellyttää potilasasiakirjoihin kirjaamisen, sillä se turvaa sekä potilaan että hoitajan oikeuksia. (Eloranta & Virkki 2011, 22–23, 26–27). Pitkäaikaissairaalan aikuispotilaan ohjauksen laatua on tutkittu hoitotyön kirjaamisen perusteella neljässä Suomen yliopistosairaalan vuodeosastolla. Potilasasiakirjojen kirjauksien (n=150) perusteella potilaan ohjaus oli vähäistä. Yli puolesta potilasasiakirjamerkinnöistä puuttui kokonaan kirjaus potilaan ohjaukseen koskien. (Kaakinen, Kääriäinen & Kyngäs 2014). Myös Avsar & Kasikci (2011) tutkimuksen mukaan potilasohjauksen kirjaaminen oli puutteellista tai sitä ei kirjattu lainkaan.

Ohjauksella voidaan vaikuttaa ohjattavan kokemuksiin myönteisellä tavalla, mikä puolestaan edistää ohjattavan valmiuksia itsensä hoitamiseen. Ohjauksen tarkoituksena on vahvistaa ohjattavan toimivuutta tukemalla ohjattavan tietoja, taitoja ja auttaa ohjattavaa tunnistamaan omat voimavaransa sekä harjoittelemaan uusia tapoja toimia. Hyvä ohjaus edellyttää, että ohjaaja vahvistaa ohjattavan toimijuutta valitsemalla harkiten ohjaukseen tarvittavat yksilölliset toimintatavat. (Vehviläinen 2014, 13, 22.)

4.3 Hoitohenkilökunta potilasohjauksen osaajana

Potilasohjaus on tärkeä osa sairaanhoitajan ammattia ja se on yksi haastavimmista ja tärkeimmistä hoitotyöntekijöiden rooleista (Vehviläinen 2001; Vänskä, Laitinen-

Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2014, 6; Kitchie 2017, 80). Nykyään terveydenhuollon ammattilaiset ovat hyvin tietoisia potilasohjauksen tärkeydestä ja velvollisuudesta tiedon antajana (Klang Söderkvis, 2013, 51).

Laki (785/1992) potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee hoitotyön osaamisvaatimukset. Toteuttaessaan sairaanhoitoa tai terveydenhoitoa, on osattava laatia suunnitelma tutkimuksista, hoidosta, lääkinnällisestä kuntoutuksesta yhteisymmärryksessä potilaan tai tämän läheisten kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012 d). Sosiaali- ja terveysalan osaaminen on ja tulee olemaan jatkuvassa muutoksessa (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015). Potilaan on pystyttävä luottamaan siihen, että terveydenhuollon toimintayksikössä on henkilökunnalla riittävää osaamista, koulutusta ja perehdytystä niin, että he osaavat auttaa uusimman tutkitun tiedon mukaisesti potilaan terveyttä koskevissa asioissa (Kuntaliitto 2011, 11).

Laki (559/1994) terveydenhuollon ammattihenkilöistä määrittelee, että terveydenhuollon ammattilaisella on oltava terveydenhuoltolain mukainen koulutus harjoittaa ammattiaan. Lisäksi tämä laki velvoittaa työnantajaa seuraamaan ammatillista kehittymistä ja antamaan edellytykset osallistua koulutukseen, kehittää taitojaan sekä eri menetelmillä ylläpitää taitojaan. (L559/1994.) Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus - hankkeella (2015) määriteltiin EU-direktiivin mukaiset yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan osaamisen vähimmäisvaatimukset ja sillä tavoiteltiin varmistamaan kaikille sairaanhoitajatutkinnon hankkiville ammattipätevyysdirektiivin mukainen vähimmäisosaaminen. Hankkeen tavoite oli valtakunnallisesti yhtenäistää osaamisvaatimukset ja varmistaa näin valmistuvien sairaanhoitajien osaaminen ja tasalaatuisuus. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015.)

Osaaminen voidaan jakaa kolmeen eri osaamisalueeseen, ammattiosaaminen, sosiaalinen osaaminen ja henkilökohtainen osaaminen. Työtehtävien hoitamiseen tarvitaan ammattiosaamista, että se tuottaa lisäarvoa tehtävään työhön. Sosiaali-

nen osaaminen on vuorovaikutusta ja viestimistä ihmisten kanssa. Henkilökohtainen osaaminen lisää itsetuntemusta ja auttaa kehittämään sosiaalista osaamista. (Suonsivu 2011, 49.) Substanssiosaaminen, prosessiosaaminen ja vuorovaikutusosaaminen ovat puolestaan osaamisen eri ulottuvuuksia. (Mönkkönen 2018, 30, 32–34.) Osaaminen on näyttöön perustuvaa ja ammattilaisten ammattikohtainen substanssiosaaminen muodostaa osaamisen ytimen (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015). Substanssiosaaminen pitää sisällään tietoa lainsäädännöstä, työtä ohjaavista työmenetelmistä ja teorioista. Substanssiosaaminen ei kuitenkaan yksinään riitä, sillä sen rinnalla tarvitaan myös vuorovaikutusosaamista asiakkaan, asiakkaan läheisten ja ammattiryhmien välillä. Prosessiosaamisessa prosessi vie-
dään eteenpäin hyödyntäen prosessiin liittyviä taitoja. (Mönkkönen 2018, 30, 32–34.)

Ohjausosaamisen asiantuntijaksi kasvamiseen tarvitaan työelämän kokemusta, asiantuntijayhteisössä kasvamista ja sen myötä oman ammattitaidon kehittymistä (Vänskä 2012, 38). Suomessa on tehty paljon tutkimusta ohjauksesta, erityisesti sen päämääristä ja vuorovaikutuksesta (Vehviläinen 2010). Tervo-Heikkinen, Saaranen, Miettinen & Vaajoki (2018) tutkivat potilasohjauskoulutukseen osallistuvien hoitotyöntekijöiden kokemuksia potilasohjauskoulutuksen merkityksestä potilasohjaukselle. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että koulutus on tärkeää potilasohjausosaamiselle ja sitä tulee uudistaa säännöllisesti. Potilasohjauskoulutus syvensi hoitotyöntekijöiden suhtautumista potilasohjauksen laatuun ja yhteistyö muuttui myönteisemmäksi. (Tervo-Heikkinen, Saaranen, Miettinen & Vaajoki 2018).

5 TUTKIMUSEN METODOLOGIA

Tutkimus tehtiin empiirisenä tutkimuksena. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 83.) Se toteutettiin kvantitatiivisena survey-tutkimuksena eli määrällisenä tutkimuksena, jossa aineisto (n=169) kerättiin Vaasan keskussairaalaan strukturoidulla kyselylomakkeella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 53,56; Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2013, 134.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa organisaation potilasohjauksen laatua ja sitä kautta antaa organisaatiolle tietoa mahdollisista kehittämistarpeista.

5.1 Tutkimuksen lähestymistapa

Keskeisin tutkimusta määrittävä asia on itse tutkittava ilmiö ja mitä siitä halutaan tietää. Tämä määrää sen, millä menetelmillä saadaan parhaiten vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kirjallisuuskatsauksen tulee kattaa mittarin sisältö siten, että kirjallisuuskatsaus vastaa tutkimuskysymyksiin. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimus kohdentuu muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. Muuttujia on kahdenlaisia: riippumattomia eli selittäviä ja riippuvia eli selitettäviä. Riippumattomia muuttujia ovat vastaajien taustatiedot ja riippuvia muuttujia ovat asiaa tai ilmiötä selittäviä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54–55.) Survey-tutkimuksella pyritään tietystä ihmisjoukosta keräämään aineisto strukturoidussa muodossa. (Hirsijärvi, Remes, Sajavaara 1997, 134.)

Kvantitatiivinen tutkimus luokitellaan pitkittäistutkimukseksi tai poikittaistutkimukseksi. Pitkittäistutkimuksessa aineisto kerätään useammin kuin kerran, mutta tutkimusilmiö on sama. Poikittaistutkimuksessa aineisto kerätään kerran eikä tarkoituksena ole tarkastella uudelleen samaa tutkimusilmiötä suhteessa ajalliseen ilmiöön. Kvantitatiivinen tutkimus voi olla kuvaileva, jolloin ei etsitä syytä asiantilalle, vaan tutkitaan asiantilaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 56.) Tämä tutkimus toteutettiin poikittaistutkimuksena ja sen tarkoitus oli kartoittaa

eli tutkia asiantilaa, potilasohjauksen laatua. Kartoituksen pohjalta voidaan kehittää asiantilaa eli potilasohjauksen laatua.

5.2 Tutkimuskohde

Otostyyppi voi olla joko kokonais- tai otantatutkimus. Tarkoituksenmukaisessa otannassa tutkija voi valita tietyt osallistujat tutkimuksensa aineistoksi. Keskeinen tekijä tutkimuksessa on otoksen koko, joka vaikuttaa tuloksien yleistettävyyteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 56, 105–106.) Tähän tutkimukseen valittiin tutkimukseen osallistuviksi yksiköiksi Vaasan keskussairaalan vuodeosastohoidon palvelualueelta, erityisgeriatrian osasto, ortopedian ja traumatologian vuodeosasto, gastroenterologian kirurginen vuodeosasto, urologian-, verisuoni-, korva-nenä-kurkku-, suu-, sekä silmäkirurgian vuodeosasto, onkologianosasto, sisätautien ja neurologian osasto, sydänosasto ja vaativa kuntoutuksen osasto. Avohoidon palvelualueelta tutkimukseen mukaan valittiin, ihotautipoliklinikka, kirurgian poliklinikka, keuhko- ja neurologian poliklinikka, korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka, päiväyksikkö, dialyysiosasto, silmäyksikkö, sisätautien poliklinikka, suusairauksien yksikkö ja sädehoito, sekä onkologian poliklinikka. Lisäksi akuuttihoitoon palvelualueelta mukaan tutkimukseen otettiin päivystyspoliklinikka, päivystysoosasto ja päiväkirurgia. Tutkimus toteutettiin kaikilla edellä mainituilla palvelualueilla. Tutkimus otannan koko oli 500 potilastyössä työskentelevää hoitotyönammattilaista. Tutkimuksesta rajattiin pois psykiatrian osastot ja poliklinikat, ensihoito, leikkausosasto, teho- ja valvontayksikkö sekä naistentaudit, lapset ja nuoret, edellä mainittujen potilasryhmien ohjaamiskontekstissa olevien erityispiirteiden takia, sekä palvelualuejaon takia.

5.3 Aineistonkeruumenetelmä

Aineistonkeruutapana käytetään primaariaineistoa, joka on esimerkiksi kyselylomake eli mittausväline. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,114.) Kyselytutkimuksella voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto ja saada tutkittavilta paljon tietoa. Se on tehokasta ja säästää tutkijan aikaa. Kyselylomake voidaan tehdä isolle

joukolle ja vastaukset ovat melko nopeasti käsiteltävissä ja analysoitavissa tietokoneella. Mittarin avulla kerätään tietoa esimerkiksi uskomuksista, käsityksistä, mielipiteistä, arvoista ja tosiasioista, sekä käyttäytymisestä ja toiminnasta. Kyselytutkimuksessa taustakysymyksiä ovat ammatti, koulutus ja ammattisuhteet. Avoimissa kysymyksissä jätetään tyhjä tila vastausta varten. Avoimen kysymyksen tarkoituksena kvantitatiivisessa tutkimuksessa on saada esille asioita, joita ei etukäteen tutkija osannut ottaa huomioon. Kysymystyyppi, jossa esitetään väittämiä, on tyypillinen mielipide kysymyksissä. Siinä vastaaja valitsee asteikolta saamaa mieltä tai erimieltä kuin esitetty väittäjä. Asteikko on usein viisiportainen Likertin asteikko. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2013, 198–200.)

Tutkimuksissa suositellaan käytettävän testattuja ja olemassa olevia, sekä standardoituja mittareita, koska uuden mittarin laatiminen on vaativaa ja huolellista työtä tarvitseva tehtävä, tutkimuksen luotettavuuden takaamiseksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 117, 190). Tutkimuksessa käytettiin terveystieteiden tohtori, professori Maria Kääriäisen kehittämää ”potilasohjauksen laatu” -mittaria. Mittari on kehitetty systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta ja sen kehittämisvaiheet ovat kuvattuna terveystieteiden tohtori Maria Kääriäisen (2007) väitöskirjassa: Potilasohjauksen laatu, hypoteettisen mallin kehittäminen. (Kääriäinen 2007.) Kääriäinen on modifioinut mittaria väitöstutkimuksen ja jatkotutkimusten perusteella 2009 (Kääriäinen 2019). Mittarin käyttämisestä opinnäytetyössä laadittiin erillinen sopimus terveystieteiden tohtori, professori Maria Kääriäisen kanssa. Tässä työssä käytettävää potilasohjauksen laatu -mittaria ei ole lupa liittää opinnäytetyön liitteeksi.

Mittari koostuu kuudesta taustakysymyksestä, joissa kysyttiin koulutusta, tämänhetkistä tehtävänimikettä, työkokemusta terveydenhuollossa ja asiakkaan ohjaukseen käytetystä ajasta työvuoron aikana. Lisäksi kysymystä työskentelypaikasta muokattiin vastaamaan kohdeorganisaatiota, koska ohjaaminen eri palvelualueilla on erityyppistä. Vuodeosastoilla potilaan ohjaaminen on pitempi jaksoista ja saattaa kestää useita päiviä. Avohoidon palvelualueella, johon kuuluvat poliklinikat,

ohjaaminen kestää vain hetken, mutta kerralla annetaan paljon tietoa ja informaatiota potilaalle. Akuuttihoidon palvelualueen ohjaus on puolestaan syntynyt potilaalle ennakolta arvaamatta, mikä vaikuttaa ohjauksen onnistumiseen. Viimeiseksi taustakysymykseksi valittiin äidinkieli, koska kohdeorganisaatio on kaksikielinen ja kysely toteutettiin vain suomen kielellä, mikä voi oleellisesti vaikuttaa tutkimustuloksiin. Lisäksi kieli on potilasohjaustyössä keskeinen asia, sekä vuorovaikutuksellisesti, että lain määräämänä.

Mittarilla mitattiin ohjauksen laatua 146 mielipideväittämällä. Ohjauksen laadun mittaavina osa-alueina olivat ohjauksen resurssit (15 väittämää), ohjauksen lähtökohdat (12 väittämää), tiedot ja taidot (36 väittämää), asenteet (13 väittämää), ohjauksen toteutus (47 väittämää) ja ohjauksen vaikutukset (22 väittämää). Ohjauksen laatua tarkasteltiin viisiportaisella Likert-asteikolla. Asteikon vaihteluväli oli 1-5, joista 1=täysin eri mieltä, 2=osittain eri mieltä, 3=en samaa enkä eri mieltä, 4=osittain samaa mieltä ja 5=täysin samaa mieltä. Viimeinen mielipideväittämä koski ohjauksen kokonaislaatua omassa työyksikössä. Asteikkona kysymyksessä oli 1=huonoa, 2=välttävää, 3=tyydyttävää, 4=hyvää ja 5=kiitettävää. Lopuksi avoimella kysymyksellä pyydettiin vastaajalta kehittämisehdotuksia ohjaukseen. Tässä tutkimuksessa käytettyyn alkuperäiseen mittariin ei tehty muutoksia muihin kuin taustakysymyksiin.

5.4 Tutkimuksen aikataulu ja kulku

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin syksyllä 2019. Organisaation edustajan ja yliopettajan keskustelussa oli noussut esille potilasohjaus. Yliopettaja ehdotti aihetta tekijöille ja kertoi olemassa olevasta mittarista aiheeseen liittyen. Ideoinnin, mittarin ja aineiston tutkimisen myötä todettiin aiheen olevan kiinnostava ja ajankohmainen. Tutkimussuunnitelma tehtiin syksyn 2019 aikana.

Tutkimuksen tekeminen vie aikaa ja rahaa. Mahdollisia kustannuksia syntyy kielentarkastajista, toimistotarvikkeista, kyselylomakkeiden painatuksesta ja mah-

dollisista matkoista. Tutkimusluvan myöntäjälle, tutkijalle itselleen ja kohdeorganisaatiolle on tärkeää arvioida edellä mainittuja asioita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 103.) Tämän takia tutkijat, opinnäytetyön ohjaaja ja organisaation edustajat tapasivat 14 marraskuuta 2019 kolmikantaneuvottelussa, jossa käytiin läpi opinnäytetyön tavoitteet, toiveet, otos ja ajalliset sekä rahalliset resurssit. Tapaamisessa käytiin läpi myös kyselymittari, jota organisaation edustajat saivat arvioida. Organisaatio toivoi mittaria suomen ja ruotsin kielellä, koska sairaanhoitopiiri on kaksikielinen. Sopimuksen mukaan laatu -mittaria ei ollut lupaa kääntää eri kielille ilman mittarin tekijän suostumusta. Mittarin tekijä Maria Kääräinen antoi erillisen luvan kääntää mittari ruotsin kielelle kielenkääntäjällä. Tämän työn puitteissa rahalliset resurssit eivät kuitenkaan riittäneet mittarin kääntämiseksi ruotsin kielelle, eikä rahallisia tukia tai avustuksia työlle ollut saatavilla. Organisaatio ja tutkijat olivat tietoisia, että pelkästään suomenkielinen mittari voisi aiheuttaa katoa otokseen. Kyselymittaria ei ollut myöskään lupa muuttaa sähköiseen muotoon, joten aineisto kerättiin vain paperiversiona, tutkijoiden itse kustantamana. Opinnäytetyön oikeudet säilyvät tekijöillä.

Tutkimuslupa opinnäytetyölle haettiin Vaasan keskussairaalaan joulukuussa 2019. Luvan saannin jälkeen, kuukautta ennen varsinaista tutkimusta, tutkijat laitoivat informaatio viestin ylihoitajien kautta tutkimukseen osallistuvien yksiköiden osastonhoitajille. Viestissä esiteltiin tuleva tutkimus ja tutkimuksen ajankohta, sekä pyydettiin antamaan informaatiota tutkimuksesta yksiköiden hoitohenkilöstölle.

Tutkijat jakoivat kyselykaavakkeet saatekirjeineen yksiköihin paperimuodossa 15. tammikuuta 2020 ja samalla vielä informoitiin paikalla olevaa henkilökuntaa tutkimuksesta, sekä jätettiin suljettu laatikko vastausten palauttamiseksi. Kristiinankaupungin yksikön informaatio ja kyselylomakkeet lähetettiin sisäisessä postissa. Saatekirjeessä esiteltiin tutkimusta ja siihen osallistumista suomeksi ja ruotsiksi. Kyselyn vastausaika oli 10. helmikuuta 2020 asti. Vastausaikaa oli lupa tarvittaessa pidentää 2 viikkoa 28.2.2019 asti, mikäli vastauksia ei olisi saatu toivottua määrää.

Vastauksia saatiin (n= 169) tarvittava määrä vastausajan puitteissa, eikä jatkoajalle todettu enää tarvetta.

Kevään 2020 aikana kyselyn vastaukset siirrettiin SPSS-ohjelmaan ja analysoitiin syksyllä 2020. Kirjallisuuskatsaus ja raportti kirjoitettiin syksyn 2020 aikana. Opin- näytetyö esitettiin maaliskuussa 2021.

5.5 Aineiston analyysi

Analyysi aineistolle voidaan tehdä usealla eri tavalla. Aineiston analyysi voidaan karkeasti jakaa kahteen lähestymistapaan. Selittävässä lähestymistavassa käytetään tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa. Ymmärtävässä lähestymistavassa käytetään laadullista analyysia ja päätelmien tekoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 224.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistonkeruuvälineenä käytetään mittaria, ja aineiston tallentamisen jälkeen se analysoidaan tilastointiohjelmaa käyttäen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 64–65, 167)

Aineiston purkaminen aloitettiin mittarin numeeristen vastauksin siirtämisellä käsin IBM SPSS Statistic 26 -ohjelmaan sähköiseen muotoon. Aineiston syöttämisen jälkeen aineisto tulee tarkistaa, koska virheet aiheuttavat virheellisiä tulkintoja tuloksiin. Mahdollisesti aineistoon saattaa jäädä virheitä, joita on mahdotonta havaita jälkeen päin, kuten lomakkeen numeroiden siirtäminen väärään sarakkeeseen tai näppäilyvirhe yksittäisen kysymyksen kohdalla. Aineisto tarkastetaan SPSS-ohjelmasta löytyvällä työkalulla, mutta ainoa keino kaikkien arvojen oikeellisuuden tarkistamiseen on käydä kaikki lomakkeet ja näppäilyt läpi uudelleen. (Heikkilä 2008, 123, 131–132.) Aineistoa siirtämässä oli molemmat tätä tutkimusta tekemässä olleet tutkijat, tämä osaltaan vähentää virhenäppäilyjen mahdollisuutta. Syöttämisen jälkeen havaintomatriisi kertaalleen tarkistettiin huolellisesti ja esille nousseet virhenäppäilyt korjattiin. Kyselymittareissa saattaa olla vastamattomia kohtia ja niitä voidaan korvata aineistosta lasketulla keskiarvolla, mutta todellinen mielipide saattaa jäädä epäselväksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 64–65.)

Tilastotieteissä käytetään neljää ominaispiireiltään erilaista mitta-asteikkoa. Kvalitatiivinen muuttuja, kuten nominaaliasteikko eli laatuasteikko kertoo, mihin luokkaan joku kuuluu, eikä sillä voida suorittaa laskutoimituksia. (Heikkilä 2008, 81–82, 184.) Tässä työssä taustakysymyksistä koulutus, ammatti, työskentelypaikka ja kieli ovat nominaaliasteikollisia muuttujia.

Kvantitatiivisia muuttujia ovat jatkuvat muuttujat, kuten välimatka- ja suhdeasteikolliset muuttujat. Absoluuttista asteikkoa eli suhdeasteikkoa, joilla on yksiselitteinen nollakohta, käytetään esimerkiksi kysyttäessä aikaa. (Heikkilä 2008, 82.) Suhdeasteikollisia kysymyksiä, tässä tutkimuksessa oli työkokemus terveydenhuollossa, jota pyydettiin vastaamaan vuosissa ja kuukausissa. Ohjaukseen käytetty aika työpäivän aikana pyydettiin vastaamaan tunneissa ja minuuteissa. SPSS havaintomatriisiin syötettäessä aika syötettiin minuutteina ja työkokemus kuukausina. Näille luotiin lisäksi uusi muuttuja, jolla suhdeasteikolliset kysymykset luokiteltiin uudelleen uusien taustamuuttujien avulla järjestysasteikollisiksi muuttujiksi. Työssäolovuodet terveydenhuollossa luokiteltiin kategorioihin <10 v, 10–20 v, >20 v. Ohjaukseen käytetty aika työpäivän aikana luokiteltiin seuraavasti < 1,5 h, 1,5 h–3 h, 3 h–4,5 h ja > 4,5 h. Tällä tavoin taustamuuttujien raportointi on selkeämpää. Kaikista taustakysymyksistä laskettiin frekvenssit ja prosentit, sekä vaihteluväli, keskiarvo, mediaani ja keskihajonta, niistä, joidenka mitta-asteikko sallii tunnusluvut.

Ordinaaliasteikko tarkoittaa järjestysasteikollista muuttujaa, jolla mittaukset voidaan järjestää ominaisuuden mukaiseen järjestykseen, mutta mittausten välimatka ei ole tarkasti tiedossa. Ordinaaliasteikko on myös kvalitatiivinen muuttuja. Ordinaaliasteikollisia muuttujia ovat mielipidemittaukset, kuten tässä työssä kaikki ohjauksen laatua mittaavat mielipide kysymykset. Mielipidemittauksissa käytetään usein yleiskuvan antamiseen keskiarvoja. (Heikkilä 2008, 81–82, 184.) Keskiarvotestien edellytys on vähintään intervalliasteikollinen muuttuja. Likert-asteikollisia muuttujia ei voi suoraan käyttää keskiarvoerojen tarkasteluun, vaan on

järkevää tiivistää ne keskiarvosummamuuttujiksi ja käsitellä tämän jälkeen jatkuvaluonteisina. Keskiarvosummamuuttuja valittiin, jotta tulosten tulkinta on helppompaa. Keskiarvosummamuuttujan pistemäärä on tällä tavoin samalla asteikolla alkuperäisten muuttujien kanssa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 148.)

Keskiarvosummamuuttujien muuttujien tulee korreloida keskenään. Korrelaatio testataan käyttämällä Cronbachin alfakerrointa. Cronbachin alfa kertoimen tulee olla testatulla mittarilla vähintään 0,80–0,90. Uudella mittarilla 0,70. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 148.) Jokaiselle kuudelle osiolla luotiin keskiarvosummamuuttuja, josta pystyttiin raportoimaan jokaisen laatua mittaavan osion keskiarvo. Samalla tarkastettiin, että kaikki muuttujat ovat samansuuntaisia ja erisuuntaiset käännettiin. Käännettyt muuttujat sijaitsivat asennetta mittaavassa osiossa. Summamuuttujat testattiin Cronbachin alfakertoimella (Taulukko 1).

Taulukko 1. Potilasohjauksen laatu - mittarin Cronbach alfa luvut.

Potilasohjauksen laatua mittaavat osiot	Cronbach alfa (α)
Potilasohjauksen resurssit	0,901
Potilasohjauksen lähtökohdat	0,849
Tiedot	0,910
Taidot	0,900
Asenteet	0,766
Potilasohjauksen toteutus	0,942
Vaikutukset	0,950
Potilasohjauksen laatu	0,834

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa mittarit ovat usein pitkiä ja ne on jaettu osamittareihin. Tutkittavat ilmiöt ovat monesti melko abstrakteja ja operationalisointi vaatii ilmiön jakamista osamittareiksi ja useaksi muuttujaksi. Tässä työssä osamittareita on kuusi ja muuttujia useita, joita mitattiin Likert-asteikolla 1–5. Aineisto

tiivistettiin käyttämällä eksploratiivista faktorianalyysiä, joka tarkoittaa aineistolähtöistä faktorianalyysiä, sekä pääkomponenttianalyysiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 151–153.) Pääkomponenttianalyysissä tavoitteena on saada selitettyä aineiston vaihtelusta 70–90 %, ilman suurta informaation menetystä (Heikkilä 2008, 247).

Oletetaan, että muuttujajoukkojen sisällä olevien korrelaatioiden taustalla on tietty taustarakenne, joka tiivistyy faktoriin. Faktoriansalyysin avulla aineistosta etsitään latentteja muuttujia eli faktoreita. Kaikkien muuttujien tulee korreloida ja mitta-asteikon olla samansuuntainen. Faktoriansalyysi kertoo taulukolla lataukset, jotka perustuvat muuttujien väliseen korrelaatioon ja millainen yhteys muuttujalla on faktoriin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 151–153.)

Kaiserin testin (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) arvon ollessa $> 0,6$ ja yhdessä Barlettin sväärisyystestin p-arvo (Taulukko 2), kertovat korrelaatiomatriisin sopivan faktoriansalyysiin (Heikkilä 2014). Komponentin varianssia kuvataan ominaisarvolla (eigenvalue), sen ollessa > 1 komponentti tulkitaan. (Taulukko 3.) Ensimmäinen pääkomponentti selittää suurimman osan vaihteluista ja loput vaihteluista selittää toinen pääkomponentti. Nämä kaksi komponenttia ovat aina suorakulmassa keskenään. Tämän avulla erotellaan voimakkaimmin korreloivat muuttujat. (Nokelainen 2013.) Korrelaatio ilmoittaa onko muuttujilla lineaarista yhteyttä. Voimakas positiivinen korrelaatio ($r=1$) kysymysten tai mittausten välillä tarkoittaa, että muuttujat mittaavat samaa ominaisuutta. Negatiivinen korrelaatio ($r= -1$) puolestaan kertoo, että muuttujat mittaavat saman ominaisuuden ääripäitä. Nollakorrelaatio ($r= 0$) tarkoittaa, ettei muuttujien välillä ole korrelaatiota. Nolla korrelaatio ei tarkoita sitä, ettei muuttujien välillä olisi yhteyttä. (Jokivuori 2014.)

Taulukko 2. Mittarin osioiden soveltuvuus faktorianalyysiin.

Potilasohjauksen laatua mittaavat osiot	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)	Barlettin sväärisyys-testi
Potilasohjauksen resurssit	0,885	0,000
Potilasohjauksen lähtökohdat	0,827	0,000
Tiedot	0,904	0,000
Taidot	0,844	0,000
Asenteet	0,781	0,000
Potilasohjauksen toteutus	0,839	0,000
Vaikutukset	0,906	0,000

Taulukossa 3 on kuvattuna myös kommunaliteetti ja selitysosuus. Kommunaliteetti kuvaa paljonko faktori selittää yksittäisestä muuttujasta. Selitysosuus kertoo kuinka monta prosenttia faktori selittää muuttujien vaihtelusta. (Heikkilä 2008, 152–153.) Kommunaliteettiä ollessa lähellä yhtä, vahvistaa se väittämän. Kommunaliteetin tulee olla $> 0,20$, jos arvo jää tämän alle, väittäminen kannattaa poistaa analyysistä. (Nokelainen 2013.) Yhtään väittämää ei tarvinnut analyysistä poistaa kommunaliteettiä takia.

Faktorianalyysissä tulee valita rotaatio. Varimax-rotatiota etsii ne faktoreiden suunnat, joissa on suurimmillaan faktorilatausten varianssi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 151–153.) Varimax-rotatio on niin sanottu suorakulmamenetelmä (orthogonal rotation), jolla saadut faktorit eivät korreloi keskenään (KvantiMOTV 2004). Lisäksi kokeiltiin myös oblimin rotaatiota, joka sallii korrelaation faktoreiden välillä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 152).

Tilasto-ohjelma tuottaa löytämänsä määrän faktoreita (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 151–153). Saadut faktorit nimettiin latautuneiden väittämien antaman tiedon mukaan ja niistä muodostettiin keskiarvosummamuuttujia, jotka

testattiin Cronbachin alfakertoimella. Potilasohjauksen resurssit osioon pystyttiin ottamaan arvojen perusteella kaikki muuttujat mukaan. Potilasohjauksen lähtökohdista jouduttiin jättämään yksi muuttuja pois päällekkäisten matalien latausten takia.

Taulukko 3. Faktoreiden tunnusluvut.

Faktorit ja muuttujat	Lataukset	Kommunali-teetit	Eigen-value	Selitysosuus kokonaisuudessaan	Cronbach alfa (α)	
Potilasohjauksen resurssit (15 muuttujaa)						
Potilasohjauksen työkalut (Potilasohjauksenmateriaalia on saatavilla ja käytettävissä. Se on tutkimustietoihin perustuvaa ja ajantasaista)	0,591–0,812	0,582–0,785	6,4	18,2 %	67,3 %	0,805
Mahdollisuus kehittää ja saada koulutusta potilasohjaukseen	0,598–0,708	0,599–0,707	1,5	17 %		0,788
Perehdytys ja toimintaohjeet potilasohjaukseen	0,626–0,764	0,566–0,713	1,2	16,7 %		0,753
Henkilöstö resurssit ja tilat ovat riittävät potilasohjaukseen	0,495–0,798	0,602–0,766	1,0	15,1 %		0,786
Potilasohjauksen lähtökohdat (12 muuttujaa)						
Ohjaajan henkilökohtainen arvopohja (Etiikka, omat arvot ja niiden tunnistaminen)	0,681–0,820	0,511–0,740	4,9	27,3 %	61,5 %	0,855
Ammatillinen osaaminen (Lainsäädäntö, ammattitaidon ylläpitäminen)	0,711–0,780	0,639–0,666	1,5	17,8 %		0,728
Potilaan lähtökohtien tunnistamisen ohjauksessa.	0,712–0,809	0,543–0,656	1,0	16,4 %		0,640
Tiedot (15 muuttujaa)						
Potilaan sairauden hoitoa koskevat tiedot	0,580–0,784	0,564–0,698	7,5	32,8 %	65,7 %	0,911
Tiedot hoidon jälkeisistä palveluista (Sosiaalipalvelut, vertaistuki, potilasoikeudet, hoidon järjestäminen)	0,537–0,866	0,563–0,814	1,3	18,5 %		0,796
Sairauden merkitys potilaan arkeen ja läheisiin	0,781–0,857	0,805–0,828	1,1	14,4 %		0,801
Taidot (21 muuttujaa)						
Sairauden kulun arviointi	0,537–0,800	0,586–0,745	7,5	25 %		0,909

Suullisen ja kirjallisen ohjauksen toteutus	0,527–0,811	0,400–0,706	2,3	13,4 %	60,6 %	0,781
Vertaistuen ja potilasoikeuksien ohjaus	0,725–0,774	0,619–0,745	1,7	11 %		0,749
Monipuolinen ohjausmenetelmien käyttö	0,714–0,819	0,658–0,711	1,1	10,5 %		0,730
Asenteet (13 muuttujaa)						
Myönteinen suhtautuminen potilaaseen ohjauksessa	0,491–0,721	0,311–0,684	4,7	22,1 %	53,7 %	0,701
Myönteinen asenne potilasohjausta kohtaan	0,483–0,809	0,478–0,659	1,5	20,6 %		0,732
Potilasohjauksen toteutus (47 muuttujaa)						
Ohjauksen tavoitteiden arviointi ja kirjaus	0,519–0,845	0,602–0,766	13,9	12,5 %	67,9 %	0,882
Potilasohjauksen vuorovaikutus	0,443–0,717	0,621–0,781	4,2	9,0 %		0,867
Potilaan ohjaustarpeiden selvittäminen	0,703–0,726	0,580–0,778	2,4	7,1 %		0,818
Potilaan kannustaminen ohjaustilanteessa	0,448–0,644	0,587–0,749	1,7	7,0 %		0,829
Ohjaus suhteen luominen	0,437–0,758	0,623–0,786	1,7	5,5 %		0,711
Ohjauksen sisällön varmistaminen potilaalta	0,404–0,737	0,655–0,602	1,6	5,5 %		0,672
Potilaan elämäntilanteen kartoitus	0,574–0,834	0,589–0,775	1,4	5,4 %		0,802
Potilasohjauksen toteutus toimintaohjeiden mukaisesti	0,502–0,722	0,607–0,667	1,4	5,3 %		0,802
Toteutan välttämättömät asiat aina	0,502–0,722	0,628–0,682	1,3	4,0 %		0,705
Arvioin ohjauksen toteutuksen	0,683–0,757	0,728–0,768	1,1	3,5 %		0,404
Vaikutukset (22 muuttujaa)						
Vaikutus kansantalouteen	0,624–0,816	0,506–0,752	11,4	31,6 %	69,2 %	0,941
Vaikutukset terveyden edistämiseen	0,577–0,778	0,637–0,799	2,6	19,9 %		0,913
Vaikutukset potilaan itsehoitoon	0,634–0,796	0,493–0,752	1,2	17,7 %		0,878

Taustamuuttujista potilasohjaukseen työpäivän aikana käytetyn ajan ja terveydenhuollon työkokemuksen, sekä työskentely yksikön välistä yhteyttä tarkasteltiin ris-

tiintaulukoinnilla ja (χ^2) khiin neliötestillä. Muiden taustamuuttujien välistä yhteyttä ei ollut mahdollista tarkastella khiin neliötestillä, koska havainnot joidenkin solujen sisällä jäivät alle 5.

Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltaessa käytetään p-arvoa osoittamaan tilastollista merkitsevyyttä. Tutkimustieteissä käytetään yleisesti rajana tilastolliselle merkitsevyydelle arvoa $p \leq 0,05$. Jos p- arvo on $< 0,01$ on tulos merkitsevä. Jos p- arvo on $< 0,001$ tulos on erittäin merkitsevä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 135–136.)

Korrelaation voimakkuutta osoittavat r-arvot, jonka rajoina voidaan pitää seuraavia. Vahva positiivinen korrelaatio $r \geq 0,8$. Jos $r \geq 0,3$ - $r < 0,8$ korrelaatio on kohtalainen. $R < 0,3$ korrelaatio on heikko. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 138.) Otoksoon ollessa yli 100, korrelaatiokerroin 0,2 voidaan 5 % merkitsevyydellä ajatella olevan merkitsevä, vaikka riippuvuutta ajatellen korrelaatiokerroin 0,2 on pieni. Riippuvuus saattaa pienestä p-arvosta huolimatta olla lievää. Tulkinnoissa sisällöllinen merkittävyys on tärkeä muistaa. (Heikkilä 2008, 206–207) Potilasohjaukseen työpäivän aikana käytetyn ajan ja terveydenhuollon työvuosien välillä on heikko korrelaatio ($r=,272$) Kuitenkin tarkastellessa tarkemmin taulukkoa on sen sisällöllä merkittävyttä.

Kruskall-Wallis testia käytettiin kahden riippumattoman ryhmän vertailuun, kun selittävässä muuttujassa on enemmän kuin kaksi luokkaa ja muuttuja ei noudata normaalijakaumaa. Jakauman tarkasteluun käytettiin Kolmogorov-Smirnovin testiä. Kaikkien keskiarvosummamuuttujien jakauma oli vino tai ei noudattanut normaali jakaumaa eli p-arvo alle 0,05. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 137, 143, 146.) Otoksoon ollessa riittävän suuri, testisuure noudattaa χ^2 -likimain jakaumaa (Metsämuuronen 2006, 679). Kruskall-Wallis testillä saadaan esille, että joidenkin ryhmien välillä on merkitsevä ero ($p=<0,05$). Pairwise Comparisons-näkymä kertoo p-arvon ja minkä ryhmien välillä eroavaisuus on. (Taanila 2020.)

Viimeinen kysymys analysoitiin sisällönanalyysilla. Sisällönanalyysi voi olla joko aineistolähtöistä eli induktiivista tai teorialähtöistä eli deduktiivista. Induktiivisessa analyysissa aikaisemmat tiedot ja havainnot eivät ohjaa analyysia vaan sillä pyritään luomaan aineistosta teoreettinen kokonaisuus. Analysointi aloitetaan litte-roimalla eli kirjoittamalla koottu materiaali auki. Materiaali kirjoitetaan pääasiassa auki sanasta sanaan, mutta myös muut ratkaisut ovat sallittuja. Seuraavassa vaiheessa valitaan analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana tai teema. Induktiivisessa sisällönanalyysissa tutkimusongelmat ohjaavat, miten sanoja luokitellaan, teoreettisen merkityksen perusteella. Luokittelun jälkeen aineisto pelkistetään, klusteroidaan ja abstrahoidaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–167.)

Tässä tutkimuksessa avoin kysymys analysoitiin sisällönanalyysilla induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Ensin vastaukset kirjoitettiin tietokoneelle ja tämän jälkeen vastaukset selkeytettiin. Sen jälkeen klusteroitiin eli aineisto jaoteltiin. Taulukossa 4 on esimerkki sisällönanalyysin pelkistys ja klusterointi vaiheesta. Jaottelun jälkeen aineisto jaettiin alaluokkiin. Alaluokat yhdistettiin pääluokiksi ja viimeiseksi pääluokat muodostivat yhdistävän luokan. Tämän pohjalta kirjoitettiin tulokset.

Taulukko 4. Esimerkki pelkistämisestä ja klusteroinnista.

Pelkistys	Jaottelu eli Klusterointi
Riittävästi aikaa ohjaukseen. Ohjaukselle aikaa. Ajan puute potilas ohjauksessa	Riittävästi aikaa
Resurssien oikea kohdentaminen, eli sairaanhoitajat tekevät sairaanhoitajan työtä ja sihteerit sihteerin työtä. Selkeä työnkuvaus.	Selkeä työnjako

Oikea ammattilainen oikeassa paikassa esimerkiksi lähihoitaja tekee lähihoitajan työtä ja sairaanhoitaja sairaanhoitajan työtä.	Selkeä työnjako
---	-----------------

Pelkistetyistä ilmaisuista tehdään alaluokkia ja ne yhdistetään pääluokiksi. Lopuksi pääluokista muodostetaan yhdistävä luokka. Klusterointi tarkoittaa aineiston ryhmittelyä. Aineiston analyysi on abstrahointia ja sitä jatketaan niin pitkään kuin se aineiston kannalta on järkevää. (Tuomi & Sarajärvi 2017.) Lopuksi aineiston pohjalta kirjoitetaan raportti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 163–167.) Alla olevassa taulukossa 5 on, esimerkki siitä, kuinka jaottelun jälkeen aineisto jaettiin alaluokkiin. Alaluokat yhdistettiin pääluokiksi ja viimeiseksi pääluokat muodostivat yhdistävän luokan. Tämän pohjalta kirjoitettiin tulokset. Alaluokka ja pääluokat on esitelty taulukossa. (LIITE 3)

Taulukko 5. Esimerkki abstrahoinnista

Alaluokka	Pääluokka	Yhdistäväluokka
Riittävästi aikaa	Ohjauksen resurssit	Ohjauksen laatu
Selkeä työnjako		
Työnkuva		

6 VAASAN KESKUSSAIRAALAN POTILASOHJAUSOSAAMISEN LAATU

Tutkimustuloksissa raportoidaan ensin vastaajien taustatiedot. Tämän jälkeen raportoidaan kyselymittarin osioiden mukaisesti ohjauksen laatua mittaavat osalueet. Viimeiseksi raportoidaan sisällönanalyysillä kysymys potilasohjauksen kehittämisestä. Ohjauksen laatuosiolla ja kehitysidea kysymyksillä pyrittiin saamaan vastaus tutkimusongelmiin, minkälainen on Vaasan keskussairaalan potilasohjauksen laatu, miten työskentelypaikka vaikuttaa potilasohjauksen laatuun ja miten hoitohenkilökunnan potilasohjauksen laatua tulisi kehittää Vaasan keskussairaalassa.

Ohjauksen laatua mittaavassa osiossa vastaajat ovat voineet valita mielipidettään vastaavan vaihtoehdon seuraavalla asteikolla, jossa 5= täysin samaa mieltä, 4= osittain samaa mieltä, 3= en samaa enkä eri mieltä, 2= osittain eri mieltä ja 1= täysin eri mieltä. Aineistoa on tiivistetty faktorianalyysin avulla ja sitä tarkastellaan keskiarvosummamuuttujien avulla. Keskiarvo tuloksista käytetään raportissa myös sanallista muotoa. Keskiarvo 1.0–1.9 =huono, 2.0 –2.9 = tyydyttävä, 3.0–3.9 = hyvä, 4.0–5.0 = Kiitettävä. Keskiarvon merkinä käytetään ka tai μ .

Tutkimukseen saatiin määräajassa yhteensä 169 vastausta (n=500). Vastausprosentiksi tuli 33,8 %. Yksittäisissä vastauksissa on kuitenkin vastaajien määrissä eroja ja vastanneiden määrä on yksittäisiä vastauksia esiteltäessä ilmoitettu käytämällä n-merkkiä.

Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltaessa käytettiin p-arvoa osoittamaan tilastollista merkitsevyyttä. Tieteissä käytetään yleisesti rajana tilastolliselle merkitsevyydelle arvoa $p \leq 0,05$. Jos p- arvo on $< 0,01$ on tulos merkitsevä. Jos p-arvo on $< 0,001$ tulos on erittäin merkitsevä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 135–136.)

Korrelaation voimakkuutta osoittavat r-arvojen rajoina voidaan pitää seuraavia. Vahva positiivinen korrelaatio $r \geq 0,8$. Jos $r \geq 0,3$ $r < 0,8$ korrelaatio on kohtalainen. $r < 0,3$ korrelaatio on heikko. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 138.)

Taustamuuttujista erityisesti tarkastelemme työskentelyalueen vaikutusta muutujiin, koska potilasohjauksen ominaispiirteet ovat erilaisia palvelualueilla.

6.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajien taustatietoja kysyttiin kuudella taustakysymyksellä. Taustakysymyksissä selvitettiin vastaajan koulutusta, tämänhetkistä tehtävänimikettä, työkokemusta terveydenhuollossa, keskimääräistä ajan käyttöä potilasohjaukseen työpäivän aikana, työskentely palvelualueella sekä yksikköä ja vastaajan äidinkieltä. Työskentelypaikka raportoidaan palvelualueittain ja työskentely-yksikkö jätetään raportoimatta, koska vaarana on vastaajan anonymiteettisuojaan rikkoutuminen.

Vastaajien taustatiedoissa ensimmäisenä kysyttiin koulutusta (Taulukko 6). Vastaajista (n=168) kolme neljäsosaa oli opistoasteen tai ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita. Kouluasteen tai nuorisoasteen ammatillisen tutkinnon suorittaneita oli 19. Ylemmän ammattikorkeakoulun oli suorittanut yksi kymmenestä vastaajasta ja yliopistosta maisteriksi valmistuneita oli kahdeksan. Yksi vastaaja opiskeli ammattikorkeakoulussa.

Taulukko 6. Vastaajien koulutus.

Tutkinnon taso	lukumäärä	%
Kouluasteen/nuorisoasteen ammatillinen tutkinto (lähinhoitaja/perushoitaja)	19	11 %
Opistoasteen/ammattikorkeakoulututkinto (sairaanhoitaja Amk)	124	74 %
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto (YAMK)	16	9 %
Yliopiston alempi korkeakoulututkinto (kandidaatti)	0	0 %
Yliopiston ylempi korkeakoulututkinto (maisteri)	8	5 %
Opiskelija ammattikorkeakoulu	1	1 %
Yhteensä	168	100 %

Vastaajilta (n=169) kysyttiin tämänhetkistä tehtävänimikettä (Taulukko 7). Suurin osa vastaajista työskenteli sairaanhoitajana tai erikoissairaanhoitajana. Lähihoitajia tai perushoitajia oli vastaajista 21. Kliinisenä asiantuntijana työskenteli kuusi vastaajaa. Apulaisosastonhoitajana, osastonhoitajana tai koordinoivana osastonhoitajana työskenteli 16 vastaajaa.

Taulukko 7. Vastaajien tämänhetkinen tehtävänimike.

Ammattinimike	luku- määrä	%
Lähihoitaja/perushoitaja	21	13 %
Sairaanhoitaja/erikoissairaanhoitaja (Amk)	125	74 %
Osastonhoitaja tai koordinoivaosastonhoitaja	7	4 %
Apulaisosastonhoitaja	9	5 %
Kliininen asiantuntija	6	4 %
Yhteensä	169	100 %

Vastaajien työskentelypaikkaa kysyttiin palvelualueittain (Taulukko 8). Avohoidon palvelualueella työskenteli 69 vastaajaa ja vuodeosastohoidon palvelualueella 68 vastaajaa. Loput 32 vastaajaa työskenteli akuuttihoidon palvelualueella.

Taulukko 8. Työskentelypaikka.

Työskentelypaikka	luku- määrä	%
Avohoidon palvelualue	69	41 %
Vuodeosastohoidon palvelualue	68	40 %
Akuuttihoidon palvelualue	32	19 %
Yhteensä	169	100 %

Työkokemusta terveydenhuollossa kysyttiin vuosina ja kuukausina (Taulukko 9). Vastaukset luokiteltiin ryhmiin < 10 vuotta, 10 – 20 vuotta ja > 20 vuotta. Vastaajista enemmistö oli työskennellyt terveydenhuollossa yli 20 vuotta. Vastaajista

kolmasosalla oli 10–20 vuotta työkokemusta ja loppuilla vastanneista oli alle 10 vuotta.

Taulukko 9. Työkokemus terveydenhuollossa.

Työkokemus	lukumäärä	%
< 10 vuotta	46	28 %
10–20 vuotta	53	32 %
> 20 vuotta	65	40 %
Yhteensä	164	100 %

Potilasohjaukseen keskimäärin käytettyä aikaa työpäivän aikana arvioitiin tunteina ja minuutteina (Taulukko 10). Vastaukset luokiteltiin ryhmiin < 1,5 h, 1,5–3 h, 3–4,5 h ja > 4,5 h. Vastaajista yksi neljäsosa käytti aikaa alle 1,5 h potilasohjaukseen työpäivän aikana. Toinen neljäsosa käytti aikaa 3–4,5 h ja kolmas neljäsosa käytti yli 4,5 h. Loput vastaajat käyttivät potilasohjaukseen aikaa 1,5–3 h.

Taulukko 10. Potilasohjaukseen käytetty aika työpäivän aikana.

Aika	lukumäärä (n)	%
<1,5 h	41	27 %
1,5 h–3 h	30	19 %
3 h–4,5 h	41	27 %
>4,5 h	41	27 %
Yhteensä	153	100 %

Potilasohjaukseen käytetyn ajan ja terveydenhuollon työkokemuksen välillä (Taulukko 11) oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p=,000$). Vaikka korrelaatio jää heikoksi ($r=,272$), tarkasteltaessa taulukkoa löytyy siitä sisällöllistä merkittävyyttä. Potilasohjaukseen käyttivät enemmän aikaa vastaajat, joilla oli työkokemusta enemmän. Vastaajista 48 % ($f=42$), joilla oli alle 10 vuotta työkokemusta, käytti alle 1,5 tuntia työvuoron aikana potilasohjaukseen. Vastaajista 40 % ($f=50$), joilla oli työkokemusta terveydenhuollossa 10 – 20 vuotta, käytti aikaa 3 – 4,5 tuntia potilasohjaukseen työvuoron aikana ja vastaajista 39 % ($f=59$), joilla oli työkokemusta yli 20 vuotta, käytti potilasohjaukseen aikaa yli 4,5 tuntia.

Taulukko 11. Käytetty aika ja terveydenhuollon työkokemus.

	<1,5 h		1,5–3 h		3–4,5 h		> 4,5 h		Yhteensä		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	P
< 10 vuotta	20	48 %	6	14 %	6	14 %	10	24 %	42	100 %	
10–20 vuotta	12	24 %	10	10 %	20	40 %	8	16 %	50	100 %	
>20 vuotta	7	12 %	14	24 %	15	25 %	23	39 %	59	100 %	
Yhteensä	39	26 %	30	20 %	41	27 %	41	27 %	151	100 %	

Vastaajista suurin osa (70 %) oli äidinkieleltään suomenkielisiä (Taulukko 12). Ruotsinkielisiä oli yksi neljäsosa vastaajista. Molemmat kotimaiset kielet äidinkielenä oli 4 % vastaajista. Kolme vastaajaa ilmoitti äidinkieleksi, jonkun muun kielen.

Taulukko 12. Äidinkieli

Äidinkieli	luku- määrä	%
Suomi	118	70 %
Ruotsi	40	24 %
Molemmat kotimaiset kielet	6	4 %
Muu kieli	3	2 %
Yhteensä	167	100 %

Taustatietoja tarkasteltiin palvelualueittain (taulukko 13). Palvelualueiden ja työkokemuksen välillä todettiin tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($p=,045$), mutta negatiivinen korrelaatio näiden välillä on mitättömän pieni ($r=-,192$). Akuuttihoiton palvelualueella työkokemusta oli vuosissa vähiten. Avohoidon palvelualueella työkokemusta oli vuosissa eniten. Vuodeosastohoidon palvelualueella oli työkokemusta 41 %:lla vastaajista yli 20 vuotta, mutta myös nuoria, alle 10 vuotta työkokemusta omaavia oli 33 %. Tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p=,000$) oli palvelualueiden ja potilasohjaukseen käytettävän ajan välillä, mutta korrelaatiota

näiden välillä ei ole ($r=, 028$). Akuuttihoidon palvelualueella vastaajat käyttivät aikaa potilasohjaukseen tasaisesti kaikissa aika luokissa. Avohoidon palvelualueella vastaajista 86 % käytti potilasohjaukseen aikaa alle 4,5 tuntia kun puolestaan vuodeosastohoidon palvelualueella 40 % vastanneista käytti yli 4,5 h aikaa potilasohjaukseen työvuoron aikana. Palvelualueiden ja työkokemuksen, sekä potilasohjaukseen käytetyn ajan tunnuslukuja käsitellään lisää taulukossa 14.

Kaikilla palvelualoilla vastaajien koulutusaste painottui opistoasteen/ammattikorkeakoulututkinnon käyneisiin ja suurin osa työskenteli tehtävänimikkeellä sairaanhoitaja. Vastaajista ammatillisen tutkinnon suorittaneita lähihoitajia tai perushoitajia työskenteli vähiten akuuttihoidon palvelualueella. Vastaajista vuodeosastohoidon palvelualueella työskentelevistä, lähihoitajana työskenteli 23 %. Avohoidon palvelualueelta vastanneissa oli koulutustasoltaan korkeammin kouluttautuneita maistereita ja ylemmän ammattikorkeakoulun käyneitä 21 %. Tehtävänimikkeissä muut ryhmään oli luokiteltu apulaisosastonhoitajat, osastonhoitajat, koordinoivat osastonhoitajat ja kliiniset asiantuntijat, anonymiteetin säilyttämisen takia. Myöskään sairaanhoitajaopiskelijan palvelualueella ei mainita taulukossa 13 anonymiteetti suojan takia. Kaikilla palvelualueilla enemmistö ilmoitti äidinkielekseen suomen kielen. Ruotsinkielisiä vastaajia oli eniten avohoidonpalvelualueella.

Taulukko 13. Taustatiedot palvelualueittain.

	Avohoidon palvelualue		Vuodeosastohoidon palvelualue		Akuuttihoidon palvelualue		P
	n	%	n	%	n	%	
Työkokemus							
< 10 vuotta	11	16 %	22	33 %	13	42 %	
10–20 vuotta	26	39 %	17	26 %	10	32 %	
>20 vuotta	30	45 %	27	41 %	8	26 %	
Yhteensä	67	100 %	66	100 %	31	100 %	,045
Ajan käyttö							
< 1,5 h	13	20 %	20	34 %	8	28 %	
1,5–3 h	14	22 %	11	18 %	5	16 %	
3 h–4,5 h	28	44 %	5	8 %	8	28 %	
> 4,5 h	9	14 %	24	40 %	8	28 %	
Yhteensä	64	100 %	60	100 %	29	100 %	,000

Koulutus							
Ammattikoulu	3	4 %	15	22 %	1	3 %	
Ammattikorkeakoulu	50	74 %	46	68 %	28	88 %	
YAMK	10	15 %	3	4 %	3	9 %	
Maisteri	4	6 %	4	6 %	0	0 %	
Yhteensä	67	100 %	68	100 %	32	100 %	-
Tehtävänimike							
Lähihoitaja	4	6 %	16	23 %	1	3 %	
Sairaanhoitaja	49	73 %	46	68 %	30	94 %	
Muut	15	21 %	6	9 %	1	3 %	
Yhteensä	68	100 %	68	100 %	32	100 %	-
Äidinkieli							
Suomi	43	64 %	50	75 %	25	78 %	
Ruotsi	23	33 %	13	19 %	4	13 %	
Molemmat kotimaiset kielet	2	3 %	2	3 %	2	6 %	
Muu	0	0 %	2	3 %	1	3 %	
Yhteensä	68	100 %	67	100 %	32	100 %	-

Työkokemusta terveydenhuollossa ja potilasohjaukseen työpäivän aikana keskimäärin käytettyä aikaa tarkasteltiin palvelualueittain (Taulukko 14). Työkokemusta terveydenhuollossa vastaajilla oli keskimäärin 16 vuotta ja 6 kuukautta, minimissään 5 kuukautta ja maksimissaan 44 vuotta. Avohoidon palvelualueella vastaajien työkokemus vuodet terveydenhuollossa olivat keskiarvon perusteella suurimmat, 18 vuotta ja 5 kuukautta. Vastaajista vuodeosastohoidon palvelualueella työkokemusta oli keskimäärin 15 vuotta ja 11 kuukautta. Pisin työkokemus terveydenhuollossa oli 44 vuotta. Vähiten työkokemusta oli akuuttihoidon palvelualueella, 13 vuotta ja 5 kuukautta.

Taulukko 14. Työkokemus terveydenhuollossa palvelualueittain

	n	ka (μ)	Medi- aani	min μ -max μ
Työkokemus terveydenhuollossa __v__kk				
Avohoidon palvelualue				
Työkokemus terveydenhuollossa	67	18 v 5 kk	18 v 1 kk	0 v 5 kk - 41 v 0 kk
Vuodeosastohoidon palvelualue				
Työkokemus terveydenhuollossa	66	15 v 11 kk	12 v 6 kk	0 v 6 kk - 44 v 0 kk
Akuuttihoidon palvelualue				

Työkokemus terveydenhuollossa	31	13 v 5 kk	12 v 9 kk	1 v 1 kk - 35 v 1 kk
Kaikki palvelualueet yhteensä				
Työkokemus terveydenhuollossa	164	16 v 6 kk	15 v 0 kk	0 v 5 kk - 44 v 0 kk

Aikaa potilasohjaukseen työpäivän aikana käytettiin keskimäärin 3 tuntia ja 17 minuuttia (Taulukko 15). Osa vastaajista arvioi, ettei käyttänyt lainkaan aikaa ohjaukseen ja maksimi ilmoitettu aika oli 10 tuntia. Vuodeosastohoidon palvelualueella käytettiin keskimäärin eniten aikaa potilasohjaukseen 3 tuntia 40 minuuttia. Avohoidon palvelualueella vastaajat käyttivät aikaa potilasohjaukseen keskimäärin 2 tuntia 57 minuuttia ja akuuttihoitoon palvelualueella keskimäärin 3 tuntia ja 12 minuuttia.

Taulukko 15. Ajankäyttö työpäivän aikana potilasohjaukseen.

	n	ka (μ)	Medi- aani	min μ-max μ
Ajankäyttö työpäivän aikana __h__min				
Avohoidon palvelualue				
Aikaa ohjaukseen työvuo- ronaikana	64	2 h 57 min	3 h 0 min	0 h 0 min - 8 h 0 min
Vuodeosastohoidon palvelualue				
Aikaa ohjaukseen työvuo- ronaikana	60	3 h 40 min	2 h 27 min	0 h 24 min-10 h 0 min
Akuuttihoitoon palvelualue				
Aikaa ohjaukseen työvuo- ronaikana	29	3 h 12 min	3 h 0 min	0 h 20 min-8 h 0 min
Kaikki palvelualueet yhteensä				
Aikaa ohjaukseen työvuo- ronaikana	153	3 h 17 min	3 h 0 min	0 h 0 min - 10 h 0 min

6.2 Potilasohjauksen laatu Vaasan keskussairaalassa

Potilasohjauksen laatu Vaasan keskussairaalassa raportoitiin keskiarvosumma-
muuttujien avulla. Tutkimuksen tekijöiltä voi tarvittaessa pyytää tarkempia yksit-
täisiä keskiarvoja. Tilastollisesta merkitsevyydestä käytettiin seuraavia symboleja:

*** tilastollisesti erittäin merkitsevä, jos $\leq 0,001$

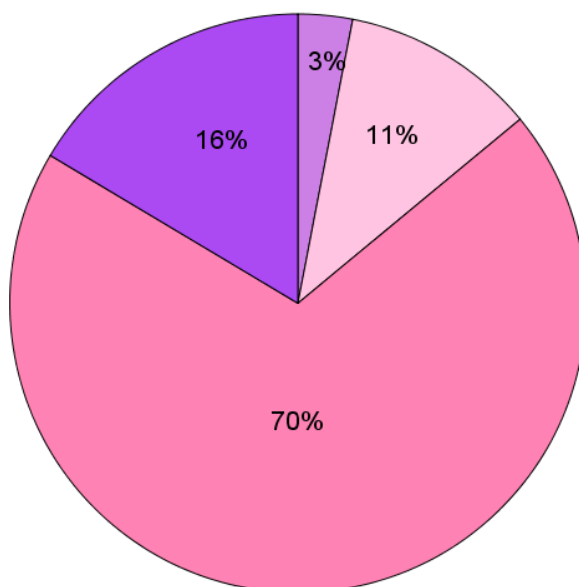
** tilastollisesti merkitsevä, jos $0,001 < p \leq 0,01$

*tilastollisesti melkein merkitsevä, jos $0,01 < p \leq 0,05$

ns.= non-significant, ei merkitsevä

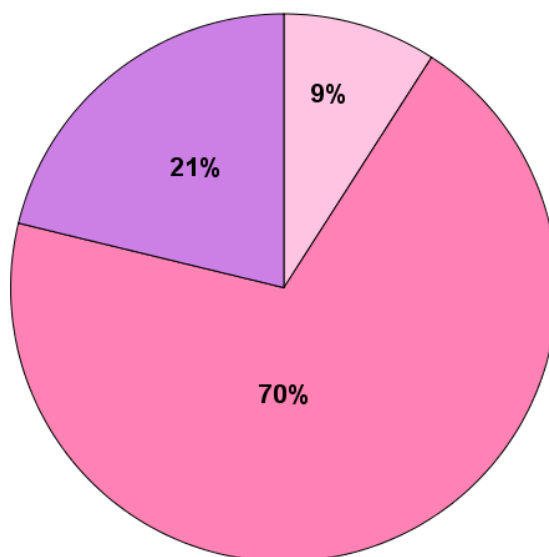
6.2.1 Vastaajien oma-arvio työyksikön potilasohjauksen laadusta

Vastaajat arvioivat potilasohjauksen kokonaislaatua omassa työyksikössään asteikolla 1= huono, 2= välttävä, 3= tyydyttävä, 4= hyvää ja 5= kiitettävä. Vastaajista 70 % arvioi potilasohjauksen laadun hyväksi omassa työyksikössään (Kuvio 1). Kiitettäväksi laadun arvioi 16 % vastaajista ja tyydyttäväksi 11 %. Vastaajista 3 % arvioi oman työyksikkönsä potilasohjauksen välttäväksi. Vastaajista kukaan ei arvioinut potilasohjauksen laatua huonoksi.



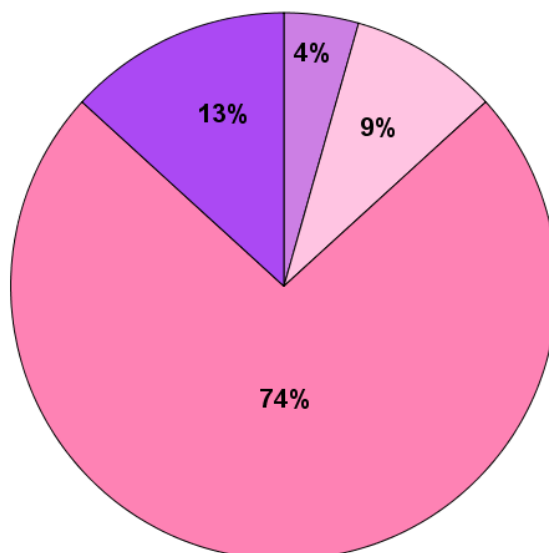
Kuvio 1. Vastaajien oma arvio potilasohjauksen laadusta omassa työyksikössään (n=164)

Avohoidon palvelualueella vastaajista 70 % arvioi oman yksikkönsä potilasohjauksen hyväksi (Kuvio 2). Kiitettäväksi arvioi 21 % ja tyydyttäväksi 9 % vastaajista.



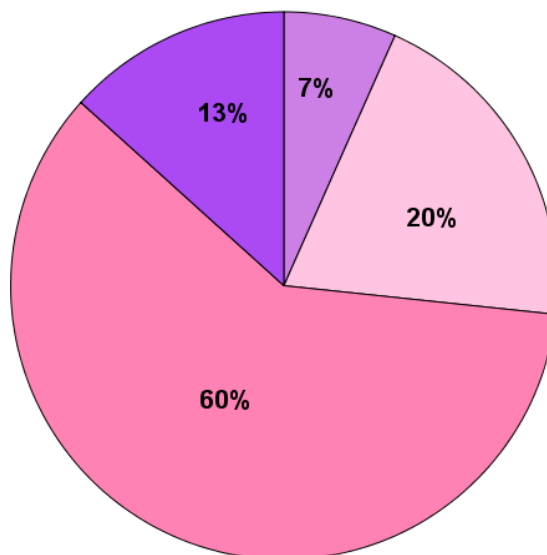
Kuvio 2. Avohoidon palvelualueen vastaajien oma arvio potilasohjauksen laadusta (n=66)

Vuodeosastohoidon palvelualueella 74 % piti omassa työyksikössä annettavaa ohjausta hyvänä (Kuvio 3). Kiitettäväksi potilasohjauksen laadun työyksikössään arvioi 13 %, tyydyttäväksi 9 % ja välttäväksi 4 %.



Kuvio 3. Vuodeosastohoidon palvelualueen vastaajien oma arvio potilasohjauksen laadusta (n=68)

Akuuttihoidon palvelualueella vastaajista 60 % arvioi potilasohjauksen laadun omassa työyksikössään hyväksi (Kuvio 4). 20 % arvioi sen tyydyttäväksi ja 13 % kiitettäväksi. Välttäväksi oman työyksikön potilasohjauksen arvioi 7 % vastaajista.



Kuvio 4. Akuuttihoidon palvelualueen vastaajien oma arvio potilasohjauksen laadusta (n=30)

6.2.2 Potilasohjauksen laatu mittarin tulokset

Potilasohjauksen laatua mitattiin seitsemällä laadun osa-alueella (Taulukko 16). Kokonaisuudessaan potilasohjauksen laatu oli vastaajien mielestä hyvää. Potilasohjauksen lähtökohdat, potilasohjauksen toteutus ja vaikutukset arvioitiin laadultaan kiitettäväksi. Laadultaan hyväksi vastaajat arvioivat potilasohjauksen resurssit, tiedot, taidot ja asenteet. Parhaimman keskiarvon sai osa-alueista potilasohjauksen lähtökohdat ja vaikutukset. Mediaani potilasohjauksen lähtökohdissa oli hieman korkeampi kuin vaikutuksissa. Huonoin keskiarvo oli asenteissa.

Taulukko 16. Potilasohjauksen laatu osa-alueittain.

Potilasohjauksen laadun osa-alueet	n	ka (μ)	SD	Mediaani	min-max (μ)
Potilasohjauksen resurssit	157	3,7	0,66	3,7	2,1–4,9

Potilasohjauksen lähtökohdat	160	4,3	0,48	4,4	3,0–5,0
Tiedot	160	3,8	0,60	3,8	2,1–5,0
Taidot	155	3,7	0,54	3,7	2,3–4,8
Asenteet	159	3,6	0,28	3,6	3,0–4,6
Potilasohjauksen toteutus	136	4,1	0,45	4,1	2,5–5,0
Vaikutukset	155	4,3	0,55	4,3	3,0–5,0
Potilasohjauksen kokonaislaatu	101	3,9	0,37	3,9	2,9–4,7

Avohoidon palvelualueella potilasohjauksen kokonaislaatu oli vastaajien mielestä kiitettävää. (Taulukko 17) Laadultaan kiitettäväksi osa-alueiksi arvioitiin keskiarvon perusteella potilasohjauksen lähtökohdat, tiedot, potilasohjauksen toteutus ja vaikutukset. Hyväksi laadultaan arvoitiin osa-alueista potilasohjauksen resurssit, taidot, ja asenteet. Parhaimmaksi laadultaan arvoitiin keskiarvon perusteella potilasohjauksen lähtökohdat ja heikoimmaksi asenteet.

Taulukko 17. Avohoidon palvelualueen potilasohjauksen laatu.

Potilasohjauksen laadun osa-alueet	n	ka (μ)	SD	Medi-aani	min-max (μ)
Potilasohjauksen resurssit	63	3,9	0,61	3,9	2,7–4,9
Potilasohjauksen lähtökohdat	62	4,5	0,38	4,5	3,1–5,0
Tiedot	67	4,1	0,54	4,0	2,5–5,0
Taidot	62	3,9	0,53	3,9	2,3–4,8
Asenteet	67	3,6	0,27	3,6	3,1–4,2
Potilasohjauksen toteutus	52	4,2	0,46	4,2	3,1–4,9
Vaikutukset	64	4,4	0,52	4,3	3,1–5,0
Potilasohjauksen kokonaislaatu	37	4,1	0,36	4,0	3,3–4,7

Vuodeosastohoidon palvelualueella potilasohjauksen kokonaislaatu oli arvioitu hyväksi (Taulukko 18). Potilasohjauksen lähtökohdat, potilasohjauksen toteutus ja vaikutukset toteutuivat vastaajien arvioimana kiitettävästi. Laadultaan hyväksi arvioitiin potilasohjauksen resurssit, tiedot, taidot ja asenteet. Parhaimmaksi arvioitiin ohjauksen vaikutukset ja heikoimmaksi arvoitiin potilasohjauksen resurssit.

Taulukko 18. Vuodeosastohoidon palvelualueen potilasohjauksen laatu.

Potilasohjauksen laadun osa-alueet	n	ka (μ)	SD	Medi-aani	min-max (μ)
------------------------------------	---	--------------	----	-----------	-------------------

Potilasohjauksen resurssit	66	3,4	0,66	3,4	2,1–4,8
Potilasohjauksen lähtökohdat	66	4,2	0,49	4,3	3,0–5,0
Tiedot	62	3,8	0,53	3,7	2,6–5,0
Taidot	62	3,7	0,53	3,7	2,6–4,8
Asenteet	62	3,6	0,29	3,7	3,0–4,2
Potilasohjauksen toteutus	55	4,1	0,36	4,1	3,5–5,0
Vaikutukset	61	4,3	0,56	4,5	3,1–5,0
Potilasohjauksen kokonaislaatu	44	3,8	0,33	3,8	3,3–4,6

Akuuttihoidon palvelualueen potilasohjauksen kokonaislaatu arvioitiin hyväksi. (Taulukko 19) Kiitettäväksi potilasohjauksen osa-alueiksi keskiarvon perustella nousivat potilasohjauksen lähtökohdat, potilasohjauksen toteutus ja vaikutukset. Potilasohjauksen resurssit, tiedot, taidot ja asenteet arvioitiin hyväksi. Parhaimmat keskiarvot olivat osioilla potilasohjauksen lähtökohdat ja vaikutukset, joista mediaani oli hieman parempi potilasohjauksen lähtökohdilla. Heikoimmat keskiarvot saivat tiedot ja taidot, joista taitojen mediaani oli huonompi.

Taulukko 19. Akuuttihoidon palvelualueen potilasohjauksen laatu.

Potilasohjauksen laadun osa-alueet	n	ka (μ)	SD	Mediaani	min-max (μ)
Potilasohjauksen resurssit	28	3,8	0,64	4,0	2,4–4,7
Potilasohjauksen lähtökohdat	32	4,2	0,56	4,2	3,1–5,0
Tiedot	31	3,5	0,67	3,5	2,1–4,8
Taidot	31	3,5	0,51	3,4	2,4–4,7
Asenteet	30	3,6	0,31	3,6	3,0–4,6
Potilasohjauksen toteutus	29	4,0	0,56	4,1	2,5–4,9
Vaikutukset	30	4,2	0,61	4,1	3,0–5,0
Potilasohjauksen kokonaislaatu	20	3,8	0,42	3,8	2,9–4,6

6.3 Potilasohjauksen resurssit

Potilasohjauksen resurssien laatu oli kokonaisuudessaan arvioitu hyväksi (Taulukko 20). Potilasohjauksen työkalujen saatavuus ja ajantasaisuus oli palvelualueilla hyvää ja 42 % vastaajista (Taulukko 21) arvioi ne kiitettäväksi. 40 % vastaajista

arvioi koulutus- ja kehittämismahdollisuudet hyväksi ja 44 % arvioi potilasohjauksen perehdytyksen ja toimintaohjeet hyväksi. 40 % vastaajista arvioi henkilöstöresurssit ja ohjaukseen käytettävät tilat hyväksi.

Taulukko 20. Potilasohjauksen resurssien laatu.

Potilasohjauksen resurssit	n	ka (μ)	SD	Medi- aani	min-max (μ)
Potilasohjauksen työkalut	166	***3,9	0,75	4,0	2,0–5,0
Potilasohjauksen kouluttautumis- ja kehittämismahdollisuudet	166	**3,7	0,80	3,8	1,5–5,0
Potilasohjauksen perehdytys ja toimintaohjeet	164	*3,7	0,83	4,0	1,76–5,0
Potilasohjaukseen riittävät henkilöstöresurssit ja tilat	167	Ns/3,4	0,88	3,5	1,25–5,0
Potilasohjauksen resurssit	157	***3,7	0,66	3,7	2,1–4,9

Taulukko 21. Potilasohjauksen resurssien prosentuaalinen jakautuminen.

Potilasohjauksen resurssit	Kiitettävä	Hyvä	Tyydyttävä	Huono	%/n
Potilasohjauksen työkalut	42 %	40 %	17 %	1 %	100 %/166
Potilasohjauksen kouluttautumis- ja kehittämismahdollisuudet	36 %	40 %	22 %	2 %	100 %/166
Potilasohjauksen perehdytys ja toimintaohjeet	35 %	44 %	14 %	7 %	100 %/164
Potilasohjaukseen riittävät henkilöstö resurssit ja tilat	20 %	40 %	30 %	10 %	100 %/167
Potilasohjauksen resurssit	33 %	48 %	20 %	0 %	100 %/157

Vastaajista 58 % arvioi työyksikön ilmapiirin kannustavan potilasohjaamiseen (n=168, $\mu=4,4-4,6$). Keskiarvon perusteella heikoimmaksi arvioitiin henkilöstömäärän riittävyys potilasohjaukseen (n=168, $\mu=3,1$). Myös avohoidon (n=69, $\mu=3,2$) ja vuodeosastohoidon (n=68, $\mu=3,0$) palvelualueella tämä arvioitiin heikoimmaksi. Vuodeosastohoidon palvelualueella vastaajat arvioivat lisäksi potilasohjauksen aktiivisen kehittämistyön heikoimmaksi (n=68, $\mu=3,0$). Akuuttihoidon palvelualueella heikoimmaksi arvioitiin mahdollisuus osallistua potilasohjausosaa-

mista lisääviin koulutuksiin ($n=31$, $\mu= 3,0$), mutta myös henkilöstön mitoitus potilasohjaukseen ($n=31$, $\mu=3,1$) ja ajan riittävyys potilasohjaukseen oli heikommin arvioitu ($n=31$, $\mu= 3,2$).

Työskentelypaikan vaikutus ohjauksen resursseihin oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=,001$) (taulukko 21). Vuodeosastohoidon palvelualueella ohjauksen resurssit koettiin huonommiksi kuin akuuttihoiton ($p=,022$) ja avohoidon palvelualueella ($p=,001$). Ohjaukseen käytettävien työkalujen saatavuus ja ajantasaisuus oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=,000$) palvelualueiden välillä. Vuodeosastohoidon palvelualueella koettiin, että ohjauksen työkalujen saatavuus ja ajantasaisuus oli huonompaa kuin akuuttihoitotyön ($p=,000$) ja avohoidon palvelualueen ($p=,000$).

Työskentelypaikkojen (Taulukko 22) välillä oli tilastollista eroa ($n=166$, $p=,013$) koulutus ja kehittämismahdollisuuksissa. Vuodeosastohoidon palvelualueella hoitotyöntekijät kokivat, että potilasohjauksen koulutus ja kehittämismahdollisuudet olivat vähäisemmät ($p=,009$) kuin avohoidon palvelualueella. Vuodeosastohoidon palvelualueella potilasohjauksen perehdytys ja toimintaohjeet eivät olleet yhtä selkeitä kuin akuuttihoiton ($p=,052$) ja avohoidon palvelualueella ($p=,035$). Vastausten keskiarvojen perusteella henkilöstöresursseissa ja potilasohjaukseen käytettävissä tiloissa oli vuodeosastohoidon palvelualueella kehitettävää.

Taulukko 22. Potilasohjauksen resurssien laatu palvelualueittain.

Muuttujat	Avohoidon palvelualue	Vuodeosastohoidon palvelualue	Akuuttihoiton palvelualue
μ / n			
Potilasohjauksen resurssit	3,9/63	***3,4/66	3,8/28
Potilasohjauksen työkalut	4,2/67	***3,5/68	4,1/31

Potilasohjauksen kouluttautumis- ja kehittämismahdollisuudet	3,9/67	**3,5/68	3,7/31
Potilasohjauksen perehdytys ja toimintaohjeet	3,8/67	*3,5/66	4,0/29
Potilasohjaukseen riittävät henkilöstöresurssit ja tilat	3,9/69	Ns.3,2/68	3,4/30

Muiden taustamuuttujien ja potilasohjauksen resurssien välillä erot olivat melkein tilastollisesti merkitseviä tai niissä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Vastaajien äidinkielellä ja potilasohjauksen resursseilla ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Koulutuksella ei vastausten perusteella ollut myöskään yhteyttä ohjauksen resursseihin ($p=,583$).

Tämänhetkisen tehtävänimikkeen vaikutus ohjauksen resursseihin oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($n=156$, $p=,029$). Kliiniset asiantuntijat kokivat ohjauksen resurssit hieman parempina ($p=,042$) kuin sairaanhoitajat. Työkokemuksen vaikutus ohjauksen resursseihin oli tilastollisesti melkein merkitsevät ($n=157$, $p=,035$). Yli 30 vuotta töissä olleet kokivat potilasohjauksen perehdytyksen ja toimintaohjeet hieman paremmiksi ($p=,031$) kuin 5–10 vuotta töissä olleet. Potilasohjaukseen käytettävän ajan vaikutus ohjauksen työkalujen saatavuuteen ja ajantasaisuuteen oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($n=150$, $p=,037$). Hoitotyöntekijät, jotka käyttivät aikaa ohjaukseen työpäivän aikana alle 1,5 tuntia, kokivat ohjaukseen käytettävät työkalut hieman huonompina kuin 3–4,5 tuntia ohjaukseen käyttävät ($p=,022$).

6.4 Potilasohjauksen lähtökohdat

Potilasohjauksen lähtökohdat (Taulukko 23) arvioitiin laadultaan kiitettäväksi. Vastaajista jopa 70 % arvioi (Taulukko 24) potilasohjauksen lähtökohtien laadun kiitettäväksi ja 29 % arvioi ne hyväksi. Ohjaajan henkilökohtainen arvopohja ja ammatillinen osaamisen laatu arvioitiin laadultaan kiitettäväksi. Myös potilaan lähtökohtien tunnistaminen ohjauksessa oli kiitettävää.

Taulukko 23. Potilasohjauksen lähtökohtien laatu.

Potilasohjauksen lähtökohdat	n	ka (μ)	SD	Mediaani	min-max (μ)
Ohjaajan henkilökohtainen arvopohja	164	4,4	0,62	4,6	2,4–5,0
Ammatillinen osaaminen	162	4,3	0,64	4,3	2,33–5,0
Potilaan lähtökohtien tunnistamien ohjauksessa.	164	4,1	0,64	4,0	1,67–5,0
Potilasohjauksen lähtökohdat	160	4,3	0,48	4,4	3,0–5,0

Taulukko 24. Potilasohjauksen lähtökohtien prosentuaalinen jakautuminen.

Potilasohjauksen lähtökohdat	Kiitettävä	Hyvä	Tyydyttävä	Huono	%/n
Ohjaajan henkilökohtainen arvopohja	68 %	28 %	4 %	0 %	100 %/164
Ammatillinen osaaminen	61 %	33 %	6 %	0 %	100 %/162
Potilaan lähtökohtien tunnistamien ohjauksessa.	47 %	45 %	7 %	1 %	100 %/164
Potilasohjauksen lähtökohdat	70 %	29 %	1 %	0 %	100 %/160

Vastaajat arvioivat, että heillä on ammatillinen vastuu potilasohjauksen antamisesta ($n=166$, $\mu=4,8$) ja myös potilaalla on vastuu kantavana osapuolena potilasohjauksessa. Akuuttihoitoon palvelualueella tiedettiin hyvin mitkä lait ohjaavat potilasohjausta ($\mu=3,9$).

Työskentelypaikalla (Taulukko 25) ja ohjauksen lähtökohdilla oli tilastollisesti melkein merkitsevä ero. Avohoidon palvelualueella ohjauksen lähtökohdat koettiin hieman parempina ($p=,018$) kuin vuodeosastojen palvelualueella. Avohoidon palvelualueella ohjaajan henkilökohtaisen arvopohjan arvioitiin vaikuttavan hieman enemmän potilasohjaukseen verrattuna vuodeosastohoidon- ($p=,009$), ja akuuttihoitoon palvelualueeseen ($p=,030$).

Taulukko 25. Potilasohjauksen lähtökohtien laatu palvelualueittain.

	Avohoidon palvelualue	Vuodeosastohoidon palvelualue	Akuuttihoitoon palvelualue

μ / n			
Potilasohjauksen lähtökohdat kokonaisuudessaan	**4,5/62	4,2/66	4,2/32
Ohjaajan henkilökohtainen arvopohja	***4,6/65	4,3/67	4,3/32
Ammatillinen osaaminen	Ns/4,4/63	4,2/67	4,1/32
Potilaan lähtökohtien tunnistamien ohjauksessa.	Ns/4,1/66	4,0/66	4,2/32

Koulutuksella, tämänhetkiselä tehtävännimikkeellä, työkokemuksella, ohjaukseen työpäivän aikana käytetyllä ajalla tai äidinkielellä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja potilasohjauksen lähtökohtiin. Ohjaajan henkilökohtaisella arvopohjalla ja ajalla oli tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($n=148$, $p=,011$) kahden taustamuuttujan välillä. Ohjauksen henkilökohtaisen arvopohjan arvioi vaikuttavan vähemmän potilasohjaukseen ne vastaajat, jotka käyttivät päivän aikana alle 1,5 tuntia potilasohjaukseen aikaa, kun taas ne, jotka käyttivät 3–4,5 tuntia aikaa, kokivat henkilökohtaisen arvopohjan ohjauksessa olevan vaikuttavampi. Osastonhoitajat/koordinoivat osastonhoitajat kokivat potilasohjauksen ammattiosaamisen lähtökohdat paremmiksi kuin sairaanhoitajat ($p=,007$) ja lähihoitajat ($p=,026$).

6.5 Tiedot

Kyselylomakkeella kartoitettiin tietoja 15 väittämällä. Hoitohenkilökunta arvioi tiedot laadultaan hyväksi (Taulukko 26). Vastaajista 56 % piti tietoja hyvänä (Taulukko 27). Sairauden hoitoa koskevat tiedot vastaajien mielestä hallittiin kiittävästi ja 51 % vastaajista arvioi tietävänsä hyvin hoidon jälkeisistä palveluista. Sairauden merkityksestä potilaan arkeen ja läheisiin tiedettiin keskiarvon perusteella hyvin ja 55 % vastaajista arvioi ne hyväksi.

Taulukko 26. Potilasohjauksen tieto-osion laatu.

Muuttujat	n	ka (μ)	SD	Medi- aani	min-max (μ)

Sairauden hoitoa koskevat tiedot	163	4,0	0,60	4,0	2,0–5,0
Tiedot hoidon jälkeisistä palveluista	163	3,4	0,84	3,5	1,0–5,0
Sairauden merkitys potilaan arkeen ja läheisiin	167	3,9	0,75	4,0	1,5–5,0
Tiedot kokonaisuudessaan	160	3,8	0,60	3,8	2,1–5,0

Taulukko 27. Tieto-osion laadun prosenttijakautuma.

Muuttujat	Kiitettävä	Hyvä	Tyydyttävä	Huono	%/n
Sairauden hoitoa koskevat tiedot	39 %	53 %	7 %	1 %	100 %/163
Tiedot hoidon jälkeisistä palveluista	13 %	51 %	28 %	8 %	100 %/164
Sairauden merkitys potilaan arkeen ja läheisiin	25 %	55 %	15 %	5 %	100 %/167
Tiedot kokonaisuus	33 %	56 %	11 %	0 %	100 %/160

Tietämys potilaan sairaudesta ja sen kehittymisestä oli vastaajien mielestä kiitettävää ($n=160$, $\mu=4,3$). Heikoimmaksi arvioitiin tieto sosiaalipalveluista, kuten sosiaaliturvasta, työllisyys-, ja talousasioista ($n=160$, $\mu=3,1$). Avohoidon palvelualueella parhaimmaksi arvioitiin tieto siitä, missä järjestyksessä potilaan tutkimukset ja hoito hoitokäynnillä tapahtuvat ($n=67$, $\mu=4,5$). Heikoiten avohoidon palvelualueella tiedettiin vastaajien mielestä potilaan sosiaalipalveluista ($n=67$, $\mu=3,3$). Vuodeosastohoidon palvelualueella arvioitiin kiitettäväksi tiedot potilaan sairaudesta ja sen kehittymisestä ($n=68$, $\mu=4,3$). Heikoin tietämys vuodeosastohoidon palvelualueella vastaajien mielestä oli sosiaalipalveluista ($n=67$, $\mu=3,1$). Akuuttihoiton palvelualueella sairaudesta ja sen kehittymisestä vastaajat arvioivat tietävänsä hyvin ($n=32$, $\mu=3,9$) ja sosiaalipalveluista tyydyttävästi ($n=32$, $\mu=2,9$).

Avohoidon palvelualueella (Taulukko 28) tiedot arvioitiin paremmiksi kuin akuuttihoiton ($p=,000$) ja vuodeosastohoidon ($p=,005$) palvelualueella. Avohoidon palvelualueella sairauden hoitoa koskeva tietämys oli vastaajien mielestä kiitettävää verrattuna akuuttihoiton ($p=,000$) ja vuodeosastohoidon ($p=,016$) palvelualueella.

Avohoidon palvelualueen tiedot hoidon jälkeisistä palveluista oli arvioitu paremmiksi kuin akuuttihoidon ($p=,003$) ja vuodeosastohoidon ($p=,001$) palvelualueella. Myös sairauden merkityksestä potilaan arkeen arvioitiin tiedettävän avohoidon palvelualueella paremmin ($p=,031$ kuin akuuttihoidon palvelualueella).

Taulukko 28. Tiedot osion keskiarvot palvelualueittain.

Muuttujat	Avohoidon palvelualue	Vuodeosastohoidon palvelualue	Akuuttihoidon palvelualue
μ / n			
Tiedot kokonaisuus	***4,1/67	3,8/62	3,5/31
Sairauden hoitoa koskevat tiedot	***4,2/67	3,9/65	3,6/31
Tiedot hoidon jälkeisistä palveluista	***3,8/67	3,3/65	3,1/32
Sairauden merkitys potilaan arkeen ja läheisiin	*4,0/67	3,9/68	3,6/32

Koulutusasteella, eikä äidinkielellä todettu olevan tilastollisesti merkitseviä eroja potilasohjauksen tietopohjan kanssa. Tiedot kokonaisuudessaan arvioivat paremmiksi ($p=,009$) kliiniset asiantuntijat kuin sairaanhoitajat. Hoitotyöntekijällä, jolla oli yli 20 vuotta työkokemusta, oli vastaajien mielestä paremmat tiedot ($p=,000$) kuin niillä, joilla oli työkokemusta alle 10 vuotta.

Sairauden hoitoa koskeva tietämys oli vastausten perusteella parempaa ($p=,037$) kliinisillä asiantuntijoilla kuin sairaanhoitajilla. Hoitotyöntekijöillä, joilla oli yli 20 vuoden työkokemus, sairauden hoitoa koskeva tietämys oli arvioitu paremmaksi ($p=,001$) kuin alle 10 vuotta työkokemusta omaavilla.

Kliiniset asiantuntijat kokivat tietävänsä enemmän hoidon jälkeisistä palveluista kuin sairaanhoitajat ($p=,002$) ja lähihoitajat ($p=,045$). Alle 10 vuotta työkokemusta omaavilla hoitotyöntekijöillä oli vastausten mukaan heikommät tiedot ($p=,001$) hoidon jälkeisistä palveluista kuin niillä, joilla oli yli 20 vuoden työkokemus.

6.6 Taidot

Taitojen laatua vastaajat arvioivat 21 muuttujalla. 62 % vastaajista arvioi taidot hyväksi (Taulukko 29 & 30) ja 30 % kiitettäväksi. 60 % vastaajista arvioi sairauden kulun arvioinnin hyväksi ja 47 % arvioi suullisen ja kirjallisen ohjaus osaamisen kiitettäväksi. Vertaistuen ja potilasoikeuksien ohjauksen laatu arvioitiin hyväksi (41 %). Monipuolinen ohjausmenetelmien käyttö, kuten videoiden, ryhmäohjauksen ja chatin käyttö oli heikompaa, sillä yksi kolmas osa arvioi sen tyydyttäväksi ja yksi kolmas osa hyväksi. Yksi viidestä arvioi monipuolisen ohjausmenetelmien käytön huonoksi ja vain 13 % kiitettäväksi. Havainnollistamista ohjauksen tukena käytettiin kiitettävästi. Vastaajista 40 % käytti kiitettävästi havainnollistamista ohjauksessa, 48 % käytti hyvin ja 8 % tyydyttävästi.

Taulukko 29. Taito-osion tunnusluvut.

Muuttujat	n	ka (μ)	SD	Medi- aani	min-max (μ)
Sairauden kulun arviointi	163	3,8	0,63	3,7	1,9–5,0
Suullisen ja kirjallisen ohjauksen toteutus	162	4,1	0,63	4,0	2,4–5,0
Vertaistuen ja potilasoikeuksien ohjaus	164	3,4	0,97	3,5	1,0–5,0
Monipuolinen ohjausmenetelmien käyttö	166	3,0	0,94	3,0	1,0–5,0
Ohjauksen havainnollistaminen	167	4,2	0,79	4,0	1,0–5,0
Taidot kokonaisuus	155	3,7	0,54	3,7	2,3–4,8

Taulukko 30. Taitojen prosentuaalinen jakautuminen.

Muuttujat	Kiitet- tävä	Hyvä	Tyydyt- tävä	Huono	%/n
Sairauden kulun arviointi	28 %	60 %	11 %	1 %	100 %/163
Suullisen ja kirjallisen ohjauksen toteutus	47 %	46 %	7 %	0 %	100 %/162
Vertaistuen ja potilasoikeuksien ohjaus	18 %	41 %	25 %	16 %	100 %/164
Monipuolinen ohjausmenetelmien käyttö	13 %	30 %	36 %	21 %	100 %/166

Ohjauksen havainnollistaminen	40 %	48 %	8 %	4 %	100 %/167
Taidot kokonaisuus	30 %	62 %	8 %	0 %	100 %/155

Taidoista parhaimmaksi arvioitiin suullisen ohjausmenetelmän käyttäminen (n=155, $\mu=4,4$). Tyydyttävästi osattiin käyttää ryhmäohjausmenetelmää (n=155, $\mu=2,9$). Avohoidon palvelualueella vastaajat osasivat mielestään kiitettävästi ohjata potilasta siitä, missä järjestyksessä tutkimukset ja hoito hoitokäynnillä tapahtuvat (n=68, $\mu=4,6$). Heikoimmin keskiarvon perusteella arvioitiin avohoidon palvelualueella ryhmäohjausmenetelmien ja internetin käyttö esimerkiksi chatin välityksellä annettava ohjaus (n=68, $\mu=3,0$). Vuodeosastohoidon palvelualueella suullinen ohjausmenetelmä oli vastaajien mielestä kiitettävästi käytössä (n=67, $\mu=4,3$). Myös potilaan sairauden oireita osattiin arvioida kiitettävästi (n=67, $\mu=4,3$). Ryhmäohjausmenetelmät ja internetin välityksellä annettava ohjaus oli vastaajien mielestä tyydyttävää (n=67, $\mu=2,9$) vuodeosastohoidon palvelualueella. Akuuttihoiton palvelualueella suullinen ohjausmenetelmä ja puhelinohjaus hallittiin vastaajien mielestä kiitettävästi (n=32, $\mu=4,2$). Internetin välityksellä tapahtuva ohjaus oli arvioitu keskiarvon perusteella tyydyttäväksi (n=32, $\mu=2,8$).

Akuuttihoiton palvelualueella (Taulukko 31) taidot olivat vastaajien mielestä palvelualueista heikoimmat. Kiitettävästi hallittiin havainnollistaminen kaikilla palvelualueilla vastaajien mielestä. Avohoidon palvelualueen taidot arvioitiin keskimäärin paremmiksi ($p=,016$) kuin akuuttihoiton palvelualueella. Avohoidon palvelualueella arvioitiin suullisen ja kirjallisen ohjauksen taito paremmaksi kuin vuodeosastohoidon ($p=,000$) ja akuuttihoiton ($p=,005$) palvelualueella.

Taulukko 31. Taidot palvelualueittain.

Muuttujat	Avohoidon palvelualue	Vuodeosastohoidon palvelualue	Akuuttihoiton palvelualue
μ / n			

Taidot kokonaisuus	**3,9/62	3,7/62	3,5/31
Sairauden kulun arviointi	3,8/66	3,8/65	3,5/32
Suullisen ja kirjallisen ohjauksen toteutus	***4,4/66	3,9/65	4,0/31
Vertaistuen ja potilasoikeuksien ohjausosaaminen	3,7/66	3,3/66	3,2/32
Monipuolinen ohjausmenetelmien käyttö	3,1/67	2,9/67	2,9/32
Ohjauksen havainnollistaminen	4,3/68	4,3/67	4,0/32

Taidot kokonaisuudessa arvioivat paremmiksi ($p=,034$) kliiniset asiantuntijat kuin sairaanhoitajat. Taidoilla ja koulutusasteella ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Taidot arvioivat paremmiksi yli 20 vuotta töissä olleet kuin alle 10 vuotta ($p=,001$) tai 10-20 vuotta ($p=,019$) töissä olleet hoitotyöntekijät. Ohjaukseen käytettävällä ajalla ja ohjauksen taidoilla ei ollut tilastollista merkitsevyyttä. Taito arvioida sairauden kulkua, oli parempi vastaajien arvioimana niillä, jotka olivat olleet töissä yli 20 vuotta verrattuna ($p=,013$) hoitotyöntekijöihin, jotka olivat työskennelleet alle 10 vuotta. Kliiniset asiantuntijat arvioivat suullisen ja kirjallisen ohjauksen taidot ($p=,003$) kiitettäväksi, kun taas sairaanhoitajat arvioivat omat taitonsa hyväksi. Yli 20 vuotta työskennelleet arvioivat suulliset ja kirjalliset ohjaustaidot paremmiksi ($p=,000$) kuin alle 10 vuotta työssä olleet. Ruotsinkieliset hoitotyöntekijät arvioivat suullisen ja kirjallisen ohjauksen taidot paremmiksi ($p=,006$) kuin suomenkieliset.

Kliiniset asiantuntijat arvioivat myös vertaistuen ja potilasoikeus ohjausosaamisen taitonsa paremmiksi ($p=,004$) kuin sairaanhoitajat. Yli 20 vuotta työskennelleet arvioivat potilasoikeus ohjausosaamisen taitonsa paremmiksi ($p=,000$) kuin alle 10 vuotta töissä olleet.

6.7 Asenteet

Vastanneiden asenteita ohjaukseen selvitettiin 11 väittämällä. Hoitohenkilökunnan asenteet potilasohjausta kohtaan oli vastaajien arvioimana hyvät (Taulukko 32). Hoitohenkilöstöllä mielestään oli myönteinen suhtautuminen potilaisiin ohjaustilanteessa. Hoitohenkilökunnasta 100 % arvioi suhtautuvansa potilasohjaukseen kiitettävästi (Taulukko 33) tai hyvin. Puolet hoitohenkilöstö oli sitoutunut potilasohjaukseen kiitettävästi ja 37 % hyvin. Kiireessä suurin osa hoitajista jätti potilasohjauksen vähemmälle ja vastaajista 58 % arvioi asenteensa tätä kohtaan tyydyttäväksi tai huonoksi. Asenne oli vastaajista 74 % mielestä tyydyttävä tai huono sitä kohtaan, että suurin osa hoitokäynnistä menee potilasohjaukseen.

Taulukko 32. Asenne-osion tunnusluvut.

Muuttujat	n	ka (μ)	SD	Medi- aani	min-max (μ)
Myönteinen suhtautuminen potilaisiin ohjauksessa	161	3,8	0,70	3,8	1,17–5,0
Myönteinen asenne potilasohjausta kohtaan	166	4,6	0,48	5,0	3,0–5,0
Hoitohenkilökunnan sitoutuminen potilasohjaukseen	166	4,3	0,85	4,5	1,0–5,0
Kiireessä jätän potilasohjauksen vähemmälle	166	3,1	1,25	3,0	1,0–5,0
Suurin osa hoitokäynnistä menee potilasohjaukseen	162	2,7	1,16	3,0	1,0–5,0
Asenteet kokonaisuus	159	3,6	0,28	3,6	3,0–4,62

Taulukko 33. Asenteiden prosentuaalinen jakautuminen.

Muuttujat	Kiitettävä	Hyvä	Tyydyttävä	Huono	%/n
Myönteinen suhtautuminen potilaisiin ohjauksessa	37 %	51 %	10 %	2 %	100 %/161
Myönteinen asenne potilasohjausta kohtaan	79 %	21 %	0 %	0 %	100 %/166

Hoitohenkilökunnan sitoutuminen potilasohjaukseen	50 %	37 %	9 %	4 %	100 %/162
Kiireessä jätän potilasohjauksen vähemmälle	17 %	25 %	18 %	40 %	100 %/166
Suurin osa hoitokäynnistä menee potilasohjaukseen	9 %	17 %	25 %	49 %	100 %/162
Asenteet kokonaisuus	6 %	94 %	0 %	0 %	100 %/159

Vastaajista suurin osa koki potilaiden hyötyvän ohjauksesta ($n=159$, $\mu=4,7$). Potilasohjauksen koettiin vähentävän aikaa hoitaa muita potilaita ($n=159$, $\mu=2,8$). Avohoidon palvelualueella asenne potilasohjausta kohtaan oli vastausten mukaan myönteinen, potilaiden koettiin hyötyvän ohjauksesta ja henkilökunnalla oli motivaatiota ohjata potilaita kiitettävästi ($n=68$, $\mu=4,7$). Ohjauksen koettiin vievän hoitokäynnistä ison osan. Vuodeosastohoidon palvelualueella koettiin potilaiden hyötyvän ohjauksesta ($n=67$, $\mu=4,7$), mutta ohjaus vähentää aikaa muilta potilailta ($n=67$, $\mu=2,7$). Myös akuuttihoidon palvelualueella hoitohenkilökunta koki potilaiden hyötyvän ohjauksesta ($n=32$, $\mu=4,6$), mutta potilaan ohjaus vie ison osan hoitokäynnistä ($n=32$, $\mu=2,5$). Palvelualueiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja asenteissa (Taulukko 34).

Taulukko 34. Asenteet palvelualueittain

Muuttujat	Avohoidon palvelualue	Vuodeosastohoidon palvelualue	Akuuttihoidon palvelualue
μ / n			
Asenteet kokonaisuus	3,6/67	3,6/62	3,6/30
Myönteinen suhtautuminen potilaisiin ohjauksessa	3,9/67	3,7/63	3,9/31
Myönteinen asenne potilasohjausta kohtaan	4,7/67	4,6/67	4,5/32
Hoitohenkilökunnan sitoutuminen potilasohjaukseen	4,4/68	4,2/66	4,3/32

Kiireessä jätän potilasohjauksen vähemmälle	3,3/68	3,0/67	2,9/31
Suurin osa hoitokäynnistä menee potilasohjaukseen	2,7/67	2,9/63	2,5/32

Kliiniset asiantuntijat olivat arvioineet, että potilasohjaus vie ison osan hoitokäynnistä, kun taas sairaanhoitajat ($p=,010$), lähihoitajat ($p=,002$) ja osastonhoitajat ($p=,002$) olivat asiasta eri mieltä. Hoitotyöntekijöillä, jotka olivat olleet töissä yli 20 vuotta ($p=,020$) oli myönteisempi asenne ohjaukseen vastaajien arvion mukaan kuin niillä, joilla oli työkokemusta alle 10 vuotta. Yli 20 vuotta töissä olleet eivät myöskään kokeneet ($p=045$), että ohjaus vie paljon aikaa hoitokäynnistä, kun taas 10–20 vuotta töissä olleet kokivat niin. Alle 1,5 tuntia ohjaukseen käyttävät hoitotyöntekijät arvioivat asenteet heikommaksi ohjausta kohtaan ($p=,028$) kuin ne, jotka käyttivät ohjaukseen yli 4,5 tuntia. Yli 3–4,5 ($p=,008$) tai yli 4,5 tuntia ($p=,003$) työpäivän aikana ohjaukseen käyttävien hoitotyöntekijöiden mielestä ohjaus ei vienyt isoa osaa hoitokäynnistä, kun taas alle 1,5 tuntia aikaa käyttävät olivat eri mieltä asiasta. Äidinkielellä eikä työskentely alueella ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ohjauksen asenteisiin.

6.8 Potilasohjauksen toteutus

58 % arvioi potilasohjauksen toteutuksen kiitettäväksi. Potilasohjauksen tavoitteiden arviointi ja kirjaus oli keskiarvon perusteella hyvää (Taulukko 35) ja 80 % vastaajista (Taulukko 36) arvioi potilasohjauksen vuorovaikutuksen kiitettäväksi. Vastaajista 52 % selvitti hyvin potilaan ohjaustarpeet. 93 % vastaajista kannusti potilasta ohjaustilanteessa kiitettävästi tai hyvin. Lähes kaikki vastaajat pyrkivät luomaan hyvän ohjaussuhteen ohjaustilanteessa. Yli 90 % vastaajista varmisti ohjattavalta, oliko tämä ymmärtänyt ohjauksen sisällön. Potilaan elämäntilannetta karotettiin hyvin ja potilasohjaus toteutui toimintaohjeiden mukaisesti suurimman osan mukaan.

Taulukko 35. Potilasohjauksen toteutuksen tunnusluvut.

Muuttujat	n	ka (μ)	SD	Medi- aani	min-max (μ)
Ohjauksen tavoitteiden arviointi ja kirjaus	160	3,5	0,8	3,5	1,33–5,0
Potilasohjauksen vuorovaikutus	163	4,5	0,47	4,6	2,78–5,0
Potilaan ohjaustarpeiden selvittäminen	162	3,9	0,67	3,9	1,86–5,0
Potilaan kannustaminen ohjaustilanteessa	164	4,1	0,64	4,3	1,75–5,0
Ohjaussuhteen luominen	166	4,5	0,49	4,8	3,0–5,0
Ohjauksen sisällön varmistaminen potilaalta	164	4,5	0,57	4,5	2,0–5,0
Potilaan elämäntilanteen kartoitus	167	3,8	0,82	4,0	1,67–5,0
Potilasohjauksen toteutus toimintaohjeiden mukaisesti	165	4,5	0,54	4,7	2,47–5,0
Toteutan välttämättömät asiat aina	165	4,5	0,54	4,7	2,67–5,0
Arvioin ohjauksen toteutuksen	166	4,1	0,68	4,0	2,0–5,0
Potilasohjauksen toteutus	136	4,1	0,45	4,1	2,5–5,0

Taulukko 36. Potilasohjauksen toteutuksen prosentuaalinen jakautuminen

Muuttujat	Kiitettävä	Hyvä	Tyydyttävä	Huono	%/n
Ohjauksen tavoitteiden arviointi ja kirjaus	22 %	52 %	18 %	8 %	100 %/160
Potilasohjauksen vuorovaikutus	80 %	19 %	1 %	0 %	100 %/163
Potilaan ohjaustarpeiden selvittäminen	38 %	51 %	10 %	1 %	100 %/162
Potilaan kannustaminen ohjaustilanteessa	51 %	42 %	6 %	1 %	100 %/164
Ohjaussuhteen luominen	78 %	21 %	1 %	0 %	100 %/164
Ohjauksen sisällön varmistaminen potilaalta	67 %	30 %	2 %	1 %	100 %/164
Potilaan elämäntilanteen kartoitus	35 %	47 %	15 %	3 %	100 %/167

Potilasohjauksen toteutus toimintaohjeiden mukaisesti	75 %	23 %	2 %	0 %	100 %/165
Toteutan välttämättömimmät asiat aina	46 %	42 %	11 %	1 %	100 %/166
Arvioin ohjauksen toteutuksen	75 %	23 %	2 %	0 %	100 %/165
Potilasohjauksen toteutus	58 %	40 %	2 %	0 %	100 %/136

Vastaajat arvioivat, että potilaalle annettiin mahdollisuus esittää kysymyksiä ohjauksen yhteydessä kiitettävästi ($n=136$, $\mu=4,7$), mutta potilaalta pyydettiin annetusta ohjauksesta palautetta heikommin ($n=136$, $\mu=2,9$). Avohoidon palvelualueella ($n=68$, $\mu=2,7$) ja akuuttihoiton palvelualueella ($n=32$, $\mu=2,5$) annetusta ohjauksesta pyydettiin palautetta keskimääräistä huonommin vastaajien mukaan. Vuodeosastohoidon palvelualueella potilaille järjestettiin tarvittaessa uusi ohjaustapaaminen jatkohoidossa ($n=65$, $\mu=3,3$). Potilaille annettiin kiitettävästi mahdollisuus esittää kysymyksiä avohoidon palvelualueella ($n=67$, $\mu=4,8$) ja vuodeosastohoidon palvelualueella ($n=66$, $\mu=4,7$). Vastaajien mukaan tunteiden ilmaisulle annettiin ohjaustilanteessa kiitettävästi tilaa vuodeosastohoidon palvelualueella ($n=66$, $\mu=4,7$). Akuuttihoiton palvelualueella vastaajat arvioivat käyttävänsä kiitettävästi ymmärrettävää kieltä ohjauksessa ($n=32$, $\mu=4,8$).

Taulukko 37. Potilasohjauksen toteutuksen keskiarvot palvelualueittain

Muuttujat	Avohoidon palvelualue	Vuodeosastohoidon palvelualue	Akuuttihoiton palvelualue
μ / n			
Potilasohjauksen toteutus	4,2/52	4,1/55	4,0/29
Ohjauksen tavoitteiden arviointi ja kirjaus	3,4/64	3,6/64	3,3/32
Potilasohjauksen vuorovaikutus	4,5/66	4,4/65	4,4/32
Potilaan ohjaustarpeiden selvittäminen	4,0/66	3,9/64	3,6/32

Potilaan kannustaminen ohjaustilanteessa	4,2/68	4,2/64	3,8/32
Ohjaussuhteen luominen	4,6/68	4,5/66	4,5/32
Ohjauksen sisällön varmistaminen potilaalta	4,6/66	4,5/66	4,3/32
Potilaan elämäntilanteen kartoitus	3,8/68	*4,1/67	3,7/32
Potilasohjauksen toteutus toimintaohjeiden mukaisesti	4,6/67	4,5/66	4,5/32
Toteutan välttämättömimmät asiat aina	4,6/67	4,5/66	4,5/32
Arvioin ohjauksen toteutuksen	4,1/68	4,2/66	3,9/32

Vastaajat arvioivat kiitettäväksi toteuttaessaan ohjausta, että annetut ohjeet perusteltiin ja potilasta rohkaistiin ottamaan vastuuta omasta hoidostaan sekä käytiin läpi välttämättömimmät asiat, vaikka potilas ei ollut aktiivinen osallistuja ohjauksessa ($n=165$, $\mu=4,5$). Tämä toteutui ($p=,018$) hoitotyöntekijöiden arvion mukaan paremmin sairaanhoitajilta kuin lähihoitajilta. Kliiniset asiantuntijat arvioivat ohjauksen vuorovaikutuksen paremmaksi ($p=,014$) kuin lähihoitajat. Kliiniset asiantuntijat selvittivät potilaan ohjaus tarpeet mielestään paremmin ($p=,008$) kuin sairaanhoitajat. Kliiniset asiantuntijat arvioivat luovansa paremman ($p=,011$) ohjaussuhteen potilaaseen kuin lähihoitajat. Kliiniset asiantuntijat kartoittivat mielestään paremmin ($p=,007$) potilaan elämäntilanteen kuin sairaanhoitajat. Potilasohjausta mielestään toteuttivat kokonaisuudessaan paremmin ne, jotka olivat olleet töissä terveydenhuollossa yli 20 vuotta kuin 10–20 vuotta ($p=,002$) tai alle 10 vuotta ($p=,017$) työskennelleet. Yli 20 vuotta töissä olleet arvioivat kirjaavansa ohjauksen tavoitteet ja arvioinnin paremmin sekä selvittävänsä paremmin ($p=,022$) potilaan ohjaustarpeet ($p=,003$) kuin 10–20 vuotta töissä olleet.

Ohjauksen vuorovaikutuksen ($p=,024$), potilaan kannustamisen ohjaustilanteessa ($p=,004$), ohjaussuhteen luomisen ($p=,019$) ja potilaan elämäntilanteen kartoittamisen ($p=,037$) olivat arvioineet paremmiksi ne, jotka omasivat yli 20 vuotta työkokemusta kuin työntekijät, joilla työkokemusta oli alle 10 vuotta. Potilaan elämäntilannetta kartoitettiin akuuttihoitotyön palvelualueella (Taulukko 37) vastaajien arvioin mukaan hieman huonommin ($p=,042$) kuin vuodeosastopalvelualueella. Sairaanhoidajat mielestään ohjasivat paremmin ($p=,018$) vähimmät asiat ohjaustilanteessa potilaalle kuin lähihoitajat.

Ohjaukseen käytetyllä ajalla ja äidinkielellä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ohjauksen toteutuksen kanssa.

6.9 Potilasohjauksen vaikutukset

Lähes kaikki vastaajat arvioivat että, potilasohjauksella voidaan vaikuttaa kansantalouteen, terveyden edistämiseen ja potilaan itsehoitoon (Taulukko 38). Vastaajista 91 % piti kiitettävänä tai hyvänä (Taulukko 39), että potilasohjauksella voidaan vaikuttaa kansantalouteen. Potilasohjauksen vaikutukset terveyden edistämiseen olivat vastaajista 99 % mielestä kiitettävät tai hyvät. Potilaan itsehoitoon pystytään potilasohjauksella vaikuttamaan vastaajien mielestä kiitettävästi tai hyvin.

Taulukko 38. Potilasohjauksen vaikutusten tunnusluvut.

Muuttujat	n	ka (μ)	SD	Medi-aani	min–max (μ)
Vaikutus kansantalouteen	158	4,0	0,73	4,0	2,27–5,0
Vaikutukset terveyden edistämiseen	156	4,6	0,53	4,8	3,0–5,0
Vaikutukset potilaan itsehoitoon	164	4,6	0,53	4,8	3,0–5,0
Potilasohjauksen vaikutukset	155	4,3	0,55	4,3	3,0–5,0

Taulukko 39. Potilasohjauksen vaikutusten prosentuaalinen jakautuminen.

Muuttujat	Kiitet- tävä	Hyvä	Tyydyt- tävä	Huono	%/n
Vaikutus kansantalouteen	44 %	47 %	9 %	0 %	100 %/158
Vaikutukset terveyden edistä- miseen	74 %	25 %	1 %	0 %	100 %/165
Vaikutukset potilaan itsehoi- toon	78 %	19 %	3 %	0 %	100 %/164
Potilasohjauksen vaikutukset	64 %	35 %	1 %	0 %	100 %/155

Parhaiten vastaajien mielestä potilasohjauksella voidaan vaikuttaa potilaan myön-
teiseen asenteeseen hoitoa kohtaan (n=155, $\mu=4,7$). Heikoimmin potilasohjauk-
sella koettiin voitavan vaikuttaa potilaiden sairauspoissaolojen määrään (n=155,
 $\mu=3,8$).

Palvelualueiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa potilasohjauksen vai-
kutusten kanssa (Taulukko 40). Kaikilla palvelualueilla potilasohjaus koettiin tavaksi
vaikuttaa yhteiskunnallisesti, yksilöllisesti ja ennalta ehkäisevästi. Akuuttihoidon
palvelualueella potilasohjauksen vaikutus kansantalouteen arvioitiin hyväksi.

Taulukko 40. Potilasohjauksen vaikutusten jakautuminen palvelualueittain.

Muuttujat	Avohoidon palvelualue	Vuodeosasto- hoidon palve- lualue	Akuuttihoidon palvelualue
μ / n			
Vaikutus kansantalouteen	4,1/64	4,1/63	3,9/31
Vaikutukset terveyden edistämi- seen	4,6/67	4,6/66	4,4/32
Vaikutukset potilaan itsehoitoon	4,6/68	4,6/65	4,5/31
Potilasohjauksen vaikutukset	4,4/64	4,3/61	4,2/30

Vain potilasohjaukseen käytetyllä ajalla oli tilastollisesti merkitsevä ero ohjauksen vaikutusten kanssa. Yli 3–4,5 tuntia potilasohjaukseen käyttävien hoitotyöntekijöiden mielestä potilasohjauksella voitiin vaikuttaa ($p=,007$) kansantalouteen, terveyden edistämiseen ja potilaan itse hoitoon, kun taas alle 1,5 tuntia ohjaukseen käyttävien mielestä ohjauksen vaikutus ei ollut niin suuri. Myös yli 3–4,5 tuntia ohjaukseen käyttävät kokivat kansantaloudelliset vaikutukset ($p=,026$) suuremmiksi ja yli 4,5 tuntia käyttävät kokivat ohjauksen vaikutukset ($p=,038$) potilaan itsehoitoon paremmiksi kuin alle 1,5 tuntia käyttävät.

6.10 Potilasohjauksen kehittämisehdotuksia vastaajilta

Kyselyn viimeisenä kysymyksenä hoitohenkilökunnalta kysyttiin avoimena kysymyksenä, miten ohjausta voisi kehittää omassa työyksikössä? Vastauksista nousi esille ($n=65$) että, organisaation johtamisella voitaisiin vaikuttaa ja mahdollistaa laadukas potilasohjauksen kehittäminen. Organisaation johtamisessa voisi kehittää työnjaon organisointia, potilasohjauksen resurssien puutteita ja mahdollistaa henkilökunnan ammattitaidon ylläpitäminen, osaaminen ja kehittäminen. Näiden myötä hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus potilasohjaukseen kehittämiseen omassa työssään. Hoitotyöntekijöiden itsensä tulisi ottaa vastuu omasta osaamisestaan ja kehittymisestään potilasohjauksessa.

Organisaation johtaminen potilasohjauksen kehittämisessä

Resurssien puute hankaloittaa kehittämistä. Yleisin resurssin puute on aika ja henkilöstön riittäminen. (Taulukko 43.)

“Jatkuvassa kiireessä on haasteellista toteuttaa laadukasta ohjausta. Riittävä henkilöstöresurssi...” (vastaaja 73)

“Yksikössäni potilasohjaus tehdään nopeasti hoidon aikana tai jälkeen. Potilasohjaukselle ei ole aikaa” (vastaaja 89)

Tiloissa koettiin olevan kehittämistä. Vastauksista nousi esille ympäristö missä ohjausta annetaan. Ohjaukselle tulisi järjestää asianmukaiset rauhalliset tilat, jotta potilaan yksityisyys säilyisi ja ohjausta pystyttäisiin rauhassa toteuttamaan.

“Ohjaustilanteet tulisi saada rauhalliseen paikkaan. Nyt ohjaus tapahtuu enimmäkseen suuressa kahdeksan hengen potilashuoneessa. Pitäisi olla enemmän henkilökuntaa. Aika ei riitä nyt” (vastaaja 169)

“Yksilöohjausta--> Omatila ohjaus tapaamiseen.....Yksityisyyden suoja/puute isoissa potilashuoneissa on eettinen ongelma.” (vastaaja 116)

Ohjaukseen toivottiin lisää materiaaleja ja välineitä, kuten videoita ja kirjallisia ohjeita.

“Enemmän käyttää videoita ohjauksen tukena. Etäohjaus mahdollisuus.”... (vastaaja 116)

Osaamisen johtamisessa kehittämistä koettiin olevan koulutuksen saatavuudessa. Potilasohjaukseen perehdyttämiseen tulisi kiinnittää huomiota, varsinkin kun hyljaita tietoa poistuu koko ajan eläköitymisen myötä.

“Hoitajille tulisi järjestää koulutusta potilaiden ohjaamiseen. Paljon uusia hoitajia, heitä tulisi ohjata potilaiden ohjaamiseen enemmän.” (vastaaja 168)

“Työntekijöiden tulisi saada enemmän koulutusta ohjaustilanteista.” (vastaaja 152)

Vastuu siitä, että potilasohjausta kehitetään, on organisaatiolla. Hoitohenkilökunnan liikkua eriyksiköissä, olisi tarvetta kehittää koko organisaation kattava potilasohjauksen malli. Yhtenäistä potilasohjauksen mallia voisi kehittää niin, että kaikilla olisi yhtenäiset tavat toimia.

“Työ yksikön tulisi tarjota materiaalia, hyväksi todettuja käytäntöjä ohjaukseen, esim. erilaisia malleja, ohjelmia, tietopaketteja.” (vastaaja 108)

“Luoda yhtenäiset käytännöt ohjaukseen.” (vastaaja 49)

“Tulisi jakaa tietoa ohjauksesta kaikille uusille työntekijöille ja auttaa uusiakin työntekijöitä ohjauksen onnistumisessa.” (vastaaja 19)

Potilasohjauksen laadun arviointia voisi vielä kehittää.

“Ohjauksen onnistumisen arviointi ja seuranta, muutenkin kun palautteiden avulla.” (Vastaaja 139)

Työn organisointia voisi kehittää selkeyttämällä työnkuvaa, työnjakoa ja parantamalla yhteistyötä ammattiryhmien kesken. Yhteistyön tulee olla kollegiaalista, vai-
vatonta ja ystävällistä eri asiantuntija-, sekä organisaatioryhmien välillä. Vastaajat nostivat esille ammattitaidon kohdentamisen oikeaan työhön, ettei ammattitaitoa hukkuisi heille kuulumattomiin työtehtäviin.

“Oikea ammattiryhmä tekemään oikeita asioita. Jotta saamme tulevaisuudessa hoitotyönammattilaisia, tulee meidän pystyä tarjoamaan hoitotyötä/ mieltä työtehtävät tarkoin.” (vastaaja 14)

“Oikea työ oikealle työntekijälle. Sairaanhoidajat tekevät liikaa sihteerin tai muun ammattiryhmän työtä. Tämä suuri ongelma ei resursointi.” (vastaaja 167)

Hoitotyöntekijän omalähtöinen potilasohjauksen kehittäminen

Hoitotyöntekijät ovat valmiita ottamaan vastuuta omasta osaamisestaan ja kehittämisestään, kunhan sille luodaan puitteet. Potilasohjauksen antaminen koettiin vastuullisena tehtävänä tärkeäksi ja siihen haluttiin panostaa. Riittävä määrä osaa-
vaa henkilökuntaa mahdollistaisi potilasohjauksen niin, että voitaisiin varmistaa, että potilas on ymmärtänyt ohjauksen. Haasteellisena koettiin muistisairaana tai

päihteiden vaikutuksen alaisena olevat potilaat, jolloin ei voitu olla varmoja ohjauksen tulleen ymmärretyksi.

“Teemme nyt hyvää työtä, mutta potilaat eivät välttämättä ole kovin vastaanottavia joka kerta, tietysti toiset enemmän ja toiset vähemmän. Esim. humalaiset ihmiset harvoin hyötyvät perusteellisesta ohjaamisesta.” (vastaaja 82)

Potilaan omaiset tulee huomioida ja ottaa mahdollisuuksien mukaan ohjaustilanteeseen.

“Asiakkailla tulisi olla enemmän aikaa, huomiota ja heidän yksilöllisyys tulisi huomioida. Myös heidän omaiset ja läheiset olisi otettava mukaan hoivonohjaus tilanteisiin. Ohjaustilanteita olisi myös seurattava jollakin tapaa ja arvioitava sen onnistumista muutenkin, kun palautteiden avulla.” (vastaaja 139)

Ohjausta haluttiin kehittää enemmän potilaslähtöiseksi ja huomioida potilas kokonaisvaltaisesti. Vastaajat pitivät tärkeänä vuorovaikutuksen kehittämistä ohjaajan ja potilaan välillä. Yhteistyö, yhteishenki ja yhteiset tavoitteet ammattilaisten kesken olivat edellytyksenä ohjauksen kehittämiseksi.

“Vaatii potilaan kokonaisvaltaista huomioimista. Työyhteisön hyvä yhteishenki huomioiden potilaiden sairauden tuomat rajoitteet.” (vastaaja 121)

Vastauksista käy ilmi, että ohjausta on jo kehitetty ja sitä jatkuvasti kehitetään eteenpäin. Osa vastaajista tunnistaa, että on aina parantamisen varaa mutta ei osaa yksilöidä tarkemmin, että mitä tulisi kehittää. Osa vastaajista ei osannut tai ei halunnut kommentoida kehittämiskysymykseen.

“Olemme alkaneet yhdessä kehittää ohjausta...” (vastaaja 12)

“Ohjauksen sisältöä mietitty, yksi hoitaja vastaa ohjauksen kehittämisestä, luo toimintamallin ohjauksikäynneille ja alkaa sen jälkeen kouluttaa muita samanlaisen mallin käyttöönotossa.” (vastaaja 12)

7 POHDINTA

Tässä luvussa pohditaan tutkimuksen eettisyyttä ja tutkimustuloksia. Lisäksi annetaan jatkotutkimukseen ehdotuksia.

7.1 Tulosten yhteenveto

Tämän tutkimuksen perusteella potilasohjauksen resurssien laatu, on hyvää. Ohjaukseen on käytettävissä materiaalia hyvin, mutta valtaosa ei kuitenkaan hyödynnä sitä. Ohjaukseen käytettävät tilat ovat osalla yksiköistä erinomaiset, mutta myös monessa paikassa vanhojen tilojen takia puutteelliset. Henkilöstön määrä ei vastaa yksiköiden tarvetta, sillä hoitajat tekevät paljon itselle kuulumattomia työtehtäviä. Tämä syö myös potilasohjaukseen käytettävää aikaa. Työkuormitus tulisi jakaa tasaisesti henkilökunnan kesken.

Pitkään terveydenhuollossa työskennelleiden ”hiljainen osaaminen” tulisi aktiivisemmin siirtää vähemmän aikaa terveydenhuollossa työskennelleille. Pidempään työskennelleitä pitäisi kannustaa ja tukea jatkamaan omassa yksikössään ja tarpeen mukaan työaikoja tai työtehtäviä muokkaamalla. Esimerkiksi yötyön poistaminen auttaisi jaksamaan yksiköissä pidempään, ettei kevyemmän työn perässä tarvitse lähteä vaihtamaan työpaikkaa.

Potilasohjauskoulutusta tulisi lisätä, sillä tällä hetkellä se on vaikeasti saatavilla. Potilasohjauksen kehittämistä oli jo jonkun verran tehty joidenkin vastaajien työskentely yksiköissä, mutta sitä tulisi kehittää lisää kaikissa yksiköissä. Hoitohenkilökunnan ylempi koulutustaso parantaa potilasohjauksen laatua.

Hoitajien asenteissa potilasohjausta kohtaan on hieman parannettavaa. Potilasohjausta toteutetaan erinomaisesti, varsinkin silloin kun potilas on kiinnostunut ohjauksesta. Vuorovaikutus potilasohjauksessa on hyvää, mutta ohjauksessa voitaisiin ottaa paremmin huomioon potilaan tavoitteet. Ohjauksen kirjaaminen on osin puutteellista mikä vaikeuttaa ohjauksen arviointia, mikä puolestaan voi huonontaa hoidon jatkuvuutta.

Lähtökohdat potilasohjaukseen ovat hyvät, erityisesti hoitajien eettinen osaaminen on hyvää. Ohjausmenetelmistä tiedetään hyvin, mutta niitä ei käytetä monipuolisesti. Suullista ja puhelinohjausta annetaan hyvin, mutta ryhmäohjaus, videoiden käyttäminen ja chat-palvelun käyttäminen on vähäisempää.

Hyvä ohjaus vaikuttaa positiivisesti hoidon onnistumiseen ja yhteydenottoihin jälkeensä. Hoitajilla on myönteinen asenne omaisten ohjaamiseen, mutta potilasohjaus tarvitsee vielä lisää taitoa. Hoidon onnistumiseen voidaan vaikuttaa myönteisellä asennoitumisella.

7.2 Tulosten pohdintaa

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa ja kuvata Vaasan keskussairaalan hoitohenkilökunnan potilasohjauksen laatua erikoissairaanhoidossa, sekä tuoda esille hoitohenkilökunnan kehitys ideoita potilasohjauksen laadun parantamiseksi. Tutkimus tuotti tietoa Vaasan keskussairaallalle hoitohenkilökunnan oman arvion potilasohjauksen laadusta. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää hoitohenkilökunnan koulutuksissa Vaasan keskussairaalassa ja kehittää potilasohjausta. Tutkimustulosten perusteella hoitohenkilökunta olisi halukas kouluttautumaan enemmän ja kaipaisi lisäkoulutusta potilasohjauksesta. Jokaisen erikoisalueen erikoispiirteet huomioon ottaen koulutusta tulisi järjestää sekä yleisellä tasolla, sekä erikoisalat huomioon ottaen.

Tämän tutkimuksen perusteella potilasohjauksen kokonaislaatu on Vaasan keskussairaalassa hyvää. Hoitohenkilökunnan potilasohjauksen laadussa oli eroja palvelualueiden, koulutusasteen ja työkokemuksen välillä. Kaikkia palvelualueita tarkastellessa potilasohjauksen osa-alueista parhaiten hallittiin potilasohjauksen lähtökohdat ($\mu=4,4$) potilasohjauksen toteutus ($\mu=4,1$) ja ohjauksen vaikutukset ($\mu=4,3$).

Vuodeosastohoidon palvelualueella 74 % piti annettua potilasohjausta hyvänä. Palvelualueella hallittiin parhaiten potilasohjauksen lähtökohdat ($\mu=4,2$), potilasohjauksen toteutus ($\mu=4,1$) ja vaikutukset ($\mu=4,3$). Vuodeosastopalvelualueella heikommiksi osa-alueiksi arvioitiin ohjauksen resurssit ($\mu=3,4$), jolle ei taustatekijöistä löydy tilastollisesti merkitsevää selitystä. Osa-aluetta tarkasteltaessa nousee esille, että henkilöstöresurssit ja potilasohjaukseen käytettävät tilat ovat vuodeosastopalvelualueella heikommät kuin muilla palvelualueilla. Lisäksi potilasohjauksen työkalut olivat heikommin saatavilla. Potilasohjauksen kouluttautumisen- ja kehittämismahdollisuudet koettiin heikommaksi ja potilasohjauksen perehdytys ja toimintaohjeisiin kaivattiin selkeyttä. Samankaltaisia kehitysehdotuksia nousi esille avoimessa kysymyksessä.

Avohoidon palvelualueella 70 % arvioi potilasohjauksen laadun hyväksi. Avohoidon palvelualueella arvioitiin parhaiten hallitavan potilasohjauksen lähtökohdat ($\mu=4,5$), tiedot ($\mu=4,1$), toteutus ($\mu=4,2$) ja vaikutukset ($\mu=4,4$). Ohjauksen asenteet ($\mu=3,6$) arvioitiin heikoimmaksi osa-alueeksi. Tuloksia tarkastellessa asenteisiin oli vaikutusta työssä olo ajalla, ammattinimikkeellä ja ohjaukseen käytettävällä ajalla. Avohoidon palvelualueella vain 14 % käytti potilasohjaukseen aikaa yli 4,5 tuntia. Työkokemusta oli 55 %:lla vastaajista alle 20 vuotta ja klinisiä asiantuntijoita oli suhteessa eniten muihin palvelualueisiin. Nämä tekijät vaikuttavat heikentävästi asenteiden tuloksiin avohoidon palvelualueella.

Akuuttihoidon palvelualueella 60 % arvioi potilasohjauksen laadun hyväksi. Akuuttihoidon palvelualueella parhaiten hallittiin potilasohjauksen lähtökohdat ($\mu=4,2$), ohjauksen toteutus ($\mu=4,0$) ja vaikutukset ($\mu=4,2$). Akuuttihoidon palvelualueella potilasohjauksen tiedot ($\mu=3,5$) arvioitiin heikoimmaksi osa-alueeksi. Työkokemuksella ja koulutuksella oli vaikutusta potilasohjauksen tietoihin. Akuuttihoidon palvelualueella 42 % vastaajista oli työskennellyt alle 10 vuotta terveydenhuollossa. Akuuttihoidon palvelualueella vastaajista klinisiä asiantuntijoita oli vain 9 %. Näillä tekijöillä on heikentävä vaikutus tuloksiin akuuttihoidon palvelualueella.

Tutkimus ei tuottanut varsinaisesti uutta tietoa, vaan eri osa-alueilta nousi esille hyvin samankaltaisia asioita kuin mitä Lipponen (2014), Kääriäinen (2007), Kaakinen, Kääriäinen & Kyngäs (2014) ovat saaneet. Potilasohjaukseen suhtauduttiin myönteisesti ja sitä haluttiin toteuttaa laadukkaasti.

Kyselyyn kutsuttiin mukaan koko avohoidon ja vuodeosastohoidon palvelualueiden koko hoitohenkilökunta. Akuuttihoiton palvelualueelta valittiin kyselyyn osa yksiköistä. Tämä on havaittavissa tarkasteltaessa vastaajien työskentely paikkoja, sillä akuuttihoiton palvelualueelta oli vähemmän vastaajia suhteessa muihin palvelualueisiin. Vastaajien tehtävänimikkeiden jakauma vastasi hyvin todellista jakaumaa, sillä sairaanhoitajia työskentelee hoitotyössä eniten.

Potilasohjaukseen käytettyä aikaa työpäivän aikana vastaajat arvioivat käyttävänsä minimissään 0 tuntia ja maksimissaan 10 tuntia. Koska vaihtelu vastausten välillä oli suurta, voidaan pohtia, oliko kaikki vastaajat mieltäneet ohjauksen samanlaisena. Toisaalta palvelualueiden erityispiirteet voivat vaikuttaa kuinka paljon ohjausta milläkin palvelualueella annetaan. Esimerkiksi jos hoitotyöntekijä tekee kaksi työvuoroa peräkkäin päivän aikana, on vastaaja arvioinut ohjaavansa lähes koko työvuoronsa ajan potilaita.

Kyselyyn vastanneilla oli pitkä työkokemus. Erityisesti avohoidon palvelualueella työkokemusta oli eniten mikä voi selittyä sillä, että eläkeiän lähestyessä hakeudutaan kevyempään päivätyöhön. Myös eniten aikaa ohjaukseen käytettiin siellä missä työkokemusta oli eniten. Akuuttihoiton palvelualueen vastaajilla oli vähemmän työkokemusta mikä voi puolestaan selittyä sillä, että vasta valmistuneena hakeudutaan paikkoihin missä työtahti on nopea tempoisempaa ja työ on ennalta arvaamatonta.

Vastaajilla oli realistinen kuva potilasohjauksen laadusta sillä suurin osa vastaajista arvioi oman työyksikön ohjauksen laadun hyväksi ja tämä tukee mittarilla mitatun potilasohjauksen laadun tuloksia.

Resurssit

Tutkimustulosten perusteella laadukkaan ohjauksen toteutumiseen tarvittaisiin enemmän hoitohenkilökuntaa, paremmat tilat missä ohjata potilaita ja enemmän aikaa ohjaukselle. Kuten tässä tutkimuksessa ja jo aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa, Kääriäinen (2007), Lipponen (2014) ja Bergh, A–L, Persson E, Karlsson J & Friberg, F, (2014) ovat saaneet samankaltaisia tuloksia, että resursseja pitäisi olla enemmän ohjaukselle. On tärkeää antaa potilasohjaukselle riittävästi aikaa, koska kiireen näyttäminen viestii ohjattavalle, ettei asia ole ohjaajalle tärkeä (Hämäläinen, Jauhiainen & Janatuinen 2010, 11; Onnismaa 2011, 39). Ohjaukselle annettavaa aikaa ei voi määrittellä, koska jokainen ohjaustilanne on yksilöllinen ja se, kuinka paljon aikaa eri ohjaustilanteisiin tarvitaan. (Onnismaa 2011, 39,42). Kääriäinen (2007), Lipponen (2014) ja Avsar & Kasikci (2011) ovat saaneet samankaltaisia tuloksia ohjauksen tilojen tärkeydestä toteuttaa laadukasta potilasohjausta.

Potilasohjauksen kehittämistä ja potilasohjaus koulutusta toivottiin enemmän. Tervo-Heikkinen, Saaranen, Miettinen & Vaajoki (2018) ovat tutkineet potilasohjauskoulutukseen osallistuvien hoitotyöntekijöiden kokemuksia potilasohjauskoulutuksen merkityksestä potilasohjaukselle. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että koulutus on tärkeää potilasohjausosaamiselle ja sitä tulee uudistaa säännöllisesti. Potilasohjauskoulutus syvensi hoitotyöntekijöiden suhtautumista potilasohjauksen laatuun ja yhteistyö muuttui myönteisemmäksi. (Tervo-Heikkinen, Saaranen, Miettinen & Vaajoki 2018).

Ohjausmenetelmät

Tämän tutkimuksen perusteella hoitohenkilökunta hallitsi hyvin suullisen ja kirjallisen ohjaamisen ja puhelinohjausmenetelmä oli hyvin hallussa. Ryhmäohjaamista ei käytetty juuri lainkaan ja tämä hallittiin huonoiten. Audiovisuaalista ohjausta kuten äänitteiden ja videoiden käyttö sekä internet-ohjaus ei ollut juuri missään käytössä ja sen hallitsemisessa oli puutteita. Myös Lipponen (2014) ja Kääriäinen

(2007) ovat saaneet samankaltaisia tuloksia, että ohjausmenetelmiä pitäisi monipuolistaa. Yhdistämällä useita ohjausmenetelmiä saadaan aikaan vaikuttavaa potilasohjausta. Jokaisen potilaan kohdalla tulisi huomioida potilaan oppimiskyky ja sen perusteella valita parhaimmat ohjausmenetelmät hänelle. (Friedman, Cosby, Boyko, Hatton-Bauer & Turnbull 2011.)

Ohjauksen kirjaaminen

Tämän tutkimuksen perusteella potilasohjauksen arvioinnin kirjaaminen oli yksiköissä vähäistä ja sen takia ohjauksen arviointi oli hankalaa. Kirjaaminen on tärkeä osa ohjaustyötä, sillä sen avulla voidaan varmistaa hoidon jatkuvuus ja välttyä päällekkäisiltä ohjauksilta. Myös laki edellyttää potilasasiakirjoihin kirjaamisen, sillä se turvaa sekä potilaan että hoitajan oikeuksia. (Eloranta & Virkki 2011, 22–23, 26–27) Potilasohjauksen kirjaamisen laadusta on saatu samankaltaisia tuloksia Kaakisen, Kääriäisen & Kyngäksen (2014) ja Avsarin & Kasikcin (2011) tutkimuksissa. Pitkäaikaissairaalan aikuispotilaan ohjauksen laatua on tutkittu hoitotyön kirjaamisen perusteella neljässä Suomen yliopistosairaalan vuodeosastolla. Potilasasiakirjojen (n=150) perusteella ohjaus oli vähäistä. Yli puolesta potilasasiakirjamerkinnöistä puuttui kokonaan kirjaus koskien potilaan ohjausta. (Kaakinen, Kääriäinen & Kyngäs 2014).

Taustatekijöiden vaikutus

Taustatekijöillä oli yhteys potilasohjauksen osa-alueisiin. Hankitulla koulutuksella oli yhteys ohjauksen resursseihin, tietoihin, taitoihin ja ohjauksen toteutukseen. Korkeammin koulutetuilla kliinisillä asiantuntijoilla oli merkitsevästi paremmat tiedot ($p=,009$) ja taidot ($p=,034$) kuin sairaanhoitajilla. Kliiniset asiantuntijat kokivat ohjauksen resurssit ($p=,042$) paremmiksi kuin sairaanhoitajat ja ohjauksen toteutuksen kuten vuorovaikutuksen luomisen ohjattavaan paremmaksi kuin lähihoitajat ($p=,014$). Osastonhoitajilla oli paremmat ammattiosaamisen lähtökohdat kuin sairaanhoitajilla ($p=,007$) ja lähihoitajilla ($p=,026$). Korkeammin koulutetut pysty-

vät antamaan vaikuttavampaa potilasohjausta. (Avsar & Kasikci 2011.) Korkeimmin koulutettuja hoitajia työskenteli eniten avohoidon palvelualueella. Vastaajista suurin osa oli korkeakoulun käyneitä, sairaanhoitajia. Sairanhoitajia oli vastannut suhteessa lähihoitajia enemmän mikä vaikuttaa tutkimustuloksiin eikä niitä voi yleistää. Kliinisiä asiantuntijoita suhteessa sairaanhoitajiin oli vähän, joten arvojen vertailu ei välttämättä ole realistista.

Työkokemuksella ja ohjaukseen käytettävällä ajalla oli merkitystä ohjauksen osa-alueisiin. Pidempi työkokemus vaikutti positiivisesti ohjauksen tietoihin, taitoihin, asenteisiin ja toteutukseen, mikä puolestaan edistää laadukkaan potilasohjauksen toteuttamista. Potilasohjaukseen enemmän aikaa käyttävät kokivat ohjauksen toteutuksen ja resurssit paremmiksi kuin vähemmän aikaa käyttävät. Kuten Kääriäinen (2007) on saanut tutkimuksessaan samanlaisia tuloksia, että työkokemusta oli enemmän avohoidon palvelualueella/poliklinikoilla kuin akuuttihoiton palvelualueella. Aikaa ohjaukseen käytettiin eniten vuodeosaston palvelualueella mikä on selitettävissä jo palvelualueen luonteessa. Esimerkiksi päivystyspoliklinikka on ympärivuorokautiseen päivystystoimintaan tarkoitettu yksikkö, missä annetaan potilaille kiireellistä hoitoa, jonka jälkeen potilas siirretään jatkohoitoon vuodeosastolle.

Kyselyyn vastanneista 70 % oli suomenkielisiä, vaikka kyselyn kohderyhmästä noin 50 % oli äidinkieleltään ruotsinkielisiä. Koska kyselylomaketta ei ollut saatavilla ruotsin kielellä, voidaan pohtia, vastasiko kyselyyn vain sellaiset henkilöt, jotka pitivät ohjausta tärkeänä. Lisäksi voidaan pohtia, että jättivätkö, sellaiset henkilöt tietoisesti vastaamatta kyselyyn, joiden äidinkieli oli ruotsi. Kyselyn sisältö oli vaativa sanastoa ja lomake pitkä, saattaa se hankaloittaa ymmärtämistä. Kyselyyn vastanneista ruotsinkieliset kokivat, hallitsevansa suullisen ja kirjallisen potilasohjauksen paremmin kuin kyselyyn vastanneet suomenkieliset. Tähän voi mahdollisesti vaikuttaa se, että kyselyyn vastanneilla ruotsinkielisillä hoitajilla on vahva suomen kielen hallitseminen ja tästä syystä he arvioivat, että hallitsevat potilasoh-

jaamisen hyvin molemmilla kotimaisilla kielillä. Vastanneista äidinkieleltään ruotsinkielisiä työskenteli eniten avohoidon palvelualueella ja vähiten akuuttihoidon palvelualueella.

Ohjauksen vuorovaikutus ($p=,024$), potilaan kannustaminen ohjaustilanteessa ($p=,004$), ohjaussuhteen luominen ($p=,019$) ja potilaan elämäntilanteen kartoittaminen ($p=,037$) oli parempaa niillä, jotka oli olleet yli 20 vuotta töissä kuin alle 10 vuotta töissä olleilla. Potilaan elämäntilannetta kartoitettiin akuuttihoitotyön palvelualueella hieman huonommin ($p=,042$) kuin vuodeosasto palvelualueella. Elämäntilanteen vähäisempi kartoittaminen akuuttihoidon palvelualueella voi johtua siitä, että siellä hoidetaan potilaan akuutti tilanne kuten päivystyksessä tai suunniteltu leikkaus päiväkirurgialla ja hoitoaika siellä on hyvin lyhyt. Jatkohoidossa kuten vuodeosastolla selvitetään potilaan kotioloit ja avut tarkemmin hoitajakson ollessa pidempi.

7.3 Tutkimuksen eettisyys

Tämän tutkimuksen tekemisessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytännönohjetta. Hyvän tieteellisen käytännön ohjeen on laatinut opetus- ja kulttuuriministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta yhdessä suomalaisen tiedeyhteisön kanssa. Tutkimuksessa on noudatettu rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta. Tiedonhankinnassa, kyselyssä ja tulosten arvioinneissa, on käytetty avointa ja vastuullista toimintatapaa. Lähdemerkinnät on merkitty asianmukaisesti. (TENK 2012, 4,6.)

Tutkimuksen eettisyyden toteutumista tarkastellaan kahdesta näkökulmasta: tiedonhankinnan eettisyys ja tutkimuksessa käytettävien henkilöiden suoja. Henkilöiden suojalla tässä tarkoitetaan sitä, että tutkimus ei saa haitata tai vahingoittaa tutkittavia ja siitä on oltava enemmän hyötyä kuin haittaa. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistuvilla oli mahdollisuus keskeyttää tutkimus halutessaan. Tutkimukseen osallistuvien tulee antaa tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,

217–219.) Tässä työssä tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumiseen oli, kun vastaaja omasta tahdostaan täytti kyselyn ja palautti sen.

Tarvittavat tutkimusluvut haettiin ja tutkimuksen tarkoitukset ja lähtökohdat selvitettiin sekä kyselyyn osallistuville, että organisaatiolle. Opinnäytetyön raportti on toimitettu organisaatioon. Opinnäytetyön kyselyn vastauslomakkeet on hävitetty asiaan kuuluvalla tavalla työn valmistuttua ja lomakkeita säilytettiin työn tekemisen ajan lukitussa tilassa niin, etteivät ne joutuneet ulkopuolisille. Työssä ei myöskään mainita sellaisia tietoja vastaajasta, joka vaarantaisi anonymiteetin. Työntekijät eivät ole saaneet työntekemiseen mitään apurahoja tai muita sidonnaisuuksia. (TENK 2012, 6–7.)

Opinnäytetyö ja sen analyysit, sekä data tullaan luovuttamaan Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikköön Maria Kääriäiselle, jossa sitä voidaan käyttää Potilasohjauksen laadun arviointi-tutkimushankkeessa. Tämä on selvitetty tutkimukseen osallistuneille saatekirjeessä. Opinnäytetyö on esitetty Vaasan keskussairaalassa keväällä 2021. Opinnäytetyö on julkaistu Theseuksessa sähköisessä muodossa. Mittaria ei ole lupa liittää opinnäytetyöhön.

7.4 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on mahdotonta arvioida kuinka rehellisesti tutkitavat ovat vastanneet tutkimukseen. Mahdotonta on kontrolloida jälkeenpäin vastausohjeen ymmärrettävyyttä. Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeinen merkitys on olemassa olevan tiedon vahvistamisesta. Johtopäätökset voidaan tehdä induktiivisesta näkökulmasta, eli aineistopohjaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 64–65, 167.)

Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin luotettavuutta. Suuri reliabiliteetti tarkoittaa, että eri mittauskerroilla saadaan saman suuntaisia tuloksia aineistosta, joka on samanlaista tai samantyylistä. Validiteetti tarkoittaa, että on mitattu sitä mitä haluttiin. (Nummenmaa, Holopainen & Pulkkinen 2014, 20.) Tämän työn aineiston

keräämiseen käytetyn potilasohjauksen laatu –mittarin kehittämis- ja testausvaiheet on kuvattu Maria Kääriäisen (2007) väitöskirjassa. Pääkomponentti analyysin avulla tiivistettyyn aineistoon sisältyivät kaikki muuttujat. Muodostettujen summamuuttujien johdonmukaisuutta arvioitiin Cronbachin alfa-kertoimella ja ne vaihtelivat välillä 0,640–0,941. Mittari on arvojen perusteella sisäisesti johdonmukainen. Tässä tutkimuksessa saadut tulokset ovat samansuuntaisia kuin aiemmin tehdyt tutkimukset.

Hyvässä tutkimusraportissa arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta eli validiteettia. Tärkeää tutkimuksen luotettavuuden kannalta on arvioida otosta, vastausprosenttia ja mittaavatko kysymykset tutkimusongelman kattavasti. (Heikkilä, 2008, 188.) Kyselyitä lähetettiin 500 kpl ja kato oli 331 kpl. Vastausprosentti oli 33,8 %, jota voidaan pitää hyvänä, se lisää tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Otoksen virhemarginaali on 4 %. Vastausprosenttia olisi voitu parantaa sillä, että mittari olisi käännetty myös ruotsiksi, koska noin puolet organisaatiossa työskentelevistä on äidinkieltään ruotsinkielisiä. Kielen vaikutusta tutkimukseen ei pystyttävä luotettavasti arvioimaan koska 70 % vastaajista oli suomenkielisiä. Koulutustausta kuvastaa suhteessa todellisuutta. Sairaanhoitajien ja lähihoitajien suhdeprocentti on lähes sama kuin todellisuudessa organisaatiossa. Työskentelyalueiden vastausprosentit ovat suhteessa samaa luokkaa organisaation kanssa, joten tämän tutkimuksen tulokset ovat suurilta osin yleistettävissä Vaasan keskussairaalan hoitohenkilöstöön. Laskennallinen virhemarginaali on +/- 4 %.

Mittarilla saatiin laaja käsitys Vaasan keskussairaalan hoitohenkilökunnan potilasohjauksen laadusta ja se arvioitiin kaikilta potilasohjauksen osa-alueilta. Kehittämisehdotukset tehtiin tämän mittauksen pohjalta. Raportointi on kirjoitettu mahdollisimman rehellisesti ja tarkasti kuvaten tutkimuksen kulku. Aiheesta oli runsaasti saatavilla tutkittua tietoa ja laajan aiheen takia rajausta oli hankala tehdä, tämän takia tiedonhaussa käytettiin apuna kirjaston informaattikkoa.

Tässä tutkimuksessa avoimen kysymyksen vastauksista nousi esille samoja teemoja kuin strukturoidulla mittarilla mitattiin. Avoimen kysymyksen avulla saatiin kehittämistarpeita yksityiskohtaisemmin esille potilasohjauksesta.

7.5 Jatkotutkimusehdotukset

Potilasohjauksen tutkimiseen potilaiden/asiakkaiden näkökulmasta on olemassa jo valmis mittari, jota voisi hyödyntää tekemällä potilaille samankaltaisen kyselyn koskien potilasohjausta Vaasan keskussairaalassa. Myös potilasohjausosaamisen kehittäminen johtamisen näkökulmasta olisi mielenkiintoinen jatkotutkimuksen aihe.

LÄHTEET

Anttila, J. & Jussila, K. 2016. Mitä laatu on? Suomen standardisoimisliitto. Viitattu 30.9.2020. Julkaistu osoitteessa:https://www.sfs.fi/ajankohtaista/uutiskirjeet/uutiskirjeet_2016/mita_laatu_on_artikkeli

Avsar, G. & Kasikci, M. 2011. Evaluation of patient education provided by clinical nurses in Turkey. *International Journal of Nursing Practice* 17(1), 67–71

Bergh, A-L. Persson E. Karlsson, J. & Friberg, F. 2014. Registered nurses' perceptions of conditions for patient education – focusing on aspects of competence. *Scand J Caring Sci*; 2014; 28; 523–536. School of Health Sciences, University of Borås, Borås, Sweden, 2Faculty of Medicine, Department of Health Sciences, Lund University, Lund, Sweden, 3Institute of Health and Care Sciences, The Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden, 4Centre for Health Care Sciences, Örebro University Hospital, Örebro, Sweden and 5Faculty of Social Sciences, Department of Health Studies, University of Stavanger, Stavanger, Norway.

Dlugacz, Y. D. 2017. Introduction to health care quality. Theory, methods, and Tools. 1.painos. United States of America. Jossey-Bass. A Wiley Brand.

Elomaa-Krapu, M. 2015. Hoitamisen halusta ja velvollisuuden tunnosta – Lääkintälöittien kokemukset koulutuksesta ja hoitotyöstä Suomen sodissa vuosina 1939–1945. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*: 52 246–248 Julkaistu nettiosoitteessa: [file:///C:/Users/Omistaja/AppData/Local/Temp/53265-Kirjoitus%20\(sis%C3%A4lt%C3%A4en%20ydinasiat,tiivistelm%C3%A4t%20&%20asia-sanat\)-49938-1-10-20151111.pdf](file:///C:/Users/Omistaja/AppData/Local/Temp/53265-Kirjoitus%20(sis%C3%A4lt%C3%A4en%20ydinasiat,tiivistelm%C3%A4t%20&%20asia-sanat)-49938-1-10-20151111.pdf)

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Tammi. Latvia.

Eloranta, S. Leino-Kilpi, H. Katajisto, J. & Valkeapää, K. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. *Tutkiva hoitotiede -lehti* 1/2015

European Commission, 2014. Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health: Future EU Agenda on quality of health care with a special emphasis on patient safety. Julkaistu internetissä: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/expert_panel/docs/006_safety_quality_of_care_en.pdf

Eriksson, E. Korhonen, T. Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidon ammattillinen osaaminen. Sairaanhoidon tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto, Suomen sairaanhoitajaliitto ry ja kirjoittajat Kustannustoimittaja: Kaija Pirinen
Bookwell Oy, Porvoo. Julkaistu internetissä osoitteessa: <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidon-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Flinkman, M. 2014. Osaaminen käyttöön. Laatu ja tuloksellisuutta työnjakoa kehittämällä. Tehyn julkaisusarja B: 3/2014. Vantaa. Julkaistu osoitteessa: https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2014/2014_b3_nettilisaaminen_kayttoon_laatu_ja_tuloksellisuutta_tyonjakoa_kehittamalla_id_3025.pdf

Friedman, A. Cosby, R. Boyko, S. Hatton-Bauer, J. & Turnbull, G. 2011. Effective Teaching Strategies and methods of Delivery for patient education: a Systematic review and Practice Guideline recommendations. Journal of Cancer Education, 26(1), 12–21

Hahtela, N. 2018. Sairaanhoidon osaaminen- harakoille vai potilaille. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 30.9.2020. Julkaistu internet osoitteessa: <https://sairaanhoidajat.fi/sairaanhoidon-osaaminen-harakoille-vai-potilaille/>

Harjula, M. 2004. Suomalainen terveystieteiden historia 1900–luvulla: virstanpylväitä ja muutoksia. Julkaistu osoitteessa: <http://www.suhs.fi/wp-content/uploads/2017/05/Harjula-Minna-Suomalainen-terveystieteiden-historia-1900-luvulla-SUHS-vsk-2004-IK.pdf>

Hashim, M. Jawad 2017. Patient-Centered Communication: Basic Skills. Am Fam Physician. 2017 Jan 1;95(1): 29–34. United Arab Emirates University College of Medicine and Health Sciences, Al Ain, Abu Dhabi

Heikkilä, T. 2014. Faktorianalyysi. Julkaistu nettiosoitteessa: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/5.SPSS/Faktorianalyysi.pdf>

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Edita. Helsinki.

Heikkinen, K. 2013. Potilasohjauksen sisältö. Anestesiahoitotyön käsikirja. Sairaanhoidajan tietokannat. Julkaistu internet osoitteessa: https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=aop00155&p_haku=potilasohjaus

Helminen, J. Toim. 2017. Asiakkaan moniammatillinen ohjaus. Sosiaali- ja terveydenhuollossa. Edita. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

Hirsijärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.–17. painos. Tammi. Helsinki.

Jokivuori, P. 2014. Kvantitatiiviset menetelmät. Luento. Viitattu internetissä julkaistuun power point-esitykseen. Viitattu 4.11.2020. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiM7YzizejsAhUeBhAIHfEVAw-wQFjAAegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fkoppa.jyu.fi%2Fkurs-sit%2F114944%2Fmateriaalit%2Fluento-iv&usg=AOvVaw1-jGZHGumKBh-RON-QeSD4G>

Kaakinen, P. Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. Pitkäaikaissairaalan aikuispotilaanohjauksen laatu kirjaamisen perusteella. Tutkiva hoitotyö. Vol. 12 (1) 2014.

Kamensky, M. 2015. Menestyksen timantti. Strategia, johtaminen, osaaminen ja vuorovaikutus. Talentum media Oy. Helsinki.

Kangasniemi, M. & Stolt, M. 2020. WHO:n maailman laajuinen juhluvuosi korostaa hoitotyön osaamista. Tutkiva hoitotyö. Vol.18 (1) 2020

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Kantanen, K. Kaunonen, M. Helminen, M. & Suominen, T. Kunta-alan hoitotyön johtajien johtamisosaamisen muutos. Tutkiva hoitotiede. Vol 15 (1) 2017.

Kitchie, S. 2017. Determinants of Learning. Teoksessa Essentials of Patient Education. Toimittanut: Susan B. Bastable. Navigate advantage access. United States of America.

Klang Söderkvist, B. 2013. Toim. Fossum, B. Information-undervisning-lärande. Teoksessa: Kommunikation samtal och bemötande i vården. Studentlitteratur AB, Lund.

Kotisaari, M-L. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Fioca Oy. Helsinki.

Kuntaliitto, 2011. Terveysthuollon laatuopas. Toimittanut Koivuranta-Vaara P. 1.painos. Helsinki. Suomen Kuntaliitto.

Kuntaliitto, 2019. Terveysthuollon laatuopas. 2. Uudistettu painos. Helsinki. Julkaistu internetissä: file:///C:/Users/Omistaja/AppData/Local/Temp/1996-terveydenhuollonlaatuopas2019-2019.pdf

KvantiMOTV, 2014. Faktorianalyysi- SPSS harjoitus 1. Viitattu 4.11.2020. Julkaistu osoitteessa: <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/faktori/harjoitus1.html>

KvantiMOTV, 2004. Faktorianalyysi. Viitattu 4.11.2020. Julkaistu osoitteessa: <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/faktori/faktori.html>

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöstutkimus. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Kääriäinen, M. 2019. Sähköposti viesti. 8.9.2019.

Kääriäinen, M. 2009. Potilasohjauksen laatu -mittari. Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto.

L17.8.785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 19.9.2019.

L559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Viitattu 19.9.2019.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1994/19940559>

L1326/2010. Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Viitattu 22.9.2020.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Laaksonen, H. & Ollila, S. 2017. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 3.uudistettu painos. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopisto

Luostarinen P, Meretoja, R. & Niemi, A. 2019. Sairaanhoidtajien ammattipätevyys polikliinisessä hoitotyössä ja tulevaisuuden pätevyysaasteet. Tutkiva Hoitotyö 17(2), 30–39.

Maijala, V. Ihanus, S. Kiema, M. Miettinen, H. & Ylönen, K. 2018. Hotus. Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoiminta potilaille. Julkaistu internetissä: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/sydan-pitkafinal.pdf>

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. 1.painos. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutusasiakastyössä: Aikaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus Oy.

Nokelainen, P. 2013. Faktori- ja pääkomponenttianalyysi. Luento 5. Kasvatustieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto. Viitattu 4.11.2020.

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiM7YzizejsAhUeBhAIHfEVAwwQFjA-EegQICBAC&url=https%3A%2F%2Fpeople.uta.fi%2F~petri.nokelainen%2Fs33%2Fluennot%2Fluento5.ppt&usg=AOvVaw3D-Akes3ZleNkzwqFAR-hoW>

Nummenmaa, L. Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2014. Tilastollisten menetelmien perusteet. 1.painos. Sanoma pro Oy. Helsinki

Onnismaa, J. 2011. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa huomiota ja kunnioitusta. Gaudeamus Helsinki University Press. 3.painos.

Ojanperä, K. 2020. Tartuntatautilakiin kirjattava riittävä henkilöstömitoitus ja henkilöstön perehdytys. Mediatiedote. Tehy. Viitattu 30.9.2020. Julkaistu internetissä: <https://www.tehy.fi/fi/mediatiedote/tehy-tartuntatautilakiin-kirjattava-riittava-henkilostomitoitus-ja-henkiloston>

Palonen, M. Aho, A–L. Koivisto, A–M. & Kaunonen, M. 2012. Hoitoisuuden yhteys potilaiden arvioihin ohjauksesta erikoissairaanhoidon aikuispoliklinikoilla. Hoitotiede 2012; 24(2): 114–124.

Peltokorpi, P. 2006. Potilas kadoksissa. Kielikello, kielenhuollon tiedotuslehti. Artikkelit 3/2006. Viitattu 5.10.2020. internet osoitteessa: <https://www.kielikello.fi/-/potilas-kadoksissa>

Sairaanhoitajaliito, 2020. Tilastoja sairaanhoitajista. Viitattu 1.10.2020. Internet lähde: <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/tilastoja-sairaanhoitajista-2/>

Silén-Lipponen, M. Kinnunen, P. & Seppänen, S. Sairaanhoitajien osaaminen varmistetaan valtakunnallisella kokeella. Tutkiva hoitotyö. Vol 16 (2) 2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2019 a. Hyvä terveydenhuollon ammattilainen! Julkaistu verkossa. Viitattu 19.9.2019. <https://stm.fi/documents/1271139/1376272/Jokaisella+potilaalla+on+oikeus+saada+hyv%C3%A4%C3%A4+hoitoa+suomeksi+tai+ruotsiksi.pdf/35d962f2-c3ce-40cd-bd11-625690569ea0/Jokaisella+potilaalla+on+oikeus+saada+hyv%C3%A4%C3%A4+hoitoa+suomeksi+tai+ruotsiksi.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2019 b. Potilaan oikeudet. Viitattu 19.9.2019. <https://stm.fi/potilaan-oikeudet>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2019 c. Erikoissairaanhoito. <https://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoito>. Viitattu 27.9.2019

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012 d. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Viitattu 22.9.2020. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71627/URN%3aNBN%3afi-fe201504224497.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Suomisanakirja, 2020. Suomisanakirja. Viitattu 22.10.2020. <https://www.suomisanakirja.fi/polikliininen>

Suonsivu, K. 2011. Työhyvinvointi osana henkilöstöjohtamista. UNIpress. Tampere.

TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 22.10.2019. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Taanila, A. 2020. Akin menetelmäblogi. Kruskal-Wallis testi. Viitattu 3.11.2020. <https://tilastoapu.wordpress.com/2012/04/14/kruskal-wallis-testi/>

cuments/14444/2822570/Sosiaali-+ja+terveydenhuollon+päivystystoimin-
nan+suunnitelmallinen+valvonta+vuosina+2016–2017/eb31c133-8988-517a-
caf5-107f375d9212

Valvira, 2020. Sosiaalihuollon ammattioikeudet. Viitattu 25.9.2020. Internet osoit-
teessa: <https://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-ammattioikeudet>.

Viitala, R. & Jylhä, E. 2019. Johtaminen, keskeiset käsitteet ja trendit. Edita. Hel-
sinki. Sähkökirjalaitos.

Vehviläinen, S. 2014. Ohjaustyön opas, Yhteistyössä kohti toimijuutta. Gaudeamus
Oy. Neljäs, korjattu painos.

Vänskä, K. 2012. Ohjauksen osaajat – Miten he sen tekevät? Terveysalan ohjaajien
käsityksiä ohjausosaamisesta. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä

Vänskä, K, Laitinen-Väänänen, S. Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2014. Onnistuuko Oh-
jaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Edita. Helsinki. 1–2, pai-
nos.

LIITTEET

LIITE 1

Taulukko 41. Tiedonhaku tietokannat

TIETO-KANTA	HAKUSANA (T)	RAJAUK-SET	HAKU-TU-LOS	OTSI-KON-PE-RUS-TEEL-LA	TIIVIS-TEL-MÄN-PERUS-TEEL-LA	VA-LI-TU-T
Pubmed	Patient education AND Counseling, Nurse's role Clinical compe- tence AND quality of health care	2010 – 2020 Englannin kielellä Academic journal	167 75 69 62	8	8	2
Medic	Patient education AND hoitotyö AND laatu_ laadu*	2010 – 2020 Väitöskir- jat, tieteel- liset artik- kelit	26	4	4	1
Cinahl	Patient education AND nurses skills OR Clinical competens OR Nurses role OR knowledge and skills AND quality of health care	Academic journal 2010 – 2020 Kielirajaus englanti	8673 30	7	4	3
Google scholar	Patient education, Potilasohjausosaami- nen, Osaamisen laatu, quality of health care, väitös	2015 – 2020	47	25	2	2

Tutkiva hoitotiede -lehdet	Käsihaku sähköisinä saatavista lehdistä	2013 – 2020	31 lehteä	12	9	7
Sairaanhoidajaliitto	Liiton tekemät tutkimukset/ kyselyt	2020				1
Hotus		2018				1

LIITE 2

Taulukko 42. Tutkimusten yhteenveto

Tekijä(t), Vuosi, Maa	Tutkimuksen nimi	Tarkoitus ja ta- voitteet, mene- telmä	Tulokset
Avsar G& Kasikci M. 2011, Turkki	Sairaanhoitajien antaman potilasohjauksen arviointi	Tutkimukseen osallistui 179 kyselytutkimukseen vastannutta sairaanhoitajaa	Suurin osa sairaanhoitajista (82,4 %) ei määrittänyt tiettyä paikkaa tai aikaa potilasohjaukseen. Melkein kaikki sairaanhoitajat (98,9 %) eivät kirjanneet ohjausta ja potilaiden perhe / sukulaisia ei huomioitu tai otettu mukaan ohjaukseen (82,4 %). (72,7 %) ei valinnut sopivia menetelmiä ja tekniikoita potilaan ohjaukseen. Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajien antama potilasohjaus ei ole riittävää ja se on puutteellista. Sairanhoitaja koulutuksen aikana pitäisi oppia potilasohjauksen tärkeys ja vaiheet. Korkeammin koulutetut pystyvät antamaan vaikuttavampaa potilasohjausta.
Bergh, A-L, Persson E, Karlsson J & Friberg, F, 2014. Norja	Registered nurses' perceptions of conditions for patient education – focusing on aspects of competence.	Tutkimuksessa tutkittiin sairaanhoitajien käsityksiä potilasohjausosaamisen toteutumisesta ja sairaanhoitajien ohjausosaami-	Lähes kaikki hoitajat kokivat potilasohjaamiseen jäävän ajan olevan riittämätöntä. Suurin osa sairaanhoitajista piti potilasohjausta tärkeänä osana hoitotyötä ja kaipasi siihen lisäkoulutusta. Hoitajat toivoivat selkeämpi oh-

		sen eroja perusterveydenhuollossa, kunnallisessa terveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa.	jeistuksia potilasohjaukseen ja esimiesten tukeksen toteuttamiseen.
Eloranta S, Leino-Kilpi H, Katajisto J & Valkeapää K. 2015 Suomi	Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla ja vertailla potilasohjausta ortopedisen potilaan läheisten, hoitohenkilökunnan ja potilaan itse arvioimana. Aineisto kerättiin strukturoidulla sairaalapotilaan tiedonsaanti mittarilla, ortopediset leikkauspotilaat n=207, heidän omaisensa n=177 ja hoitajat n=43. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Ryhmien vastausten välillä oli eroja eniten ohjaustilanteissa käsitellyn sisällön suhteen. Sosiaalisen tiedon ulottuvuudessa ei ollut paljon eroja. Taloudellisen tiedon ulottuvuutta lukuun ottamatta, omaiset olivat tyytymättömämpiä ohjaukseen kuin potilaat. Myös naispotilaiden, miespotilaiden ja lyhyt- ja pitkäaikaissairaiden vastauksien välillä oli eroja.
Eriksson, E. Korhonen, T. Merasto, M & Moisio, E-L. 2015. Suomi	Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen.		Hankkeen tavoite oli valtakunnallisesti yhtenäistää osaamisvaatimukset ja varmistaa näin valmistuvien sairaanhoitajien osaaminen ja tasalaatuisuus.

Flinkman, M. 2014. Suomi	Osaaminen käyttöön. Laatu ja tuloksellisuutta työnjakoa kehittämällä		Julkaisussa kuvattiin, millaisia työnjako uudistuksia on toteutettu, kun työnkuvat ja tehtävät ovat muuttuneet organisaatiossa palvelutehokkaaksi ja asiakaslähtöiseksi
Friedman AJ, Cosby R, Boyko S, Hatton-Bauer J & Turnbull G. 2011 Kanada	Vaikuttavimmat potilasohjausstrategiat ja menetelmät potilasohjauksessa.	Systemaattinen kirjallisuus katsaus, joka on tehty 23 systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta tai meta-analyysistä.	Potilasohjauksen tulisi olla yksilöllistä, rakenteellista ja kulttuurillisesti sopivaa. Yhdistämällä useita eriohjausmenetelmiä saadaan aikaan vaikuttavaa potilasohjausta, jolla on vaikutusta potilaan kokemaan tyytyväisyyteen ja ahdistuksen vähenemiseen. Jokaisen potilaan kohdalla tulisi huomioida potilaan oppimiskyky ja sen perusteella valita parhaimmat ohjausmenetelmät hänelle. Tunnistettuja ohjausmenetelmiä oli luennot, keskustelut, simulaatio pelit, kirjalliset materiaalit, videot, tietokone teknologia, roolipelit, havainnollistamiset ja suullinen neuvominen.
Hahtela, N. 2018. Suomi	Sairaanhoidajan osaaminen -harakoille vai potilaille.		Selvityksessä kävi ilmi, että sairaanhoitajat tekivät työajallaan paljon muille ammattiryhmille kuuluvia töitä. 90 % vastanneista, ei ehtinyt hoitaa omia työtehtäviään laadukkaasti ja turvallisesti työajalla, koska työaika meni kollegojen töiden hoitamiseen.

Hashim, M. Jawad 2017. Abu Dhabi	Patient-Centered Communication: Basic Skills.	Artikkeli	Potilaslähtöisessä hoitotyössä viestintätaidot nousevat tärkeään asemaan. Potilaan kuunteleminen keskeyttämättä ja vastaaminen kysymyksiin asiallisesti, rehellisesti, sekä empaattisesti, parantaa ohjauksen onnistumista.
Maijala V, Ihanus S, Kiema M, Miettinen H. & Ylönen, K. 2018 Suomi	Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämenvajaatointa potilaille.	hoitosuositus, 2018	Omaohjauksen sisällöt
Kaakinen P, Kääriäinen M & Kyngäs H. 2014 Suomi	Pitkäaikaissairaalan aikuispotilaanohjauksen laatu kirjaamisen perusteella.	Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata pitkäaikaissairaalan aikuispotilaan (n=150) ohjauksen laatua hoitotyön kirjaamisen perusteella. Aineisto kerättiin neljästä Suomenyliopistosairaalan vuodeosastolta, aivoverenkiertohäiriö-, keuhko-ahtaumatauti- ja sydämenvajaatointapotilaiden potilasasiakirjoista. Analyysissä käytettiin deduktiivis-induktiivista	Potilasasiakirjojen (n=150) perusteella ohjaus oli vähäistä. Yli puolesta potilasasiakirjamerkinnoistä puuttui kokonaan kirjaus koskien potilaan ohjausta. Potilaan ohjausta ja ohjauksen kirjausta tulisi kehittää.

		sisällönanalyysia.	
Kantanen K, Kaunonen M, Helminen M, & Suominen T. 2017. Suomi	Kunta-alan hoitotyön johtajien johtamisosaamisen muutos.	tutkimuksella seurattiin vuoden ajan johtamisosaamisen muutoksen tekijöitä viidessä erityisvastuualueen sosiaali- ja terveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa 2015.	Vuoden seuranta-ajanjakso ei ollut riittävän pitkä, sillä tuloksista ei käynyt ilmi, että toimintaympäristön muutos olisi vaikuttanut jotenkin johtajien johtamisosaamiseen. Johtamisosaamisen kehittymisen tutkiminen vaatisi pidempää seuranta.
Kääriäinen M. 2009. Potilasohjauksen laatu -mittari. Suomi	Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen	Kaksivaiheinen tutkimus. Ensimmäisessä vaiheessa kuvailtiin ja selitettiin ohjauksenlaatua potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana. Tutkimuksen toisessa vaiheessa määriteltiin ohjauksen -käsite ja testattiin käsitteen rakenne. Ensimmäisen vaiheen aineisto kerättiin tutkimusta varten kehitetyillä mittareilla sairaalanpotilailta (n = 844) ja hoitohenkilöstöltä (n = 916).	Potilasohjauksen laatu kokonaisuudessaan todettiin hyväksi. Resurssit hoitohenkilökunnan arvioiden mukaan olivat melko hyviä. Aika oli ohjauksen kannalta riittämätöntä.

<p>Lipponen, K. 2014.</p> <p>Suomi</p>	<p>Potilasohjauksen toimintaedellytykset</p>	<p>Tutkittiin potilasohjauksen toimintaedellytyksiä</p>	<p>Tutkimustuloksissa kävi ilmi, että hoitotyön ammattilaisten asenteet potilasohjausta kohtaan olivat myönteiset. Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot olivat pääosin hyvää tasoa. Potilasohjausta toteutettiin henkilökunnan arvioin mukaan potilaslähtöisesti ja empaattisesti. Huomiota tulisi kiinnittää enemmän ohjauksen menetelmien monipuoliseen käyttöön. Ohjaustiloissa, välineistössä ja ohjaukseen käytettävissä ajassa, todettiin kehittämistarpeita.</p>
<p>Silén-Lipponen M, Kinunen P, & Seppänen S. Sairaanhoidtajien osaaminen varmistetaan valtakunnallisella kokeella. 2018</p> <p>Suomi</p>	<p>Sairaanhoidtajien osaaminen varmistetaan valtakunnallisella kokeella.</p>		<p>Osaamisen varmistamiseksi kehitteillä valtakunnallinen koe</p>
<p>Tervo-Heikkinen, T. Saaranen, T. Miettinen, T. & Vaajoki, A. 2018.</p> <p>Suomi</p>	<p>Hoitotyöntekijöiden kokemuksia potilasohjauskoulutuksen merkityksestä potilasohjaukselle.</p>	<p>Tutkittiin potilasohjauskoulutukseen osallistuvien hoitotyöntekijöiden kokemuksia potilasohjauskoulutuksen merkityksestä potilasohjaukselle.</p>	<p>Tulokset osoittivat, että koulutus on tärkeää potilasohjausosaamiselle ja sitä tulee uudistaa säännöllisesti. Potilasohjauskoulutus syvensi hoitotyöntekijöiden suhtautumista potilasohjauksen laatuun ja yhteistyö muuttui myönteisemmäksi.</p>

<p>Luostarinen P, Meretoja R & Niemi A. 2019.</p> <p>Suomi</p>	<p>Sairaanhoidajien ammattipätevyys polikliinisessä hoitotyössä ja tulevaisuuden pätevyysaasteet.</p>	<p>Tutkittiin polikliinisten sairaanhoidajien ammattipätevyyttä ja tulevaisuuden pätevyysaasteita. Asiantuntijaryhmä on määrittänyt ammattipätevyyden tavoitetason.</p>	<p>Tuloksissa ilmeni, että sairaanhoidajien itsearvioiti oman ammattipätevyyden tasosta, on selvästi matalampi kuin määritetty tavoitetaso. Yhtenä tulevaisuuden pätevyysaasteena kuvattiin monialainen potilasohjaus</p>
<p>Palonen, Aho, Koivisto ja Kaunonen 2012,</p> <p>Suomi</p>	<p>Hoitoisuuden yhteys potilaiden arvioihin ohjauksesta erikoissairaanhoidon aikuispoliklinikoilla</p>	<p>Tutkineet potilasohjausta hoitoisuuden ja potilaiden näkökulman avulla ja hoitoisuuden yhteyttä potilaan ohjaukseen poliklinikalla. Kysely tehtiin viidelle eri poliklinikalle Tampereen yliopistolisessa sairaalassa syksyllä 2010.</p>	<p>Tutkimustulosten perusteella voitiin todeta, että potilaat olivat kokeneet saavansa ohjausta joko hyvin tai erinomaisesti. Hoitajat puolestaan kokivat käyttävänsä aikaa ohjaukseen lähes puolet poliklinikkakäyntiin liittyvästä työmäärästä. Hoitaja kohtainen hoitoisuus eli hoitajan kokema kokonaiskuormittavuus ei ollut yhteydessä potilaan kokemaan ohjauksen laatuun. Vaikka hoitajat kokivat käyttäneensä runsaasti aikaa potilaan asioiden hoitamiseen ja ohjaamiseen, se ei vaikuttanut siihen, että potilaat olisivat kokeneet saaneensa parempaa ohjausta.</p>

LIITE 3

Taulukko 43. Aineiston analysointi.

Alaluokka	Pääluokka
Riittävästi aikaa (#29) Ohjaukseen tarvittava materiaali, välineet ja tilat (#19) Henkilöstön riittävyys (#5)	Potilasohjauksen resurssit
Työnkuvan selkeyttäminen (#4) Työnjaon selkeyttäminen ammattiryhmien kesken (#6) Yhteistyö ammatti ryhmien kesken (#5)	Työn organisointi
Koulutus (#9) Perehdyttäminen (#7) Vastuu kehittämisessä (#3) Selkeä ohjausmalli (#14) Laadun arviointi (#2)	Osaamisen johtaminen
Selkeä ohjaus (#14) Kehittäminen (#3) Ohjauksen antamisen vastuu (#5) Taloudellinen tietämys (#1)	Henkilökohtainen osaaminen
Potilasohjeiden päivitys selkeäksi (#8) Ohjaukseen panostaminen (#4) Potilaan kokonaisvaltainen huomiointi (#5) Hoidon jatkuvuus (#5) Merkittävyys (#4)	Potilaslähtöisyys
Työyhteisön yhteishenki (#2)	Työyhteisön ilmapiiri

LIITE 4

Saatekirje

Hyvä hoitotyön ammattilainen!

Kutsumme sinut osallistumaan kyselyymme ja vaikuttamaan oman työn kehittämiseen omassa sairaalassa sekä laajemminkin.

Opiskelemme Vaasan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Teemme opinnäytetyötä hoitotyön ammattilaisten potilasohjausosaamisen laadusta Vaasan keskussairaalan vuodeosastohoidon ja avopalveluhoidon palvelualueella, sekä päivystyspoliklinikalla ja päiväkirurgialla. Tutkimukseen on saatu lupa Vaasan keskussairaala. Opinnäytetyön ohjaajana toimii yliopettaja Ulla Isoaari.

Tutkimukseen vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Tulosten raportoinnissa ei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa. Kyselyn mittarin on laatinut TtT professori Maria Kääriäinen Oulun yliopistosta, jolta allekirjoittaneet ovat saaneet luvan käyttää mittaria tutkimuksessaan. Mittarin laatija voi halutessaan käyttää saatuja tuloksia jatkotutkimuksissa. Pahoittelemme, että kyselykaavaketta ei ole saatavilla ruotsinkielisenä.

Kyselylomakkeen voi palauttaa osastolla olevaan laatikkoon 10.2.2020 mennessä.

Valmis opinnäytetyö on luettavissa Theseus-tietokannasta. Opinnäytetyö tullaan esittämään Vaasan keskussairaalaalla syksyllä 2020, ajankohdasta tiedotetaan myöhemmin. Tarvittaessa lisätietoja saa allekirjoittaneilta.

Parhaiten osallistunut yksikkö palkitaan! Kiitollisina vastauksista,

Heli Pajala ja Heidi Rentola

xxxxxx@luukku.com**Bästa expert på vårdarbete!**

Vi önskar dig välkommen att delta i vår undersökning. Genom att svara på vår enkät kan du vara med och utveckla ditt arbete både på din egen arbetsplats och även i vidare bemärkelse.

Vi studerar vid Vasa yrkeshögskola för att avlägga högre yrkeshögskoleexamen i utveckling och ledarskap inom social- och hälsovården. I vårt examensarbete undersöker vi kvaliteten på personalens patientvägledningskompetens inom bäddavdelningsvården, öppenvårdstjänster, akutmottagningen och dagkirurgin vid Vasa centralsjukhus. Vasa centralsjukhus har gett oss tillstånd att genomföra undersökningen. Vår handledare i examensarbetet är överlärare Ulla Isoaari.

Det är helt frivilligt att delta i enkäten och svaren behandlas konfidentiellt. Resultaten rapporteras i en sådan form att det inte går att identifiera enskilda individer. Mätaren som används i enkäten har utarbetats av professor Maria Kääriäinen från Uleåborgs universitet och hon har gett oss tillstånd att använda den i vår undersökning. Den som utarbetat mätaren kan använda resultaten som fås av vår undersökning i fortsatta undersökningar. Vi beklagar att enkäten inte finns tillgänglig på svenska.

Enkäten ska returneras till lådan som finns på avdelningen senast den 10 februari 2020.

Det färdiga examensarbetet kan läsas i databasen Theseus. Examensarbetet kommer att presenteras på Vasa centralsjukhus under hösten 2020, närmare tidpunkt informeras senare. Om du har frågor kan du kontakta oss per e-post (adress nedan).

Den enhet som lämnat in mest svar belönas! Tack på förhand för ditt svar!